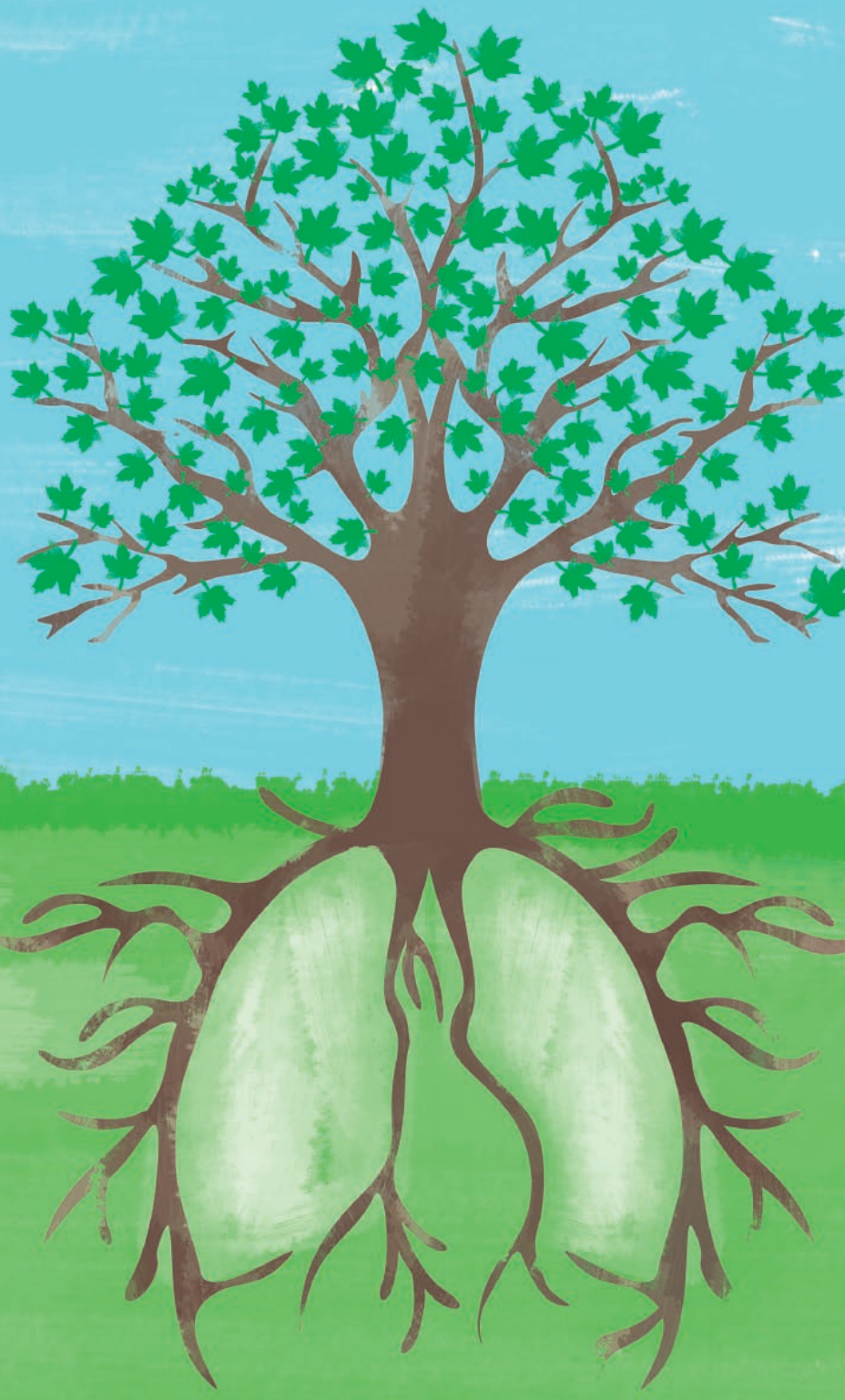
Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği
TÜSAD

"Bir Solukta..."



40. Ulusal Kongresi

13-16 Ekim 2018
Rixos Sungate Otel
Antalya

www.solunum.org.tr/solunum2018

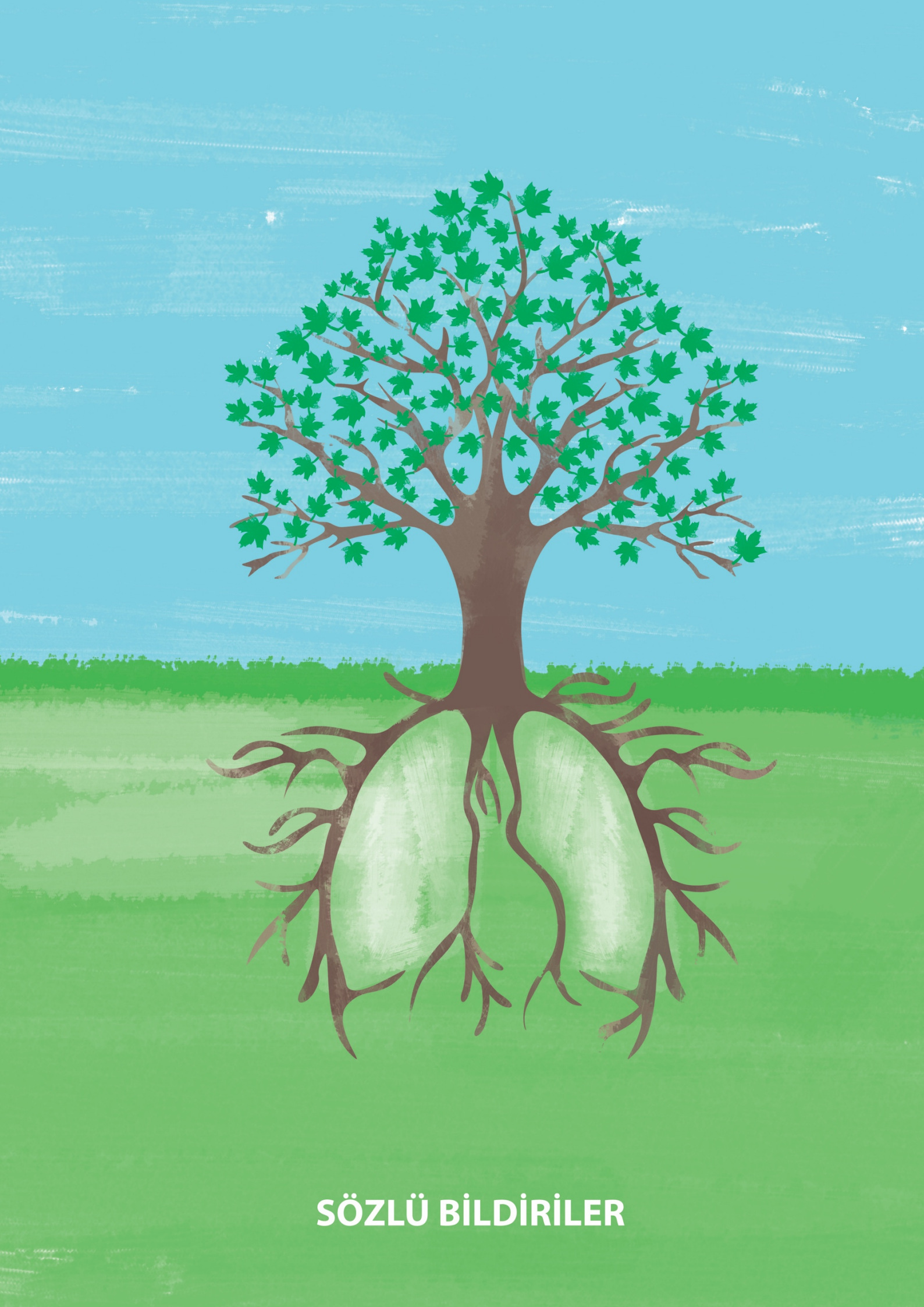
BİLDİRİ ÖZETLERİ

İÇİNDEKİLER

SÖZLÜ BİLDİRİLER 4

OLGU KONSEYİ SUNUMLARI 218

ELEKTRONİK POSTER SUNUMLARI 256



SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-001

SARKOİDOZLU HASTALARDA EPİKARDİYAL YAĞ KALINLIĞI VE KAROTİS İNTİMA MEDİA KALINLIĞI İLE SUBKLİNİK ATEROSKLEROZ RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Eylül Hatice Bozkurt Yılmaz[1], Mustafa Yılmaz[2], Nazan Şen[1], Tansel Erol[2], Cihan Altın[2], Şule Akçay[1]

[1]Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana
[2]Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Adana

GİRİŞ: Sarkoidoz, non-kazeifiye granulomatoz inflamasyon ile karakterize, multisistemik bir hastalıktır. Sarkoidoz ve aterosklerozun patofizyolojisinde bir çok ortak mekanizma rol oynamış olabileceği için, bu çalışma sarkoidozu olan hastalarda subklinik ateroskleroz riskinin artıp artmadığını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu amaçla sarkoidoz tanısı almış hastalarda epikardiyal yağ kalınlığı (EYK) ve karotid intima media kalınlığı (KIMK) ölçülerek değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışma kesitsel olarak planlandı. Toplam 183 katılımcı (94 sarkoidoz tanısı almış hasta, 89 sağlıklı gönüllü) çalışmaya dahil edildi. EYK ve KIMK kalınlığı her iki grupta ölçüldü ve istatistiksel anlamlı fark olup olmadığı karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hem EYK hemde KIMK değerlerinin sarkoidoz grubunda istatisksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü (6.42±1.12 vs. 7.13±1.41, p<0.001 ve 0.51±0.02 vs. 0.52±0.02, p=0.003, sırasıyla). Korelasyon analizi sonucunda; EYK ile serum açlık kan şekeri, kreatinin, serum anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE), serum kalsiyum (Ca) ve serum CRP düzeylerinin korele olduğu görüldü (r=0.214, p=0.038, r=0.248, p=0.016, r=0.307, p=0.003, r=0.354, p<0.001 ve r=0.325, p=0.001, sırasıyla). KIMK ile de yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyinin ters, düşük dansiteli lipoprotein (LDL), serum ACE ve serum Ca değerinin ise doğru orantılı olduğu bulundu (r=-0.252, p=0.014, r=0.302, p=0.003, r=0.653, p<0.001 ve r=0.326, p=0.001 sırasıyla). Çoklu regresyon analizinde ise EYK ile serum Ca arasında (β=0.260, p=0.046), KIMK ile de açlık kan şekeri ve serum ACE seviyesi arasında ilişki bulundu (β=0.196, p=0.047, β=0.698, p<0.001, sırasıyla).

SONUÇ: EYK ve KIMK sarkoidoz hastalarında kontrol grubuna göre artmıştır. Bu sonuçlara göre subklinik ateroskleroz riski sarkoidozlu hastalarda artmış olabilir.

TARTIŞMA: Lipit metabolizmasındaki bozuklukların hem sarkoidoz hemde ateroskleroz patofizyolojisinde rol oynadığı daha önceki bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Her iki hastalıktaki bir diğer ortak mekanizma inflamasyondur. İnflamasyon bir çok solunum yolu hastalığında kilit rol oynayan patofizyolojik bir mekanizmadır ve bu hastalıklarda da artmış ateroskleroz riskinden sorumlu olabilir. Sonuç olarak her iki hastalık patofizyolojisinde rol oynayan ortak mekanizmalar ve ortak risk faktörleri nedeni ile sarkoidozlu hastalarda subklinik ateroskleroz riski artmış olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, subklinik ateroskleroz, epikardiyal yağ kalınlığı, karotis intima media kalınlığı

SS-002

KRİPTOJENİK ORGANİZE PNÖMONİ (KOP): 14 HASTADAN OLUŞAN OLGU SERİSİ

Songül Özyurt

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ: KOP Nadir rastlanan ve klinik-patolojik özellikleri son derece karakteristik olan bir akciğer hastalığıdır. Burada kliniğimizde tanısı konulan ve takip edilen 14 hastayı sunuyoruz.

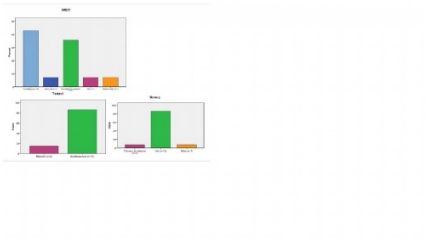
YÖNTEM: KOP tanılı 14 hastanın dosya bilgileri geriye dönük incelendi. Klinik, radyolojik, solunum fonksiyon testleri, tanı koydurucu yöntem, tedavi ve sonuçlar kaydedildi

BULGULAR: Olguların %50'si kadın, %50'si erkek olup, yaş ortalaması 60.5 idi. Sigara içme durumu değerlendirildi; %57.1 hiç içmemiş %28.6(n=4) bırakmış, %14.3% (n=2) halen içiyordu. %100 öksürük, %92.9 halsizlik-kırgınlık, %57.1 ateş, % 50 nefes darlığı, %42.9 balgam çıkarma şikayeti ile başvurdu. Tanı için %28.6 bronkoskopik biyopsi, %57.1% CT-ince iğne aspirasyon biyopsisi, %14.3 açık akciğer biyopsisi uygulandı. Olguların ortalama Sedimantasyon düzeyi 68.4 mm/h, CRP ortalaması 5.4 idi. SFT % 42.9 olguda normal, %50 olguda restriktif, %7.1 obstruktif bulundu. HRCT'de %42.9 konsolidasyon, %35.7 konsolidasyon + buzlu cam opasitesi,%7.1 buzlu cam görüntüsü, %7.1 kitle, %7.1 retikülonodüler infiltrasyon saptandı. %14.2 olguda Makrolid %85.7 kortikosteroid tedavi uygulandı. Ortalama izlem 4.9 ay ve %7.1 fibrosis ile iyileşme,%85.7 kür,%7.1 nüks gelişti.

SONUÇ: KOP klinik olarak çok tipik bir seyir gösteren, radyolojik şüphenin ardından patolojik incelemeyle tanısı konan bir akciğer hastalığıdır. Kortikosteroid tedavisiyle genelde iyi yanıt alınır ve prognozu iyi seyirli bir hastalıktır

Anahtar Kelimeler: KOP, histopatoloji, steroid

Resim 2



Uygulanan Tedavi Ve Sonuçlar

Resim1

Hastaların Demografik Özellikleri

SS-003

SARKOİDOZ VE ATEROSKLEROZ İLİŞKİSİ: AZ BİLİNEN BİR KOMORBİDİTE

Okan Selendili[1], Ersin Günay[1], Emre Kaçar[2], Şule Çilekar[1], Gürhan Öz[3], Ahmet Dumanlı[3], Sibel Günay[4]

[1]Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar
[2]Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar
[3]Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar
[4]Afyon Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Afyonkarahisar

GİRİŞ VE AMAÇ: Sarkoidoz; nedeni tam olarak bilinmeyen, tutulan bölgelerde non kazeifiye granülomatöz inflamasyonla karakterize multisistemik bir hastalıktır. Bu çalışmada asemptomatik sarkoidoz hastalarında aterosklerozun önceden ön görülmesinde aterojenik belirteçlerin ve karotis arterin ultrasonografik değerlendirmenin (intima-media kalınlığı ve tepe sistolik akım (PSV)) etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamızda sarkoidoz tanısı ile izleme alınan 44 hasta ve yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 53 sağlıklı katılımcı kontrol grubuna alındı. Katılımcıların laboratuvar, solunum fonksiyon testi ve karotis arter ultrasonografi değerleri incelendi.

BULGULAR: Çalışmamıza dâhil edilen sarkoidoz hastalarının %70.5'i kadın idi ve yaş ortalaması 35.36±7.18 yıl idi. Kontrol grubunun %64.2'si kadın ve yaş ortalaması 33.58±8.13 yıl idi. Hastaların %77.2'si Evre 1 ve Evre 2 hastalar iken sade 10 hasta (%22.7) Evre 3 ve Evre 4 idi. Hastaların sadece 5'i hala steroid tedavisi alıyordu. Sarkoidoz grubunda HDL kolesterol düzeyi kontrol grubundan daha düşük iken, diğer kolestroller daha yüksek düzeyde saptandı. Tiroid fonksiyon testi her iki grupta benzer olarak saptandı. Karotis arter intima-media kalınlığı ve Tepe Sistolik akın hızı (PSV) değeri sarkoidoz hastalarında daha yüksek saptandı. Aterojenik belirteçler (Aterojenik Indeks (AI), Aterojenik Sabit (AC) ve Kardiyojenik Risk Oranı (CRR)) sarkoidoz hastalarında daha yüksek olarak saptandı. Intima-media kalınlığı ile PSV, AI, AC, CRR, Trigliserid ve VLDL arasında pozitif bir korelasyon varken HDL ile negatif korelasyon saptandı. PSV ile aterojenik belirteçler (AI, AC, CRR) ve kolesteroller (TG ve VLDL) arasında pozitif korelasyon ve HDL ile negatif korelasyon saptandı.

SONUÇ: Sarkoidoz hastalarında ateroskleroza yatkınlık mevcuttur. Asemptomatik sarkoidoz hastalarında aterosklerozu öngörmede aterojenik belirteçler (AI, AC ve CRR) ve karotis arter intima-media kalınlığı ve PSV kullanılabilir. Yine hastalık evresinin ve kortikosteroid kullanımının ateroskleroz gelişimine etisinin inceleneceği prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Ateroskleroz, Karotis arter

SS-004

VİSERAL ORGAN BT PERFÜZYON YÖNTEMİ İLE PULMONER MİKROEMBOLİLER GÖRÜNTÜLENEBİLİR Mİ?

Dorina Esendağlı[1], Koray Hekimoğlu[2], Şule Akçay[1]

[1]Başkent Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Başkent Ünivesritesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Pulmoner embolizm (PE) pulmoner arter veya dallarında trombus oluşması sonucunda ortaya çıkan tablodur. PE'nin değerlendirilmesi için multidedektör bilgisayar tomografi, pulmoner anjiyografi (MDBT-PA) yöntemleri, ventilasyon/perfüzyon sintigrafisi ve konvansiyonel pulmoner anjiyografinin yerini almıştır. Ancak (MDBT-PA) sadece morfolojik bilgi sağlar, küçük segment ve subsegmental pulmoner arterleri değerlendirmesinde her zaman yeterli olmayabilir (duyarlılık %37-96). Yeni kullanıma giren "viseral organ BT perfüzyon" (VBTP) yöntemi ise distal parankimde 3–5 mm çapındaki subsegmental embolinin kontrastlanma defekti oluşturabildiğini gösterebilmektedir. Bu yöntem konvansiyonel MDBT-PA ile saptanamayan pulmoner embolinin belirlenmesinde yardımcı olabilir.

Gereçler ve Yöntem: Nisan – temmuz 2018 arasında hastanemize başvuran ve PE şüphesi olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalara MDBT-PA ve VBTP çekilmiş olup sonuçları retrospektif olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 87 hasta dahil edildi. Hastaların 57'si kadın (%65.5) ve yaş ortalaması 66.17±15.01 yıl olarak hesaplandı. Hastaların en sık geliş semptomları dispne (%40.2) ve göğüs-sırt ağrısı (%21.8) idi. 65 (%74.7) hasta ayaktan başvuran, diğerleri yatan hastalardı. 53 (%60.9) hasta acil servise başvurmuş olup sadece 6 (%11.3) kişide PE saptanmıştır. 6 hastanın sadece üçü göğüs hastalıklarına danışılarak PE açısından ileri tetkik istenmiştir. Ayaktan başvuran diğer 12 hasta ise göğüs hastalıkları polikliniğinde değerlendirilmiş olup sadece 2 (%16.7) kişide PE saptanmıştır. Yatan 22 hastalar arasında 4 (%18.1)hastada PE saptandı. Bu hastalar cerrahi bölümlerinde takip edilen postop süreçte olan kişilerdi. Toplam 87 hasta içerisinde 12 (%13.8) hastada pulmoner emboli ile uyumlu bulgular saptandı. 8 hastada BTPA ve VBTP sonuçları örtüşüyordu ancak 2 (% 16.7) hastada BTPA normal iken, VBTP yöntemi ile mikroemboliyle uyumlu perfüzyon defektleri saptandı. 2 hastada ise VBTP normal iken, bunların birinde BTPA'da milimetrik trombus, diğerinde kronik parsiyel trombus saptandı.

Sonuç ve Tartışma: Az sayıda olgu ile yaptığımız çalışmada VBTP ile %16.7 oranında mikroemboli olgu saptanmıştır. Öte yandan VBTP, 2 olguda ise BTPA sonuçlarına göre yalancı negatif sonuç vermiştir. Yüksek klinik şüphe ile PE düşünülen hastalarda, ileri testlerle emboli varlığı kanıtlanamadığı durumlarda bile klinisyenin yaklaşımı antikoagülan tedavi başlanması olabilmektedir. Bu hastalarda yeni kullanıma giren VBTP akciğerlerin hem parankim hem de küçük vasküler yapılarını birlikte görüntülemede yararlıdır. Lober ve segmental emboliyi güvenilir bir şekilde algılayabilen BTPA ile birlikte yorumlandığında, VBTP ile PE açısından daha doğru tanı elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner anjiografi, viseral organ BT perfüzyon, pulmoner embolizm

SS-005

MAKROLİDLER ORGANİZE PNÖMONİ TEDAVİSİNDE İLK TERCİH OLABİLİR Mİ?: OLGU SERİSİ

Ayperi Öztürk, Ezgi Erdem, Zafer Aktaş, Aydın Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitm ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara

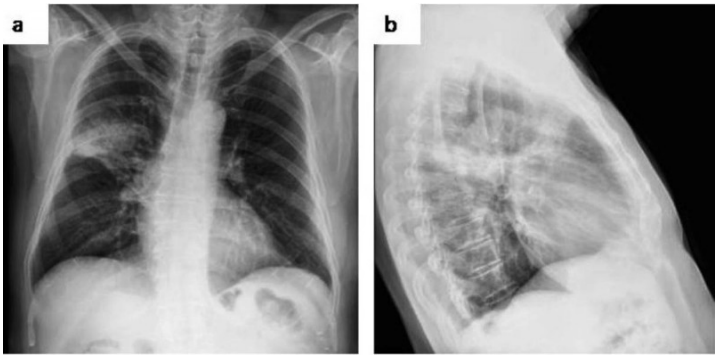
GİRİŞ: Organize pnömoni (OP) akciğerin, inflamasyon ve fibröz proliferasyon ile karakterize nadir görülen bir hastalığıdır. Etyolojisine göre primer ve sekonder OP olmak üzere ikiye ayrılır. Primer OP kriptojenik organize pnömoni (KOP) olarak adlandırılır ve idiyopatik interstisyel pnömoniler içerisinde yer alır. Klinik,radyolojik ve patolojik bulgular ile sekonder OP yapan hastalıkların dışlanması sonucunda tanı konulur. Klinik bulguları hastalığa özgün değildir. Radyolojik olarak en sık hava bronkogramları içeren konsolidasyon, buzlu cam opasiteleri ve noduler görünüm olarak izlenir. KOP tedavisinde en sık kullanılan ajan kortikosteroidlerdir.Tedavi sürenin 6-12 ay olması gerekmektedir. Ancak tedavi süresinin uzun olması ciddi yan etkileri de beraberinde getirmektedir. Tedavide glukokortikoidlerin yanısıra makrolidlerin de anti-inflamatuar etkileri aracılığıyla kullanılabileceği bildirilmiştir. Ancak bununla ilgili sınırlı sayıda yayın vardır. Biz de uzun dönem steroid tedavisine uygun olmayan, bu nedenle makrolid tedavisi verilen olgularımızla ilgili deneyimlerimizi paylaşmak istedik.

OLGU: Olguların klinik ve demografik özellikleri tabloda özetlenmiştir. Hastaların hepsi erkekti, yaşları 43-72 arasındaydı. Nefes darlığı, öksürük ve halsizlik sık görülen semptomlar olup toraks bilgisayarlı tomogrofilerinde bilateral nodüller, buzlu cam alanları, gezici yer değiştiren infiltrasyonlar ve konsolidasyon mevcuttu. 4 hastaya klaritromisin 2x 500mg /gün verilirken bir hastaya azitromisin 500mg/haftada 3 gün verildi. Takip süreleri 6 hafta ile 8 ay arasında değişmekte olup 3. haftanın sonunda semptomlarda gerileme 4-6. haftada radyolojik tam regresyon izlendi. Tedavileri halen devam etmektedir.

SONUÇ: Seçilmiş ağır olmayan KOP olgularında makrolid tedavisinin kullanılmasının en az kortikosteroid kadar etkili olduğu izlenmiştir. Tedavi açısından kortikosteroidler ile benzer sonuçlar elde edilmiş hatta makrolidlerde daha az relaps ve daha az yan etki olduğu saptanmıştır. Azitromisin ve glukokortikoid tedavisinin sadece kortikosteroid tedavisine gore daha etkili olduğunu gösteren yayınlar vardır. Bu olgu serisi ile klaritromisin ve azitromisinin KOP tedavisinde kullanılabilirliğini vurgulamak istedik. Literatürde bu konudaki yayınlar daha çok olgu serileri şeklinde olup çok merkezli randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

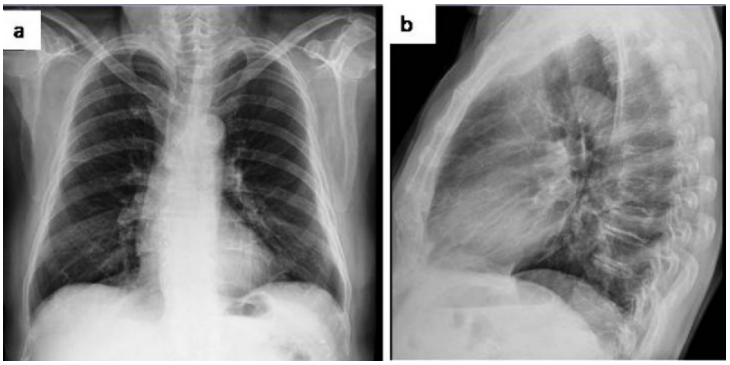
Anahtar Kelimeler: Azitromisin, klaritromisin, organize pnömoni

RESİM 1:



Resim 1A ve B. 4. hastaya ait tedavi öncesi akciğer grafisi (sağ akciğer orta zonda heterojen opasite artışı)

Resim 2



Resim 2 A ve B. Tedavi sonrası 4. hastaya ait akciğer grafisi (tam iyileşme)

Tablo 1

	1. hasta	2. hasta	3. hasta	4.hasta	5.hasta
Yaş (yıl)	72	43	64	67	50
Cinsiyet	Erkek	Erkek	Erkek	Erkek	Erkek
Ek hastalık	KAH, KKY	Geçirilmiş TB	AF	-	-
Semptomları	Nefes darlığı, halsizlik, kilo kaybı	halsizlik, ateş	halsizlik, öksürük	Nefes darlığı, kilo kaybı, halsizlik	sırtağrısı, öksürük, balgam, halsizlik
Fizik muayene bulguları	bilateral bazllerde raller	-	bilateral bazllerde raller	bilateral bazllerde raller	bilateral bazllerde raller
Tomografi bulguları	Bilateral farklı boyutlardanodüller	Bilateral farklı boyutlardanodüller	buzlu cam alanları, nodüller ve konsolidasyon	yer değiştiren konsolide alanlar	konsolidasyon
Yapılan ek tetkikler	BAL: özellik yok KDM: negatif	BAL; özellik yok, KDM: negatif. 3 balgam arb menfi	BAL: özellik yok KDM: negatif	BAL: özellik yok KDM: negatif, Balgam ARB: menfi	BAL: özellik yok KDM: negatif
Tanı yöntemi	Klinik-radyolojik	Klinik-radyolojik	Klinik-radyolojik	Klinik-radyolojik	Klinik-radyolojik
Makrolid verilme nedeni	Ileri yaş	GİS intoleransı	Düzensiz steroid kullanımı, steroid yan etkileri	Nüks; steroid yan etkisi (cushingoid görünüm ve ciddi gis yan etkisi)	kontrolsüz DM
Tedavi	Klaritromisin 500mg 2x1	Klaritromisin 500mg 2x1	Azitromisin 500mg/haftada 3 gün	düşük doz Prednizolon ve klaritromisin	Klaritromisin 500mg 2x1
Tedavi yanıtı	Tam iyileşme	Tam iyileşme	Tam iyileşme	Tam iyileşme	Tam iyileşme
Tedavi süresi	5 ay	3 ay	8 ay	Nüks sonrası 4 ay	6. hafta
Yanetki	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok

Hastaların demografik ve klinik özellikleri

SS-006

SARKOİDOZ HASTALARINDA METABOLİK SENDROM VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

Pinar Yildiz Gülhan, Ege Güleç Balbay, Merve Erçelik, Peri Arbak
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Sarkoidoz birçok organı, özellikle de akciğerleri etkileyen, etyolojisi bilinmeyen, granülomatöz inflamasyonla seyreden bir hastalıktır. Metabolik Sendrom(MS) ise nedeni tam olarak ortaya konulmasa da, kronik bir enflamasyona neden olduğu ve bunun da akciğerde enflamasyonu tetiklediği yönünde değişik hipotezler ortaya atılmıştır. Biz çalışmamızda sarkoidoz ile MS ve insülin rezisntansı (IR) arasındaki ilişkiyi inceledik.

METOD: Çalışmamızda polikliniğimize başvuran 47 sarkoidoz tanılı hasta ile kronik hastalığı olmayan sağlıklı 45 kişi alındı. Tüm hastalar National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) kriterlerine göre metabolik sendrom açısından değerlendirildi. (Tablo 1) ATP III ün MS için tanımladığı beş faktörde üç tanesinin bulunması MS tanısı olarak kabul edildi. Hastaların boy ve kiloları ölçülerek beden kitle indeksleri ağırlık (kg) / boy² (m) = kg/m² = beden kitle indeksi (BKI) formülüne göre hesaplandı. Tüm olgulara solunum fonksiyon testleri ve SF-36(sort-form) anketi yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 47 sarkoidoz hastasının yaş ortalaması 50 ± 12,2 ve 45 kontrol grubunun yaş ortalaması 43 ± 14,4 olup sarkoidozların %76,6'sı (n: 36) kadın, %23,4'ü (n: 11) erkek, kontrol gurubunun ise %60'ı kadın (n: 27), %40'ı (n:18) erkekti. Metabolik sendrom kriterlerinden; bel çevresi, trigliserit, glikoz değerleri açısından farklılık anlamlıydı (Tablo2). Sarkoidoz hastalarının 32'sinde (%88,9), kontrol grubunun 4'ünde (%11.1) MS mevcuttu, farklılık anlamlıydı. Sarkoidoz olmak MS riskini 6,58 kat artırmaktaydı. Sarkoidoz ve kontrol hastalarından glikoz, insülin değerleri olan olgulara IR açısından bakıldığında (Sarkoidoz n: 31, Kontrol n: 34); Sarkoidoz hastalarının 10'unda, kontrol grubunun 2'sinde IR mevcuttu. Sarkoidoz olmak IR riskini 3,62 kat artırmaktaydı. Sarkoidoz grubunun mental sağlık ortalaması 60,1 kontrol grubunun ise 72,2 idi (p: 0,011). Sarkoidoz grubunun fiziksel sağlık ortalaması 63,8 kontrol grubunun ise 74,8 idi (p: 0,014). Sarkoidoz hastalarının yaşam kalitesi anlamlı oranda düşüktü.

SONUÇ: Çalışmamızda sarkoidozlu hastalarda MS ve IR tanısı daha yüksek bulundu. Dünyada önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan MS'un sarkoidoz hastalarında da yüksek bulunması MS'un nedeni tam belli olmayan sarkoidoz hastalığının patogenezinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu kuvvetli ilişkinin patogenezini araştırmak için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: İnsülin rezistansı, metabolik sendrom, sarkoidoz

Tablo 1

1. Abdominal Obezite (bel çevresi)

Erkek>102 cm

Kadın>88 cm

2. Serum trigiliseridi >150 mg/dL

3. HDL- kolesterolü

Erkek<40 mg/dL

Kadın>88 mg/dL

4. Kan basıncı ≥ 130/85 mmHg

5.Açlık kan şekeri ≥ 110 mg/dL

ATP III Metabolik sendrom tanı kriterleri

Tablo 2

	Sarkoidoz (n: 47)	Kontrol (n:45)	p
	No (%), mean ±SD (min-max)	No (%), mean ±SD (min-max)	
Cinsiyet			0,087
Erkek	11 (23,4)	18(40)	
Kadın	36 (76,6)	27(60)	
Yaş(y)	50,7±12.2 (26-76)	43±14,4 (20-74)	0,006
Beden Kitle indeksi(kg/m2)	31.48±4,9 (22-44)	27,76±5 (17-39)	0,001
Bel çevresi(cm)	101,23±11,7 (76-129)	94,42±14,8 (65-125)	0,017
Glikoz(mg/dl)	113,27±42 (77-301)	89±9,7 (65-106)	0,001
HDL(mg/dl)	47,64±11 (29-88)	48,60±11 (30-80)	0,680
Trigliserit(mg/dl)	164,72±68,5 (55-417)	110,68±53,9 (37-299)	0,001

Sarkoidoz ve kontrol grubunun genel özellikleri, MS ile ilgili biyokimya değerleri

SS-007

HEMODİNAMİK OLARAK STABİL AKUT PULMONER EMBOLİDE, SAĞ VENTRİKÜL HIZ-BASINÇ ÇARPIMININ SAĞ VENTRİKÜL FONKSİYONUNU DEĞERLENDİRME VE MORTALİTEYİ ÖNGÖRMEDEKİ YERİ

Mehmet Serkan Çetin[1], Elif Hande Özcan Çetin[2]

[1]TOBB-ETU Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Akut pulmoner emboli, sağ ventrikül ard-yükünde ani bir artışa yol açarak hemodinamik bozulmaya neden olmaktadır.Nörohumoral aktivasyon aracılığı ile oluşan sağ ventrikülün kompansatuar yanıtı klinik seyirde kritik öneme sahiptir. Sağ ventrikül enerji tüketimin basit bir göstergesi olan, sağ ventrikül hız-basınç çarpımı (rRPP) sağ ventrikül fonksiyonun belirlenmesini ve bozulmanın erkenden tanınmasını sağlayabilir.Bu çalışmada sağ ventrikül fonksiyonu ile rRPP nin ilişkisinin değerlendirilmesi ve bu parametrenin mortaliteyi öngördürmedeki yerinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Akut pulmoner emboli tanısı ile 2010-2014 tarihleri arasında hastanemize başvuran 218 ardışık hasta (%54 erkek, ort yaş 61.2±8.9) çalışmaya dahil edildi.Hastalar rRPP değerlerine göre tertillere ayrıldı.Hastalar medyan 28.9 ay takip edildi. Sağ ventrikül disfonksiyonu ilgili transvers planda sağ-solventrikül oranının >1.0 üzerinde olması olarak tanımlandı.rRPP, başvuru anında ilk çekilen EKG'deki kalp hızı ile ekokardiyografide ölçülen sistolik pulmoner arter kan basıncı olarak hesaplandı.

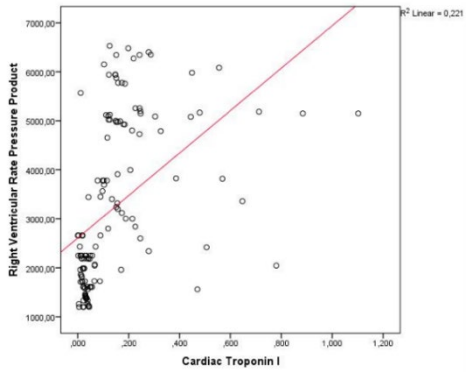
BULGULAR: Sağ ventrikül disfonskiyonu, en yüksek rRPP tertilinde (%34, p=0.011) daha sık görüldü. rRPP ile troponin seviyelerinde yakın düzeyde ilişki saptandı (r=0.480,p<0.001). Çok değişkenli lojisitk regresyon analizinde, rRPP sağ ventrikül disfonksiyonun bağımsız bir prediktörü olarak saptandı (Odds Oranı:1.119, %95 Güven Aralığı:1.008-1.678,p=0.003).ROC analizinde, Akut pulmoner embolide sağ ventrikül disfonksiyonunu predikte etmede, rRPP4983.7 kestirim değerinin %69 sensitivite ve %63.4 spesifiteye sahip olduğu görüldü (Eğri altında kalan alan:0.732, p=0.001). Uzun dönem sağkalım üzerine etkisini değerlendirmek üzere Kaplan-Meier analizinde, diğer tertillere kıyasla üçüncü rRPP tertilinde daha yüksek mortalite hızı görüldü (p=0.010, Ki-kare:6.551)

SONUÇLAR: Sağ ventrikül kompansatuar yanıtının bir belirteci olarak, rRPP, sağ ventrikül disfonksiyonu ve uzun dönem mortaliteyi öngördürmede bağumsız bir prediktör olarak saptanmıştır.

TARTIŞMA: Yatakbaşında, kolaylıkla elde edilebilen ve ek maliyet gerektirmeyen bir parametre olarak, rRPP nin değerlendirilmesi, bu hastaların klinik seyrinin değerlendirilmesinde ve tedavilerinin bireyselleştirlmesinde faydalı olabilir.

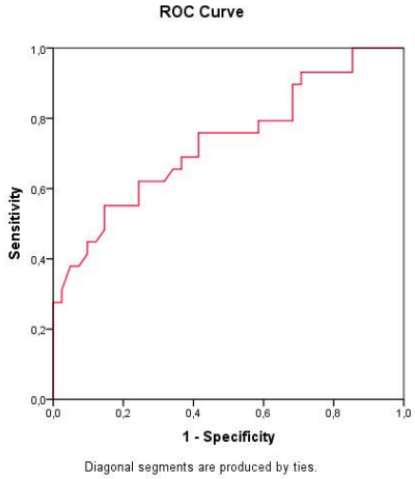
Anahtar Kelimeler: akut pulmoner emboli, sağ ventrikül hız-basınç çarpımı, sağ ventrikül disfonksiyonu

rRPP ve troponin I scatterplot grafiği



rRPP ve troponin I arasındaki ilişkiyi gösteren dağılım (scatterplot) grafiği

rRPP'nin Sağ Ventrikül Disfonksiyonunu ROC Eğrisi



rRPP'nin sağ ventrikül disfonksiyonunu öngördürmede ROC Eğrisi

SS-008

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN PULMONER EMBOLİ TANILI HASTALARIN İNCELENMESİ

İdris Kırhan[1], Fatih Üzer[2], Başak Göktaş[3]

[1]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ş.Urfa
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul
[3]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Antalya

AMAÇ: Pulmoner tromboemboli (PTE) hastane ölümlerinin %5-15'den sorumlu tutulmaktadır. Tedavi edilmemiş olgularda PE'nin mortalitesi yaklaşık %25-30 iken, tedavi edilenlerde mortalite %2-8'e kadar düşer. Ölüm PTE gelişimini takiben ilk üç ay içinde en yüksek orandadır. Merkezimizde PTE nedeniyle yatmış olan hastaların genel özelliklerini ve prognozuna etki eden faktörleri araştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Bu çalışmaya Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne Ocak 2015-Aralık 2017 tarihleri arasında PTE nedeniyle yatmış olan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, komorbit durumları, hastaneye yatışında ilk bakılan hemogram sonuçları (hemoglobin, nötrofil, trombosit, lenfosit, MPV, eozinofil, bazofil), karaciğer fonsiyon testleri (ALT, AST, Albümin), böbrek fonksiyon testleri (üre, kreatinin), elektrolitler (magnezyum, kalsiyum, fosfor) ve kardiyak belirteçler (troponin), hastaya takipleri boyunca ne olduğu (yoğun bakım sevki, exitus, servis takibi), PTE kliniği (masif, submasif, nonmasif) veri formuna kaydedildi. Çalışmaya akut PTE tanısıyla hastanede yatması gereken tüm hastalar dahil edilirken, kronik tromboembolik pulmoner hastalık, rekürren yatış gerekenler ve kendi isteğiyle taburcu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

BULGULAR: Çalışmaya ortanca yaşı 66±18.1 olan 40 (%38.8) erkek, 63 (%61.2) kadın hasta alındı. Hastaların ortalama yatış süresi 11 gün olarak tespit edildi. Çalışmamıza dahil edilen hastaların %7.7 (8)'si masif, %10.6 (11)'sı submasif, %81.5 (84)'i non-masif PTE tanısı almıştı. Çalışmaya alınan hastaların 4 (%3.8)'ü hastanede exitus olarak kabul edilirken, 30 (%29.1) hasta yoğun bakıma transfer edildi, 69(%66.9) hasta ise göğüs hastalıkları servisinde takip edildi. Non-masif PTE ile submasif ve masif PTE tanılı hastalar karşılaştırıldığında, magnezyum (p:0,003) düzeyleri ile troponin (p:0,000) düzeyleri submasif ve masif PTE tanılı grupta istatistiki anlamlı düzeyde yüksek olarak tespit edildi. Yoğun bakım ihtiyacı olanlar ile yoğun bakım ihtiyacı olmayan grup karşılaştırıldığında yoğun bakım ihtiyacı olan grupta trombosit sayıları istatistiki olarak anlamlı düzeyde düşük tespit edildi (p:0,038).

SONUÇ: Sonuç olarak PTE kadınlarda daha sık görülmektedir ve önemli bir hastane yatış nedenidir. Rutin laboratuar testleri ile PTE prognozu hakkında kısmen bir fikir elde edilse de rutin pratikte en sık kardiyak belirteçler kullanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: hastane yatışı, laboratuvar, pulmoner emboli, yoğun bakım

SS-009

PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYONDA DOLAŞIMDAKİ SİKLOOKSİJENAZ-2 İLE İLİŞKİLİ SERUM MİR-26B-5P, MİR-101-3P VE MİR-146A-5P'NİN KLİNİK TANI DEĞERİ

Sinem Durmuş[1], Remise Gelişgen[1], Burak Ünal[2], Ersan Atahan[3], Burçak Kılıçkıran Avcı[4], Volkan Sözer[5], Gül Öngen[3], Zeki Öngen[4], Gönül Şimşek[6], Hafize Uzun[1]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Biruni Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[4]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[5]Yıldız Teknik Üniversitesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul
[6]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Dolaşımda oldukça kararlı moleküller olan mikroRNA (miRNA)'lar hastalıklar üzerinde farklı şekilde ifade edilirler. Bu nedenle, potansiyel biyobelirteçler olabilirler. Son yıllardaki çalışmalarda miRNA'ların pulmoner arteryel hipertansiyon (PAH) hastalarında disregüle olduğu ve bazı miRNA'ların normalizasyonunun deneysel PAH'ı inhibe ettiği gösterilmiştir. Prostasiklin'lerin (prostaglandin I2, PGI2) potansiyel vazodilatör olarak fonksiyon gösterdiği bilinmektedir ve PAH tedavisinde etkili olduğu klinik olarak kanıtlanmıştır. Endokrin PGI2 üretimi siklooksijenaz-2 (COX-2) tarafından kataliz edilmektedir ve hipoksi-indüklü PAH'da COX-2'nin down-regüle olduğu bildirilmiştir. Ancak COX-2 down-regülasyonuna neden olan epigenetik mekanizmalar henüz net olarak aydınlatılmamıştır. Bu bilgiler ışığında çalışmadaki amacımız COX-2 ile ilişkili miR-26b-5p, miR-101-3p ve miR-146a-5p'nin PAH patogenezi ile ilişkisini araştırmaktır.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Çalışma kapsamında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi PAH merkezinde, PAH tanısı ile takip edilen 29 hasta ve 67 sağlıklı gönüllünün serum örneklerinden total RNA'ları izole edildikten sonra cDNA sentezi ve çalıştığımız bölgelere özgü primerler ile Real-Time PCR kullanılarak miRNA ekspresyonu yapıldı.

BULGULAR: miR-26b-5p ve miR-146a-5p'nin PAH hastalarında anlamlı olarak up-regüle olduğu (sırasıyla, 2,18 kat, p=0,0261 ve 2,35 kat, p=0,038), miR-101-3p'nin 1,13 kat up-regüle olduğu ancak anlamlılık sınırına ulaşmadığı bulundu.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Sonuç olarak, COX-2 geni ile ilişkili miR-26b-5p ve miR-146a-5p'nin PAH gelişimine katkıda bulunabileceğini ve yeni terapötik yaklaşımlar için hedef moleküller olabileceği gösterilmiştir. Bununla birlikte, serum miR-26b-5p ve miR-146a-5p'nin değerlendirme indeksi olarak kullanılıp kullanılamayacağını ve bir prognostik belirteç olup olmadığını gösteren daha fazla sayıda hastaya sahip klinik çalışmalara gerek vardır.

Anahtar Kelimeler: mikroRNA, miR-26b-5p, miR-146a-5p, pulmoner arteryel hipertansiyon, siklooksijenaz-2

SS-010

PULMONER HİPERTANSİYON KLİNİK GRUP 1 VE GRUP 4 HASTALARININ YAŞAM KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Pınar Ödevoğlu[1], Rengin Demir[2], Gülfer Okumuş[3], M. Serdar Küçükoğlu[2], Gökşen Kuran Aslan[4]
[1]Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, Kardiyoloji Enstitüsü,İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[4]İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Pulmoner Hipertansiyon (PH) egzersiz sırasında nefes darlığı, yorgunluk, güçsüzlük veya baş dönmesi gibi semptomlar nedeniyle egzersiz kapasitesi ve fiziksel aktiviteye katılımın azalmasına bu nedenle hastaların yaşam kalitelerinde de azalmaya neden olan bir hastalıktır. PH, etyolojiye göre farklı klinik gruplara ayrılmıştır. Çalışmanın amacı, en sık karşılaşılan klinik Grup I (pulmoner arteryel hipertansiyon) ve Grup IV (kronik tromboembolik hipertansiyon) hastalarında yaşam kalitesinin karşılaştırılmasıdır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ve İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü PH polikliniği tarafından en az altı aydır PH tanısı ile takipli 86 olgu (68 kadın, 18 erkek) dâhil edildi. Hastaların sosyodemografik bilgileri kayıt edildi. Hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla "EmPHasis-10" ve "Kısa form-12 (KF-12)" kullanıldı. Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri "Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği (HAD)" ile değerlendirildi ve egzersiz kapasitelerini belirlemek amacıyla altı dakika yürüme testi (6DYT) uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya 53 Grup I ve 33 Grup IV tanılı hasta dâhil edildi. Grupların demografik verilerinde istatiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo 1). Grupların yaşam kaliteleri ve fiziksel sağlık düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünülen egzersiz kapasitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 2).

SONUÇ: Grup I PH hastalarında yaşam kalitesi fiziksel komponenti, grup IV hastalarına göre daha iyi bulunurken, Grup IV PH hastalarının hastalığa özel anket ile değerlendirilen yaşam kalitelerinin Grup I hastalarına göre daha iyi olduğu gösterildi.

Anahtar Kelimeler: pulmoner hipertansiyon, yaşam kalitesi, kronik tromboembolik hipertansiyon

Demografik ve Klinik Özellikler

	Grup I (n: 53)	Grup IV (n:33)	p değeri
Yaş (yıl)	51,8±14,7	57,9±16,6	0,07
Cinsiyet Kadın Erkek	 43 (%81,1) 10 (%18,9)	 25 (%75,8) 8 (%24,2)	0,55
VKİ (kg/m2)	26,4±5	28,5±6	0,09
WHO Fonksiyonel Sınıflandırma I/ II/ III/ IV	5/ 28/ 19/ 1	8/ 9/ 16/ 0	0,71
Takip süresi (ay)	59,9±71,1	41,5±28,6	0,16
PAB (mmHg)	60,4±24,9	53,5±26,2	0,28
6DYM (metre)	364,8±119,3	372±109	0,77

*Veriler ortalama±standart sapma veya frekans (%) olarak ifade edilmiştir. VKİ: Vücut kitle indeksi, WHO: World Health Organization, PAB: Pulmoner arter basıncı, 6 DYM: Altı dakika yürüme mesafesi. *p<0.05*

Grupların Yaşam Kalitesi ve Anksiyete-Depresyon Verileri

	Grup I (n=53)	Grup IV (n=33)	p değeri
EmPHasis-10	15,5±11,9	10,6±7,4	0,03*
KF-12 Fiziksel Komponent Mental Komponent	 36,2±9 37,3±10,9	 42,5±9,2 39±8,5	 0,003* 0,43
HAD Anksiyete Depresyon	 3,6±4,1 3,4±4,3	 4,2±4,7 3,6±3	 0,58 0,85

*Veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir. KF-12: Kısa Form 12, HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği. *p<0.05*

SS-011

GLUTAMATİN PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYON PATOGENEZİNE ETKİSİNDE METFORMİNİN KORUYUCU ETKİSİ: GLUKOJEN SENTAZ KİNAZ 3-BETANİN ROLÜ

Aykut Oruç[1], Yağmur Oruç[1], Karolin Yanar[2], Nuray Kepil[3], Caner Demir[5], Murat Mengi[4], Nihal Enşen[1], Ufuk Çakatay[2], Hafize Uzun[2], Gönül Şimşek[1]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı
[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı
[4]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı
[5]Biruni Üniversitesi, Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi, Moleküler Biyoloji ve Genetik Mühendisliği Anabilim Dalı

GİRİŞ: Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH)'ın patofizyolojik mekanizmaları arasında endotelyal apoptoz önemli bir yer tutmaktadır. Hipoksi, inflamasyon, sheer stress gibi çevresel veya genetik faktörlerin neden olduğu endotelyal hücre (EC) apoptozunun PAH gelişimini tetiklediği bilinmektedir. Normal bir pulmoner vaskülarite, intimal bütünlüğün korunmasına ve EC lerin hayatta kalmasına bağlıdır. Endotelyal hücreler vazokonstriksiyon/vazodilatasyon dengesinin ve apoptoz/proliferasyon dengesinin korunmasında önemli rol oynar. EC apoptozu sonucunda bozulan EC bariyeri vasküler düz kas hücrelerinde kontrolsüz proliferasyon ve remodellinge neden olmaktadır. Glutamat ve onun N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörünün insan ve sıçan pulmoner vasküler hücrelerinde de yaygın olarak bulunduğu gösterilmiştir. EC'lerdeki NMDA reseptörlerinin uyarımının hücre sürvisinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Ancak NMDA reseptörlerinin aşırı uyarılmasının hücre içi Ca+2 girişini arttırarak anormal apoptoza neden olduğu belirtilmektedir. PAH gelişimi sırasında EC'lerden hem glutamat salınımının hem de NMDA reseptörlerinin arttığı gösterilmiştir. Glutamatın ayrıca immün hücrelerden ve trombositlerden de salgılandığı belirtilmiştir. Glutamatın p53 gibi birçok pro-apoptotik sinyalleri tetikleyerek apoptozu tetiklediği bildirilmektedir. Diğer taraftan, GSK-3β aktivasyonunun da aynı mekanizmalarla apoptoza neden olduğu, metforminin GSK-3β modülasyonu ile apoptozu önlediği bildirilmiştir.Bu nedenle araştırmamızda glutamatın PAH patogenezine olası etkisinde GSK-3β'nin rolü ve metforminin koruyucu etkisi incelendi.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırmamızda 40 adet erişkin Sprague-Dawley erkek sıçan 3 gruba ayrıldı; Kontrol, Glutamat, Metformin+Glutamat. Tüm gruplara 34 gün süreyle metfromin verildi. 35.gün Glutamat ve Metformin+Glutamat gruplarına D-glutamik asit uygulandı. Takiben 3 gün sonra anesteziye sıçanlardan alınan kan ve akciğer doku örneklerinde GSK-3β, oksidatif stress parametleri tayin edildi. Distal bronşiyal arterler ışık mikroskobunda histopatolojik olarak tayin edildi. Arteriyel düz kas hücrelerinde hücre içi düz endoplazmik retikulum yapıları elektron mikroskobu ile incelendi.

BULGULAR: Glutamat verilen grupta bronşiyal arterlerde intimal ve medial kalınlık anlamlı olarak arttı. EC bariyer bozulmasına bağlı subintimal ödem saptandı. Elektron mikroskobu ile PAH'ın erken bulgularından endotelyal apoptoz ve düz kas düz ER sisternlerde kalınlaşma olduğu belirlendi. Kan ve doku GSK-3β düzeylerinde ve oksidatif stres parametlerinde anlamlı artışlar gözlendi ($p<0.001$). Metformin verilen grupta tüm parametrelerin kontrol grubuna göre anlamlı değişim göstermediği saptandı.

SONUÇ: Glutamat PAH patogenezinde rol oynayabilir. Glutamatın bu etkisi GSK-3β aracılığıyla gerçekleşebilir. Metformin, glutamatın etkilerine karşı GSK-3β düzeylerini ve/veya aktivitesini azaltarak koruyucu rol üstlenebilir. GSK-3β'nın modülasyonunun PAH tedavisine katkısını inceleyen ileri deneysel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: glukojen sentaz kinaz-3-beta, glutamat, metformin, pulmoner arteriyel hipertansiyon

SS-012

PULMONER ARTERİTLER PULMONER ENDARTEREKTOMİ İÇİN RİSK FAKTÖRÜ MÜDÜR

Ali Fuad Durusoy[1], Güzide Nevsun İnanç[2], Şehnaz Olgun Yıldızeli[3], Bülent Mutlu[4], Serpil Gezertaş[5], Bedrettin Yıldızeli[1]
[1]Marmara Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[3]Marmara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul
[4]Marmara Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
[5]Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Cerrahi olarak ulaşılabilir lezyonları olan kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyonun tedavisi pulmoner endarterektomidir. KTEPH patogenezinde immunojenik faktörler de rol almaktadır. Otoimmun hastalığı olan KTEPH hastalarının pulmoner endarterektomi ameliyatı sonrası erken ve geç dönem sonuçlarını analiz ettik.

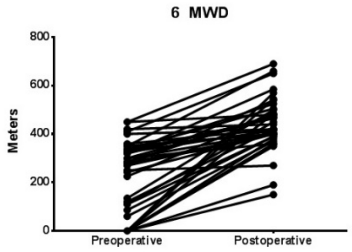
GEREÇLER ve YÖNTEM: 2010-2018 yılları arasında pulmoner endarterektomi ameliyatı olmuş 504 hastanın verileri prospektif olarak kaydedildi. Pulmoner arteriyal vaskülit tanılı 41 (%8) hastanın (9 Behçet Sendromu, 4 Takayasu Arteriti,11 SLE, 11 AFS,ve 6 SLE+AFS) verileri retrospektif incelendi.

SONUÇLAR: Hastaların 27 (%64) si kadın,15 (%36) i erkekti, hastaların ortalama yaşları 39±11idi. Ameliyat öncesi ekokardiyografi ile ölçülen sPAB 73,9±27,9 mmHg iken ameliyat sonrası 36,1±11 mmHg olarak ölçüldü (p<0,001). Benzer düşüş PVR (706,05±382,83 dyne·sn·cm-5 vs 306,47±142,32), mPAP (46,30±14,67 vs 29,84±8,94) değerlerinde de izlendi (p<0,001). Ameliyat öncesi dönemde 29 hastanın NHYA classı III-IV saptanmış iken son kontrollerinde 37 hastanın halen daha NHYA classı I-II idi (p<0,001). 6DYT sonuçları da kıyaslandığında ameliyat öncesi ve son kontrol 6 dakika yürüme mesafeleri 231,24± 148,88 vs 443,08± 109,89 metre (p<0,001) idi. Ameliyat sonrası 90 günlük mortalite 3 (%7) dür. Hastalık alt gruplarına göre değerlendirilme yapıldığında, erken ve geç fizyolojik faydalanım ve klinik bulgulardaki değişimde farklılık saptanmamış olup, mortalite ve morbidite açısından da riskli grup belirlenmemiştir.

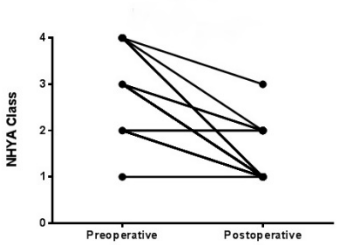
TARTIŞMA: Cerrahi olarak ulaşılabilinir pulmoner arter lezyonu olan KTEPH hastaları, altta yatan pulmoner arterite sebep olan sistemik otoimmün hastalık olsa da pulmoner endarterektomiden hemodinamik ve klinik fayda görmektedirler. Tecrübeli merkezlerde pulmoner endarterektomi düşük mortalite ve morbidete ile pulmoner arteriyal vaskülit tanılı KTEPH hastalarına da uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: KTEPH, Pulmoner Endarterektomi, Vaskülit, Behçet, SLE, AFS

6DYM



NHYA Class



SS-013

BİR GÖĞÜS HASTALIKLARI HASTANESİ ACİL SERVİSİNE PULMONER TROMBOEMBOLİ ÖN TANISI İLE SEVK EDİLEN HASTALARDA TANI DOĞRULUĞU

Eylem Yıldırım, Dursun Alizoroğlu
İzmir SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Pulmoner tromboemboli (PTE), semptomlarının spesifik olmaması nedeni ile klinik olarak tanı konulması zor bir hastalıktır. Klinik skorlama yöntemleri ve D-Dimer gibi laboratuvar tetkikleri ile PTE'nin dışlanamadığı hastaların acil olarak görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmesi gerekir. Hastanemiz acil servisine PTE ön tanısı ile dış merkezlerden sıklıkla hasta sevki yapılmaktadır. Çalışmamızda acil servisimize PTE ön tanısı ile sevk edilen hastalarda tanının doğrulanma ve dışlanma oranlarınınbelirlenmesiamaçlanmıştır.

YÖNTEM: 01 Ocak 2017- 31 Aralık 2017 tarihlerinde İzmir 112 Komuta Merkezi tarafından acil servisimize sevk edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Toplam 124 hasta çalışmaya dahil edildi.

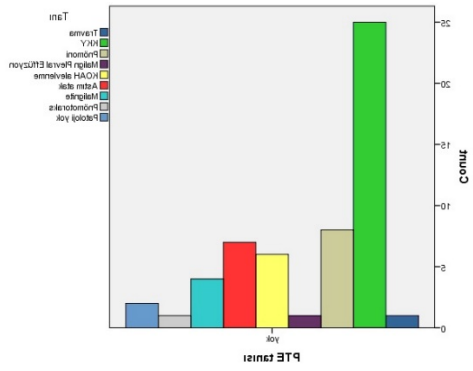
BULGULAR: Hastaların %58.9'u kadın (n:73), %41.1'i erkek (n:51) olup, yaş ortalamaları 65,63 ± 16,89 idi. Dispne (%88.7) en sık başvuru semptomuydu. Göğüs ağrısı % 30,1, senkop %6,5, hemoptizi %4 oranlarında saptandı. Hastaların %55,6'sı PTE tanısı alırken, %44,4'ünde PTE ekarte edildi. Gruplar arasında cinsiyet ve yaş ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı(p>0,05). Senkop yakınmalı 8 hastanın %87,5'i PTE tanısı aldı. Masif PTE klinik tablosu hastaların %20,3'ünde saptandı. PTE ekarte edilen hastaların %45,5'i konjestif kalp yetmezliği (KKY) tanısı aldı (Şekil-1). Toraks anjio BT, tanıların kesinleştirilmesinde kullanılan en sık tetkikti (%70,2).

Bu tetkikin PTE tanısı alan hastalarda kullanım oranı %78,3 idi. PTE tanısı alan ve dışlanan hasta grupları karşılaştırıldığında, D-Dimer düzeyleri arasında anlamlı fark (p<0,05) gözlenirken (Şekil-2), pro-BNP ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (p>0,05) saptandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Acil servisimizin 2007 yılı verileri ile daha önce yapılan ve ulusal/uluslararası kongrelerde sunulan başka bir çalışmada PTE ön tanısı ile sevk edilen hastalarda tanının doğrulanma oranı %30 olarak saptanmıştı. Geçen on yılda tanı doğruluk oranının %55,6 olması dış merkezlerde PTE farkındalığının artması ve hastanemizde tetkik kalitesinin ve çeşitliliğinin artması ile ilişkili olabilir. Her iki çalışmada benzer olarak KKY tanılı hastaların PTE ön tanısı almaları, dispne yakınması ve solunum yetmezliği sonucunun ortak olması ile klinik sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

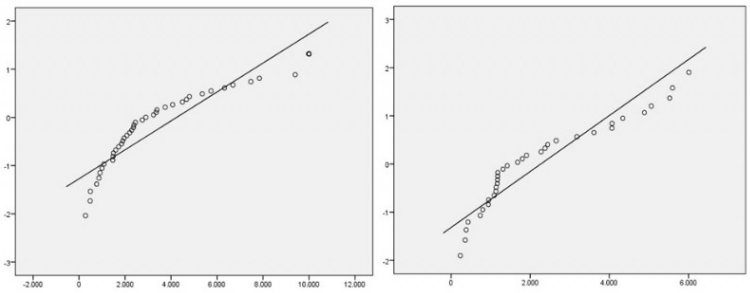
Anahtar Kelimeler: acil servis, d-dimer, pulmoner tromboemboli

Şekil-1



PTE tanısı dışlanan hasta grubunda tanı sayıları

Şekil-2



Tanı gruplarında D-Dimer dağılımları

SS-014

OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINI TANIMLAMADA HANGİSİ DAHA KULLANIŞLIDIR? FEV1/FVC,FEV1/FVC<LLN VE FEV1/FV6 ORANLARININ KOAH HASTALIĞI TANISINDAKİ ETKİNLİĞİ

Gökhan Erdoğan[1], Esra Sönmez[1], Hişam Alahdab[1], Mehmet Atilla Uysal[2]
[1]Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, Kocaeli, Türkiye
[2]SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul,Türkiye

AMAÇ: Spirometre ile hava akımı kısıtlaması tanımlaması üzerine devam eden yoğun tartışmalara rağmen, sadece 1 saniye (FEV1)/zorlu vital kapasite (FVC) 'de sabit oran ve zorlu ekspiratuvar volümün,1 saniyelik (FEV1) / zorlu ekspiratuvar hacimdeki zorlu ekspiratuar volümün 6. saniyesini (FEV6) ve normalin alt sınırı (LLN) ile Z-skorunu karşılaştıran Türkiye'de yapılmış az sayıda çalışma vardır.

Çalışmamızda sabit orana göre KOAH tanısı almış hastaların FEV1/FEV6 ve FEV1/FVC-LLN oranları ile tanı etkinliğini araştırdık.

YÖNTEM: Göğüs hastalıkları kliniğimize 2008-2017 yılları arasında başvurmuş ve KOAH tanısı almış hastalar retrospektif olarak incelendi. Bronkodilatör sonrası FEV1/FVC değeri< 0,70 ve sigara paket yılı ≥10 olan 40 yaş üstü hastalar KOAH hastası kabul edildi. Spirometri test kalite kriteri "A veya B" olan 192 veri incelemeye alındı. Mevcutta kullandığımız ECCS prediktif normlarına göre hesaplanmış spirometri parametreleri excel hesaplama aracı ile GLI 2012 normlarına çevrilerek FEV1/FVC-LLN değeri elde edildi. Z-skoru -1,64 ' ün altındaki hastalar obstrüktif kabul edildi.

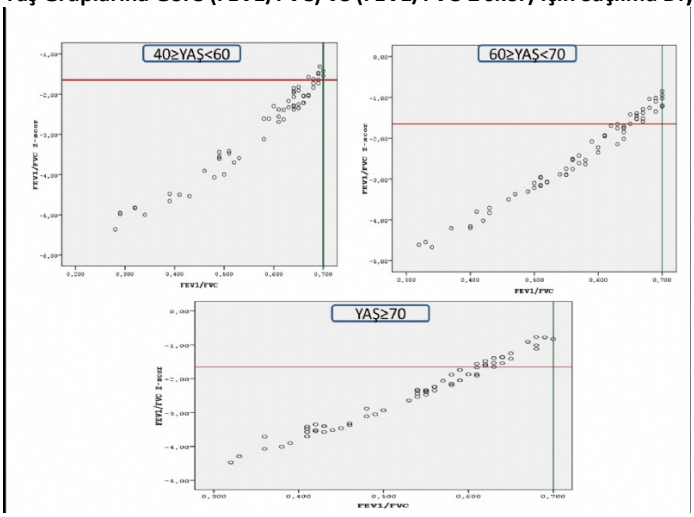
Hastalar yaş gruplarına ayrılarak GOLD sabit orana karşı FEV1/FVC-LLN dağılımı incelendi. FEV1/FVC<LLN' ye karşılık gelebilecek en iyi FEV1/FEV6 kesim noktasını belirlemek için ROC eğrisi kullanılarak duyarlılık ve özgüllükleri hesaplandı.

BULGULAR: Çalışma grubunun yaş ortalaması 64.79±10.47 olup, 165'i (%85,9) erkek (65,7±10,1), 27'si (%14,1) kadın (62,11 ±11,82) hastadır. 40-60 yaş arasında olan 61 hastanın %11,5'i; 61-70 yaş arasında olan 67 hastanın %28,4'ü; 70 yaş üzeri olan 64 hastanın %26,6'sı FEV1/FVC>LLN olarak sabit orana göre obstrüksiyon tanısının dışında kalmaktaydı. FEV1/FVC <LLN ile hava yolu obstrüksyonunu FEV1 / FEV6 için kesme değeri 0,735 olup duyarlılık %99.3, özgüllük %953, eğrinin altındaki alan 0,900 idi (% 95 güven aralığı [CI]: 0.856–0.944, p<0,001).

SONUÇ: Çalışmamızda erken dönem havayolu obstrüksiyonunun gösterilmesinde FEV1/FEV6 <0,735 oranı obstrüksiyonu tanımlamada yeterli olabileceği, ayrıca zaman sabitine bağlı olmayışı ile ofis tip spirometrelerde de kolaylıkla kullanılabileceği kanatindeyiz. GLI normlarına göre hesaplanan FEV1/FVC<LLN değeri ile özellikle ileri yaştaki hastalar sabit orana göre daha az obstrüksiyon tanısı almaktaydı. Çalışmamızın örneklemi GOLD spirometre klavuzuna göre KOAH tanısı almış test verileri olduğundan LLN kullanımının sabit oran ile tanı alamayan hastalardaki tanı değeri hakkında bir fikir edinemedik. Obstrüksiyonun belirlenmesinde sabit orana karşı yeni prediksyonlarda kendi popülasyonumuzda LLN ve z-skor dağılımlarını içeren daha fazla sayıda çok merkezli çalışmalara ihtiyaç olduğu görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Obstrüksiyon, FEV1/FVC, FEV1/FVC<LLN, FEV1/FEV6,

Yaş Gruplarına Göre (FEV1/FVC) ve (FEV1/FVC-Z skor) İçin Saçılma Diyagramı



Çalışma Grubunun Karakteristlik Özellikleri

Değişkenler	ort ± ss (min-max)
YAŞ (Yıl)	64.40±10.66 (40-85)
VKİ (kg/m2)	26.9 ±5.1 (16.9-49.2)
Sigara Öyküsü (Pyıl)	49,9±20,01(10-120)
FVC (L)	3.06±0.88 (1.22-5.37)
FVC%	81.14±17.57 (41-112)
FEV1(L)	1.73 ±0.64 (0.63-3.71)
FEV1 %	60.99± 8.66 (21-108)
FEV6 (L)	2.85±0.84 (1.20-5.28)
FEV1/FVC	0.56 ±0.11 (0.28-0.70)
FEV1/FVC LLN (L)	0.69 ± 0.03 (0.59-0.71)
FEV1/FVC (z-skor)	(-2.55) ±1.06 (-5.36-0.77)
FEV1/FV6	0.6 ± 0.09 (0.38-0.77)

SS-015

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARI İLE SAĞLIKLI BİREYLERİN SOLUNUM İŞ YÜKÜNÜN TERMODİNAMİK ANALİZ İLE HESAPLANMASI

Jale Çatak[1], Mustafa Yaman[1], Elif Develi[2]
[1]İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İstanbul
[2]Yeditepe Üniversitesi İstanbul

GİRİŞ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH) sigara dumanı ve diğer zararlı partiküller nedeniyle akciğer enflamasyonu ve hava yolu limitasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yüksek morbidite ve mortaliteye sahip KOAH nedenli ölümlerin 2030 yılında üçüncü sırada olacağını öngörmektedir. Havayolu limitasyonu ve respiratuvar kasların yapısal ve fonksiyonel olarak değişmesi solunum kas kuvvetinde azalmaya neden olarak solunum iş yükünü arttırır. Respiratuvar kasların termodinamik analizi ile, iş veriminin azalmasına yol açan enerji kayıplarının ölçülmesi (entropi) ve maksimum yararlı işin (ekserji) yıkımı hesaplanabilmektedir. Literatürde; kas performansının fizyolojik mekanizmasını belirlemede termodinamik analiz çalışması sınırlı sayıda olmasına rağmen KOAH'lı hastalarda solunum kas işinin termodinamik olarak değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılamamıştır.

Bu çalışmada, KOAH hastaları ile sağlıklı bireylerin solunum kas işlerinin termodinamik analizle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Bu çalışmada, respiratuvar kasların yaptığı iş termodinamik olarak modellenerek, termodinamik hesaplamalarla analiz edilmiştir. Termodinamik analizler, respiratuvar kasların yaptığı işe termodinamiğin birinci ve ikinci kanunları uygulanarak yapılmıştır. KOAH'lı hastaların ve sağlıklı bireylerin respiratuvar kasları etrafında termodinamik analizler kütle, enerji, ekserji ve entropi balansları uygulanarak yapılmıştır. Solunum sırasında respiratuvar kaslarda gerçekleşen ekserji yıkımı ve entropi üretimi, kasların yaptığı işe bağlı olarak, kan dolaşımıyla birlikte çalışılmıştır. Analiz sonucunda kaslar tarafından yapılan iş için, kullanılan glikoz tüketimi, ekserji yıkımı ve entropi üretimi hesaplanmıştır.

BULGULAR: KOAH'lı hastalar ile sağlıklı bireylerin solunum iş yükünün termodinamik analizi sonucunda ekserji yıkımı sırasıyla 1.23x10-2 kJ/min ile 6.01x10-3 kJ/min olarak hesaplanmıştır. Entropi üretimi ise KOAH'lı bireylerde 4.12x10-5 iken sağlıklı bireylerde 2.02x10-5 olduğu görülmüştür. Enerji dengesi analizi sonuçlarına göre solunum işi için harcanan glikoz miktarları KOAH'lı ve sağlıklı bireyler için sırasıyla 0.32-0.16 mmol/min olarak hesaplanmıştır.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Kas iş verimliliği, metabolik veya yapısal bozulma ile birlikte, mitokondrideki metabolik enerji dönüşümünün azalması sonucu düşmektedir. Bu termodinamik analiz ile, KOAH hastası bireylerde respiratuvar kasların yaptığı iş yükünün artmasıyla ekserji yıkımı ve entropi üretiminin arttığı belirlenmiştir. Enerji dengesi analizlerinin sonuçlarına bakıldığında, solunum işi için KOAH hastası bir bireyin, sağlıklı bireye göre 2 kat daha fazla glikoz kullandığı görülmüştür. KOAH hastalarında entropi üretimi ve ekserji yıkımı sağlıklı bireylere göre yüksek olduğundan, bu hastalarda entropi artışının dokulardaki hasarla sonuçlanacağı ve sağlıklı yaşlanma üzerinde olumsuz etkileri olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik obsrüktif akciğer hastalığı termodinamik analizi,KOAH, solunum iş yükü termodinamik analizi,solunum entropi üretimi, solunum iş yükü termodinamik analizi, solunum termodinamiği

SS-016

METOTREKSATIN AKCİĞER DOKUSUNA ETKİSİ VE AGOMELATİNİN ROLÜ

Mustafa Saygın[1], Önder Öztürk[2], Özlem Özmen[3]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, Isparta.
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta.
[3]Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Burdur.

AMAÇ: Çalışmamızın amacı Metotreksat (MTX) kullanımının akciğerdeki inflamatuvar yolak bio markırları üzerine etkisi ve Agomelatinin (AGO) rolünü araştırmaktır.

YÖNTEMLER: Çalışmamızda 24 adet Wistar Albino erkek rat (3-4 aylık, 200-250 gr) 3 grup olarak tasarlandı. Grup I: Kontrol grubu; (0,1 ml/oral serum fizyolojik, 7 gün+2. Gün i.p.). Grup II; MTX grubu (20 mg/kg, i.p, tek doz, 2. gün). Grup III; MTX+AGO grubu (40 mg/kg/oral, 7 gün). Akciğer dokusunda histolopatolojik analiz, Osteopontin (OPN), indüklenebilir nitrik oksit sentaz (iNOS), ısı şok proteini (HSP-70), granülosit koloni uyarıcı faktör (CGSF) immünohistokimyasal olarak değerlendirildi.

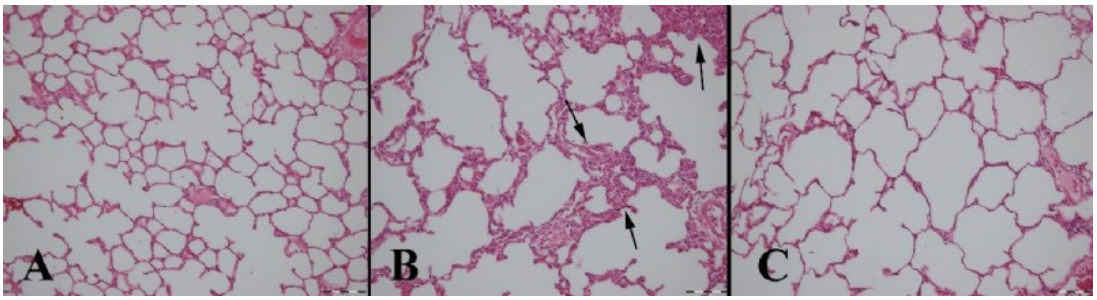
BULGULAR: Akciğer dokusunda histopatolojik olarak hiperemi, hafif pnömonik alan, alveolar makrofaj artışı, septal duvar kalınlaşması grup II'de grup I'e göre istatistiksel olarak anlamlı artış gösterdi ($p<0.001$) ve AGO uygulanan grup III'teki parametreler grup II' ye göre önemli derecede düzeldi ($p<0,05$).

İmmünohistokimyasal olarak OPN, iNOS, HSP-70, CGSF Grup II'de kontrol grubuna göre anlamlı derecede arttı ($p<0,05$) ve AGO uygulanan grup III'teki OPN, HSP-70 ve CGSF grup II'ye göre önemli derecedeazaldı($p<0,05$).

SONUÇ: Çalışmamızda MTX'in, akciğer dokusunda akut enflamatuvar bir reaksiyona yol açtığı ve AGO bu akut etkilere karşı koruyucu rol oynadığı saptanmıştır. Melatonin hormonunun sentetik analoğu olan AGO'nun akut enflamatuvar cevabı engelleyerek, enflamasyon üzerinde koruyucu etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

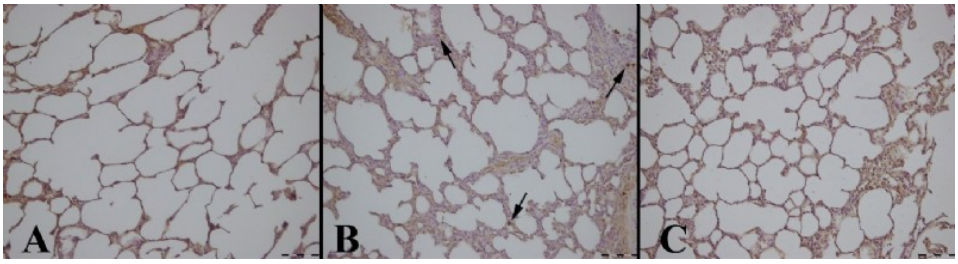
Anahtar Kelimeler: Metotreksat, Akciğer, Agomelatin

Resim 1



A: Normak akciğer görüntüsü B: MTX uygulanan grup C: MTX+Agomelatin uygulanan grup

Resim 2



GCSF A: Kontrol B: MTX C: MTX+Ago

SS-017

ASTIM HASTALARINDA ORTA ŞİDDETTE ALT VEYA ÜST EKSTREMİTE DİRENÇ EGZERSİZLERİNİN AKCİĞER İŞLEVLERİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Hacı Osman Ünal[1], Funda Coşkun[2], Fadıl Özyener[1]
[1]Bursa Uludağ Üniversitesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, Bursa
[2]Bursa Uludağ Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

GİRİŞ: Solunum sistemi hastalarında egzersiz yaparken veya sonrasında nefes darlığı, öksürük, göğüste sıkışma hissi vb. semptomlar sıklıkla görülebilmektedir. Yardımcı tedavi olarak verilen genel veya özel (solunum kaslarının güçlendirmek için) kesintisiz 30 dakikanın üzeri egzersizler hastalara uzun gelebilmekte, bazen ciddi kas ağrısı, aşırı yorgunluk gibi yakınmalara yol açabilmekte ve dolayısıyla program sıklıkla erken sonlandırılabilmektedir.

Alternatif bir yöntem olarak, çalışmamızda hastalara alışık oldukları ortamda, gün içinde 2 veya 3 bölerek yapabilecekleri, her biri ortalama 10-12 dakika süren, orta şiddette alt veya üst ekstremite direnç egzersizi yaptırarak, bu yaklaşımın akciğer işlevleri üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Astım hastası 6 kadın, 4 erkek ve sağlıklı 9 kadın, 6 erkek toplam 25 birey gönüllü oldu. Astım hastası bireylerin sırasıyla yaş, boy, kilo ve vücut kitle indeksi ortalaması 50.20±8.69 yıl, 1.64±0.08 m, 78.10±19.50 kg 28.88±7.04 kg/m2 idi. Sağlıklı bireylerin sırasıyla yaş, boy, kilo ve vücut kitle indeksi ortalaması 46.53±10.05 yıl, 163.13±8.47 m, 69.93±11.75 kg, 26.12±2.73 kg/m2 idi. Alt veya üst ekstremite egzersizleri randomize olarak dağıtıldı ve uygulamalı olarak gösterildi. Günde 1-3 set, haftada en az 3 gün, 3 ay boyunca ev egzersiz programı verildi. Öncesi ve sonrasında solunum fonksiyon testi ve St. George's solunum anketi yapıldı.

BULGULAR: Egzersiz öncesi ve sonrası FEV1, FVC, FEV1/FVC, PEF, p değerleri, ortalama ve standart sapma değerleri astım hastası bireylerin sırasıyla (FEV1: p=0.09, 2.88±0.45; FVC: p= 0.34, 3.47±0.64 FEV1/FVC: p=0.15, 79.40±2.50 PEF: p=0.10, 7.16±1.00). Sağlıklı bireylerin sırasıyla (FEV1: p=0.99, 2.78±0.71, FVC: p=0.19, 3.35±0.87, FEV1/FVC: p=0.99, 79.26±2.65, PEF: p=0.14, 7.02±1.37). Astımlı bireylerin egzersiz öncesi ve sonrası solunum anketi skoru sırasıyla (p=0.05, 36.10±3.78, p=0.01, 45.09±4.20). Sağlıklı bireylerin egzersiz öncesi ve sonrası solunum anketi skoru sırasıyla (p=0.05, 40.15±4.85, p=0.02, 48.23±4.26).

SONUÇ ve TARTIŞMA: Akciğer işlevleri üzerine egzersizler anlamlı bir farklılık oluşturmamasına karşın yaşam kalitesi üzerine olumlu yönde katkı sağladığı görülmüştür. Egzersiz programının şiddetinin daha iyi belirlenmesi ve verilen egzersizleri gerçekten yapmasını sağlamak üzere bir yakınının da egzersiz programa dahil edilmesi halinde çalışmaların daha etkili sonuçlar verebileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: alt ekstremite egzersizleri, üst ekstremite egzersizleri, solunum fonksiyonları, spirometri, yaşam kalitesi

SS-018

PALYATİF BAKIM SON DURAK MI? YOĞUN BAKIMA SEVK NEDENLERİ

Ebru Sulu[1], Özlem Oruç[1], Halide Fulya Kızıltepe[2], Dudu Handan Akış[1], Nilüfer Coşkun[3]
[1]Süreyyapaşa Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları
[2]Süreyyapaşa Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon
[3]Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi'nde Ocak 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında yatan 1248 hastanın 34'ü diğer birimlere sevk edildi. Sevk edilen hastaların ikisi ARB (+) saptanarak tüberküloz servisine, altısı masif hemoptizi ve endobronşial tedavi amaçlı Göğüs Cerrahisine ve 26'sı Yoğun Bakım Servisi'ne nakil edildi. Yoğun bakıma sevk edilen hastaların ortanca yaşı 62 (21-88) idi ve birinin dializ endikasyonuyla, üçünün sepsis nedeniyle, beşinin mekanik ventilasyon gerektiren solunum yetmezliğiyle ve kalan 17 'sinin sosyal endikasyonla nakil edildiği saptandı. Bu 26 hastanın tanıları irdelendiğinde ise beşinin KOAH ve solunum yetmezliği, onunun nörolojik hastalıklar (Serebral Palsy, ALS, serebrovasküler olay, Alzheimer ve hipoksik ensefalopati) kalan onbirininse akciğer kanseri olduğu tesbit edildi. Sosyal endikasyonla sevk edilen 17 hastanın onüçünün yoğun bakımda vefat ettiği öğrenildi. Sosyal endikasyonlar irdelendiğinde hastaların genç olması,hasta yakınlarının beklentileri nedeniyle yoğun bakım için ısrarcı olmaları ve hastanın vefatı halinde sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma endişelerinin olduğu saptandı.

Ünitemizde hasta yakınlarıyla, hastayı kabul etmeden önce ve daha sonra hasta yatarken hergün görüşme yapılmasına rağmen ölüm sırasında hasta yakınlarının davranışları belirsiz olabilmekte ve hasta yakınları hastanın yanında olduğu için sağlık personeli yoğun baskıya maruz kalabilmektedir.

Sonuç olarak, Palyatif Bakım Üniteleri çoğu hasta için son durak olmasına rağmen; özellikle nörolojik hastalık ve ileri yaşlarda dahi hasta yakınlarının beklentileri ve ısrarları doğrultusunda hastalar yoğun bakıma sevk edilebilmektedir. Hastalara tanı konulduğu andan itibaren ilgili branş hekimlerince hasta yakınlarına ölümün de bu süreç içinde olduğunun anlatılması çok önemlidir ve böylece vefat gerçekleştiğinde palyatif bakım ünitelerinde çalışan sağlık personeli ve hasta yakınları arasında olası sıkıntılar engellenecektir. Bir diğer çözüm ise bu hastalar için Palyatif Yoğun Bakım Ünitelerinin kurulması ve böylece diğer yoğun bakım ünitelerindeki gereksiz yatak işgalinin azaltılmasıdır.

Anahtar Kelimeler: palyatif bakım, yoğun bakım, mortalite

SS-019

GERİATRİK BRONŞEKTAZİ OLGULARININ GENEL ÖZELLİKLERİ VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif Yelda Niksarlıoğlu, Burcu Yiğitbaş, Güngör Çamsarı, Filiz Koşar
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Bronşektazi geriatrik yaş grubunda sıklıkla rastalanan kronik bir hastalıktır. Ancak bu hastaların genel özellikleri ve yaşam kalitesi ile ilgili yeterli araştırma bulunmamaktadır. Bu çalışmada geriatrik bronşektazi olgularının genel özellikleri ve short form-36 (SF36) ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya ≥65 yaş akciğer yüksek çözünürlüklü toraks bilgisayarlı tomografisi ile bronşektazi tanısı almış, stabil dönemdeki 68 olgu prospektif olarak dahil edildi. Olguların demografik özellikleri kaydedildi. Ayrıca komorbiditeleri, solunum fonksiyon testleri ve radyolojik ağırlığı belirlemek için reiff skorları kaydedildi. Olguların yaiam kalitesini değerlendirmek için SF36 yaşam kalitesi ölçeği uygulandı. Bu ölçeğin 8 alt parametresi hesaplandı.

BULGULAR: Ortalama yaş 70.4±5.1 yıl (aralık 65-89) ve 31 (%55.5) vaka kadındı. Hastaların 32(%47)'de sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Ortalama vücut kitle indeksi 27.1±5.3, olguların ensik rastlanan komorbiditeler hipertansiyon(39, %57.4), kronik obstruktif akciğer hastalığı (22, %32.4), astım (20, %29.4), diyabet (14, %20.6) ve koroner arter hastalığı (14, %29.4) idi. Olguların reiff skoru 5.9±2.7, beklenen FEV1 % 49.1±20, beklenen FVC % 54.6±19.8, FEV1/FVC 65.3±13.2 idi. SF36 ile yaşam kalitesi değerlendirildiğinde fiziksel fonksiyon 53.6±22.1, fiziksel rol güçlüğü 53.4±39.6, ağrı 50.9±27.9, genel sağlık 38.3±22.8, vitalite 46.6±19.9, sosyal fonksiyon 55.5±25.3, emosyonel rol güçlüğü 57.6±37.5 ve mental sağlık 64.8±17.1 olarak saptandı. SF36 testinin tüm alt parametreleri Türk toplumu normal değerlerinden daha düşük olduğu gözlendi.

SONUÇ: Geriatrik yaş grubundaki bronşektazi olgularının 1/3'de sigara kullanim öyküsü mevcuttu. Diğer hava yolu hastalıklarından bağımsız olarak obstruktif tipte solunum fonksiyon testi bozukluğu vardı. SF 36 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilen yaşam kalitesinin kötü olduğu gözlendi. Yaşam süresindeki uzama dikkate alındığında geriatrik yaş grubunda hem bronşektazi hem de yaşam kalitesi ile ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, geriatri, SF36, Solunum fonksiyon testi, yaşam kalitesi

SS-020

TOPLUMDAN KAZANILMIŞ PNÖMONİ TANISIYLA YOĞUN BAKIMDA YATARAK TEDAVİ GÖRMÜŞ HASTALARDA MORTALİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Melek Memoğlu, Songül Özyurt, Bilge Yılmaz Kara, Dilek Karadoğan, Ünal Şahin
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

AMAÇ: Toplumdan kazanılmış pnömoni tanısıyla yoğun bakımda yatan hastalarda mortaliteyi etkileyen faktörlerin araştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Ocak 2014 - Ocak 2017 tarihleri arasında hastanemiz Göğüs Hastalıkları polikliniği ve acil servis ünitesine başvurmuş ve hastanemiz yoğun bakım ünitelerine toplumdan kazanılmış pnömoni tanısıyla kabul edilen toplam 50 vaka alındı.

BULGULAR: 30'u (%60) erkek, 20'si (%40) kadın toplam 50 hasta alındı. Olguların ortalama yaşı 78±13 idi. Ölenlerin yaş ortalaması istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (p=0.023). Hastaların 9'unda (%18) Diyabetes Mellitus (DM), 16'sinde (%32) Serebrovaskuler Olay (SVO), 19'unda (%38) Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY), 23'ünde (%46) Hipertansiyon (HT), 21'inde (%42) Koroner Arter Hastalığı (KAH), 10'unda (%20) Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), 11'inde (%22) akciğer dışı malignite(metastatik olmayan), 7'sinde (%14) Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH), 9'unda (%18) Alzheimer hastalığı saptandı. Sistolik kan basıncı (SKB) ölenlerde sağ kalanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük saptandı (p=0,035). Ölenlerde yatışın 1. gününde bakılan total protein anlamlı derecede düşük (p=0,022), 4. günde bakılan üre anlamlı ölçüde yüksek (p<0,05), glukoz değeri anlamlı ölçüde yüksek (p=0,035), CRP değeri anlamlı ölçüde yüksek (p=0,011) tespit edildi. 7. günde ölenlerin albumin değeri anlamlı ölçüde düşük tespit edildi (p=0,005). Ölenlerde 1. ve 4. gün karşılaştırıldığında PLT değerindeki düşme (p=0,001), protein değerindeki düşme (p=0,001), albümin değerindeki düşme (p=0,001), LDH değerindeki artış (p=0,022), PCO2 değerindeki artış (p=0,029) mortalite açısından istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

SONUÇ: İleri yaş, sistolik kan basıncında düşüklük, PLT, total protein ve albümin düzeylerinin düşük seyretmesi, LDH yüksekliği, tedaviye rağmen CRP ve WBC'de beklenen düşüşün olmaması, PCO2 değerinde artış yoğun bakım ünitesinde takip edilen toplum kökenli pnömoni hastalarında mortalite belirteci olabileceği kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Toplumdan Kazanılmış Pnömoni, Yoğun Bakım Ünitesi, Mortalite

SS-021

HASTANEMİZ MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARINDA 2014-2018 YILLARINDA SOLUNUM YOLU ÖRNEKLERİNDE SAPTANAN NOCARDİA TÜRLERİ VE İLAÇ DUYARLILIK SONUÇLARI

İsmail Ceyhan[1], Ahmet Yılmaz Çoban[2], Yeliz Tanrıverdi Çaycı[3], Şeref Özkara[1], Müjgan Zülal Güler[1], Güngör Dulkar[1], Resul Altınsoy[1]
[1]Atatürk Göğüs Hasatlıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğtim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
[2]Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Antalya
[3]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ: Nocardia türleri doğada yaygın ve saprofitik olarak bulunur. İnsan ve hayvanlarda çoğunlukla fırsatçı patojen olarak nokardiyoz adı verilen hastalığa sebep olurlar. Genel olarak lokalize deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarından yaşamı tehdit eden pnömoniye, merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarına ve / veya bakteriyemiye kadar değişen semptomlarla karşımıza çıkarlar. Trimetoprim-sülfametoksazol uzun zamandır tercih edilen tek ilaç olarak kullanılmıştır. Ancak son zamanlarda dirençli vakalar ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu çalışmada solunum yolu örneklerinden izole ettiğimiz ve klinik olarak etken kabul edilen Nocardia türlerinin ilaç duyarlılık test(İDT) sonuçları incelenmiştir.

Gereçler ve YÖNTEM: 2014-2018 yıllarında laboratuvarımıza rutin olarak gelen solunum yolu örnekleri NALC-NaOH yöntemiyle işlenerek Löwenstain Jensen(LJ) ve otomatize sıvı kültür sistemine ekimi yapıldı. Kültürde 3-10 gün içinde üreme saptanan kültürler önce tüberküloz yönünden kart testine (MPB64, Capilla TB-Neo), sonra tür belirleme amacıyla reverse-dotblot (GenoType Mycobacterium CM/AS, Hain) işlemine alındı. Çalışma sonucunda mikobakteri olarak herhangi bir tür saptanamayan kültürler modifye asido rezistan boyama(ARB) yapılarak tekrar kontol edildi. ARB pozitif saptanan örnekler %5 koyun kanlı agar, LJ ve Sabouraud Dextrose Agar (SDA)'a ekimleri tekraralandı. Bu arada mikobakteri yönünden farklı bir moleküler yöntem ticari Anyplex™ MTB/NTMe(Seegene Inc.), ile çalışıldı. Kart testi, Revers-dotblod ve real time testi negatif olasına karşın kültür üremelerinde ARB pozitif R-tipi koloniler nokardia olarak değerlendirildi. Kültüler mikrotüp dilüsyon yöntemiyle(RapMycoi-Sensititre, TREK-Diagnostic Systems) trimetoprim/sufametaksazol(SXT), siprofloksasin(CIP), moksifloksasin(MXF), sefoksitin(FOX), amikasin(AMI), doksisiklin(DOX), tigesiklin(TGC), klaritromisin(CLA), linezolid(LZD), imipenem(IMI), sefepim(FEB), amoksisilin/klavunalik asit(AUG), seftirakson(AXO), minosiklin(MIN) ve tobramisin(TOB)'e karşı duyarlılıkları test edildi. Sonuçlar CLSI/M24-A2' uygun olarak değerlendirildi ve rapor edildi.

BULGULAR: 2014-2018 yılları arasında 12(oniki) Nocardia spp. saptandı. Sadece bir tür SXT'ye dirençli bulundu. AMI ve LNZ!ye ise tüm suşların %100 duyarlı olduğu belirlendi. Diğer sonuçlar tablo.1 de toplu olarak verilmiştir. İki tür *N. braziliensis* olarak tanımlanmış diğer türlerin tanımlanması yapılmamıştır.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Nocardia türlerininin İDT'leri CLSI'a göre yapılması önerilmektedir. Tedavide ilk seçenek SXT önerilmektedir. SXT dışında diğre birinci seçenek ilaçlar AMI, AUG, AXO, CIP, CLA, IMI, LNZ, MIN, MXF ve TOB'dir. FEB, Cefotaxime ve Doxycycline ise ikinci seçenek ilaçlar olarak verilmektedir. Rutin olarak ticari kit kullanıldığı için son iki ilaç çalışılmamıştır. Ülkemizde nokardia türlerine karşı İDTçalışmaları oldukça sınırlıdır. Saptanan nokardia türlerine İDT yapılması klinisyene tedavide önemli ölçüde yol gösterici olacağı değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Nocardia spp., ilaç duyarlılık testleri, nokardiyoz

Tablo.1. Hastanemizde saptanan Nocardia türlerine ait ilaç duyarlılık sonuçları (CLSI)*

	Duyarlı (%)	Orta Duyarlı(%)	Dirençli(%)
SXT	11(92)	-	1(8)
CIP	8(67)	3(25)	1(8)
MXF	11(92)	1(8)	-
FOX(a)	1(8)	-	11(92)
AMI	12(100)	-	-
DOX	3(25)	8(67)	1(8)
TGC(b)	3(25)	-	9(75)
CLA(c)	7(58)	-	5(42)
LZD	12(100)	-	-
IMI	3(25)	1(8)	8(67)
FEB	3(25)	2(17)	7(58)
AUG	3(25)	1(8)	8(67)
AXO	5(42)	2(17)	5(42)
MIN	2(17)	8(67)	2(17)
TOB	8(67)	4(33)	-

**CLSI:Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Susceptibility testing of mycobacteria, nocardiae, and other aerobic actinomycetes; approved standard, 2nd ed. CLSI-M24-A2 (2011). (a)CLSI'da benzer grup için. (b)Larruskain J., Idigoras P., Marimon J. M. & Perez-Trallero E. Susceptibility study of 186 Nocardia spp. isolates to 20 antimicrobial agents. Antimicrob. Agents Chemother. 55, 2995–2998 (2011) (c) Yeni makrolitler için temsilci ilaç.*

SS-022

TOPLUMDA GELİŞEN PNÖMONİLİ HASTALARDA NT-PROBNP'NİN PROGNOZA ETKİSİ

Ayşe Baha[1], Nalan Ogan[2], Evrim Eylem Akpınar[2]
[1]Doktor Akçiçek Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Girne, KKTC
[2]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Toplumda gelişen pnömonili hastalarda NT-proBNP'nin prognoza etkisini araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM: Kliniğimize TGP tanısı ile yatırılmış olan, son 6 içindeki ekokardiyografi kayıtlarına ulaşılabilen ve EF %65'in üzerinde olan, NT-proBNP düzeyi çalışılmış olan 69 hastanın dosyası retrospektif olarak incelenmiştir. Veriler uygun istatistiksel yöntem ile analiz edilmiştir.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 75,1±10,4/yıl, 20'si (%29) kadın, 49'u (%71) erkektir. 10 (%14,5) hastanın en az bir ek hastalığı vardı. Komorbidite tipleri ve aşılanma durumu Tablo 1'deki gibiydi. 49 (%71) hasta tipik pnömoni, 20 (%29) hasta atipik pnömoni tanısı almıştır. 51 (%73,9) hasta taburcu, 15 (%21,7) hasta yoğun bakıma devir, 3 (%4,3) hasta eksitus olmuştur. Taburculuk sonrası 13 hastada (%19,7) ilk 30 günde, 20 hastada (%30,3) ilk 90 günde mortalite gelişmişti. Tek değişkenli analizde 30 günlük mortaliteye etkili faktörler yaş (p=0,01), DM (p=0,04), demans (p=0,008), hemoglobin (p<0,001), platelet (p=0,02), NT-proBNP (p=0,005), albümin (p=0,002), CURB65 (p<0,001), PSI (p<0,001), 90 günlük mortalite üzerine etkili parametreler ise yaş (p=0,001), hemoglobin (p<0,001), NT-proBNP (p<0,001), albumin (p<0,001), SO2 (p=0,04), CURB65 (p<0,001),PSI (p<0,001) olarak tespit edildi. Çok değişkenli analizde ise 30 günlük mortaliteyi yaş (p=0,02), NT-proBNP (p=0,04) ve CURB65 (p=0,002), 90 günlük mortaliteyi ise yaş (p<0,001), NT-proBNP (p=0,001), CURB65 (p=0,004) ve PSI'nın (p=0,005) etkilediği bulundu.

SONUÇ: NT-proBNP yüksekliği kalp yetmezliği olmadığı bilinen TGP hastalarında 30 ve 90 günlük mortaliteye etkili faktörlerden biridir.

Anahtar Kelimeler: Toplumda gelişen pnömoni, prognoz, NT-proBNP

Tablo 1

Komorbidite	Var	Yok
KOAH	21 (%30,4)	48 (%69,6)
Astım	4 (%5,8)	65 (%94,2)
Bronşektazi	2 (%2,9)	67 (%97,1)
Diyabetes Mellitus (DM)	17 (%24,6)	52 (%75,4)
Hipertansiyon	31 (%44,9)	38 (%55,1)
Koroner arter hastalığı (KAH)	15 (%21,7)	54 (%78,3)
Kronik böbrek yetmezliği (KBY)	4 (%5,8)	65 (%94,2)
Serebrovasküler hastalık (SVO)	2 (%2,9)	67 (%97,1)
Demans	10 (%14,5)	57 (%85,1)
Aşılanma durumu		
Influenza aşısı	6 (%9,1)	60 (%90,9)
Pnömokok aşısı	4 (%6,1)	62 (%93,9)

Komorbidite tipleri ve aşılanma durumu

SS-023

ALEVLENME NEDENLİ HOSPİTALİZE EDİLEN KOAH HASTALARINDA VİRAL SOLUNUM PANELİ SONUÇLARI

Burcu Yormaz[1], Mecit Süerdem[1], Duygu Fındık[2]
[1]Selçuk Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya
[2]Selçuk Üniversitesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

GİRİŞ :KOAH progresyonunda hızlanma ve mortalite risk artışı nedeni olan alevlenmelerin önlenmesi ve tedavisi tedavinin öncelikli hedeflerinden birisidir. Alevlenmelerin yaklaşık olarak yarısı üst solunum yolları virüs infeksiyonları ile ilişkilidir ve bakteriyel infeksiyonlardan farklı olarak tedavide antibiyotiğe gerek duyulmaz. Klinik rutinimizde, alevlenme nedenli hospitalize edilen KOAH hastalarımızın ampirik antibiyotik tedavisini belirlemek amaçlı olarak nazofarengeal sürüntüden solunum viral paneli istenmektedir. Çalışmamızda, bu grup hastalarımızda solunum viral paneli sonuçlarını enfeksiyon belirteçleri ile karşılaştırarak incelemeyi amaçladık.

GEREÇLER ve YÖNTEM :Kasım 2017 ve Şubat 2018 tarihleri arasında göğüs hastalıkları kliniğinde KOAH alevlenme nedeni ile hospitalize edilen hastalar çalışmaya alındı. Çalışma amacına yönelik olarak; rutin laboratuar ve nazofarenks sürüntüsünden solunum viral paneli tetkiklerine ek olarak CRP, prokalsitonin değerleri ve bilgisayarlı toraks tomografileri çekilmiş olan hastaların dosyaları incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya 110 hasta dahil edildi. 50 (%45.5) hastanın viral panelinde solunum virüsü belirlendi. Viral paneli pozitif olan grupta toplam 76 viral etken saptandı. En sık izole edilen etkenler; rhinovirüs (%25,0), influenza A (%13,1) ve coronavirüs (%11,8) idi. Viral panelin pozitif ve negatif olduğu grupların cinsiyet dağılımları, yaş ortalamaları, sigara içme oranları (paket/yıl), biyoyakıt maruziyetleri (yıl), kan lökosit değerleri, nötrofil yüzdeleri, CRP, FEV1/FVC değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Viral paneli pozitif olan grupta prokalsitonin ve FEV1 değeri anlamlı seviyede daha düşük (sırasıyla; p=0,001 ve p=0,028), alevlenme sayısı ise anlamlı olarak yüksekti (p=0,000). Hastanede yatış süresi viral paneli pozitif olan grupta negatif olan gruba göre daha uzundu (p=0,012). Toraks bilgisayarlı tomografi görüntülerinde: bronş duvar kalınlaşması, kistik bronşektazi, amfizem, pnömonik konsolidasyon bulguları arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). İnfiltratif lezyon (tomurcuklanmış ağaç, atipik pnömoni görünümü) ise viral paneli pozitif olan grupta anlamlı farkla yüksek bulundu (p=0,020).

SONUÇ: KOAH alevlenme nedenli hastaneye yatırılan hastalardan ağır hava akımı kısıtlanmalı, sık alevlenmeli, uzun yatışları olmasına rağmen akciğer radyolojisi normal veya viral pnömoni ile uyumlu bulguları bulunan hastaların prokalsitonin değerleri düşük ise öncelikle akla viral solunum yolları enfeksiyonları gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, prokalsitonin, viral solunum paneli

SS-024

GÖĞÜS HASTALIKLARI YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTALARDA GELİŞEN KATETER İLİŞKİLİ KAN DOLAŞIM YOLU ENFEKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Özlem Aydemir[1], Hüseyin Agah Terzi[1], Yusuf Aydemir[2]
[1]Sakarya Üniversitesi, Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi, Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Sakarya

GİRİŞ-AMAÇ: Yoğun bakımda yatan hastalarda hastane kaynaklı enfeksiyonlar, hastanede kalış süresini, tedavi maliyetlerini ve mortalite oranlarını önemli oranda artırmaktadır. Hastalar, yüksek mortalite hızı nedeniyle ventilatör ilişkili pnömoni açısından yakından izlenirken, bir diğer önemli bakteriyemi nedeni olan kateter ilişkili kan dolaşım yolu enfeksiyonları (KİKDE) gözden kaçabilmektedir. KİKDE tüm hastane enfeksiyonlarının %10-20'sini, yoğun bakım enfeksiyonlarının ise %35-45'ini oluşturmaktadır. Özellikle yoğun bakım hastalarında hastanede kalış süresini 10 ile 40 gün arasında uzatmaktadır. Mevcut çalışmalarda ülkemizde KİKDE hızları %0 ile 6,7 arasında değişmektedir. Bu hızlar katater kullanım oranları (KKO) ile yakın ilişkilidir. Eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde, KKO 0.1 ile 0.91 arasında bildirilmiş, buna paralel olarak KİKDE hızları da %0 ile 8,1 arasında, genel hastanelere göre daha yüksek olarak bildirilmiştir. Göğüs yoğun bakımlarında sıklıkla takip ettiğimiz, ileri yaşlı, diabetes mellituslu, periferal vasküler hastalığı olanlarda KİKDE daha fazla görülmektedir. Kataterin yerleşim bölgesi ve temizliği KİKDE gelişimindeki diğer majör risk faktörüdür. KİKDE olgularında en sık rastlanan etkenler Staphylococcus epidermidis ve Staphylococcus aureus bakterileridir.

Çalışmamızın amacı kateter ilişkili enfeksiyonlara dikkat çekerek, ünitelerimizde farkındalığı artırmaktır. Bu amaçla, bir üniversite eğitim araştırma ve hastanesindeki 3. basamak Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım ünitesinde, katater kullanım oranları, KİKDE hızları ve yıllara göre değişimi ile KİKDE gelişen hastaların mortalite durumları değerlendirildi.

MATERYAL-METOD: Ocak 2015- Ocak 2018 tarihleri arasında, kateter ilişkili kan dolaşım enfeksiyonu şüphesi olan hastaların, kataterleri içinden kan kültürü alınarak sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR: Göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesinde yatan 1085 hasta çalışmaya dâhil edildi. KİKDE düşünülerek kültür gönderilen 54 hastanın 6'sında (%11,1) kateter enfeksiyonu tespit edildi.Hastaların 2'sinde ise A. Baumanii, 1'inde S. aureus, 1'inde C. parapsilosis, 1'inde E. coli, 1'inde Klebsiella, üredi. Yıllara göre katater kullanım oranları ve KİKDE hızlarındaki değişim tablo 1' de, hastaların klinik özellikleri tablo 2'de verilmiştir. KİKDE gelişen 6 hastanın tümü kaybedildi.

TARTIŞMA: Yoğun bakımlarda kateter ilişkili enfeksiyonlar önemli bir mortalite nedenidir. KİKDE risk faktörlerinin bilinmesi, kateter kullanım oranlarının düşürülmesi için çalışmalar yapılması, kateter hijyeni için maksimum hassasiyet gösterilmesi her yoğun bakımın önleyici faaliyetleri arasında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yoğun Bakım, kateter ilişkili enfeksiyonlar,

KİKDE hızları ve katater kullanım oranlarının (KKO) yıllara göre dağılımı

YIL	Hasta sayısı	KİKDE hasta (n/%)	KKO	KİKDE hızı
2015	119	1 (%0.84)	0.2	6.25
2016	513	3 (%0.58)	0.21	4.32
2017	453	2 (%0.44)	0.26	3.62
TOPLAM	1085	6 (%0.55)		

KİKDE olan hastaların klinik özellikleri

AD	YAŞ	CİNS	KATETER YERİ	TANILAR	ÜREYEN ETKEN	DİRENÇ DURUMU	DİĞER ÜREME YERİ
MAÇ	68	E	Femoral	Post CPR-Anoksik beyin hasarı	Klebsiella pneumonia	sadece meropenem ve kolistin duyarlı	trakeal aspirat: P aeroginosa
ZÇ	77	K	Femoral	Pnömoni-ABY	E coli	Tazobaktam, meropenem ve Gentamisin duyarlı	yok
SŞ	72	E	Subclavian	Post CPR-Anoksik beyin hasarı-DM-KAH-ABY	S aureus	Penisilin hariç Duyarlı	yok
FA	77	K	Femoral	Pnömoni-KKY-KBY	Candida parapsilosis	Flukonozal, varikonozol dirençli, Amfotericin B ve Caspofungin duyarlı	yok
AS	65	E	Subclavian	KOAH-Harap akciğer-Solunum yetmezliği	Acinetobakter baumanii	Tigesiklin ve Colistin duyarlı	trakeal aspirat: aynı etken
AG	80	K	Subclavian	Meme CA, Pnömoni, Plevral effüzyon	Acinetobakter baumanii	Tigesiklin ve Colistin duyarlı	yok

SS-025

PNÖMONİLİ HASTALARIN TANISINDA, AĞIRLIKLARININ SAPTANMASINDA VE TEDAVİ TAKİPLERİNDE İNFLAMATUAR BELİRTEÇLERİN ETKİNLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Füsun Şahin, Ayşe Feyza Aslan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul

AMAÇ; Bu çalışmada pnömonili hastalarda lökosit, C-reaktif protein (CRP), prokalsitonin (PCT), nötrofil/lenfosit oranı (NLO), platelet/lenfosit oranı (PLO) gibi inflamasyon belirteçlerinin tanıda, hastalığın ağırlığının saptanmasında ve tedaviye yanıtın izlenmesindeki etkinlikleri araştırıldı.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmamıza hastanemizde pnömoni tanısıyla yatarak tedavi gören 60 hasta dahil edildi. Hastaların hastaneye yatışları sırasında CURB-65, PSI skoru, ürik asit değerleri ve balgam kültürleri değerlendirildi. Hastaların hastaneye başvurularından sonraki ilk 24 saatte ve tedaviye başlandıktan sonraki 3. gün ve 7. günlerde CRP, PCT, lökosit, nötrofil, lenfosit, platelet, NLO ve PLO düzeyleri ölçüldü.

BULGULAR: CURB- 65 skoru ve PSI skoru ile 1. gün bakılan ölçümlerden lökosit, nötrofil, NLO, PCT ve ürik asit düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttu. Bununla birlikte CURB-65 skoru ve PSI skoru ile 1.gün bakılan CRP, platelet ve PLO arasında ise ilişki saptanmadı.

Balgamda üremesi olan hasta grubunda olmayanlara göre 1. gün ölçülen CRP ve PCT düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulundu. Ancak CURB- 65 skoruyla istatiktiksel farklılık saptanmadı. PSI skoru, balgamda üremesi olan grupta yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

KOAH'ı olan pnömonili hastalarda ürik asit, CURB- 65, PSI skoru ve nötrofil değerleri anlamlı yüksek bulunmakla birlikte, ölçülen diğer parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Hastaneye yatışlarında yüksek olan CRP, PCT, lökosit, nötrofil ve NLO düzeylerinin tedaviye cevaba bağlı olarak 3. ve 7. günlerdeki düşüşleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Yine yatış günü bakılan ve düşük olan lenfosit, platelet düzeylerinin 3. ve 7. günlerdeki ölçümlerde tedaviye cevaptaki artışları istatistiksel olarak anlamlıydı.

Bu inflamatuvar belirteçler ayrı, ayrı değerlendirildiklerinde ise özellikle NLO'nun PSI skoru, lökosit, nötrofil, lenfosit, CRP, PCT ve ürik asit ile oldukça anlamlı bir korelasyon gösterdiği görüldü.

SONUÇ: Bu çalışmada, pnömonili hastaların ağırlıklarının saptanmasında ve tedavi takiplerinde son zamanlarda sık kullanılan PCT'nin NLO ve CRP ile korelasyon gösterdiği görülmektedir. Hastalığın ağırlığını belirlemede kullanılan CURB-65 ve PSI skorlarıyla CRP arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasına rağmen, NLO'nun bu skorlarla oldukça anlamlı bir ilişkisi tespit edilmiştir. Tedaviye cevabın takibinde ise lökosit, NLO, CRP ve PCT'nin oldukça yararlı oldukları saptanmıştır. PCT'nin diğer ölçümlere göre daha yüksek maliyete neden olduğu düşünüldüğünde, hastaların takibinde daha ucuz ve tekrarlanabilir olan CRP'nin, özellikle de NLO'nun tercih edilebileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: CRP, CURB- 65, NLO, pnömoni, prokalsitonin, PSI

SS-026

VİRAL ENFEKSİYON KAYNAKLI KOAH ALEVLENME OLGULARI: TEK MERKEZ DENEYİMİMİZ

Burcu Yalçın[1], Kezban Özmen Süner[2], Bengü Özkan Baktık[1], Taha Tahir Bekçi[1]
[1]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

GİRİŞ: KOAH başta sigara olmak üzere zaralı partikül ve gazlara karşı akciğerlerde gelişen anormal inflamatuar yanıtla ilişkili bütünüyle geri dönüşü olmayan ilerleyici hava akımım kısıtlkamasıyla karakterize bir hastalıktır. KOAH da alevlenme ana semptomplarda günlük farklılıkların dışında bir değişmeyle karakterize olan ani başlangıçlı ve ilaç tedavisinde değişiklik gerektirebilen durumdur. Alevlenmeler önemli bir kronik mortalite ve morbidite nedenidir. En önemli alevlenme nedenleri bakteri ya da virüs veya her ikisinin birden etken olduğu enfeksiyonlardır.

Bu çalışmada 1 Eylül 2017–31 Mart 2018 tarihleri arasında viral etken kaynaklı KOAH alevlenme nedeniyle göğüs hastalıkları servisinde yatan 39 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik özellikleri, tespit edilen viral etkenleri, antiviral kullanımı, antibiyotik kullanım, radyolojik bulguları kayıt edildi.

BULGULAR: Olguların %58'i erkek %38' sı kadın olup yaş ortalaması 68±2 olarak bulunmuştur. 18 hastada H1N1, 4 hastada parainfluenza 3, 20 hastada influenza A, 9'unda RSV A, 11'inde RSV B, 3'unde bocavirüs, 3'ünde rinovirüs tespit edilmiştir. Bu hastaların 15'inde tek bir virüs, 24 hastada 2 ve daha üzeri virüs üremiştir. En sık birliktelik 18 hastada H1N1 ve influenza A ile olmuştur. Akciğer grafisi bulguları değerlendirildiğinde 8 hastada yeni gelişen bir patoloji saptanmadı, 12 hastada bilateral infiltrasyon ve 19 hastada fokal konsolüdasyon saptandı. Hastanede yatış süresi ortalama 13,6±1,5 gün olarak tespit edildi. 7 hastada antiviral kullanımı mevcut değildi. Diğer olgulara oseltamivir kullanıldı ve ortalama oseltamivir kullanım süresi 7±1 gün idi

En sık birliktelik gösteren H1N1 + influenza A virüsü birlikte tespit edilen hastalarda ortalama beyaz küre, K, kreatinin değerleri istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük tespit edilirken,üre düzeyleri dahayüksek bulundu.

Tek virüs tespit edilen olgular ile, 2 ve üzeri virüs yanı anda tespit edilen olgular karşılaştırıldığında ortalama yaş, hastanede yatış günü, oseltamavir kullanım süresi, beyaz küre, Hb, PLT, CRP, prokalsitonin, Na,K, kreatinin düzeyleri benzer bulundu. İki ve üzeri virüs tespit edilen olgularda %58,3 oranında en sık fokal konsolidasyon radyolojik bulgu olarak tespit edildi. Tüm olgular incelendiğinde en sık kullanılan antibiyotik %64,1 oranında 3. Kuşak sefalosporin kullanımı bulundu. Takipte 3 hasta ex oldu.

SONUÇ: Özellik grip sezonunda KOAH alevlenme nedeniyle yatışlarda viral etkenler akılda tutulmalıdır. Tipik radyolojik bulgudan bağımsız olarak KOAH alevlenmede viral etkenler tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: KOAH alevlenme, viral enfeksiyonlar, influenza

SS-027

PERSİSTAN ASTIMLI HASTALARDA VENTRİKÜLER ARİTMİ VE ANİ KARDİYAK ÖLÜM RİSKİNİN QRS-T AÇISI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Eylül Hatice Bozkurt Yılmaz[1], Mustafa Yılmaz[2]
[1]Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana
[2]Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Adana

GİRİŞ: Asthma kronik hava yolu inflamasyonu ve obstruksiyonu ile karakterize heterojen bir hastalıktır. Astım için tanımlanmış olan bir çok risk faktörü vardır ve obezite de astım için tanımlanmış olan risk faktörlerinden birisidir. Obezite sadece astım için değil, ventriküler aritmi ve ani kardiyak ölüm içinde risk faktörüdür.

Frontal QRS-T açısı, frontal QRS vektörünün açısı ile Frontal T vektörünün açısı arasındaki fark olarak tanımlanır. QRS-T açısının ventriküler aritmi ve ani kardiyak ölüm ile ilişkili olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir.

Her iki hastalıkta ortak bazı risk faktörüleri olduğu bilinmesine ragmen astımlı hastalarda ventriküler aritmi ve ani kardiyak ölüm risklerinin artıp artmadığı net olarak bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı QRS-T açısını kullanarak bu riskleri değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışma kesitsel olarak planlandı. Persistan astım tanısı konulmuş olan 78 hasta ve 75 sağlıklı gönüllü çalışmaya alındı. Hasta ve kontrol grubunun standart 12 derivasyon elektrokardiyogramları (EKG) değerlendirildi. EKG cihazının otomatik olarak ölçtüğü QRS açısı ve T açısından QRS-T açıları hesaplandı. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark olup olmadığı karşılaştırıldı. $P<0.05$ istatistiksel anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hasta ve kontrol grupları arasında bazal demografik özellikler bakımından istatistiksel anlamlı fark yoktu. Astım grubunda median QRS-T açısı 28.5 (16.75-41; çeyreklikler arası değişim: 24.25), kontrol grubunda ise median QRS-T açısı 26 (11-41; çeyreklikler arası değişim: 30) olarak bulundu. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı görüldü ($p=0.269$).

SONUÇ: Astımlı hastalarda QRS-T açısı kontrol grubu ile kıyaslandığında artmamıştır. Bu sonuçlara göre astımlı hastalarda ventriküler aritmi ve ani kardiyak ölüm riskinde artış olmayabilir.

TARTIŞMA: Astımlı hastalarda ventriküler taşikardi riskini araştıran büyük ölçekli bir çalışma literatürde yoktur. Biz çalışmamız da direkt olarak astımlı hastalarda ventriküler taşikardi olup olmadığını değerlendirmedik ancak QRS-T açısnın ventriküler taşikardi gelişme riskini gösterdiği bilinmektedir. Obezlerde ventriküler taşikardi ve ani kardiyak ölüm riskinin yüksek olduğu bilinmektedir ancak bu ilişkide ventriküler taşikardi riskinde artışa yol açan obezite sınırının ne olduğu net değildir. Daha fazla sayıda hasta ile yapılacak olan çalışmalar bize bu konuda daha net bilgiler sunabilir.

Anahtar Kelimeler: Ani kardiyak ölüm, astım, QRS-T açısı, ventriküler aritmi

SS-028

BRONŞİAL ASTIMLI HASTALARDA IL-33 DÜZEYİ VE GEN POLİMORFİZMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kadir Canoğlu[1], Oğuzhan Okutan[1], Dilaver Taş[2], İsmail Yılmaz[3], Soner Yeşilbaş[4], Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar[5], Zafer Kartaloğlu[1], Tayfun Çalışkan[1], Ömer Ayten[1], Yasin Uyar[6]
[1]SBU Sultan Abdülhamid Han SUAM, Göğüs HAstalıkları AD, İstanbul
[2]Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs HAstalıkları, İstanbul
[3]SBU Sultan Abdülhamid Han SUAM,Patoloji AD, İstanbul
[4]SBU Sultan Abdülhamid Han SUAM, Biyokimya AD, İstanbul
[5]SBU, Yedikule Göğüs HAstalıkları ve Göğüs Cerrahisi SUAM, Göğüs HAstalıkları, İStanbul
[6]Merzifon Kara Mustafapaşa Devlet Hastanesi, Merzifon, Amasya

AMAÇ: Astım, dünyada yaklaşık 300 milyon kişiyi etkilediği düşünülen hava yollarının kronik inflamatuar bir hastalığıdır. Astımda genetik kalıtımın %60'lara vardığı bilinmektedir. Bu sebeple, genetik çalışmalar astım patogenezinin aydınlatılması ve tedavide yeni hedeflerin ortaya konulması açısından önem arz etmektedir. Astım, allerjenlere karşı gelişen Th2 immün yanıtın tetiklediği inflamatuar reaksiyona bağlı gelişmektedir. Bronş ve küçük hava yolu epitelinde bulunan IL-33, Th2 immün yanıtta önemli bir sitokin olarak bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, serum IL-33 düzeyi ve IL-33 gen polimorfizmlerinden rs1342326, rs1929992 ve rs3939286'nın astım etyopatogenezindeki olası rolünü araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya, 18 yaş ve üzeri astım tanılı 90 hasta ve 90 sağlıklı kontrol alındı. Serum IL-33 düzeyleri, ELISA yöntemi ile ölçüldü. IL-33 gen polimorfizmleri, real-time PCR ile çalışıldı.

BULGULAR: Astım hastaları ile kontrol grubu arasında, serum IL-33 düzeyi açısından anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.05$). Çalışılmış olan IL-33 gen polimorfizmleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı($p>0.05$).

SONUÇLAR: Serum IL-33 düzeyinin yüksek saptanması, IL-33'ün astım etyopatogenezinde rolünün olduğunu göstermektedir. IL-33 seviyelerini azaltacak tedavi hedefleri açısından, moleküler ve ilaç faz çalışmalarının yapılması gerektiği düşünülmektedir. Çalışmamızda, IL-33 gen polimorfizmlerinden rs1929992, rs1342326 ve rs3939286, astım gelişme riskinde etkisiz görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Astım, IL-33, Gen Polimorfizmi

SS-029

ASTIMLI ÇOCUKLARDA FONKSİYONEL MOBİLİTE, EGZERSİZ KAPASİTESİ VE ÖZ ETKİLİLİK ARASINDAKİ İLİŞKİ

İsmail Özsoy[1], Buse Özcan Kahraman[2], Aylin Tanrıverdi[2], Gizem Atakul[3], Nevin Uzuner[3], Sema Savcı[2]
[1]Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Kırşehir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, İzmir
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Astım, çocukluk çağında sık görülen akciğer hastalıklarından biridir. Astımlı çocuklardaki etkilenim yalnızca akciğerlerde sınırlı kalmayıp birçok sistemi de içine almaktadır. Kas iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler mobilite ve egzersiz kapasitesini etkilemektedir. Öz etkililik, belli performansı yapma kapasitesinin önemli bir ölçütüdür. Astımlı çocuklarda fonksiyonel mobilite, egzersiz kapasitesi ve öz etkililik arasındaki ilişkinin gösterilmesi astımlı çocuklarda hastalığa bağlı etkilenimlerin bilinmesi açısından önemlidir. Çalışmanın amacı, astımlı çocuklarda fonksiyonel mobilite, egzersiz kapasitesi ve öz etkililik arasındaki ilişkinin araştırılmasıydı.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Çalışma kesitsel bir çalışma olarak planlandı. Çalışmaya tam ve kısmi kontrollü astım hastası olan toplam 50 (30 erkek ve 20 kız) çocuk dâhil edildi. Katılımcıların demografik ve klinik bilgileri kaydedildi. Fonksiyonel mobilite (Timed Up and Go Test-TUG),fonksiyonel egzersiz kapasitesi (6 Dakika Yürüme Testi-6DYT) ve öz yeterlilik (Astımlı çocuk ve Adölesanlar İçin Öz Etkililik Ölçeği-AÇAÖEÖ) değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan astımlı çocukların yaş ortalaması 10.50 yıl idi. AÇAÖEÖ ile TUG ($r=-0.329$, $p=0.020$) ve 6DYT ($r=0.438$, $p=0.001$) arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Ayrıca TUG ve 6DYT arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($r=-0.547$, $p<0.001$).

SONUÇ ve TARTIŞMA: Çalışma sonucunda astımlı çocuklarda öz yeterlilik düzeyi geliştikçe fonksiyonel mobilite ve egzersiz kapasitesinde artma olduğu bulundu. Astımlı çocukların öz yeterlilik düzeylerinin iyileştirilmesinde bireye özgü planlanan egzersiz programları etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: astım, egzersiz kapasitesi,mobilite, öz etkililik

SS-030

KİSTİK FİBROZİS YENİDOĞAN TARAMASI; HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNİN ÜÇ YILLIK DENEYİMİ

Mina Gharibzadeh Hızal, Ebru Yalçın, Sanem Eryılmaz, Deniz Doğru, Uğur Özçelik, Nural Kiper
Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Ülkemizdeki IRT/IRT ölçümü ile kistik fibrozis (KF) taraması 2015 yılından itibaren yapılmaktadır. Tarama programında IRT yüksekliği saptananlar kesin tanısının konulması için ter testi yapılmak üzere merkezlere yönlendirilmektedir. Bu çalışmada amacımız merkezimize IRT yüksekliği nedeni ile ter testi yapılmak üzere başvuran ve KF tanısı alan hastaların özelliklerin değerlendirilmesidir.

YÖNTEM: Ülkemizde 01.01.2015 tarihinde başlatılan KF tarama testi ile iki IRT düzeyinde yükseklik saptanıp ter testi yapılması amacı ile 01.01.2018 tarihine kadar başvuran hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇ: Kliniğimizde değerlendirilen 945 hastanın 30'una KF tanısı konulmuştur ve takibe alınmıştır. Bu bebeklerin 1.IRT değerleri ortalama 243.8, 2.IRT değerleri ortalama 190.2 olarak saptanmıştır. Ortalama tanı yaşı 1.5 ay (1-3) olup, en sık görülen mutasyon delta F508'dir. Tanı anında 15 hastada malnutrisyon mevcut olup; 27 hastada A vitamini düşüklüğü, 15 hastada E vitamini düşüklüğü, 14 hastada D vitamini düşüklüğü saptanmıştır. Beş hastada koagülasyon parametrelerinde yükseklik olduğu görülmüştür. Tanı anında anemi 8 hastada izlenirken, 4 bebekte Psödobartter sendromu saptanmıştır. KF tanısı alan bebeklerin hepsine oral tuz, vitamin desteği ve göğüs fizyoterapisi başlanmış ve 24 bebeğe pankreas enzim replasman tedavisi verilmiştir. Tanı anında solunum sistemi enfeksiyonu nedeniyle 5 hastaya antibiyotik tedavisi başlanmıştır. Hastaların 10'unda tanı esnasında Staphylococcus aureus üremesi varken, 9'unda izlem sırasında kolonizasyon gelişmiştir. Tanı anında hiçbir hastada Pseudomonas aeruginosa üremesi yok iken, izlemde 7 hastada üreme saptanmıştır. Pseudomonas aeruginosa üremesi olan hastaların tamamı eradikasyon tedavisi almış olup hiçbirinde kolonizasyon görülmemiştir.

Hastaların izlemi sırasında; malnutrisyonu olan 15 hastanın 12'sinde düzelme izlenmiştir. Oral tuz replasmanına rağmen 14 hastada Psödobartter sendromu görülmüştür. Solunumsal şikayetler nedeni ile 10 hastaya inhaler DNAse tedavisi başlanmıştır.

Tartışma: Bu çalışma bize KF hastalarında nütrisyonel durumun hastalığın asemptomatik olan erken evrelerinde bile sıklıkla etkilenmiş olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda hastaların yarısında malnütrisyon mevcut iken tüm hastalarda en az bir vitamin eksikliği izlenmiştir. Ancak bu durumun tedavi ile belirgin şekilde düzeldiği görülmektedir. Ayrıca hastalarımızın önemli bir bölümünde izlenen aneminin erken dönemde saptanarak tedavi edilmesi, özellikle büyüme ve gelişmenin önemli olduğu bebeklik dönemi için kritik rol oynamaktadır. Hastaların erken bebeklik döneminden itibaren klinik kontrollere girmesi, bu hastaların küçük yaşlarda mikroorganizmalarla karşılaşması için risk faktörüdür. Ancak çalışmamız erken dönemde Pseudomonas aeruginosa enfeksiyonlarının başarılı bir şekilde eradike edilebildiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: kistik fibrozis, tarama, IRT

SS-031

ASTIM HASTALARININ MİZAÇLARI VE KİŞİLİKLERİ ASTIM TEDAVİSİNİN KONTROLÜNDE ETKİLİ MİDİR?

Önder Öztürk[1], Duru Kuzugüdenlioğlu Ulusoy[2], Ulubey Hayri[3], Bilim Keyha[1], Ahmet Akkaya[1]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,Isparta
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,Isparta
[3]Tekirdağ Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Tekirdağ

AMAÇ: Bu çalışmada astım hastalarının mizaç ve kişilik özelliklerini belirlemek ve astım tedavisinin kontrolünde etkili olup olmadığı araştırıldı.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya Göğüs hastalıkları polkliniğinde astım tanısı ile takipleri yapılan 44 hasta alındı. Hastalara astım kontrol testi (AKT), TEMPS-A Mizaç testi ve Beck Depresyon Ölçeği, solunum fonksiyon testleri uygulandı. Hastaların demografik özellikleri kaydedildi. Hastaların mizaçları ve kişilikleri ile AKT arasındaki ilişki istatistiksel yöntemlerle incelendi.

BULGU: Çalışmaya alınan hastaların (10E/34K) yaş ortalaması 40.9±2.61 yıl olarak bulundu. Hastaların (n=31) %25'i ilkokul mezunu, %38.6'sı evli, %38.6'sı ev hanımı ve %63.6'sının ekonomik düzeyi orta idi. Hastaların %31.8'i sigara kullanıp bırakmıştı. Hastaların ortalama AKT değeri 15.98±0.80, ortalama FVC,FEV1,FEV1/FVC ve PEF değerleri sırasıyla %80.79±2.51, %85.58±3.16,%90.63±2.01,%72.51±4.02 bulundu. Beck depresyon ölçeği sonucu 12.98±1.41 bulunan hastalar hafif depresif olarak değerlendirildi. TEMPS-A mizaç testine göre hastalarda daha çok depresif ve irritabıl mizaç ve sıklıkla "pek çok duygusal çıkış ve inişlerim var" kişilik yapısı saptandı. Fakat %77.3'ünde (n=34) bir mizaç belirlenemedi. Özellikle pek çok duygusal çıkış ve iniş kişilik yapısı ile depresif ve irritabıl mizacı olan hastaların astımı kontrol altında olmadığı görüldü (sırasıyla X2=7.12,p=0.714 ve X2=6.05,p=0.81). AKT ile Beck depresyon ölçeği sonucu arasında negatif korelasyon olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildi (r =-0.054, p=0.73). AKT'yi tahmin etmek için yapılan Stepwise regresyon analizinde modele cinsiyet, yaş ve kişilik özellikleri katıldı (R2=% 39.9,p=0.004).

SONUÇ: Kişilik ve mizacın astım kontrolünde etkisinin araştırıldığı çalışmamızda; depresif ve irritabıl mizaç ile duygusal iniş ve çıkışları olan kişilik yapısının astımı kontrol altında tutmayı engellediği saptandı. Astımın kontrol altında tutulmasında hastaların eğitilmesi önemli olduğu kadar kişilik ve mizacında etkili olduğunu düşünmekteyiz. Fakat daha geniş serili çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Astım, mizaç ve karakter envanteri, kişilik, astım tedavi kontrolü

SS-032

BRONŞİEKTAZİ' NİN ÇOK DÜŞÜNÜLMEYEN NEDENİ; ÇOCUKTAN ERİŞKİNE PCD' Lİ HASTALARIMIZ

Muhammed Burak Selver[1], Ahmet Yasin Güney[1], Tahir Tok[1], Zeynep Kuzu[1], İbrahim Zai[3], Sevgi Pekcan[2]
[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı
[3]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi

Primer Silier Diskinezi (PCD), genetik olarak heterojen, fonksiyonel ve yapısal silier bozuklukların neden olduğu ve vakaların yarısında situs inversus totalisin eşlik ettiği kronik oto-sino-pulmoner enfeksiyonlarla karakterize nadir bir akciğer hastalığıdır. Erken görülen semptomlar neonatal respiratuar distres sendromu ve üst havayolu hastalığını içerir. Rinit, öksürük ve otitis media çocukluk çağında sık görüldüğü ve PCD tanısı nadir görülen bir hastalık olduğu için tanı genellikle gecikir. Okul çağındaki hastalarda ve adolesanlarda, tekrarlayan pnömoni, kronik astım benzeri semptomlar ve bronşiektazi gibi alt hava yollarını ilgilendiren durumlar PCD'yi diğer hastalıklardan ayıran özelliklerdendir. Akciğer fonksiyonu ve beslenme ayrı konular gibi gözükse de birbirleri ile yakından ilişkilidirler. Kistik Fibrozis'li hastalarda, akciğer fonksiyonlarında ilerleyici düşüş ve bunun sonucunda büyümede yavaşlama görülür. PCD gibi Kistik Fibrozis ile ilişkili olmayan süpüratif akciğer hastalıklarıyla ilgili yeterli veri bulunmadığından ve hasta grubu geniş olmadığından dolayı beslenme durumu ve büyüme hızının değerlendirilmesi mümkün olmamaktadır. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Polikliğinde takip edilen PCD tanılı hastaların antropometrik ölçümleri, spirometri değerleri ve takip süreci içerisinde oluşan klinik durumlar retrospektif olarak incelenmiştir.

2004 ve 2018 yılları arasında tanı alan ve düzenli takip edilen 20 kız ve 24 erkek toplam 44 hasta çalışmamıza dahil edildi ve retrospektif olarak incelendi. Hastaların tanı anındaki yaş ortalamaları 9,3 idi. Hastaların 16'sında (%36,3) bronşektazi, 20'sinde (%45,4) tekrarlayan otit, 14'ünde (%31,8) yenidoğan döneminde solunum sıkıntısı öyküsü, 16' sında (%36,3) ebeveynler arası akrabalık, 22' sinde (%50) situs inversus totalis, 10' unda (%22,7) nasal polip mevcut idi. Hastaların tanı anında ortalama boy 132,34 ve vücut ağırlığı 39,77 idi. Yaşı ve klinik durumu uygun 26 hastaya solunum fonksiyon testleri uygulanmış olup, ortalama FEV1 82,34, FVC 81,65, PEF 84,21 idi.
Takip edilen hastalar arasında, çocukluk çağından erişkin döneme kadar geniş bir yaş dağılımı mevcuttu. Hastalarımız arasında çocukluk çağında tanı alıp erişkin dönemde de takibine devam edilen bireyler bulunmaktadır. Teşhis yaklaşımlarındaki gelişmelere rağmen, birçok PCD hastası hala teşhis edilememekte veya yanlış teşhis edilmektedir. Bu nedenle, PCD'li hastalarda görülen semptomlar veya eşlik eden durumlar tam anlamıyla saptanamamaktadır. Bu çalışma sonucunda PCD' li hastalar hakkında daha fazla veri ve çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Primer Siliyer Diskinezi, antropometrik ölçüm, spirometri

SS-033

GOLD 2017 SONRASI KOAH SINIFLAMASINDA GRUPLAR ARASI GEÇİŞLER VE TEDAVİ UYGUNLUĞU AÇISINDAN DEĞİŞİKLİKLER

Muzaffer Onur Turan[1], Pakize Ayşe Turan[2]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir
[2]Menemen Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir

GİRİŞ: KOAH'da GOLD 2011 ile birlikte, hastalığın sınıflamasında bileşik değerlendirme sistemine geçilerek spirometrideki FEV1 değeri, yıllık alevlenme sayısı ve semptom yoğunluğuna göre ABCD sınıflaması oluşturulmuştur. 2017 yılındaki güncellemede ise, FEV1 değeri değerlendirmeden çıkarılmıştır. Bununla birlikte,KOAH hastalarında gruplar arası geçişler olmuş, bu değişiklik tedavilerin güncellenen rehbere uygunluk durumunu da değiştirmiştir.

MATERYAL-METOD: 2017 Haziran-2018 Ocak tarihleri arasında İzmir'deki iki merkezin göğüs hastalıkları polikliniklerine başvurmuş hastalarının verileri hastane kayıt sisteminden retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya, verilerine ulaşılabilen 478 KOAH hastası dahil edildi.

BULGULAR: 334 erkek (%69.9) ve 144 kadından (%31.1) oluşan hasta grubunun yaş ortalaması 65.3±10.6 idi.Hastaların (FEV1'e göre) %9'u evre 1, %61.9'u evre 2, %23.8'i evre 3 ve %5.3'ü evre 4 idi.

GOLD 2017'ye göre sınıflandırıldığında A grubu %39.5, B grubu %20.9, C grubu %7.9, D grubu %31.6 hasta iken, 2011 sınıflamasına göre dağılım; A grubu %31.8, B grubu %15.9, C grubu %15.5, D grubu %36.8 şeklindeydi. Buna göre, GOLD 2011'den 2017'ye D grubundan B grubuna geçiş %14.2, C grubundan A grubuna geçiş %49.3 olarak görüldü. Hastaların kullandıkları KOAH ilaçlarının dağılımı: kısa etkili bronkodilatatör (%59.7), sadece uzun etkili antikolinerjik<LAMA> (%15.9), sadece uzun etkili beta-2 agonist<LABA> (%1.9), LABA+LAMA (%5), inhale kortikosteroid<İKS>+LABA (%15.7), üçlü tedavi<LAMA+İKS+LABA> (%56.1) ve teokap (%29.5) şeklindeydi.

Hastaların rehberlere uygun ilaç kullanma oranları GOLD 2017 için %55.6, GOLD 2011 içinse %60.3 idi. Fazla ilaç kullanma (overtreatment) durumu GOLD 2017 için grup A'da İKS kullanımı (%11.8), iki bronkodilatatör (LABA ve LAMA) kullanımı (%2.8), üçlü (LAMA+LABA+İKS) tedavi (%39.6), grup B'de İKS kullanımı (%10.4), üçlü tedavi (%21.2) ve grup C'de üçlü tedavi (%14.2) idi.Fazladan tedavi (overtreatment) durumunun %75'ini üçlü tedavi oluşturmaktaydı. GOLD 2011'e göre ise, grup A'da İKS kullanımı(%11.1), iki bronkodilatatör kullanımı(%2.1), üçlü tedavi (%35.3), grup B'de İKS kullanımı (%10), üçlü tedavi (%18.4) ve grup C'de üçlü tedavi(%23.1) olarak gözlendi.

SONUÇ: Sonuç olarak, FEV1 değerinin ABCD sınıflamasından çıkarılmasıyla C ve D gruplarından A ve B grubuna geçiş olduğu, en çok görülen grubun ise D iken A grubu olarak değiştiği gözlendi. Rehberler güncellense de, KOAH tedavisinde overtreatment durumu (özellikle üçlü tedaviye bağlı) hala oldukça yüksek orandadır. KOAH'la ilgili güncel rehberlerde yer alan önerilere daha çok uyulmasının, hasta yönetimi ve tedavi planı açısından daha faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, rehberler, sınıflama

SS-034

KOAH ALEVLENMESİNDE ORTALAMA PLATELET HACMİ'NİN MORTALİTE ÜZERİNE ETKİSİ

Nalan Ogan
Ufuk Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. KOAH'da sistemik oksidatif stres, dolaşımdaki inflamatuar hücrelerin aktivasyonu ve artmış inflamatuar sitokinler nedeni ile düşük dereceli inflamasyon söz konusudur. Alevlenme sırasında sistemik inflamasyon daha da belirginleşir, IL-6, CRP, fibrinojen gibi inflamatuar belirteçlerin düzeyi artar.

Ortalama Platelet Hacmi (MPV), platelet üretim oranını ve stimülasyonu gösteren platelet fonksiyon göstergelerinden biridir ve rutin klinikte hemogram sayımı ile kolaylıkla ulaşılabilir.Birçok çalışmada, MPV seviyelerinin akut myokard enfarktüsünde, diyabette, hipertansiyonda arttığı, buna karşılık inflamatuar barsak hastalıklarında ve ankilozan spondilitte düştüğü gösterilmiştir.
Yapılan çalışmalarda KOAH akut atakta ve hastalığın ciddiyeti ile artmış MPV oranları arasında bir ilişki saptanmıştır. Plateletler lökositler ile etkileşime geçerek inflamasyona katkıda bulunan bir takım mediyatörler içerirler. Bu durumdan yola çıkılarak MPV mevcut hastalığın inflamasyon durumunu belirlemede bir bilgi sağlayabilir

Çalışmamızda amaç, KOAH alevlenmesinde MPV ile mortalite ilişkisini değerlendirmektir. METOD: Ocak 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında Ufuk Üniveristesi Göğüs Hastalıklarında yatarak tedavi görmüş 97 hasta retrospektif olarak incelendi. Mortalite ile seyreden KOAH hastaları ile halen hayatta olan hastalar arasında demografik, laboratuar özellikleri, pulmoner fonksiyonel testleri ve MPV değerleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastalarının 44'ü (%45.36) takipleri esnasında eksitus oldu.Yaşayan ve eksitus olan hastaların cinsiyetleri benzerdi (P=0.640). Eksitus olanların yaş ortalaması 75.04 ± 7.85 yıl iken yaşayan hastaların yaş ortalaması 71.32 ±10.52 idi (P=0.055).Her iki grubunda sigara kullanma durumları ve sigara tüketim miktarları benzer idi (sırasıyla, P=0.148 ve P=0.402). Dispne algıları (mMRC) yaşayan hastalarda ortanca 2 iken eksitus olan hastalarda 3 olarak saptandı (P=0.091). Eksitus olan hastalarda atak sayısı daha sıktı (P=0.040). Hastalık evreleri her iki grupta benzerdi (P=0.472). Eksitus olan KOAH tanılı hastaların hemoglobin değerleri ile yaşayan KOAH tanılı hastalardan daha düşükken MPV değerleri daha yüksek saptandı(P<0.001). C-Reaktif Proteinin yaşamını kaybeden KOAH'lı hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (P=0.034).

SONUÇ: Çalışmamızda mortalite ile ilişkili faktörler yıllık atak sayısı, komorbidite sayısı, FEV1 ağırlığı ile PO2 ve PCO2 idi. Mortalite ile seyretmiş hastalarda MPV değerlerinin, hayatta kalan KOAH hastalarına göre anlamlı oranda arttığı tespit edildi. Ucuz ve kolay erişilebilir parametrelerden biri olan MPV, KOAH alevlenmesinde artmış sistemik inflamasyonu desteklemesinin yanında mortalite açısından da kötü prognostik faktör olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: kronik obstruktif akciğer hastalığı, ortalama platelet hacmi, mortalite

Tablo1.

Özellikler	Yaşayan KOAH N (%)	Eksitus Olan KOAH N (%)	p
Cinsiyet			
Erkek	43 (81.1)	34 (77.3)	
Kadın	10 (18.9)	10 (22.7)	0.640
Yaş, yıl	71.32 ±10.52	75.04 ± 7.85	0.055
Sigara İçme Durumları			
Hiç kullanmamış	6 (11.3)	9 (20.5)	
Aktif	3 (5.7)	0	
Bırakmış	44 (83.0)	35 (79.5)	0.148
mMRC	2.0 (1.0-4.0)	3.0 (1.0-4.0)	0.091
Yıllık Atak Sayısı	2.0 (0-7.0)	3.0 (0-5.0)	0.040
Komorbidite Varlığı	39 (73.6)	40 (90.9)	0.029
Hipertansiyon	25 (47.2)	26 (59.1)	0.242
Diabetes Mellitus	13 (24.5)	11 (25.0)	0.957
Kalp Yetmezliği	4 (7.5)	13 (29.5)	0.005
Kaç Komorbidite Birlikte Olduğu	1 (0-4.0)	2 (0-4.0)	0.015

Eksitus olan KOAH hastaları ile yaşayan KOAH hastalarının demografik özellikleri

Tablo2.

Laboratuar Parametresi	Yaşayan KOAH	Eksitus Olan KOAH	p
Beya küre, x103	9.28 (3.77-20.90)	11.40 (6.10-29.30)	0.008
Lenfosit, x103	1.86 (0.38-4.98)	2.08 (0.89-6.18)	0.076
Nötrofil, x103	6.35 (2.60-16.67)	7.43 (2.80-21.55)	0,036
Hemoglobin, g/dl	14.41 (9.26-18.18)	11.45 (6.50-17.10)	<0.001
MPV (ortalama platelat hacmi)	7.52 ± 1.11	8.77 ± 1.72	<0.001
CRP (C-reaktif protein)	8.60 (0.01-84.10)	24.75 (0.01-226.98)	0.034

Yaşayan ve eksitus olan Hastaların Tam Kan Sayımı ve C-Reaktif Protein (CRP) sonuçları

SS-035

KOAH TEDAVİSİNİN GOLD REHBERİ ÖNERİLERİNE GÖRE DÜZENLENMESİ SONUCU MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

Muzaffer Onur Turan[1], Sezgi Şahin Duyar[2], Sinem Ağca Altunbey[3], Nalan Ogan[4], Arzu Mirici[5]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir
[2]Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
[3]Özel sektör, İstanbul
[4]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, ANKARA
[5]Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale

GİRİŞ-AMAÇ: KOAH hastalarında fazladan ilaç kullanımı (overtreatment) sık olarak görülen bir durumdur. KOAH'da, semptom kontrolü ve tedavinin daha iyi yönetilebilmesi açısından ilgili rehberlere uygun tedavi verilmesi önerilmektedir. KOAH hastalarında, tedavi protokollerinin güncellendiği son rehber olan GOLD 2017'ye göre aşırı tedavi almakta olan hastaların tedavilerinin rehbere uygun şekilde azaltılmasının, inhaler tedavi uyumunda, yaşam kalitesinde ve semptom kontrolünde yaratacağı değişikliklerin değerlendirilmesi amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: Nisan 2017-Temmuz 2017 arasında ilgili merkezlerin göğüs hastalıkları polikliniklerine başvuran,KOAH tanısıyla inhaler tedavi almakta olan hastalar değerlendirmeye alındı. GOLD 2017'ye göre aşırı tedavi alan hastalara tedavinin azaltılması [hasta grubu I], rehbere göre uygun tedavi alan hastalara ise basamak azaltılması(ilaç sayısının sadeleştirilmesi) [hasta grubu II] önerildi. Tedavide sadeleştirmeyi kabul eden hasta grubu dışında, ilaçlarında değişiklik yapılmasını kabul etmeyen "overtreatment" hastaları [kontrol grubu I] ve rehbere uygun tedavi almakta olanlar [kontrol grubu II] çalışmaya dahil edildi. Hastaların ilk ve 6 ay sonraki vizitlerinde; inhaler tedavi uyumları(cihaz kullanma becerilerini gösteren bir test), semptom kontrolleri (mMRC) ve yaşam kaliteleri (SGRQ) değerlendirildi.

BULGULAR: Toplamda çalışmayı tamamlayan 136 hastanın 120'si erkek (%88.2), 16'sı kadın (%11.8), olup yaş ortalaması 64.77±10.29 idi. İlk vizitte KOAH hastalarının almakta oldukları tedavinin rehbere uygunluğu %44.1, overtreatment %55.9 olarak gözlendi. İlk değerlendirmede 54 hastanın KOAH için kullandığı ilaç sayısı azaltıldı (35:hasta grubu I, 19:hasta grubu II). Kontrol grubunda ise kullandıkları inhaler cihaz sayısı değişmeyen 37 kontrol grubu I ve 45 kontrol grubu II hastası yer almaktaydı.

Rehbere uygun KOAH tedavisi alan hasta grubunda FEV1 değerinde anlamlı bir düzelme mevcuttu (p=0.033). İnhaler cihaz sayısı azaltılan hasta grubunda 6. ay kontrollerinde; mMRC'de, SGRQ'da, FEV1 düzeyinde, inhaler cihaz performans ında düzelme gözlendi. Overtreatment olup ilaç sayısı azaltılan grupta yaşam kalitesindeki düzelme istatistiki açıdan anlamlıydı (p=0.005). Sigarayı azaltan veya bırakan hastalarda, 6 ay sonunda FEV1'de düzelme ve inhaler cihaz performans puanında iyileşme istatistiki açıdan anlamlı olarak gözlendi (sırasıyla p=0034 ve 0.023).

TARTIŞMA: KOAH hastalarında "overtreatment" sık olarak görülen bir durumdur. Güncel rehbere uygun şekilde kullanılan inhaler cihaz sayısının azaltılması, yaşam kalitesini düzeltmektedir. Rehbere uygun KOAH tedavisi alınması, solunum fonksiyon testi parametrelerini olumlu yönde etkileyen bir faktördür. KOAH hastalarında sigara kullanımının bırakılması veya azaltılması hem inhaler tedavi uyumunu hem spirometrik değerleri anlamlı olarak arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: KOAH, overtreatment, rehbere uygun tedavi

SS-036

GOLD 2017'YE GÖRE KOAH OLGULARININ EVRESİNDEKİ DEĞİŞİKLİKLERİN ORANI VE BRONKODİLATÖR SEÇİMİNE ETKİSİ

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

GİRİŞ: GOLD (Global initiative for chronic obstructive lung disease), 2017 güncellemesinde, ABCD evrelemesinde spirometre sonuçlarını değerlendirme dışında bıraktı. Buna sebep olarak da tedavi planlamasında, semptomların ve alevlenme riskinin FEV1 değerine göre daha önemli olduğu belirtildi. Bu çalışmada, GOLD 2017 kriterlerine göre hastaların ABCD evresinde meydana gelen değişikliklerin oranını incelemeyi amaçladık.

MATERYAL ve METOD: KOAH tanısı ile takip edilen hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Akciğer kanseri, derin anemi, NYHA evre IV kalp yetmezliği gibi spirometri ve/veya mMRC değerlendirmesini etkileyebilecek komorbiditeli olgular çalışma dışı bırakıldı. Alevlenme hikayesine, mMRC değerlendirmesine ve stabil dönemde yapılan postbronkodialtör spirometri sonuçlarına göre hastalar eski ve yeni ABCD sınıflamasına göre değerlendirildi.

SONUÇLAR: En az 1 yıl önce tanı almış, yaş ortalaması 64,7 ± 9,7 olan 93 erkek, 7 kadın olmak üzere toplam 100 hasta çalışmaya dahil edildi. mMMRC ≥2 olan olgu sayısı 81 (%81), son 1 yıl içinde hastaneye yatışı olan olgu sayısı 50 (%50), alevlenme geçiren hasta sayısı 69 (%69) idi (Tablo1). FEV1 değerinin de sınıflamada yer aldığı GOLD'a göre A, B, C, ve D evrelerinde bulunan hastaların oranı sırası ile %8, %10, %14, % 68 idi. GOLD 2017 güncellemesine göre (FEV1 değeri olmadan) ise sırası ile %19, %30, %2 ve %49 idi. En fazla değişiklik D evresinde olan olguların B evresine yer değiştirmesi, C evresinde olan olguların da A evresine yer değiştirmesi sonucu görülen D ve C evresindeki olgu sayısında azalma, B ve A evresinde ise olgu sayısında artma izlendi (Tablo 2). Her iki sınıflama arasında istatistiksel olarak farklılık saptandı (p:0,002). FEV1 değerinin de sınıflamada yer aldığı evrelemeye göre tedavi seçiminde %75 hasta IKS+LABA+LAMA, %8'i IKS+LABA,%9'u LABA+LAMA, %5'ı LAMA kullanırken; FEV1 değerinin evreleme dışına alındığı GOLD 2017 güncellemesine göre %45 hasta IKS+LABA+LAMA, %6'sı IKS+LABA, %27'si ise LABA+LAMA,%21'i LAMA tedavisini kullanmaktaydı. %45 hastada yeni evrelemeye göre tedavi değişikliği yapılmıştı. GOLD sınıflamasına göre her iki sınıflamaya göre seçilen tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptandı (p:0,000).

SONUÇ : Çalışmamız, GOLD 2017 güncellemesi ile birlikte D ve C grubundaki hasta sayılarının azaldığı nı ve bununla birlikte tedavide kombine preparatların kullanımı (özellikle inhale steroidlerin) azalırken, uzun etkili antikolinerjik ve Beta 2 agonistlerle monoterapi tedavisinin arttığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, GOLD, Bronkodilatatör

Tablo- 1

özellikler	N (%) or mean ± SD
yaş	64,7 ± 9,7
Cinsiyet E/K	93/7
FEV1 %	42,3±16,2
FVC %	55,5 ± 18,3
FEV1/FVC %	59,2 ± 10,9
MMRC 1 2 3 4 5	 19 25 17 31 8
Sigara Smoker Nonsmoker exsmoker	 37 7 56
Son 1 yıl hastaneye yatış Var yok	 50 50
Alevlenme Var yok	 69 31

Hastaların genel özellikleri

Tablo- 2

	KOAH sınıflandırılması (FEV1 dahil)	KOAH Sınıflandırılması (FEV1 olmadan)
A	8 (%8)	19 (%19)
B	10 (%10)	30 (%30)
C	14 (%14)	2 (%2)
D	68 (%68)	49 (%49)

KOAH sınıflandırılması

SS-037

KOAH ' TA MORTALİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sakine Yılmaz Öztürk[1], Emel Çağlar[2]
[1]Kahramanmaraş Elbistan Devlet Hastanesi
[2]İstanbul Yedikule göğüs ve göğüs cerrrahisi eğitim ve araştırma hastanesi

Çalışmamıza KOAH atak nedeniyle hastaneye yatan KOAH hastaları alınmış olup toplam 99 hastanın verileri toplanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların cinsiyeti, yaşı, kilosu, boyu, vucut/kitle indeksleri, KOAH süresi, hastanede yatış süresi, sigara öyküsü, SFT değerleri, KOAH evresi, dispne skoru, kan değerleri, tuberkuloz öyküsü, ek hastalık öyküsü hastane sisteminden kayıt altına alınmıştır. Vücut kitle indeksi (VKİ) hastanın kilosu, boyunun karesine bölünerek (ağırlık/boy2) hesaplandı ve kg/m2 olarak ifade edildi. Eşlik eden hastalıklar kardiyovaskuler hastalıklar, diabet, renal hastalıklar, malignitelerdi. Hastaneye yatış günü balgam kültürü istenmiş sonucları kayıt altına alındı. Hastaların yatışındaki biyokimya, hemogram, sedimantasyon değerleri; taburculuğundaki kan gazı değerleri labaratuarda aynı gün çalışılmıştır. Taburculuk günü yapılmış solunum fonksiyon testleri sistemden kayıt edildi. Hastaneden taburcu olduklarının 1 yıl sonraki hayati veriler ölüm bildirim sisteminden bakılarak kayıt edildi.Grip aşısı varlığı ile olguların 1 yıl sonraki durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p=0,013). Buna göre olguların 1 yıl sonra hayatta olanların grip aşısı varlığı (%30) oranı olguların 1 yıl sonra ex olanların grip aşısı varlığı(%6,9) oranına göre anlamlı derecede daha fazladır.Evde USOT kullanımı ile olguların 1 yıl sonraki durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p=0,039). Buna göre olguların 1 yıl sonra hayatta olanların evinde USOT kullanımı oranı (%32,9) olguların 1 yıl sonra ex olanların evinde USOT kullanımı (55,2) oranına göre anlamlı derecede daha düşüktür.Yattığı gün sayısı ortalaması ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0,018). Buna göre, 1yıl sonra ex olanların yattığı gün sayısı ortalaması(7,21),1 yıl sonra hayatta olan hastaların yattığı gün sayısı ortalamasına(6,2) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır.Yaş ortalaması ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0,016). Buna göre, 1yıl sonra ex olanların yaş ortalaması(68,28),1 yıl sonra hayatta olan hastaların yaş ortalamasına(64,37) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır.Olguların 1 Yıl Sonra ex olanlar bronşektazi grubunda daha fazladır. Çalışmaya dahil edilen 99 KOAH'lı hasta ortalama 12 ay süreyle izlenmiş ve bu sürede bronşektazi bu¬lunmayan 41 hastada 11 ölüm gerçekleşirken, bronşektazili 58 has¬tadan ise 18 ölüm gerçekleşmiştir. Bilinen mortalite nedenlerinden bağımsız olarak, bronşektazili hastalarda mortalite riski artmış bulunmuştur, fakat bunun istatistik önemi saptanamamıştır.

Anahtar Kelimeler: KOAH,Bronşektazi,mortalite

SS-038

TİP 2 SOLUNUM YETMEZLİĞİ NEDENİYLE BIPAP KULLANAN HASTALARDA MORTALİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sinem Nedime Sökücü, Cengiz Özdemir, Seda Tural Önür, Erdal İn, Kaan Kara
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Solunum yetmezliği yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan bir durumdur. Bu hastalarda yüksek olan mortalite uzun süreli NIMV kullanımı ile azaldığı gosterilmiştir. Hangi hastalarda NIMV başlanması gerektiği net olarak belirtilse de bu yüksek mortalite ile seyreden hastalarda mortaliteyi etkileyen faktörlerle ilgili çalışmalar yetersizdir. Tip 2 solunum yetmezliği nedeniyle BIPAP kullanan hastalarda mortaliteyi etkileyen faktörler açısından kolay ulaşılabilen ve daha önceki öalışmalarlada hipoksik kaskat ile ilişkisi gösterilmiş ürik asit ve alkalen fosfataz (ALP) in araştırılmaya değer olmasından ötürü çalışmamız planlandı.

BULGULAR: Kliniğimizde 2015 Kasım-2016 Kasım tarihleri arasında tip 2 solunum yetmezliği ile yatarak ve BIPAP tedavisi başlanan hastalar ortalama 829,62 ± 134,88 (517-997) gün takip edildi ve verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Calısmaya dahil edilen101 hastanın yaş ortalaması 64,33±10,58 (36-87), %67.3 ü erkekti. Hastaların ortalama sigara kullanımı 43,40± 33,71 (0-150 median 40, ıqr: 40) paket/yıl sigara kullanımı mevcutken hastaların % 25,7 si (n:26) yatışı sırasında aktif sigara kullanımına devam etmekteydi. Hastaların taburculuk sırasındaki solunum fonksiyon testleri değerlendirildiğinde FEV1 mutlak değeri 0,82 ±0,34 (0,28-1,91) olup oran %31,54 ± 13,14 (12,60-70,30) olarak saptandı.

Hastalarımızın %44,6 (n:45) hastada başvuru sırasında evde USOT tedavisi mevcuttu. Hastaların ek hastalıkları açısından incelendiğinde 38 (37,6%) hastada HT, 32 (31.7%) hastada DM, 32 (31.7%) hastada KKY, 13 (12,9%) hastada KAH, 2 (2%) hastada KBY hastalığı mevcuttu.
Takip süresinde 51 hasta (50,5%) eksitus olmuştu. Tüm hastaların ortalama takip süresi 569,52±325,61 gün (3-997) saptandı. Ölenlerle ölmeyenler arasında mann withney u testi ile yapılan karşılaştırmada hastaların başvuru sırasında oksijensiz ve oksijenli, ve BİPAP altında AKG değerleri arasında ne de tam kan sayımı parametreleri arasında anlamlı fark saptanmadı. FEV1 değeri iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlıydı (p¬:0,019). Urik asit ve ALP değerleri de her iki grup arasında istatistiksel farklı değildi. AKG parametreleri ile ürik asid ve ALP değerleri arasındaki korelasyon araştırıldığında ürik asit değerleri ile ilk başvuru sırasındaki AKG'ındaki CO2 değeri ve HCO3 değeri korele bulundu (sırasıyla -2,97 (p 0,043), -3,42 (p 0,027)).

SONUÇ: Çalışmamızda solunum yetmezliği nedeniyle BIPAP raporlanan hastaların takiplerinde başvuru sırasındaki AKG ve biyokimyasal değerleri ile mortalite arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu konuda daha büyük örneklemle, randomize, prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: alkalen fosfataz, koah, solunum yetmezliği, ürik asid

SS-039

KOAH GOLD EVRELEMESİNİN FONKSİYONEL KAPASİTE VE SOLUNUM KAS KUVVETİYLE İLİŞKİSİ

Seda Saka[1], Mehmet Bayram[2], Hülya Nilgün Gürses[3]
[1]Bezmialem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kardiyopulmoner Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı / Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
[2]Bezmialem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Bezmialem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tüm dünyada önde gelen mortalite ve morbidite nedenlerinden birisidir. KOAH sınıflamasında, tüm dünyada yaygın olarak GOLD evrelemesi kullanılmaktadır. GOLD evrelemesi; solunum fonksiyon testi değerlerinin dikkate alındığı ve KOAH izleminde önemli olan bir evreleme sistemidir. Çalışmamızda, KOAH GOLD evrelemesinin fonksiyonel kapasite ve solunum kas kuvvetiyle olan ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamıza KOAH tanısı konulan 21 olgu gönüllülük esasına göre dahil edilmiştir. Son 6 haftada KOAH alevlenmesi geçirmiş olan, ambulasyonu etkileyen komorbiditeleri olan ve kognitif bozukluğu olan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır. Tüm katılımcıların demografik verileri ve solunum fonksiyon testi sonuçları kaydedilmiştir. Katılımcılara; fonksiyonel kapasitenin değerlendirilmesi amacıyla altı dakika yürüme testi (6DYT) ve solunum kas kuvvetinin değerlendirilmesi amacıyla ağız içi basınç ölçümü (MIP: ağız içi inspiratuar basınç, MEP: ağız içi ekspiratuar basınç) uygulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmamıza 18 erkek, 2 kadın KOAH olgusu dahil edilmiştir. Katılımcıların demografik verileri ve değerlendirme sonuçları tabloda verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen olguların %19'u GOLD II, % 57.1'si GOLD III ve %23.8'i GOLD IV evresindeydi. GOLD evrelemesi ve 6DYT arasında negatif yönlü korelasyon bulunmuştur (p=-0.496). Aynı zamanda GOLD evrelemesi ve inspiratuar kas kuvveti arasında da negatif yönlü korelasyon bulunurken (p=-0.464), ekspiratuar kas kuvvetiyle korelasyon bulunmamıştır (p=0.171).

SONUÇ VE TARTIŞMA: Çalışmamız sonucunda; KOAH tanı, sınıflandırma ve izleminde yaygın şekilde kullanılan GOLD evrelemesi fonksiyonel kapasite ve inspiratuar kas kuvvetiyle ilişkili bulunmuştur. Elde ettiğimiz veriler doğrultusunda, GOLD evrelemesinin fonksiyonel kapasite ve solunum kas kuvveti etkilenimlerini de yansıtan bir sınıflandırma sistemi olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: GOLD, KOAH, FONKSİYONEL KAPASİTE, SOLUNUM KAS KUVVETİ

Katılımcıların demografik verileri ve değerlendirme sonuçları

	Ortalama±Standart Sapma
Yaş (yıl)	63.0±6.9
VKİ (kg/m²)	19.7±4.1
Sigara kullanımı (paketXyıl)	47.8±25.8
FEV1 (L)	1.0±0.3
FEV1 (%)	36.6±11.9
FVC (L)	1.7±0.6
FVC (%)	47.1±13.9
FEV1/FVC (%)	61.6±10.6
6DYT mesafesi (m)	435.0±136.3
MIP (H_2O)	72.0±22.6
MEP (H_2O)	91.7±24.3

SS-040

AKCİĞERİN PERİFERİK YERLEŞİMLİ TÜMÖRAL LEZYONLARINDA TORAKS ULTRASONOGRAFİSİ EŞLİĞİNDE YAPILAN TRANSTORASİK İĞNE BİYOPSİSİNİN TANISAL DEĞERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ülkü Aka Aktürk, Dilek Ernam, Makbule Özlem Akbay, Özlem Soğukpınar, Erdal Tatlıdil
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Toraks Ultrasonografisi(US) Göğüs Hastalıkları klinik pratiğinde giderek kullanımı yaygınlaşan radyolojik bir görüntüleme yöntemidir.Klinik pratikte en sık plevral sıvıları ve göğüs duvarı ile ilişkili lezyonları görüntülemede ve invaziv girişimsel işlemler sırasında kullanılmaktadır.Ucuz olması, taşınabilir ve yatak başında uygulanabilir olması diğer radyolojik görüntüleme yöntemlerine göre önemli avantajlarıdır. Bu çalışmada amacımız kliniğimizde periferik yerleşimli tümoral lezyonlarda Toraks US eşliğinde yaptığımız Transtorasik iğne biyopsisinin(TTİB) tanısal değerini belirlemek ve tanıya katkısı olan faktörleri araştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde Ocak 2015-Temmuz 2018 tarihleri arasında Toraks US eşliğinde TTİB yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi ve klinik- radyolojik özellikleri kaydedildi.İşleme ait komplikasyonlar ve patoloji sonuçları kaydedildi.Kliniğimizde patolojik muayene sonucunda herhangi tanısal bulgu saptanmayan durumda işlem non diagnostik kabul edildi. Patolojik muayene sonucunda hastalık tanısı konan ve kanser için tip tayini yapılan durumlar diagnostik kabul edildi.Atipik hücre izlenen ancak tip tayini yapılamayan durumda patoloji preperatları aynı sitopatolog ile konsülte edildi.Sitopatolog tarafından değerlendirmenin tanıya katkısı değerlendirildi

SONUÇLAR: Kliniğimizde Ocak 2015-Temmuz 2018 tarihleri arasında 83 hastaya Toraks US eşliğinde TTİB yapılmıştır.Bu hastaların yaş ortalaması 61.2±9.8 olup % 62.7'si (n: 52) erkekdi Hastaların % 98(n:81)'nin tanısı malign iken %2(n:2) hastada benign hastalık tanısı kondu.Major komplikasyon olarak bir hastada göğüs tüpü gerektiren pnömotoraks ve bir hastada lezyon içine kanama ve kitlenin etrafında konsolidasyon gelişti.Hastaların %66.3 'de(n:55) US eşliğinde TTİB patoloji sonucu kesin tanıyı koydururken % 22.9'da(n:19) malign hücreler tespit edilmesine rağmen tip tayini yapılamadı ve bu preperatlar aynı sitopatolog ile konsülte edildi.Tüm patolojik değerlendirmeler sonucunda hastaların % 10.8'(n:9)de ise tanısal herhangi bir sonuç elde edilemedi ve daha invaziv işlemler yapılmıştır.Tanı oranları tru-cut iğne ile yapılan biyopsilerde chiba iğnesine göre daha yüksek saptandı(p: 0.04).Öte yandan tanı oranları yapılan yayma ve blok sayısına göre farklılık göstermedi.Tümör boyutu 2 cm den büyük olanlarda tanı oranları, küçük olanlara göre daha yüksek saptandı(p:0.03).

Sitopatolog tarafından preperatları değerlendirilen 19 hastanın 12(% 68)'ne kesin tanı konurken,7 hastada(%32) hastada yine alt tip tayini yapılamadı.Dolayısıyla sitopatolog tarafından yapılan patolojik değerlendirme sonucunda kesin tanı oranı % 66.3'den % 82.0'a yükseldi.

TARTIŞMA: Akciğerin periferik yerleşimli tümoral lezyonlarında,ucuz olması,yatak başında kolay uygulanabilir olması,güvenli olması ve yüksek tanı oranları nedeniyle Toraks US eşliğinde TTİB tercih edilen bir yöntemdir.Bilgisayarlı Tomografi eşliğinde yapılan biyopsinin aksine radyasyon maruziyeti söz konusu değildir.

Anahtar Kelimeler: toraks ultrasonografisi, periferik tümöral lezyonlar, sitopatolog

SS-041

PALYATİF KLİNİK'TE YATAN İLERİ EVRE KANSERLİ HASTALARDA NÖTROFİL / LENFOSİT ORANI SAĞKALIM TAHMİNİNDE YARARLI MI?

Funda Seçik Arkın, Gülfidan Aras
SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Palyatif Klinik, İstanbul

GİRİŞ: İleri evre kanserde hastanın prognozu ve yaşam süresi hakkında doğru tahminler yapamamak, uygun destek tedavilerin seçilmesinde zorluklara neden olmakta ve semptomları baskılamak için yapılan tedaviler hasta yakınlarının beklentilerini yeterince karşılayamamaktadır. Bu hastalarda prognozun belirlenmesi anahtar öneme sahiptir. Bu amaçla çeşitli prognostik skorlar geliştirilmiştir ancak genellikle karmaşıktırlar. Enflamasyon kanser progresyonunda önemli bir rol oynar. Günlük pratikte sık kullandığımız bazı enflamasyon parametreleri prognozu tahmin etmede bize kolaylık sağlayabilir.Nötrofil/lenfosit oranı (NLR) inflamauar yanıtı gösteren immünolojik bir parametredir ve bazı malignitelerde kötü prognostik bir gösterge olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada palyatif klinikte yatan ileri evre kanser hastalarında sağkalımı tahmin etmede NLR'nin değerini araştırdık.

GEREÇLER ve YÖNTEM: 14 Kasım 2016 - 14 Kasım 2017 tarihleri arasında hastanemiz Palyatif Bakım Kliniği'nde yatan 222 ileri evre kanserli hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ait tüm demografik ve yatış gününde bakılan laboratuar değerleri (hemogram,kan biokimyası) hasta dosyaları ve hastane elektronik veri tabanından elde edildi. Tüm hastalar hastanede takip edildi,bir kısmı klinikte öldü.Taburcu edilenlerin ölüm günü ölüm bildirim sisteminden veya telefonla hasta yakınları ile iletişime geçilerek yaşam süreleri tespit edildi.

İstatistiksel analiz için SPSS 23.0 Windows kullanıldı.

Bulgular: Hastaların 182'si (%82) erkek, 40'ı (%18) kadın olup yaş ortalamaları 66,49 ± 11,62 idi. 222 ileri evre kanserli hastanın 188'i akciğer, 34'ü akciğer dışı organ kanseri tanısı almıştı. 173 (%77.3) hastada uzak organ metastazı vardı. Takip sırasında hastaların %88.74'ü öldü. Ortalama yaşam süresi 14 (1-348) gündü.

Yapılan istatistiksel analizler NLR 'nin 30 gün içinde ölen hastalarda (n=133), 30 günden daha uzun yaşayan hastalardan (n= 79) anlamlı olarak daha yüksek olduğunu gösterdi (NLR median: 13.71, NLR median: 7.81, p = 0.008)

ROC Curve eğrisinde NLR'nin AUC değeri 0.609 (p = 0.008) olup NLR >10.6'da yaşam beklentisinin < 30 gün olduğu ortaya çıktı.

SONUÇ ve TARTIŞMA: İleri evre kanserli hastalarda hasta sağkalım süresinin daha iyi tahmin edilmesi, yapılacak girişimler ve optimal yaşam sonu bakımı konusunda yardımcı olmak da dahil olmak üzere birçok avantaj sağlamaktadır. NLR ile sağkalım arasında negatif bir korelasyon vardır. NLR, palyatif bakım kliniklerinde yatan terminal kanseri olan hastaların prognoz ve sağkalımlarını tahmin etmek için kolay ulaşılabilir, basit ve yararlı bir parametre olarak görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: ileri evre kanser, inflamasyon, nötrofil/lenfosit oranı, palyatif bakım, sağkalım

SS-042

AKCİĞER ADENOKARSİNOMUNDA PAPİLLER VE SOLİD SUBTİPLER KÖTÜ PROGNOSTİK FAKTÖRLERDİR

Demet Yaldiz[1], Şeyda Örs Kaya[2], Kenan Can Ceylan[2], Arkın Acar[2], Zekiye Aydoğdu[2], Soner Gürsoy[2]
[1]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Rezeksiyon uygulanan akciğer adenokarsinomlu olgularda, Uluslararası Akciğer Kanser Araştırma Birliği / Amerikan Toraks Derneği ve Avrupa Solunum Derneği'nin (IASLC/ATS/ERS) histolojik sınıflandırmasının prognoza etkisini ortaya koymak için bu çalışma planlanmıştır.
Gereçler ve YÖNTEM: Rezeksiyon uygulanan 491 akciğer adenokarsinom olgusunun(Evre I-III) histolojik alt tipleri retrospektif olarak analiz edildi ve IASLC/ATS/ERS sınıflamasına uygun olarak yeniden sınıflandırıldı. Tümörler, predominant içeriklerine göre lepidik, asiner, papiller, solid, mikropapiller ve müsinöz olarak ayrıldı. Bu alt tiplerin, klinik ve patolojik özellikleriyle sağkalıma etkileri değerlendirildi.

BULGULAR: 158 olgu (%32.2) solid, 150 (%30.5) asiner, 80 papiller (%16.3), 75 (%15.3) lepidik, 22 (%4.5) müsinöz, 5(%1.0) mikropapiller pre-dominant ve 1 (%0.2) olgu adenokarsinoma insitu olarak belirlendi. Tüm 491 olgunun 5 yıllık beklenen sağkalım oranı %51.8 bulundu. Lepidik, asiner ve müsinöz adenokarsinomlar sırasıyla, %70.9, %59.0 ve %66.6 5 yıllık beklenen sağkalım oranlarına sahipti. Buna karşılık solid, papiller ve mikropapiller ise sırasıyla %41.0, %40.5 ve %0.0 5 yıllık sağkalım oranlarına sahipti. Diğer histlojik subtiplerle karşılaştırıldığında solid ve papiller subtipler belirgin şekilde kötü sağkalıma sahipti (Lepidik için $p<0.001$, $p=0.002$; asiner için $p<0.001$, $p=0.008$; müsinöz için $p=0.048$, $p=0.048$). Solid ve papiller subtiplerin 5 yıllık sağkalımları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Rezeksiyon uygulanan akciğer adenokarsinomlu olgularda solid ve papiller predominant alt tiplerin prognozu kötü etkilediği saptandı. Bu hastalarda erken evrede bile olsa adjuvan tedavi değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer adeno kanser, papiler subtip, solid subtip

SS-043

AKCİĞER KANSERİNDE TİYOL/DİSÜLFİD HOMEOSTAZININ DEĞERİ

Melahat Uzel Şener[1], Özlem Sönmez[1], İhsan Atila Keyf[1], Özcan Erel[2], Murat Alışık[2], Sertan Bulut[1], Yurdanur Erdoğan[1]
[1]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi. E.A.H, Göğüs Hastalıkları, Ankara
[2]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya, Ankara

Akciğer kanseri dünyada en sık görülen ve en ölümcül kanserlerden biridir(1).Reaktif oksijen radikalleri fizyolojik olarak aerobik hücreler tarafından üretilir ve hücre hasarında üretimi artar. Hücresel transkripsiyonel antioksidan stres cevap programı kimyasal, fiziksel ve metabolik değişimlerin oluşturduğu reaktif oksijen radikallerinden korur. Bu koruyucu program kimyasal ve fiziksel hasarla tetiklenen karsinogenezde azalır.

Tiyol; hücrelerde herhangi bir oksidatif stres durumunun oluşumunu önlemede kritik bir role sahip sülfhidril grubunu içeren organik bir bileşiktir. Vücudun defansif protein mekanizmaları arasında yer alan sistein, içerdiği işlevsel tiyol grubu ile oksidatif hasarı önlemede önemli bir rol oynamaktadır. Daha önce yapılan bir çalışmada da plazma disülfid düzeyleri dejeneratif hastalıklarda yüksek, proliferatif hastalıklarda düşük bulunmuştur. Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde tiyol düzeyi düşük olan hastalarda medyan sağkalım önemli oranda düşük bulunmuştur.

Bu çalışmada akciğer kanseri tanısı alan hastalarda tedavi öncesi tiyol-disülfid dengesine bakılması, hastalığın risk faktörleri, evresi, hastanın performans statusu ile ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

BULGULAR: Çalışmamıza akciğer kanseri tanısı almış, henüz herhangi bir tedavi almamış olan hastalar ve kontrol grubuna herhangi bir hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüler alındı. 45 erkek (%90), 5 kadın (%5) hasta, ve 41 erkek (%82), 9 kadın (%18) sağlıklı gönüllü dahil edildi. Yaş ortalamaları hasta grubunda 64±9, kontrol grubunda 65±17 idi. tiyol/disülfid homeostazının komponentleri olan native tiyol ve total tiyol akciğer kanseri grubunda istatistiksel olarak daha düşük bulundu (p<0.001). Native tiyol hasta grubunda ortalama 275±72, kontrol grubunda ortalama 414±80, total tiyol ise sırasıyla ort. 309±74, 451±79 idi (tablo 1). Tümör boyutu ve metastaz ile total tiyol, native tiyol, disülfid arasında korelasyon görülmedi (tablo 2).

SONUÇ: Çalışmamızda akciğer kanseri ile tiyol/disülfid dengesi arasında ilişki bulunmuş ancak hastalık evresi, klinik durum ile ilişki bulunmamıştır. Daha önce benzer bir çalışmada mortalite ile ilişki saptanmıştır. Oksidan ve antioksidan denge üzerine hem tanısal amaçlı hem de prognoz tahmini açısından daha çok çalışma yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, antioksidan, tiyol/disülfid

tablo 1. hasta-kontrol tiyol/disülfid ilişkisi

	Hasta vs. kontrol										
	KONTROL					HASTA					
	Mean	SD	Med	Min	Max	Mean	SD	Med	Min	Max	P-value
Yaş*	65	17	72	21	84	64	9	66	37	85	0,063
NT**	414,382	80,156	421,700	186,000	578,300	275,216	72,983	276,500	132,200	484,500	<0,001
TT**	450,926	79,136	461,600	215,000	607,300	308,978	73,178	313,150	153,400	513,800	<0,001
DD**	18,282	6,936	18,100	5,050	35,650	16,881	5,931	16,700	4,500	33,500	0,280
INDEX1*	,046396	,020336	,046476	,008783	,102827	,066739	,038317	,058174	,017288	,253404	0,001
INDEX2*	,041841	,016836	,042523	,008631	,085287	,057176	,025926	,052110	,016710	,168173	0,001
INDEX3*	,916331	,033802	,914955	,829426	,982738	,885647	,051852	,895781	,663655	,966580	0,001
Albumin*	4,317	,439	4,250	3,000	5,060	3,384	,416	3,450	1,600	3,990	<0,001

*Mann Whitney-U test
**Independent Samples-t test

NT: native tiyol TT: total tiyol DD: disülfid İndex 1:D/NT Index 2: D/TT Index 3: NT/TT

tablo 2. metastaz ile Tiyol/disülfid ilişkisi

	METASTAZ										
	YOK					VAR					
	Mean	SD	Med	Min	Max	Mean	SD	Med	Min	Max	p
NT	271,421	61,198	271,95	177,2	371,3	276,692	77,833	279,15	132,2	484,5	0,821
TT	301,97	63,84	304,7	202,4	405,9	311,7	77,18	315,45	153,4	513,8	0,677
DD	15,275	5,311	14,225	10,2	27,05	17,506	6,11	17,325	4,5	33,5	0,236

Independent Samples-t test
NT:Native thiol;

SS-044

PREOPERATİF KONSOLİDASYON/TÜMÖR ÇAPI ORANI VE SUVMAX DEĞERİNİN PATOLOJİK EVRE 1 ADENOKARSİNOM OLGULARINDA PROGNOSTİK ÖNEMİ

Pınar Akın Kabalak[1], Ülkü Yılmaz[1], Hakan Ertürk[2], Özlem Özmen[3], Şevki Mustafa Demiröz[4], Funda Demirağ[5], Derya Kızılgöz[1], Suna Kavurgacı[1], Tuba İnal Cengiz[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji, Ankara
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp, Ankara
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Ankara
[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara

GİRİŞ: Konsolidasyon çapının maksimum tümör çapına oranı (C/T) akciğer adenokarsinom olgularında rezeksiyon sonrası prognoz ile ilişkilidir. Bu çalışmada C/T oranının SUVmax ile birlikte patolojik evre 1 adenokarsinomlu olgularda prognostik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır

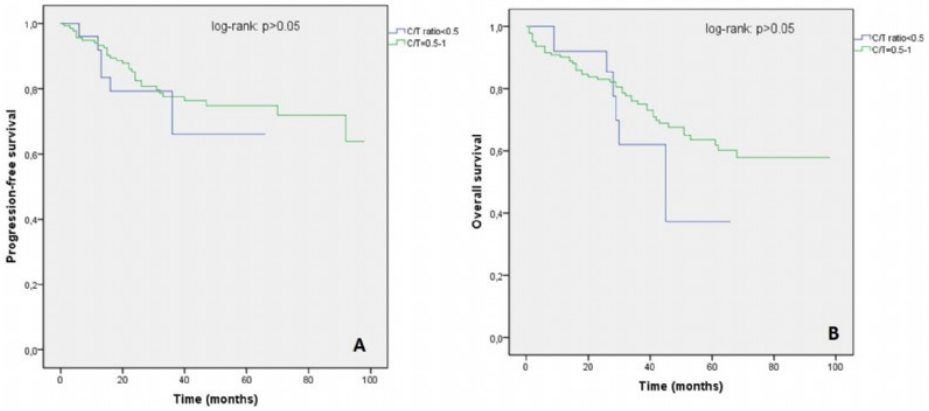
GEREÇ-YÖNTEM: Anatomik/sublober rezeksiyon uygulanmış evre 1 (En fazla T2a ve lenf nodları negatif) olgular dahil edildi. Senkron-oligometastatik olgular çalışma dışı bırakıldı. C/T oranı (eşik değer %50) ve SUVmax'ın prognostik önemi incelendi.

BULGULAR: 168 OLGU (133 erkek-35 kadın) retrospektif olarak incelendi. 45 olguda high grade adenokarsinom alt tipi mevcuttu (Solid tip:43 ve mikropapiller: 2). SUVmax ile C/T arasında pozitif yönde zayıf korelasyon izlendi.(p=0.045, r=0.15). Visseral plevra invazyonu C/T≥0.5 grupta daha yüksek saptandı. C/T oranı %50 ve üzeri olgular ile düşük olgular arasında toplam ve progresyonsuz sağkalım açısından fark saptanmadı. (C/T<0.50 olgularda toplam sağkalım 44.9±5.07 ay ve nükssüz sağkalım 50.8±5.42 ay olarak bulundu. C/T=0.5-1 olgularda ise toplam sağkalım 69.7±3.34 ay ve nükssüz sağkalım 77.2±3.23 ay olarak saptandı (p>0.05). Tek yönlü regresyon analizinde yaş, cinsiyet ve SUVmax, çoklu regresyon analizinde cerrahi tipi (lobektomi/pnömonektomi) ve SUVmax anlamlı prognostik öneme sahip değişkenler olarak bulundu (Cerrahi tipi: HR:1.33 (1.04-1.70), p=0.02 ve SUVmax: HR:1.04 (1.00-1.08), p=0.04). Progresyonsuz yaşam süresi açısından ise her iki regresyon analizinde de sadece cerrahi tipi anlamlı bulundu (Tekli regresyon: HR: 1.47 (1.15-1.89), p=0.002 ve çok değişkenli regresyon: HR: 1.67 (1.25-2.23), p=<0.001).

SONUÇ: Patolojik evre 1 adenokarsinomda SUVmax ve cerrahi tipi toplam sağkalım açısından anlamlı değişkenlerdir. Ancak hala SUVmax değişkeni özellikle solid ve intermediate/high grade adenokarsinom olgularında C/T oranına göre prognostik açıdan daha üstündür.

Anahtar Kelimeler: Konsolidasyon/tümör oranı, SUVmax, prognoz, adenokarsinom

Figür 1



1A: Progresyonsuz sağkalım için kaplan-meier eğrisi, 1B: Toplam sağkalım için kaplan-meier eğrisi

SS-045

TORAKS KİTLELERİNDE NOKTA SHEAR WAVE ELASTOGRAFİ KULLANIMI

Mehmet Güli Çetinçakmak
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ: Toraks kitlelerinde görüntülenmesinde multi-detector computed tomography (MDCT) ve positron emission tomography-CT (PET-CT) en sık kullanılan yöntemlerdir. Fakat iki yönteminde de radyasyon içermesi ve pahalı olması önemli kısıtlılıklarıdır.

Plevral kökenli kitleler ile akciğerin periferik yerleşimli kitlelerin görüntülenmesinde ultrasonografi (US) kullanılabilir. US noninvaziv, ucuz ve radyasyon içermeyen bir yöntemdir. Ultrason elastografi dokuların sertliğini ölçen yeni yöntemlerdir. Bu yöntemlerden biri de ultrason dalgalarının doku içerisinde oluşan shear wave dalgalarının ölçülmesiyle elde edilir. Dokuların point-shear wave velocity (p-SWE) değerleri ile sertlikleri kantitatif olarak ölçülür. Bu çalışmada amacımız, toraks kitlelerinde US elastografinin katkısını değerlendirmek istedik.

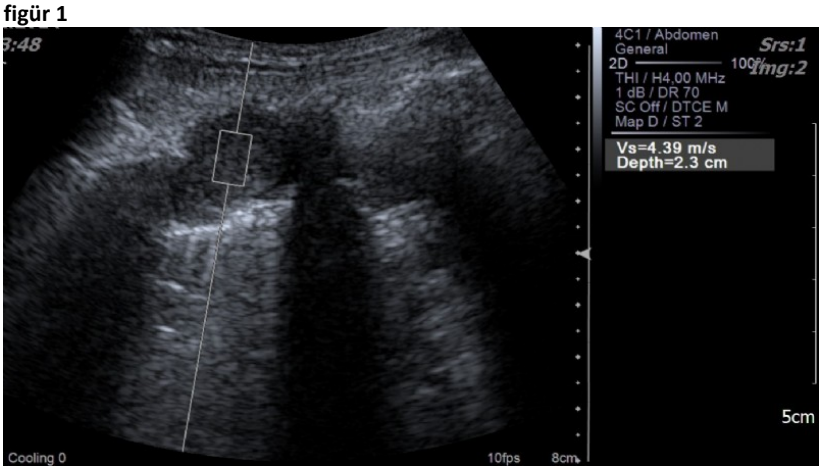
GEREÇ-YÖNTEM: aha fazla yarBilgisayarlı tomografide plevra ile ilişkisi bulunan 22 kadın 26 erkek toplam 48 hasta prospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalar US elastografi ile değerlendirildi. Hastaların biyopsi sonuçlarına göre tümörün benign-malign, kökeni ile US elastografi bulgularını değerlendirdik.

BURGULAR: Çalışma grubumuzda 18 mezotelyoma, 17 akciğer karsinomu, 4 metastaz mevcuttu. 8 hastada benign lezyon saptandı. Akciğerden köken alan lezyonlarda median p-SWE (m/s) değerleri 2.93 + 0.6 (range1.51 -3.86), plevral köken alan lezyonlarda median p-SWE değerleri 3.48 + 0.72 (range1.73-4.28) idi. Akiğerden alan köken lezyonlarda p-SWE değerleri plevral patolojilere göre düşüktü(p=0.032). ROC analizinde plevral kaynaklı kitle ayrımı p-SWE cut-off değeri 3.06 üstü için sensivite % 68 ve spesifite değerleri %63 idi. Benign lezyonlarda SWV değerleri median 3.42 + 0.93 (range 1.51-4.16), malign lezyonlarda SWV değerleri median 3.1 + 0.62 (range 1.51-4.28) idi. Benign ve malign lezyonlarda p-SWE değerlerinde anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.86).

TARTIŞMA ve SONUÇ: US elastografi ile plevral ve akciğer kitlelerinin ayrımında kullanılabilecek tamamlayıcı bir yöntem olabilir. Bu konuda daha geniş hasta serileri ile çalışmalara ihtiyaç vardır.

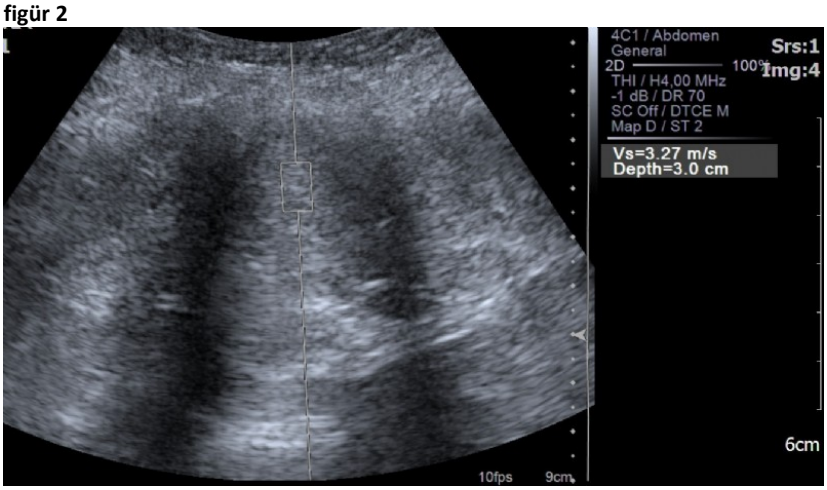
Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, Mezotelyoma, Ultrason, Elastografi

figür 1



Akciğer kitlesi bulunan hastada p-SWE ölçümü

figür 2



Plevral kitlesi bulunan hastada p-SWE ölçümü

Akciğer ve Plevra lezyonlarında p-SWV değerleri

	SWV median-SD	Ölçüm aralığı	Hasta sayısı
Malign mezotelyoma	3.48-0.66	1.73-4.28	18
Akciğer kanserleri	2.97-0.64	1.62-4.16	17
Akciğer enflamatuar lezyonları	2.33-0.88	1.51-3.45	4
Kr. fibröz plevrit	3.42-0.94	2.29-4.16	3
Soliter fibroz tümör	3.51	-	1
Asbest plağı	3.97	-	1
Uzak metastaz	2.97-0.48	2.74-3.8	4

SS-046

POZİTİF HAVA YOLU BASINÇ TEDAVİSİ ALAN VE ALMAYAN OBSTRÜKTİF UYKU APNELİ HASTALARDA UZUN DÖNEM EGZERSİZ PARAMETRELERİNİN SONUÇLARI; BİR PİLOT ÇALIŞMA

Elif Yilmazel Uçar, Ömer Araz, Buğra Kerget, Metin Akgün, Leyla Sağlam
Atatürk Üniversitesi Tıp fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ: Pozitif hava yolu basınç (PAP) tedavisinin obstrüktif uyku apne sendromunda(OSAS) egzersiz kapasitesini artırdığı yapılan kısa süreli çalışmalarla gösterilmiştir Bu çalışmada OSAS'lı hastalarda pozitif havayolu basınç tedavisinin egzersiz parametreleri üzerine etkilerinin iki yıllık sonuçlarını araştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Bu çalışma prospektif kohort çalışmasıdır. Çalışmaya yeni tanı alan orta-ağır OSAS'lı hastalar alındı. Hastalara başlangıçta ve kontrolde kardiyopulmoner egzersiz testi (CPET) ve solunum fonksiyon testi(SFT) yapıldı. Düzenli tedavi alan ve tedaviyi reddeden hastaların sonuçları karşılaştırıldı.

BULGULAR: Kontrole gelen 31 hastanın analizi yapıldı. Bu hastalar tedavi alan (n=16) ve almayan (n=15) olarak iki grupta incelendi. Tedavi alan grupta eşlik eden komorbidite daha fazla iken, sigara içme oranı tedavi almayan grupta daha fazla idi (p=0.36, p=0.36, respectively). Tedavi alan grupta BMI'de artış vardı (p=0.67) Solunum fonksiyon testi parametrelerinden FVC ve FEV1'de tedavi alan grupta artış vardı ((p=0.85, p=0.59). Tedavi alan grupta bazal değerlerle karşılaştırıldığında heart rate rest, saturasyon ve tansiyon arteriyelde düşüş gözlendi (p=0.01,p=0.02 and p=0.17). Tedavi almayan grupta breathing reserve'de ki düşüş istatiksel olarak anlamlıydı (p=0.03).

SONUÇ: Pozitif hava yolu basınç tedavisi OSAS'lı hastalarda egzersiz parametrelerinin ve solunum fonksiyonlarının korunmasını sağlayabilmektedir. Ayrıca kardiyak komplikasyonları önleyebilmekte ve hipertansiyon kontrolünü kolaylaştırmaktadır. Tedaviden bağımsız olarak obezite OSAS'da egzersiz kapasitesini kısıtlayan önemli bir parametredir.

Anahtar Kelimeler: OUAS,egzersiz, PAP tedavisi, KPET

SS-047

OBSTRÜKTİF UYKU APNE İLE KORONER PLAK VARLIĞININ İLİŞKİSİ:BİR KORONER BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ ÇALIŞMASI

Mustafa Umut Somuncu
Department of Cardiology, Bulent Ecevit University, Zonguldak, Turkey

GİRİŞ-AMAÇ: Koroner arter hastalığı morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Obstruktif uyku apne(OUA) olan hastaların kardiyak olay insidansının arttığına dair çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda koroner plak varlığı ile OUA'nın ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık. Ayrıca plak tipine göre koroner plak yükü ile OUA'nın ciddiyetinin korele olup olmadığını değerlendirmeyi planladık.

YÖNTEM: Bu kesitsel çalışmada, 214 hasta çalışmaya dahil edildi. Apne hipopne endeksine göre, OUA olmayan 43 hasta (yaş:52.3±6.4 y), hafif OUA olan 51 hasta (yaş:54.9±7.2 y), Orta OUA olan 40 hasta (yaş:55.2±5.9 y) ve ileri OUA olan 80 hasta (yaş:54.9±7.2 y) şeklinde 4 grup oluşturuldu. Bu hastalara koroner biligisiyarlı tomografi anjiografi uygulandı ve bu testle, plak varlığı, kalsifiye olan ve olmayan plak oranı ve total stenoz skoru değerlendirildi.

BULGULAR: OUA olmayan bireylere göre orta OUA olan hastalarda 2 kat, ciddi OUA olan hastalarda 3 kat daha fazla kalsifiye olmayan(yumuşak) plak tespit edildi. Ayrıca OUA şiddetinin artmasıyla kalsifiye plak prevalansının da arttığı ama istatistiksel anlama ulaşmadığı görüldü (p=0.163) Buna ek olarak, Apne hipopne endeksi ile yaşın, yumuşak plağın bağımsız öngördürücüsü olduğu tespit edildi. (sırasıyla p<0.001, p=0.007)

SONUÇ: Koroner bilgisayarlı tomografi angiografi ile ölçülen koroner plaklar, özellikle de yumuşak plaklar, uyku bozukluğu hastalığının ciddiyetiyle ilişkilidir. Yumuşak plakların daha sık akut koroner olaylarlara öncülük etmesi nedeniyle, özellkile orta-ileri seviyede OUA olan hastalarda medikal tedavi ve daha sıkı yaşam tarzı değişikliği düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Uyku bozuklukları, koroner plak yükü, yumuşak plak, koroner arter hastalığı, subklinik ateroskleroz

Figure 1: Osa ciddiyetine göre plak varlığı ve yumuşak/kalsifiye plak dağılımı

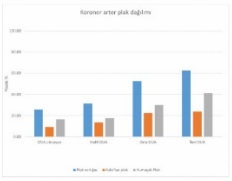
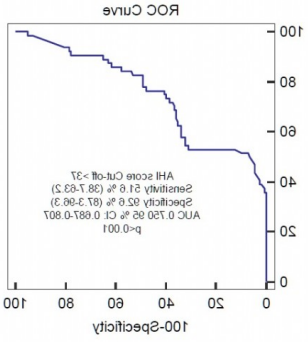


figure 2: Apne hipopne endeksinin yumuşak plağı ayırt edebilme kabiliyeti için yapılan ROC eğrisi



Tablo 1: Yumuşak plağın bağımsız prediktörlerini belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizi

	Univariate analiz OR (CI 95%)	P	Multivariate analiz OR (CI 95%)	P
Yaş	1.081 (1.033- 1.132)	0.002	1.067(1.019-1.131)	0.007
Cinsiyet(Erkek)	1.545(0.800-2.987)	0.195		
HT	1.362 (0.742- 2.502)	0.319		
HL	1.439 (0.779- 2.658)	0.245		
DM	2.161 (1.070-4.364)	0.032	0.925 (0.380-2.253)	0.864
Sigara öyküsü	1.860 (1.027-3.369)	0.041	1.369 (0.669-2.801)	0.390
VKİ	1.051 (0.996-1.108)	0.058	1.001 (0.940-1.066)	0.976
Apne-hipopne endeksi*	1.057 (1.040-1.074)	<0.001	1.064(1.042-1.086)	<0.001
MOS*	0,903 (0.821-0.992)	0.001		
OUA olmayan‡	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Hafif OUA‡	1.102 (0.373-3.256)	0.860	2.075 (0.503-8.549)	0.312
Orta OUA‡	2.207 (0.768-6.329)	0.142	1.314 (0.284 -6.067)	0.727
İleri OUA‡	3.611 (1.413-9.096)	0.006	3.889 (1.459-10.402)	0.007

*Abbreviations: AHI, apne-hypopne indeksi; VKİ, Vücut kitle endeksi; HT, hipertansiyon; HL, hiperlipidemi; DM, Diabetes mellitus; MOS, minimum oksijen saturasyonu; CI, confidence interval; OR, odds ratio, OUA, Obstruktif uyku apne *AHI ve MOS yüksek korelasyonlu ve AHI ve MOS için Nagelkerke R kareleri sırasıyla% 29 ve% 21 idi, bu nedenle tam modele AHI ekledik. ‡ Bu gruplar AHI ve MOS yerine ikinci bir modele dahil edildi. ¶Tam modelin Nagelkerke R karesi% 35.3 idi.*

SS-048

OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMLU OLGULARDA ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER VE KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ: TEK MERKEZ SONUÇLARI

Halil İbrahim Yakar[1], Asiye Kanbay[1], Sebahat Alışır Ecder[2], Erkan Ceylan[1]
[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ABD
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji ABD

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) ve Kardiyovasküler Hastalık (KVH) gelişimi için en büyük risk faktörlerinden birisi de santral obezitedir. Santral obeziteyi ölçmede kullanılan antropometrik ölçümler; bel çevresi, bel/kalça oranı, Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve Vücut Şekil İndeksi (VŞİ) olarak sıralanabilir. Bu çalışmada amaç OUAS olgularda KVH'ı tahmin etmede antropometrik ölçümlerin yerini araştırmaktır. Tüm gece polisomnografi yapılan 745 olgu çalışmaya dahil edildi. Apne Hipopne İndeksi< 5 olan olgular kontrol grubu olarak belirlendi. Hipertansiyon, aritmi, serebrovasküler hastalık ve iskemik kalp hastalığı KVH olarak tanımlandı. Boyun çevresi, bel çevresi, bel/kalça oranı, BKİ ve VŞİ ölçümleri tüm olgularda kaydedildi. Çalışmaya değişen derecelerde olmak üzere toplam 611(ortalama yaş: 50±86 yıl, E/K: 539/196) OUAS tanısı olan olgu ve 134 (ortalama yaş: 44±50 yıl, E/K:120/615) kişi kontrol grubuna dahil edildi. Gruplar analiz edildiğinde, 257 olgu ağır, 185 olgu orta, 169 olgu hafif dereceli OUAS olarak kaydedildi. OUAS ağırlığına göre KVH ve diabetes mellitus sıklığı belirgin artış göstermekteydi (p=0.001 ve p=0,05). Aynı zamanda OUAS ağırlığı arttıkça boyun çevresi, bel çevresi, bel/kalça oranları, BKİ ve VŞİ ölçümleri belirgin artış göstermekteydi (sırasıyla; p<0.001, p< 0.001, p<0.001, p= 0.001 ve p <0.001). OUAS olgularda KVH tahmin etmede ROC eğrisi analizlerinde VŞİ cut-off değerleri kadınlar için 0,079, erkekler için 0,085 olarak belirlendi. Klasik antropometrik ölçümleri yanı sıra, VŞİ de KVH belirlemede rutin olarak ölçülmesi gereken bir ölçüm olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu, Kardiyovasküler Hastalık, Beden Kitle İndeksi, Vücut Şekil İndeksi

SS-049

SERUM OSMOLARİTE OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMUNUN ŞİDDETİYLE İLİŞKİLİDİR: KARDİYOVASKÜLER HASTALIK İÇİN YENİ BİR RİSK FAKTÖRÜ

Asiye Kanbay[1], Halil İbrahim Yakar[1], Mustafa Çalışkan[2], Sabahat Alışır Ecder[3]
[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ABD
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Kardioloji ABD
[3]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji ABD

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS); diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik inflamasyon ve kronik böbrek yetmezliği gibi kardiyometabolik hastalıklara zemin hazırlayan önemli bir risk faktörüdür. Yeni araştırmalarda serum hiperosmolaritesinin, kronik böbrek hasarı ve kardiyovasküler hasara neden olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmada OUAS olgularda serum osmolaritesi ve OUAS ağırlığı ilişkisi, aynı zamanda hipertansiyon ve diabetes mellitus ile serum osmolarite ilişkisi incelendi. Çalışmaya tüm gece boyu polisomnografi yapılan hastalar dahil edildi. Tüm olgular Apne-Hipopne İndeksi (AHİ)' ne göre hafif, orta ve ağır OUAS olarak gruplandırıldı. AHİ<5 olan olgular kontrol grubu olarak belirlendi. Olguların demografik ve laboratuvar bulguları kaydedildi. Diüretik kullananlar ve kronik böbrek yetmezliği tanısı olanlar çalışma dışı bırakıldı. Hipertansiyon, aritmi, serebrovasküler hastalık ve iskemik kalp hastalığı kardiovasküler hastalık olarak tanımlandı. Serum osmolaritesi (mosm/l) olarak tüm gruplarda hesaplandı. Çalışmaya %63.4'ü erkek %36.6'ı kadın olmak üzere toplam 415 olgu alındı. Olguların 340'ı değişen derecelerde OUAS tanısı varken 75'i kontrol grubu olarak belirlendi. AHİ ve serum osmolaritesi arasında pozitif korelasyon bulundu (p=0.001, r= 0.63). Serum osmolaritesi, ağır dereceli OUAS grubunda orta ve hafif dereceli OUAS ve kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu (p=0.0001). Ortalama serum osmolarite değerine göre çalışma grubunu bölündüğünde, ortalamanın üstünde olan grupta kardiyometabolik hastalık oranları, diğer gruba göre anlamlı daha yüksek bulundu (sırasıyla hipertansiyon; %35.6- %24.6, diabetes mellitus; %21.2-%11.6, kardiyovasküler hastalık; %13.9-%9.2) (p<0.05). Sonuç olarak serum osmolarite düzeyleri OUAS ağırlığı ve kardiyovasküler hastalıklar ile güçlü bir şekilde ilişkili bulundu. Bu yüzden OUAS olgular tedavi edilirken serum osmolarite değeri, kardiovasküler hastalıkları öngörmede ve tedavide yeni bir hedef olabilir.

Anahtar Kelimeler: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu, Serum osmolaritesi, Kardiyovasküler hastalık

SS-050

KADIN VE OBSTRÜKTİF UYKU APNE

Gülgün Çetintaş Afşar, Sema Saraç
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştrma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

GİRİŞ/AMAÇ: Obstrüktif uyku apne uyku sırasında tekrarlayan üst hava yolu tıkanmaları, oksijen desatürasyonu ve arousallar ile karakterize bir durum olup orta yaş erkeklerin %2-4'ünü, kadınların %1-2'sini etkiler. Kadınlarda menopoz sonrası prevelansın arttığı bilinmektedir. Bu çalışmada obstrüktif uyku apne sendromu tanısı almış hastaların cinsiyete göre demografik ve polisomnografik sonuçlarını karşılaştırılarak tartışmayı amaçladık.

BULGULAR: 2016 Aralık- 2017 Haziran arasında Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesi Uyku laboratuarına yatmış ve Polisomnografik olarak OSA tanısı almış (AHI>5/saat) 369 hastanın 123'ü kadın (%33.3), 246'sı erkek (%66.7) idi. Kadınlarda ortalama yaş 56±10 iken erkeklerde 48±12 (p:0.01) Kadınlarda VKİ:34.14KG/m2 iken erkeklerde ortalama VKi:31.90kg/m2 (p:0.01) idi. Kadınlarda boyun çevresi erkekler göre daha kalındı (39,74± 3,18 ve 42,85±4,04 p:0.01) (kadınlarda 38 cm, erkeklerde 43 cm'den büyük olması patolojik kabul edildi). Horlama, tanıklı apne, gündüz uyku hali olarak tanımlanan en sık 3 ana semptom irdelendiğinde kadınların daha az horlama şikayeti ile başvurduğu görüldü. Diğer semptom sıklığında fark izlenmedi. HT, DM, KAH, akciğer hastalığı gibi eşlik eden sistemik hastalıklar incelendiğinde kadınlarda daha fazla ek hastalığın eşlik ettiği saptandı. Polisomnografik bulgulara göre kadınlarda REM latansı uzun iken uykuya geçiş süresi, toplam uyanıklık süresi ve uyku etkinliği açısından istatistiksel olarak fark saptanmadı. Uyku evreleri yönünden kadınlarda N3 süresi erkeklere göre daha uzun idi. (81,81±43,11 dk ve 72,97±36,93 dk p:0.04) toplam AHI cinsiyete göre farklılık göstermezken kadın cinsiyette REM AHI erkek cinsiyete göre daha yüksek iken supin AHI daha düşük idi.

SONUÇ: Sonuç olarak kadın cinsiyet hem klinik ve komobidite hem de polisomnografik olarak erkeklere göre farklı bir seyir izlemektedir

Anahtar Kelimeler: kadın, obstrüktif uyku apne, polisomnografi

Demografik Özellikler

	Kadın (n:123)	Erkek (n:246)	p
Yaş	56±10	48±12	0.01
VKİ (Vücut Kitle İndeksi)	34,15±5,97	31,90±5,54	0.01
Boyun Çevresi	39,74±3,18	42,85±4,04	0.01
Epworth Uykululuk Skalası	7±5	7±5	0.7

PSG Bulguları

	Kadın (n:123)	Erkek (n:246)	p
AHI (/sa)	34,26±25,93	35,50±23,42	0.64
Supine AHI (/sa)	42,62±30,29	51,09±27,76	0.008
REM AHI (/sa)	38,31±26,44	31,49±26,54	0.02
Total Sleep Time (TST) (dk)	394,10±46,71	397,60±47,44	0.5
Uyku Etkinliği (%)	83,65±9,33	83,23±10,66	0.71
Uyku latansı (dk)	16,59±14,48	14,47±14,02	0.17
REM latansı (dk)	201,87±113,60	176,29±100,19	0.02
N1 uyku (%)	4,29 ±2,51	4,26 ±2,83	0.9
N2 uyku (%)	66,65±21,44	68,44±31,14	0.56
N3 uyku (%)	20,71±10,39	18,15±8,93	0.01
REM uyku (%)	9,40 ±5,73	10,13±5,76	0.25
Ortalama Oksijen Saturasyonu	92,72±4,46	92,93±4,71	0.68
Minumum Oksijen saturasyonu	71,81±14,48	72,25±13,46	0.77
Oksijen saturasyonu%90'nın altında (%)	24,37±28,69	21,89±25,83	0.40

SS-051

TRAVMAYA BAĞLI STERNUM FRAKTÜRLERİNDE ERKEN TANI VE MÜDAHALENİN ÖNEMİ

Barış Hekimoğlu, Yücel Akkaş, Bülent Koçer
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ: Bu çalışma, travma sonrası görülen sternum fraktürlerinin teşhis ve tedavi yöntemlerini ve hasta takibinde hangi paramatrelere dikkat edilmesi gerektiğini göstermeyi amaçlamıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamızda 2013-2018 yılları arasında künt toraks travması nedeniyle hastanemize başvurup sternum fraktürü saptanan ve kliniğimizde yatırılan 48 hasta geriye dönük olarak incelendi. Hastalar cinsiyetine, yatış süresine, etiyolojilerine, sternumun fraktür bölgelerine, komplikasyon gelişip gelişmediğine, tedavi şekillerine ve ek patolojileri olup olmadığına göre araştırıldı. Kategorik veriler Ki-kare testi ile yapıldı ve $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Etiyolojide en sık %54,2(n=26) ile sürücü koltuğunda gerçekleşen araç içi trafik kazası olduğu ve sternumun fraktür biçiminin ve bölgesinin en sık %56,2(n=27) ile deplase olmayan korpus fraktürleri olduğu görüldü. Ek yaralanmaların içinde en sık görülen %27,1(n=13) ile kot fraktürü idi. Hastaların %95,8 (n=46)'inde komplikasyon görülmezken, %4,2(n=2)'inde sternum altında hematom gelişti. Hastaların sadece %2,1(n=1)'ine açık cerrahi stabilizasyon tedavisi yapıldı. Troponin T düzeyi hastaların sadece %8,3(n=4)'ünde yüksek bulundu. Sternumun fraktür bölgesi ile etiyoloji arasında belirgin bir ilişki bulunmadı (p=0,982). Sternum fraktür bölgesi ile gelişen komplikasyon arasında belirgin bir ilişki bulunmadı(p=0,234). Sternumun fraktür bölgesi ile CK ve CK-MB arasında belirgin ilişki saptanmadı (p=0,612 ve p=0,108) ancak troponin T değerleri ile arasında anlamlı ilişki saptandı (p=0,024).

SONUÇ: Sternum fraktürleri, komşu olduğu hayati organlar nedeniyle tehlikeli yaralanmalar olarak düşünülseler dahi erken müdahale ve dikkatli takip sonucunda, ön görüldükleri kadar tehlikeli olmayan yaralanma biçimleridirler.

Anahtar Kelimeler: Toraks, travma, sternum fraktürü

Travma etiyolojisi

Oluş Şekli	n	%
Araç içi trafik kazası Sürücü koltuğu	26	54.2
Araç içi trafik kazası Ön yolcu koltuğu	9	18.8
Bisikletten düşme	4	8.3
Araç dışı trafik kazası (yaya kazası)	2	4.2
Basit düşme	2	4.2
Yüksekten düşme	2	4.2
Diğer (ağaç çarpması, patlama, cisim düşmesi)	3	6.1
Toplam	48	100

Sternumun fraktür biçimi ve kısmı

Sternumun fraktür biçimi ve kısmı	n	%
Deplase olmayan Korpus fraktürü	27	56.2
Deplase Korpus fraktürü	13	27
Deplase olmayan Manubrium fraktürü	4	8.4
Deplase Manubrium fraktürü	2	4.2
Ksifoid fraktürü	2	4.2
Toplam	48	100

SS-052

ÇOCUKLARDA ÖZOFAGUS VE BRONŞ YABANCI CİSİMLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Menduh Oruç
Dicle Üniversitesi tıp fakültesi, göğüs cerrahi bölümü

GİRİŞ: Bronş ve özofagus yabancı cisimleri çocukluk döneminde en sık rastlanılan durumdur. Her iki durumda acil şartlarda çıkartılmaları gerekmektedir (1,2). Amacımız bronş ve özofagus yabancı cisimleri klinik ve demografik özelliklerini karşılaştırmaktı.

MATERYAL ve METHOD: Ocak 2012-Ocak 2018 yılları arasında özofagus ve bronş yabancı cisim şüphesi ile müdahale edilen 10 yaş altındaki hastalar geriye dönük olarak incelemeye alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, yabancı cismin yeri, grafide opak ya da non opak görünümlerine göre, kompliksyonları, bu iki yabancı cisim klinik farkları incelendi.

BULGULAR: Ocak 2012-Ocak 2018 yılları arasında özofagus ve bronş yabancı cisim şüphesi ile müdahale edilen 10 yaş altındaki 978 hasta geriye dönük olarak incelemeye alındı. Bu hastaların 506'sı bronş yabancı cisim (BY) 472'i ise özofagus yabancı cisim (ÖY) şüphesi nedeniyle müdahale edildi. BY'erin yaş ortalaması 32,9 ay iken ÖY'lerin 39,7 ay olarak hesaplandı. BY hastalarının 303'i erkek iken 203'ü kadın idi. ÖY lerin 240'ı erkek iken 232'i kadın olarak hesaplandı. Acilde bronş yabancı cisimli 11 hastanın genel durumu çok kötü idi, bunların 4'ü entübeli gelmişti. Acile gelişlerinde BY solunum sıkıntısı, öksürük ve interkostal çekilme en sık görülürken, ÖY de sekresyonu yutamama ve öksürük en sık görülen semptomlardı. BY li hastaların 299'u akciğer grafisinde görünümü nonopak iken 27'i opak görünümde, 182 hastada BY görülmedi. ÖY 399'u opak görünümde iken 73'ü non opak, 7 'inde ÖY görülmedi. BYler en sık sağ ana bronşta çıkarıldı. ÖY le en sık özofagus 1. darlığında megyl pensi ile çıkarıldı. ikinci ve üçüncü özofagus darlıklarında özofaguskop kullanıldı. BY daha çok çerez ve gıda içeriği (karpuz, kabak, ay çekirdeği, ceviz içi, fındık fıstık). ÖY olarak en sık metal para çıkarıldı (Tablo). BY lerde 40 hastada komplikasyon gelişirken (39'u bronkospazm, 1'i pnömotoraks) ÖY lerde 3 hastada komplikasyon gelişti (2'i özofagus yaralanması ve 1 'i özofagus yaralanması ve aort yaralanması). Hiçbir hasta hayatını kaybetmedi.

SONUÇ: Bronş yabancı cisimlerin daha küçük yaşlarda meydana gelmektedir. Bronş yabancı cisimleri acile geldiklerinde daha ciddi yaklaşım gösterilmelidir. Ayrıca bronş yabancı cisimlerin müdahale sırasında komplikasyonları daha sıktır.

Anahtar Kelimeler: ÖZOFAGUS, BRONŞ, YABANCI CİSİM

yabancı cisimlerden bazı örnekler

Bronş yabancı cismin klinik özellikleri

	N(sayı)	Ortalama yaş (ay)	Erkek/ kadın	Sağ ana bronş	Sol ana bronş	Karina seviyesi
Plastik ya da lastik parçası	38	74,4	21/17	28	10	
Metal	25	76,24	17/8	14	9	2
Taş veya toprak	6	42,3	5/1	5	1	
Gıda ve çerez kabukları	255	25,5	154/101	142	67	46
Yabancı cisim yok	182	28,5	111/71			

Özofagus Yabancı Cisimli Hastaların Klinik Özellikleri

	N(sayı)	Ortalama yaş (ay)	Erkek/kadın	1.darlık	2.darlık	3. darlık	Megyl pensi	Özofaguskopi
Para	339	43	170/169	287	28	4	270	49
Alkalin Pil	11	23,8	3/8	9	1	1	7	4
Metal	58	28,3	28/30	51	6	1	45	17
Kemikli et	27	37,6	12/15	24			25	2
Plastik	16	50,3	7/9	15	1		15	1
Ot ve sebze parçaları	15	30,7	10/5	14		1	12	3

SS-053

TORASİK ÇIKIŞ SENDROMUNUN TANISINDA İNTERSKALEN ARALIK HACMİNİN KULLANILABİLİRLİĞİNİN RADYO-ANATOMİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Tevfik Kaplan[1], Ayhan Cömert[2], Mehmet Ali Güner[2], Halil İbrahim Açar[2], Gökçe Kaan Ataç[3], İbrahim Tekdemir[2], Serdar Han[1]
[1]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı
[3]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Bu çalışmanın amacı, torasik outlet bölgesinde nörovasküler yapıların bulunduğu interskalen aralığın kadavralar ve radyolojik görüntülerde volümetrik ölçümlerinin yapılması ve bu ölçümlerin Torasik Outlet Sendromlu hastalarda tanı amaçlı kullanılabilirliğinin analiz edilmesidir.

YÖNTEM-GEREÇLER: Çalışmanın birinci aşamasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalında 8 adet kadavranın boyun diseksiyonu yapılarak interskalen kaslar arasındaki potansiyel boşluğun kalıbı aljinat maddesi ile çıkarıldı ve bu çıkarılan kalıbın hacmi su taşırma yöntemi ile ölçüldü (Resim1, 2). Ayrıca kalıbı çıkarılan interskalen boşluk tabanı kare olan piramite benzediğinden bu boşluğun hacmi kare piramitin hacim hesaplama formülü (interskalen üçgenin taban uzunluğu² x interskalen üçgenin yüksekliği x 1/3) ile hesaplandı. Hesaplanan hacim ile ölçülen hacim arasındaki korelasyona Spearman korelasyon testi ile bakıldı. Formül ile hesaplanan hacim ile aljinat ile ölçülen hacim arasında güçlü bir korelasyon bulundu (R= 0.934, p=0.001).

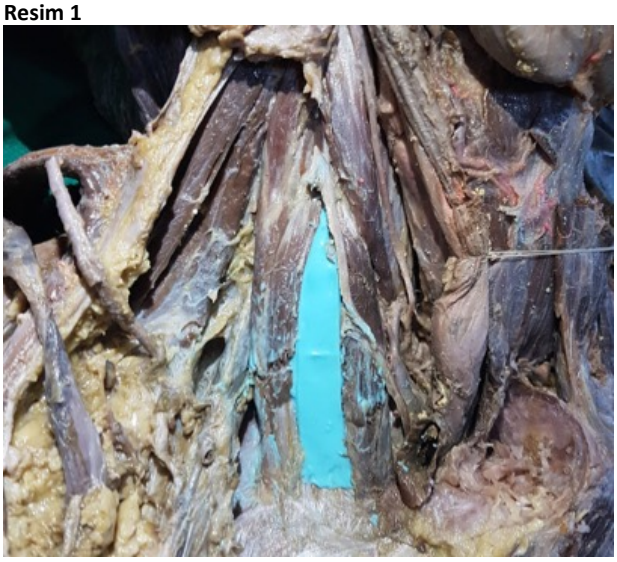
Çalışmanın ikinci aşamasında kliğimizde TOS tanısı konarak opere edilen 12 hastanın preoperatif çekilen boyun ve üst toraks BT kesitleri retrospektif değerlendirildi. İnterskalen aralığın hacmi kare piramit hacim hesaplama formülü ile hesaplandı. Kontrol gurubu olarak ise hastanemiz Radyoloji Anabilim Dalında başka nedenlerle Boyun BT anjiografi çekilmiş 16 hastanın tomografik kesitleri retrospektif olarak incelendi. İnterskalen aralığın hacmi kare piramit hacim hesaplama formülü kullanılarak hesaplandı. TOS'lu hastalardan ölçülen değerler kontrol grubundaki hastalardan ölçülen değerler ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Kadavralarda Erkek/kadın oranı 5/3 olarak bulundu. Ortalama yaş 73.68±6.7 olarak hesaplandı. Ayrıca interskalen aralığın hacmi ile interskalen üçgenin taban uzunluğu (R=0.952, p<0.0001) ve yüksekliği arasında (R=0.810, p=0.015) güçlü bir korelasyon olduğu tespit edildi.
Kontrol gurubunda Erkek/Kadın oranı 9/7 idi. Ortalama yaş 56.45±11.96 idi. Kontrol gurubundaki radyolojik ölçümler ile kadavralardan yapılan ölçümler arasında istatistiksel anlamlı bir fark tespit edilmedi (p>0.05). Bu da radyolojik ölçümlerin güvenli bir şekilde kullanılabileceğini göstermiştir.
TOS'lu hasta gurubunda ise Erkek/kadın oranı 5/7 olarak not edildi. Ortalama yaş 42.68±5.96 olarak hesaplandı. Kontrol gurubu ile TOS hastalarının radyolojik ölçümleri karşılaştırıldığında hasta gurubunda interskalen aralığın hacmi (p<0.0001), kontrol gurubu değerlerine göre daha küçük bulundu ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı.

SONUÇ: Çalışmamızda TOS hastalarında yapılan ölçümlerde kontrol gurubuna göre, interskalen aralığın hacmi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha küçük olduğu bulundu. Bu açıdan TOS hastalarında tomografik kesitlerden bu ölçümler yapılarak tanı aşamasında objektif kriter olarak kullanılabileceği ortaya kondu.

Anahtar Kelimeler: Torasik Outlet Sendromu, Kadavra, İnterskalen aralık, hacim

Resim 1



İnterskalen kaslar arasındaki potansiyel boşluğun aljinat maddesi ile kalıbının çıkarılması

Resim 2

İnterskalen kaslar arasındaki potansiyel boşluğun aljinat maddesi ile kalıbının çıkarılması

SS-054

VENTİLATÖRE BAĞLI YOĞUN BAKIM HASTALARINDA YAPILAN TORAKS OPERASYONLARI

Akin Eraslan Balci, Gülçin Şahin, Muharrem Çakmak, Siyami Aydın
Fırat Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Elazığ

AMAÇ: Yoğun Bakım Ünitesi'nde mekanik ventilatöre bağlı olarak izlenen hastalarda yapılan toraks operasyonlarının neden ve sonuçlarını incelemek.

YÖNTEM: 2013-2017 yılları arasında Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi'nde mekanik ventilatör tedavisi altında olup Göğüs Cerrahi Kliniği tarafından toraks operasyonu yapılan hastaların kayıtları incelendi.

SONUÇLAR: Toplam 16 hastanın yaş ortalaması 50.06 ± 17.9 (77-17) ve tümü erkekti. Ventilatöre bağlı tedavinin birincil nedeni 10 (%62.5) hastada travmaydı (künt travma, 7; penetran travma, 3). Üç (%18.75) hastada ampiyem, 1 (%6.25) hastada perfore hidatik kist, 1 (%6.25) hastada pnömotoraks ve 1 (%6.25) hastada mediyastinit idi. En sık yandaş hastalıklar KOAH ve pnömoni bulundu. Hastaların 4'üne (%31.25) kosta fiksasyonu, 3'üne (%18.76) dekortikasyon, 1'ine (%6.25) diyafragma onarımı, 1'ine (%6.25) sternum fiksasyonu, 1'ine (%6.25) açık kalp masajı, 1'ine (%6.25) bronşiyal fistül onarımı ve wedge rezeksiyonu, 1'ine (%6.25) mediyastinal drenaj, 1'ine (%6.25) eksploratif torakotomi ve kanama kontrolü, 1'ine (%6.25) perikard penceresi + son ventrikül onarımı, 1'ine (%6.25) büllektomi, 1'ine (%6.25) kapitonaj yapıldı. Postoperatif komplikasyon oranı % 25 (4/16: kanama 2, uzamış kaçak 1, uzayan ekspansiyon kusuru 1) oldu. Mortalite %31.25 (5/16) oldu. Mortalite ile postoperatif komplikasyon arasında istatistiksel ilişki bulunamadı (p=0,4). Yandaş hastalıklar ve kardiyak patoloji/yaralanma ile mortalite arasında anlamlı ilişki vardı (p<0.05). Anestezi indüksiyonu sırasında arrest olan ve resüsitasyona yanıt vererek tedaviye alınan bir hastada operasyon başarılı ve postoperatif dönem sorunsuz oldu (herni redüksiyonu ve diyafragma onarımı).

SONUÇ: Yoğun Bakım Ünitesinde Ventilatör tedavisi altında bulunan hastalarda toraks patolojisi nadir olmayarak görülür ve torakotomi endikasyonları dikkatli değerlendirilmeli, uygun endikasyonda cerrahi müdahaleden kaçınılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: yoğun bakım, torakotomi, fiksasyon, dekortikasyon, büllektomi

SS-055

HASTANEMİZ ÖRNEĞİNDE HEMOPTİZİ NEDENLERİ, TANISAL YÖNTEMLER VE MORTALİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nazan Beyhan, Esin Tuncay, Gülfidan Aras, Esin Yentürk, Zehra Dilek Kanmaz, Firdevs Atabey
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıları, İstanbul

AMAÇ: Hemoptizi çok çeşitli etyolojik nedenlerle ortaya çıkan, acil olarak tedavi edilmesi gereken ciddi bir semptomdur. Çalışmamızda hemoptizilerin etyolojisi, kullanılan tanı yöntemlerinin ve tedavinin değeri ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin saptanması amaçlandı.

METOD: Haziran 2012 ve Mart 2016 tarihleri arası Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kliniğimize yatan hastalar retrospektif olarak tarandı. 18 ve 90 yaş arasında, postero anterior akciğer grafisi (PAAG) olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların kanama miktarı, ilaç kullanım öyküleri, ek hastalıkları, biyokimyasal tetkikleri, PAAG, fiberoptik (FOB) ve rijid bronkoskopİ (RB), bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları, kullanılan tanı ve tedavi yöntemleri, yaşam süreleri kaydedildi.

BULGULAR: Toplam 400 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 55±16 idi. Hastaların 88'i (%22) kadın, 312'si (%78) erkekti. En sık %69.7 ile submasif (Saatte 200 ml'den az ya da 24 saatte 600 ml'den az olan hemopteik kanama tanımına uymayan kanamlardır) olduğu görüldü. Hemoptizi yapan nedenler genel popülasyonda sırasıyla malignite (n=91, %22.8), sekel tüberküloz (n=76, %19) ve bronşiektazi (n=56, %14) idi. Antikoagülan kullanımı (%10.8) dördüncü sıradaydı. Aktif tüberküloz ise altıncı sıradaydı. Kadınlarda en sık bronşiektazi (n=25, %28.4) olduğu ikinci (%14.8) sıklıkta ise antikoagülan kullanımı olduğu görüldü. FOB yapılan hastaların %24.8'İnde; RB yapılan hastaların da %52.6'sında kesin tanıya ulaşıldı. Hastaların %84.7 sine etyolojik tanı konuldu. Medikal tedavi ile hastaların %88.8'inde kanama kontrolü sağlandı. Bronşiyal arter embolizasyonu yapılan olgularımızda rekürrens oranımız %61.8 iken başarı oranımız %76.5 idi. Rekürren yatışların %30,7'sini sekel tüberküloz, %23,8'ini malignite olguları oluşturmaktaydı. Hemoptizi ile mortalite oranı %1 (n:4) iken, kaybedilen tüm hastalar masif hemoptizili idi. Hemoptizli hastalarımızın iki yıllık izlemlerinde kadınların %20 si, erkeklerin ise %40 yaşamını kaybettiği saptandı. Mortaliteyi olumsuz yönde etkileyen faktörlerin 65 yaş üstü, Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabetes mellitus (DM)ve malignite varlığı olduğu saptandı.

SONUÇ: Çalışmamızda erkeklerde üç kat daha fazla görülen hemoptizinin etiyolojisinde birincil nedenin malignite, kadınınlarda ise bronşektazi olduğu, antikoagülan kullanımının önemli bir faktör olarak mutlaka sorgulanması gerektiği saptandı. Yalnızca medikal tedavi ile kanama kontrolü sağlama oranının yüksek olduğu, sağkalım etkileyen en önemli faktörlerin yaş, KOAH ve DM, malignite olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Cinsiyet, Hemoptizi, Malignite, Tüberküloz

SS-056

ACİL OPERE EDİLEN ARTERİOVENÖZ MALFORMASYON

Burcu Arpınar Yiğitbaş, Celal Satıcı, Gizem Köybaşı, Mustafa Asım Demirkol, Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Pulmoner arteriovenöz malformasyon (PAVM), genellikle asemptomatik seyreden ve nadir görülen, lezyonu besleyen arter ve drene eden venler arasındaki anormal bağlantılardır. Boyutuna göre yüksek debili kalp yetmezliğine, paradoksal emboliye neden olabileceğinden ya da olgumuzda olduğu gibi spontan rüptüre olabileceğinden PAVM'lerin erken teşhisi ve tedavisi oldukça önemlidir.
OLGU: 53 yaşında erkek hasta, bilinen hipertansiyon dışında kronik hastalık anamnezi olmayıp hasta uzun zamandır mevcut olan öksürük yakınması ile dış merkeze başvurmuş ve tarafımıza yönlendirilmiş. Hastanın dış merkezde çekilen toraks bilgisayarlı tomografisi sol akciğer alt lobda kitlesel lezyon ve bununla ilişkili schimitar sendromu ve pulmoner sekestresyon şeklinde yorumlanmıştı. Arteriovenöz malformasyon şüphesi ile MR anjiografi istendi. Mr'ı besleyen arteri ve drene eden veni net olarak verifiye edilebilen vasküler lezyon şeklinde raporlandı ve ön planda AVM ile uyumlu geldi. (şekil 1) Hasta pulmoner avm tanısıyla takibe alındı. Ancak kontrollere gelmeyen ve iletişim kurulamayan hasta; mevcut AVM'nin spontan rüptürü sonrası acil olarak opere edildi.
Bu vakamızda avm tanısı alan hastaların mutlaka yakın takibe alınması ve gereklilik halinde embolizasyon ve cerrahiye yönlendirilmesi gerektiğini, aksi takdirde hayati risk oluşturabilecek spontan rüptür gibi komplikasyonların gelişebileceğini belirtmek istedik.

Anahtar Kelimeler: arteriovenöz malformasyon, konjenital, anomali

şekil 1

SS-057

ÜST LOBEKTOMİ SONRASI TEK GÖĞÜS DRENİNİN İDEAL YERLEŞİMİ NASIL OLMALIDIR?

Hüseyin Melek, Ahmet Sami Bayram, Tolga Evrim Sevinç, Erhan Özer, Gamze Çetinkaya, Eylem Yentürk, Cengiz Gebitekin
Uludag Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

GİRİŞ: Göğüs drenin sayısı ve ideal yerleşimi, yapılan akciğer rezeksiyonuna göre değişebilir. Literatürde bu konuyla ilgili yeterli çalışma bulunmamakta olup, akciğer rezeksiyonu sonrası göğüs dreni uygulamaları genellikle kişisel deneyimlere göre yapılmaktadır. Bu nedenle cerrahlar arasında farklılıklar izlenmektedir. Bu çalışmada, üst lobektomi sonrası yerleştirilen tek göğüs dreninin etkinliği ve ideal yerleşim yerini tespit etmeyi amaçladık.

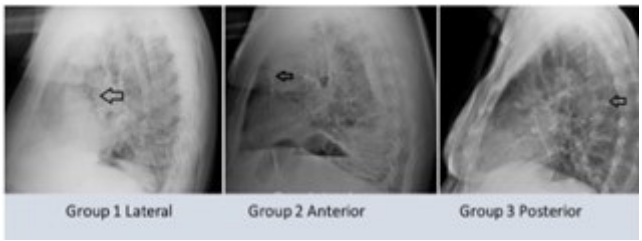
GEREÇ-YÖNTEM: Kliniğimizde Ocak 2013 ile Aralık 2017 yılları arasında segmentektomi ve üstü akciğer rezeksiyonu uygulanan 630 hastanın verileri prospektif olarak kaydedildi ve retrospektif olarak incelendi. Üst lobektomi (UL) uygulananlar hastalar analiz edilerek (n = 241, %38.3) tek göğüs dreni yerleştirilen hastalar çalışmaya dahil edildi (n = 174, %72.2). İki hasta erken mortalite (n = 1) ve kanama (n = 1) nedeniyle dışlandı. Hastalar postoperatif ikinci günde çekilen göğüs yan grafisinde göğüs dreninin yerleşim yerine göre üç gruba ayrıldı: Lateral yerleşimli (grup 1, n = 54), anterior yerleşimli (grup 2, n = 82), ve posterior yerleşimli (grup 3 n = 36) (Resim 1). Operasyon sonrası beş günden uzun süren hava kaçağı, uzamış hava kaçağı (UHK) olarak kabul edildi. Plevral sıvı, space, masif cilt altı amfizemi gelişmesi ve ilave göğüs dreni gereksinimi yetersiz drenaj (YD) olarak kabul edildi. Grupların komplikasyon oranları, dren kalış süreleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların 134 erkek ve 38 kadın, yaş ortalaması 60.2 (dağılım 23-80), drenin ortalama kalış süresi 5.9 idi. Üst lobektomi nedeni 165 hastada maligniteydi ve bu hastaların %43'ü UL öncesi indüksiyon tedavisi (74/165) almıştı. Doksan bir (%53) hastaya sağ UL, 81 (% 47) hastaya sol UL yapıldı. Hastaların %38.4'ünde komplikasyon (grup I'de % 35.2, grup II'de %37.8 ve grup 3'te% 44.4, p = 0.39) görüldü. En sık karşılaşılan komplikasyon (%29.6) UHK idi [(grup 1; %26 (14/54), grup 2; %31.7(26/82), grup 3; % 30.5 (11/36), p = 0.58). Gruplar arası YD oranları: [grup 1; %16,6 (9/54), grup 2; %15.8 (13/82), grup 3; %38.8 (14/36), p=0.022]. Yirmi bir (%12,2) hastaya ilave göğüs dreni yerleştirildi.

SONUÇ: Bu çalışma sonucunda üst lobektomi sonrası tek göğüs dreninin hastaların büyük kısmında hava ve sıvı drenajı için yeterli, drenin anterior veya lateral yerleşiminin posterior yerleşime göre daha etkili olduğu tespit edilmiştir. Göğüs dreninin antero-lateral yerleştirilmesiyle komplikasyon oranlarının azaltılabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dren, üst lobektomi, komplikasyon

Resim 1



Drenlerin yerleşim yerine göre gruplar

SS-058

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ NEDENİYLE AKCİĞER REZEKSİYONU UYGULANAN HASTALARDA MAJOR KARDİYAK KOMPLİKASYONLARI BELİRLEMEDE REVİZE EDİLMİŞ TORASİK KARDİYAK RİSK İNDEKSİ'NİN ROLÜ

Ulaş Kumbasar, Burcu Ancın, Erkan Dikmen, Rıza Doğan
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Akciğer rezeksiyonu uygulanan hastaların preoperatif risk değerlendirmesinde kardiyak riskin belirlenmesi önemli bir yer tutar. Bu çalışmanın amacı, küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle akciğer rezeksiyonu uygulanan hastalarımızda ThRCRI skorlamasının tüm kardiyak komplikasyonları öngörebilme etkinliğinin değerlendirilmesidir.

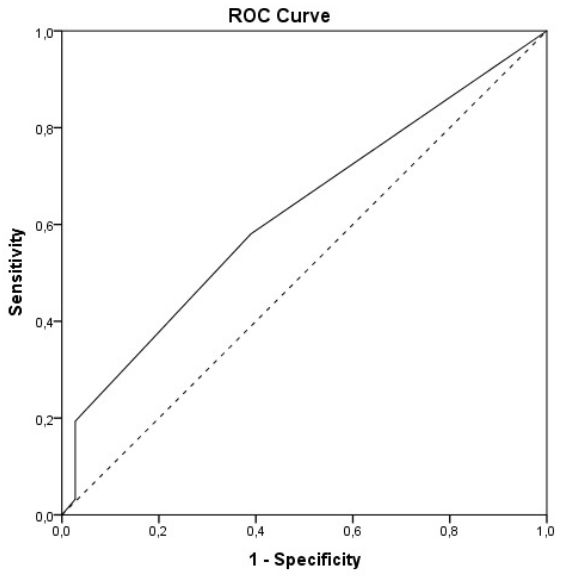
GEREÇLER ve YÖNTEM: Hacettepe Üniversitesi Göğüs Cerrahisi kliniğinde açık cerrahi yöntemi ile pulmoner rezeksiyon uygulanan 249 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar THRCRI skorlamasına göre kategorilere ayrıldı ve skor derecesinin kardiyovasküler komplikasyonlara etkisi değerlendirildi. ThRCRI skorlamasının geçerliliği de ROC analizi ile incelendi.

BULGULAR: Yüksek ThRCRI skorları yüksek kardiyovasküler komplikasyon oranı ile ilişkili bulundu (p<0.0001). ROC analizinde skorlamanın rölatif risk belirleme açısından c-indeksi 0.623 olarak belirlendi (Figür 1) (%95 güven aralığı 0.51–0.73; p=0.027).

SONUÇ: Bu çalışmaya göre, ThRCRI akciğer rezeksiyonu sonrasında kardiyak komplikasyonlar açısından yüksek riskli hastaları öngörmek amacıyla kullanılabilecek ve ileri kardiyak inceleme gerektiren hastaları ayırdedebilme potansiyeli olan bir preoperatif skorlama yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner rezeksiyon, kardiyovasküler komplikasyonlar, risk skoru

Figür 1



ThRCRI için ROC analizi

SS-059

AKCİĞERE METASTAZ YAPMIŞ TÜMÖRLERDE MEDİASTİNEL LENF NODU DEĞERLENDİRMESİ VE MEDİASTİNAL LENF NODLARINA UYGULANAN CERRAHİ TEKNİĞİN PROGNOZA ETKİSİ

Salih Duman[1], Alper Toker[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, 3.Cerrahi Servisi, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

ARKA PLAN: Kansere bağlı ölümlerin %20-30'unu sekonder akciğer karsinomları oluşturmaktadır ve bu hastaların yaklaşık %25'inde metastazların sadece akciğerde sınırlı olduğu görülmüştür. Bunun üzerine yapılan çalışmalarda, uygun tetkik edilmiş hastalarda akciğere uygulanan metastazektominin sağkalımı uzattığı tespit edilmiştir. Metastazektomi işlemine eklenen lenf nodu diseksiyonunun ise farklı histopatolojik tiplerde sağkalım avantajı sağlayıp sağlamadığı tam olarak bilinmemekle birlikte adjuvan tedaviyi yönlendirebileceği düşünülmektedir.

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı Kolorektal Karsinom (KR), Sarkom ve Böbrek Hücreli Kanser (BHK) metastazektomisi uygulanan hastalarda lenf nodlarına uygulanan cerrahi tekniğin prognoza etkisini saptamaktır.

HASTALAR ve YÖNTEM: Ocak 2001- Aralık 2015 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda akciğer metastazektomi operasyonu uygulanan toplam 520 hastanın prospektif bilgi bankası kayıtları retrospektif olarak incelendi. Histopatolojik tipler böbrek hücreli karsinom (BHK), kolorektal(KR) karsinom, sarkom (yumuşak doku ve iskelet sistemi sarkomları) olanlar çalışmaya dahil edildi. Datasında bilgi eksiği olanlar ve diğer histopatolojik alt tipler çalışmanın dışında bırakılarak toplam vaka sayısı olan 201'e ulaşıldı.

BULGULAR: Kolorektal tümör metastazektomisi 63 (%31.3) hastaya, BHKmetastazektomisi 20 (%10) hastaya, Sarkom metastazektomisi 117(%58.7) hastaya uygulandı. Hastaların 113'üne (%56.3) lenf nodu diseksiyonu (LND) uygulanmış iken, 88 (%43.7) hastaya LND uygulanmadığı tespit edildi. Hastalara LND uygulanması ile sağkalım analizi yapıldığında LND yapılan grupta ortalama sağkalım 77.8 ay, LND yapılmamış grupta ortalama sağkalım 51.7 ay olarak saptandı. LND uygulanan grupta sağkalımın uzun olması anlamlı olarak saptandı (p:0.003).LND uygulanan alt histopatolojik tiplere bakıldığında; grupta KR tümörlerde ortalama sağkalım 94 ay, sarkom metastazektomisinde 42 ay, BHK metastazektomisinde 60 ay olarak saptandı (p:0.15-0.64-0.89).LND yapılan hastalar ile yapılmayanlar arasında komplikasyon ilişkisi değerlendirildiğinde LND yapılmamış grupta 17 hastada (%15) komplikasyon saptanmış olup bu komplikasyonlardan 12'si minör, 5'i majör olarak saptandı. LND yapılmış olan grupta 19 hastada (%21) komplikasyon saptanmış olup bu komplikasyonlardan 15'i minör, 4'ü majör olarak saptandı ve LND yapılması ile ortaya çıkan komplikasyon arasında anlamlı fark saptanmadı (p:0.42).

SONUÇ: Çalışmamızda tüm hastalar tek grup olarak değerlendirildiğinde metastazektomiye eklenen LND'nin istatistiksel olarak sağkalımı uzatmasına rağmen histopatolojik alt gruplarda sağkalıma anlamlı bir katkısı olmadığı tespit edildi. Bu bulgular ile kolorektal metastazektomisinde sağkalım avantajı sağlayabilme ihtimali sebebiyle LND uygulamayı, BHK ve sarkom metastazektomisinde ise adjuvan tedavinin daha agresif düşünülmesi amaçlı LND uygulanmasını öneriyoruz

Anahtar Kelimeler: akciğer metastazektomisi, lenf nodu diseksiyonu, kolorektal karsinom, sarkom, böbrek hücreli kanser

LND komplikasyon ilişkisini gösteren tablo

Tablo : LND ile komplikasyon ilişkisini gösteren tablo

	Komplikasyon				
	yok	minör	major	toplam	
LND yapılmamış	96	12	5	113	
LND yapılmış	69	15	4	88	
toplam	165	27	9	201	P:0.42

LND yapılan hastalar ile yapılmayanlar arasındakomplikasyon ilişkisi değerlendirildiğinde LND yapılmamış grupta 17 hastada (%15) komplikasyon saptanmış olup bu komplikasyonlardan 12'si minör, 5'i majör olarak saptandı. LND yapılmış olan grupta 19 hastada (%21) komplikasyon saptanmış olup bu komplikasyonlardan 15'i minör, 4'ü majör olarak saptandı ve LND yapılması ile ortaya çıkan komplikasyon arasında anlamlı fark saptanmadı (p:0.42).

LND yapılanlar ile yapılmayanların ortalama sağkalım tablosu

Tablo :LND yapılanlar ile yapılmayanların ortalama sağkalım tablosu

	Ortalama(ay) ±sh	Ortanca(ay) ± sh
LND yapılmamış	51.7±6.4	26±4.4
LND yapılmış	77.8±7.9	49±5.9

Tüm gruptaki hastalara LND diseksiyonu uygulanması ile sağkalım analizi yapıldığında LND yapılan grupta ortalama sağkalım 77.8 ay, LND yapılmamış grupta ortalama sağkalım 51.7 ay olarak saptandı. LND uygulanan grupta sağkalım istatistiksel olarak daha uzun bulundu (p:0.003).

SS-060

VİDEO-TORAKOSKOPİK YARDIMLI CERRAHİNİN ERKEN DÖNEM HAYAT KALİTESİ VE AĞRILAR ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nilüfer Menekşe, Levent Cansever, Buğra Sezen, Mehmet Bedirhan
SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi SUAM Zeytinburnu, İstanbul

GİRİŞ: Günümüzde Tanısal ve tedavi amacıyla VATS göğüs cerrahisi ameliyatlarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle VATS açık yöntemlere göre ağrı, komplikasyon ve yatış sürelerinin daha az olması gibiavantajlarıbulunmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız VATS yapılan benign ve malign hastaların erken dönem ağrılarının ve VATS'ınhayat kalitelerinin üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.

MATERYAL-METOD: Çalışma 01.04.2018 ile 30.06.2018 tarihleri arasında hastanemizde VATS operasyonu yapılan hastaların hayat kalitesi prospektif olarak verilen anketler ile yapıldı. Hastalara postoperatif 2,6 ve 24 saatlerde Ağrı Skalası uygulandı. Hastaların postoperatif 1 ayında hayat kalitelerini değerlendirmek amacıyla kısa SF-36 formu uygulandı.

SONUÇLAR: Çalışmaya alınan 74 hastanın 50'si erkek (%67.6), 24'ü kadın (%32.4) cinsiyette idi. Hastaların ortalama Yaş aralığı 45.18±17.06 olarak saptandı. Resim.1'de Hastaların demografik özellikleri yer almaktadır.

Hastaların Fiziksel rol fonksiyonu ortalama 58.3±23.7 olarak saptandı. Hastaların yaşam kaliteleri resim.2'de yer almaktadır.Malign benign operasyonlara göre hayat kalitesi değerlendirildiğinde benign hastaların hayat kalitesi malign hastalara göre daha iyi olarak saptanmıştır. Cinsiyetler ve operasyon şekilleri ile hayat kalitesi karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır(p>0.05).(Tablo 1). Postoperatif 2 saatteki VAS skoru 6.84±1.63, Postoperatif 6 saatte ağrı skoru 4.19±1.36, Postoperatif 1 gündeki ağrı skoru 2.58± 1.20 olarak saptandı. Tablo 2'de hastaların Malign ve benign gruplara göre ağrı skorları yer almaktadır.

SONUÇ: Sonuç olarak VATS hastaların erken dönem ağrılarının ve hayat kalitesini arttırsa da malign hastalarda hastaların fiziksel, ruhsal ve emosyonel durumları daha kötüdür.Bu nedenle hastalara erken dönem psikiyatrik destek tedavisi verilmesinin hayat kalitesini arttıracağı düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: ağrı, video yardımlı cerrahi, hayat kalitesi

Resim 1: Hastaların demografik özellikleri

Tablo.1 Hastaların demografik özellikleri

Değişkenler	n	%
Yaş (Yıl)	45.18±17.06	
<65 Yaş	64	86.5
>65 Yaş	10	13.5
Cinsiyet		
Erkek	50	67.6
Kadın	24	32.4
Histopatoloji		
Malign	18	75.7
Benign	56	24.3
Operasyon Tipi		
Wedge	34	45.9
Biyopsi	33	44.6
Lobektomi	5	6.8

Resim 2: SF-36'ya göreVATS hastalarının hayat kalitesinin değerlendirilmesi

Tablo.2 SF-36'ye göre VATS hastalarında hayat kalitesinin değerlendirilmesi	
Değişkenler	Total Skor
Fiziksel fonksiyon	58.3±23.7
Fiziksel rol güçlüğü	60.8±49.15
Emosyonel Rol Güçlüğü	60,8±49,1
Ağrı	68,2±21,5
Sosyal işlevsellik	26,0±1.8
Genel Sağlık Algısı	62,6±26,7
Enerji ve canlılık	51,1±24,5
Ruhsal Sağlık	72,5±21,1

Tablo 1: Malign ve benign hastalıklarına göre hayat kalitesinin değerlendirilmesi

	Malign	Benign	p-Değeri
Fiziksel rol güçlüğü	16.6±38.3	75±43.6	<0.001
Emosyonel rol güçlüğü	16.6±38.3	75±43.6	<0.001
Ağrı	52.5±19.03	73.2±20	<0.001
Sosyal işlevsellik	30.2±19.7	57.9±22.1	1
Genel sağlık algısı	44.16±23.6	68.5±25.04	0.001
Enerji ve canlılık	30.2±19.7	51.9±22.10	<0.001
Ruhsal Sağlık	76.6±19	60±22.7	0.003

Tablo 2: Malign ve benign hastalıklara göre ağrıların değerlendirilmesi

	Malign	Bengin	p-Değeri
Posteropatif 2 saatteki VAS	7.17±1.65	6.73±1.63	0.715
Posteropatif 6 saatteki VAS	4.33±1.18	4.14±1.42	0.067
Posteropatif 1 gündeki VAS	3.11±1.23	2.41±1.15	0.027

SS-061

TİMİK TÜMÖRLERDE PROGNOSTİK FAKTÖRLER VE UZUN DÖNEM SAĞKALIM SONUÇLAR

Cemal Aker[1], Cem Emrah Kalafat[1], Celal Buğra Sezen[1], Celalettin Kocatürk[2]
[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı

AMAÇ: Anterior mediastinal neoplazmlar içerisinde klinikte en sık karşımıza çıkan timik kitlelerdir. Çalışmada timik tümörler nedeniyle timektomi uygulanmış olan hastaların histopatolojik olarak alt gruplarının analiz edilmesi, evrelerinin belirlenmesi, mortalite, morbidite ve sağkalıma etki eden faktörlerin ortaya konulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2005 ve Aralık 2016 tarihleri arasında kliniğimizde Ön Mediastinal Kitle nedeniyle opere edilmiş olan 201 hastanın verileri arşiv dosyaları taranarak geriye dönük olarak analiz edildi. Timektomi yapılan hastalardan timoma ve timik karsinom tanısı almış 76 hasta çalışmaya dâhil edildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 51±14,3 (min:18,max:77) olarak saptandı. Hastaların 47'si (%61,8) erkek, 29'u (%38,2) kadın hasta idi. 14 hasta (%18,4) 65 yaş ve üzerinde idi. 16 hastanın (%21,1) ek olarak myastenia gravis tanısı mevcuttu. Hastalardan 67'sinin (%85,2) timoma, 9'unun timik karsinom (%11,8) tanısı mevcuttu. Masaoka ve DSÖ evresine göre sağkalımlar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Cerrahi rezeksiyon genişliğine göre basit timektomi yapılmış grupta sağkalım 83,4±10,5 ay, extended ve maksimal timektomi yapılmış grupta 124±5,4 olarak tespit edildi (p=0,043). SONUÇ: Tümör evresinin anlamlı olmasa da kötü bir prognostik faktör olduğu, komplet rezeksiyonun ise en önemli prognostik faktör olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda tüm hastalara komplet rezeksiyon uygulanmış evre ve histopatolojik özellik fark etmeksizin kabul edilebilir sağkalım oranları tespit edilmiştir. Ancak basit timektomi yapılmış hastalarda, rezeksiyon komplet olsa da anlamlı olarak daha düşük sağkalım tespit edildiği için, hangi evrede veya histopatolojik grupta olursa olsun, Timomalarda komplet rezeksiyon ile birlikte en azından extended rezeksiyon yapılmasının sağkalımda esas etkili faktör olduğu düşünülmüştür.

Cinsiyet, yaş, komorbiditeler ve MG varlığının prognostik önemi saptanmamıştır, ancak MG hastalarında görülen yüksek komplikasyon oranları, bu hastaların preoperatif ve postoperatif dönemde multidisipliner yaklaşımla daha yakından takip edilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: timoma, cerrahi, ön mediastinal kitleler, timektomi

SS-062

VİDEOTORAKOSKOPİK MEDİASTİNAL KİST REZEKSİYONU: 23 OLGU

Yeliz Erol, Soner Gürsoy
SBU İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi SUAM

AMAÇ: Mediastinal kist nedeniyle videotorakoskopik cerrahi yapılan hastaların değerlendirilmesi ve literatür eşliğinde sunulması amaçlandı.

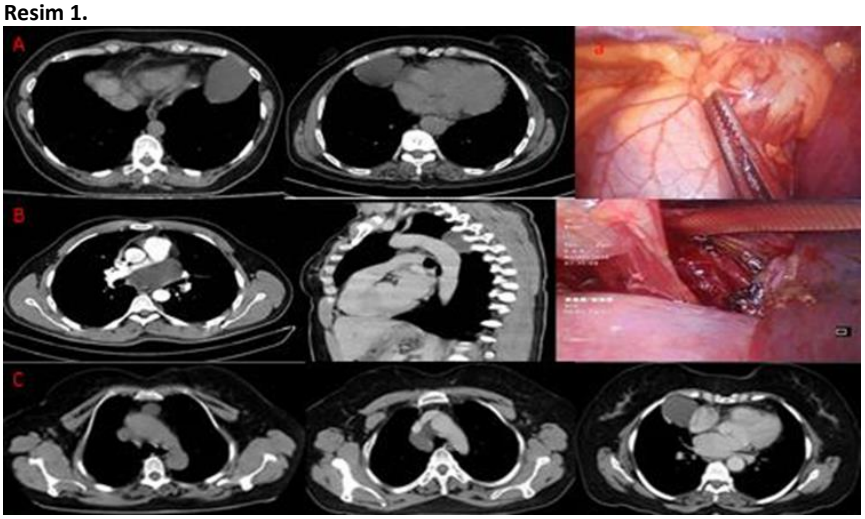
METOD: 2011-2018 yılları arasında mediastinal kist nedeniyle videotorakoskopik cerrahi yapılan 23 olgunun verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Hastaların yaş ortalaması 51,9 ± 10,6 (34-70), 12'u kadın 11'i erkek idi. Mediastinal kistlerin; 10'u perikardiyal kist, 9'u bronkojenik kist, ve 4'ü timik kist. Kist çapı 6,5 ± 3,09 cm (1-15). Peroperatif 3 hastada yaygın plevral yapışıklık, 1 hastada intraoperatif görüntünün kist hidatiğe benzemesi, 1 hastada ise hiler bölgedeki diseksiyon sırasında hemoraji olması nedeniyle torakotomiye geçilmiş, 18 hastada ise operasyon videotorakoskopik olarak tamamlanmış. Mediastinal kistlerin yerleşim yerleri tabloda gösterilmiştir. Postoperatif komplikasyon ve mortalite görülmedi.

TARTIŞMA: Konjenital mediastinal kistler tüm mediastinal tümörlerin% 3-6'sını oluşturur. Mediastinal kistin yerleşim yerine göre radyolojik olarak preoperatif tanısını koymak güçtür. Bu nedenle kesin tanı cerrahi rezeksiyon ile konulabilir. Günümüzde VATS, minimal invazif cerrahi teknikler kullanılarak mediastinal kistlerin cerrahi eksizyonu güvenli bir şekilde yapılmaktadır.

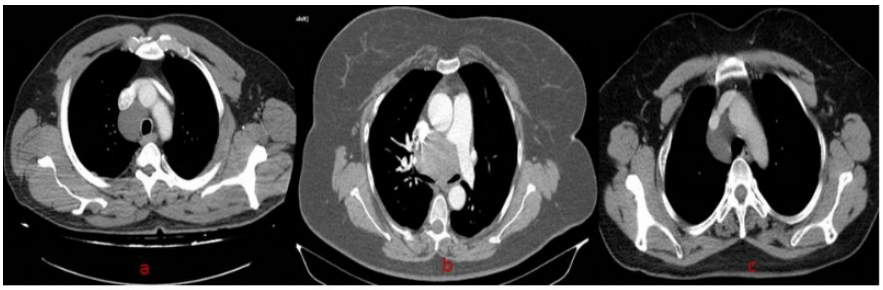
Anahtar Kelimeler: kist, mediasten, videotorakoskopi

Resim 1.



A. Perikardiyal Kist, B. Bronkojenik kist, C.Timik Kist

Resim 2



a: Perikardiyal kist, b: bronkojenik kist, c: timik kist.

Tablo

	Paratrakeal	Parakardiyak	Subkarinal/hiler	Paravertebral	Ön mediasten
Perikardiyal kist	4	4	2	0	0
Bronkojenik kist	4	0	3	2	0
Timik kist	1	2	0	0	1

Mediastinal kistlerin lokalizasyonları

SS-063

MULTİPLE PRİMER AKCİĞER KANSERİNİN KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ VE CERRAHİ SONUÇLARIMIZ

Funda İncekara[1], Deniz Kaygusuz Tikici[1], Şevki Mustafa Demiröz[1], Koray Aydoğdu[1], Funda Demirağ[2], Selim Şakir Erkmen Gülhan[1], Ülkü Yılmaz[3], Sadi Kaya[1], Göktürk Fındık[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Bölümü
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü

Multiple primer akciğer kanserlerinin klinikopatolojik özellikleri ve cerrahi sonuçlarımız

AMAÇ: Multiple primer akciğer kanseri karşılaştırmalı histopatolojik tiplendirme ile birbirinden farklı olduğu kanıtlanmış kanserlerdir. Bu çalışmada, multiple primer akciğer kanseri olan hastaların klinikopatolojik özellikleri ve cerrahi sonuçları mortalite ve sağ kalım üzerine etkileri araştırıldı.
Çalışma Planı: Ocak 2003-Ağustos 2018 tarihleri arasında multiple primer akciğer kanseri nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalara cerrahi tedavi olarak küratif komplet rezeksiyon ve lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Patolojik evrelerine göre kemoterapi ve veya radyoterapi uygulandı.

BULGULAR: Multiple primer akciğer kanseri nedeniyle akciğer rezeksiyonu uygulanan 33 hasta (3 kadın, 30 erkek; ort. Yaş 60.1 yıl; dağılım 47-73 yıl) çalışmaya dahil edildi. Onsekiz hasta eş zamanlıdır [bilateral (n=3), aynı lob (n=7), farklı lob (n=8)] ve 15 hasta da farklı zamanlıdır [ipsilateral(n=6) kontralateral (n=9)]. Pnömonektomi 8 hastaya, lobektomi 28 hastaya, bilobektomi 3 hastaya, sublober rezeksiyon 6 hastaya uygulandı. Histolojik sınıflama 15 hastada aynı 18 hastada ise farklı idi. En sık görülen histolojik tip adenokarsinoma idi. Onüç hastaya adjuvan kemoterapi 19 hastaya adjuvan kemoradyoterapi uygulandı. Farklı zamanlı gelişen multiple primer akciğer kanserinde genel sağkalım 69.4 ay, eş zamanlı gelişen multiple primer akciğer kanserinde ise 28.1 ay idi.

SONUÇ: Multipl primer akciğer kanseri varlığında her tümör ayrı ayrı evrelenir ve evresine göre seçilmiş olgularda asıl tedavi küratif komplet rezeksiyon ve lenf nodu diseksiyonudur, patolojik evresine göre de adjuvan kemoterapi ve veya radyoterapi tedaviye eklenir. Farklı zamanlı gelişen multiple primer akciğer kanserinde sağkalım eş zamanlı gelişene göre daha kötü olsa da multiple primer akciğer kanserinde cerrahi tedavi solunum rezervi uygun seçilmiş olgularda uygulanmalıdır. Her akciğer kanseri tanılı olgu multipl primer akciğer kanseri açışından yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer rezeksiyonu, kemoterapi, Multiple primer akciğer kanseri, radyoterapi,

SS-064

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANILI BİREYLERDE YAŞANAN SEMPTOMLARIN VE ÇÖZÜM YOLLARININ İNCELENMESİ

Yasemin Şadiye Ceyhan, Duygu Zorlu Karayiğit, Arzu Ertürk
Ahi Evran Üniversitesi

GİRİŞ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); dünyada ve ülkemizde üçüncü sırada ölüm sebebi olan, tıkayıcı ve ilerleyici bir solunum sistemi hastalığıdır. Çalışma; KAOH tanılı bireylerin hastalıkları nedeni ile yaşadıkları sorunları ve bunları çözmek için başvurdukları yöntemleri belirlemek amacıyla, tanımlayıcı fenomenolojik tasarımda yapılmıştır.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Çalışmanın evrenini 2017 yılında bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran tüm KOAH'lı hastalar, örneklemini ise hekim tarafından KOAH tanısı konulmuş olan 15 hasta oluşturmuştur. Örneklem yeterliğine, cevaplar birbirini tekrar ettiğinde karar verilmiştir. Veriler; kurum izni (Sayı: 10670833/663.08, Tarih: 16.03.2017) ve etik izin (Sayı: 2017-02/08, Tarih: 01.03.2017) alındıktan sonra, gönüllü KOAH'lı hastalardan, Nisan-Ağustos 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Anket formu; tanıtıcı özellikleri ve yarı yapılandırılmış soruları içermektedir. Veriler; yüz yüze görüşme tekniği ile hasta ifadeleri ses kayıt cihazına kaydedilerek, 30-45 dakika arasında hasta odalarında elde edilmiştir. Katılımcılar K1, K2… şeklinde isimlendirilerek içerik analizi yapılmış ve yanıtlar kodlanarak temalar oluşturulmuştur. Daha sonra kod ve temalar düzenlenerek betimsel anlayışla bulgular yorumlanmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Daha sonra içerik analizine göre; ifadeler kodlanmış ve üç tema altında toplanmıştır. *Hastalığın bireydeki anlamı* temasını üzgünlük, kabullenmek, düşkünlük… kodları; *hastalık sürecinde yaşanan problemler* temasını nefes darlığı, işlerini yapamama, yürümede güçlük çekme… kodları; *problemlere yönelik çözüm yolları* temasını inhaler, buhar ve ilaç tedavisi, aile desteği… kodları oluşturmuştur (Tablo 2). Katılımcıların ifadelerinden bazıları şöyledir:

K2: *Üzüldüm tabii, burada yatan insan üzülmez mi? Allah'tan bir umut dedim.*
K4: *Zaten bu hastalığın tedavisi yok. İlaç kullanıyorum bir süre idare ediyor. Sonra hastalık tekrar başlıyor. Benim kızım var yanımda doktor ona anlatır, o da bana ayrıntısını anlatır.*
K15: *Bunun tedavisi yok, yani kurtulma şeyi yok şansı yok, ama yaşamı rahat bir şekilde yaşamak için tedavi de şart. Doktor ne diyorsa onu yapıyorum*

SONUÇ ve ÖNERİLER: Hastalığa bakış açısı bireylerde farklılıklar göstermektedir. Bu farklılık birkaç semptomun bir arada eşlik etmesine ve geriatrik grubun çoğunluğu oluşturmasına bağlıdır. En sık dispne görülmektedir. Çözüm için ilaç kullanımına ve aile desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sonuçlar çerçevesinde, sağlık çalışanları KOAH'lı bireylerin tedavi ve bakımında işbirliği yaparak; hastaların mevcut durumunu, hastalığın onlar için anlamını, bilgi düzeylerini ve yaşama koşullarını sorgulamalı, hastalara en doğru yaklaşımı sergilemelidirler.

Anahtar Kelimeler: Fenomenoloji, KOAH, Semptom.

Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (N=15)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş		
50-59	1	6.7
60-69	6	40
70 ve üzeri	8	53.3
Yaş ortalama 64,06 (min=50, max=81)		
Cinsiyet		
Kadın	3	20
Erkek	12	80
Eğitim		
Okur-yazar değil	2	13.3
İlkokul	9	60
Ortaokul	1	6.7
Lise	3	20
Medeni Durum		
Evli	14	93.3
Bekar	1	6.7
Meslek		
Ev hanımı	3	20
İşçi	1	6.7
Memur	1	6.7
Emekli	9	60
Serbest meslek	1	6.6
Gelir Durumu		
İyi	3	20
Orta	6	40
Kötü	6	40
Sigara kullanma durumu		
Hayır	4	26.7
Bıraktım	11	73.3
Alkol kullanma durumu		
Hayır	9	60
Bıraktım	6	40
Son bir yıl içerisinde KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu		
Evet	11	73.3
Hayır	4	26.7
Yatış sayısı ortalama 2,5 (min= 1, max= 6)		
Yatış günü ortalama 7,8 (min= 2, max= 10)		
Tanı zamanı		
1-5 yıl	6	40
6-10 yıl	3	20
11 yıl ve üzeri	6	40
Tanı zamanı ortalama 9,9 (min= 1, max= 20)		

Hasta İfadelerine Göre Kodlar ve Temalar

TEMALAR	KODLAR	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15
HASTALIĞIN BİREYDEKİ ANLAMI	Kötü bir his	X							X			X			X	
	Üzgünlük	X	X	X		X	X		X		X	X		X	X	X
	Kabullenmek	X	X			X	X	X		X			X			
	İlaç Bağımlılığı				X		X									
	Düşkünlük			X			X			X		X		X		X
	Tedirginlik	X		X					X	X					X	
	Ölüme yaklaşmak								X	X					X	
	Psikolojik Çöküş			X								X	X		X	
	Pişmanlık	X		X						X	X					
HASTALIK SÜRECİNDE YAŞANAN PROBLEMLER	Nefes Darlığı	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
	Yorgunluk	X	X	X	X		X			X				X	X	
	Yürümede Güçlük	X	X		X	X				X	X	X	X		X	X
	Merdivende Zorlanma	X	X		X	X				X	X	X	X		X	X
	İşleri Yapamama			X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X
	Öksürük					X					X			X		X
	Ağrı							X			X					
PROBLEMLERE YÖNELİK ÇÖZÜM YOLLARI	Buhar Tedavisi	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X		X	
	İlaç Tedavisi		X	X	X	X	X					X	X		X	X
	İnhaler Tedavi			X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
	Aile Desteği		X	X	X	X	X				X	X	X		X	
	Kısa Yürüyüşler		X		X				X			X				X
	Hastanede Yatmak			X		X		X		X			X			
	Bilgi Almak			X	X				X			X				X
	Nefes Alıp Vermek					X				X			X		X	X
	Alternatif Tedavi						X		X			X			X	X

K1, K2, K3...:Katılımcıları ifade etmektedir.

SS-065

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞININ KORNEA PARAMETRELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet Gökhan Aslan[1], Dilek Karadoğan[2]
[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) multisistemik etkilere ve komplikasyonlara sahip bir hastalıktır. KOAH'ın patogenezinde etkisi olan hipoksi ve sistemik inflamasyonun okuler dokular üzerine etkisini inceleyen ve sağlıklı kontrol grupları ile arasında farklılıklar saptayan çalışmalar mevcuttur. Ancak KOAH'da kornea parametrelerini inceleyen çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmadaki amacımız; KOAH olgularına ait korneal ölçüm değerlerini sağlıklı bireylerle karşılaştırarak literatüre bu konuda katkı sağlamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışmaya kliniğimizde KOAH tanısıyla en az 6 aydır takip edilen, daha önce geçirilmiş göz cerrahisi ve/veya travma öyküsü olmayan hastalar dahil edildi. KOAH tanılı 2'si kadın 35 olgunun 70 gözü çalışma grubunu oluşturdu. Kontrol grubunu ise; göz kliniğine başvuran, aynı yaş grubunda, sistemik bir hastalığı bulunmayan sağlıklı bireylerden oluşan 3'ü kadın 40 bireyin 80 gözü oluşturdu. Çalışmaya dahil edilen bireylerin, kornea kırıcılığı Canon RK-F1 otorefraktometre cihazı ile, kornea kalınlığı ultrasonik pakimetre cihazı (Pocket II, Quantel Medical, Bozeman, Montana, USA) ile, korneal hacim ölçümü Sirius kornea topografi cihazı (CSO, Florence, Italy) ile ve kornea endotel sayımı Tomey EM-3000 SM speküler mikroskobu ile yapıldı. Uygun istatistiksel formüller kullanılarak gruplar arasındaki kıyaslamalar yapıldı.

BULGULAR: Çalışma grubundaki hastaların yaş ortalaması 62,23±7,24 yıl iken kontrol grubunun yaş ortalaması 59,17±8,17 yıl idi (p>0,05). Sırasıyla ortalama kornea kırıcılığı, kornea kalınlığı, endotel sayısı ve kornea hacmi değerleri çalışma grubunda 43,21±2,14D, 534,3±36,4µm, 2434±189,03 hc/mm2 ve59,6±5,12mm3; kontrol grubunda ise 42,94±2,46D, 537,6±39,1µm, 2514hc/mm2 ve 60,3± 4,86 mm3 olarak bulundu. İki grup arasında ölçümü yapılan tüm parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. (p>0,05)

SONUÇ ve TARTIŞMA: Bu çalışmada avasküler bir doku olan korneanın ölçülen parametrelerinde KOAH olgularında, sağlıklı bireylere kıyasla anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuç, korneanın direkt oksijenizasyonu vasıtasıyla muhtemel hipoksi hasarına karşı koruyucu bir rol üstlenmesiyle açıklanabilir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, oküler bulgular, kornea parametreleri

SS-066

KOAH ALEVLENMESİ İLE SERVİSE YATIRILAN HASTALARDA FARKLI KOMORBİDİTELERİN FİZYOTERAPİ REHABİLİTASYON SEANSINDAKİ VİTAL DEĞİŞİMLER ÜZERİNE ETKİSİ

Melih Zeren[1], Hilal Denizoğlu Külli[1], Gülhan Yılmaz Gökmen[2], Semiramis Özyılmaz[1], Abdullah Kansu[3], Mehmet Bayram[3], Hülya Nilgün Gürses[1]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[2]Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Balıkesir
[3]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Fizyoterapi rehabilitasyon yaklaşımlarının KOAH alevlenmesi ile yatırılan hastalarda akciğer ventilasyonun ve oksijenizasyonunun geliştirilmesine ve sekresyon atımının arttırılmasına yardımcı olabileceği bildirilmektedir. KOAH'lı hastalarda diyabet (DM) ve hipertansiyon (HT) sık görülen komorbiditelerdendir ve her iki durum da hastalık yükünü arttırmaktadır. Çalışmamızın amacı akut alevlenme ile yatırılan KOAH'lı hastalarda fizyoterapi rehabilitasyon seansı sırasında kan basıncı (KB), kalp hızı (KH), pulse oksijen satürasyonu (SpO2) ve solunum frekansı (SF) üzerinde oluşan değişimleri incelemek, DM ve HT varlığının bu değişimler üzerindeki ilave etkisini analiz etmektir.

GEREÇLER ve YÖNTEM: KOAH alevlenmesi ile göğüs hastalıkları servisine yatırılan 120 hasta komorbiditelerine göre izole KOAH (n=30), KOAH+DM (n=30), KOAH+HT (n=30) ve KOAH+DM+HT (n=30) olarak sınıflandırıldı. Tüm hastalar yatış süreleri boyunca günde 1 kez solunum egzersizleri, insentif spirometre, modifiye postural drenaj ve perküsyon, alt-üst ekstremite mobilizasyon egzersizleri ve postür egzersizlerini içeren fizyoterapi rehabilitasyon programına alındı. Programa ilk 24 saat içerisinde başlandı. Seanslar öncesinde ve sonrasında KB, KH, SpO2 ve SF kaydedildi. Hastaların ikinci seansından elde edilen değerler analize dahil edildi. Yatış süresi boyunca hastaların rutin medikal tedavileri devam etti.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 72,3 [55-96] yıl idi. Yaş ve istirahat vital değerleri açısından gruplar arasında fark yoktu. Grupların seans öncesi-sonrası değerleri ve grup içi-gruplar arası farklar Şekil 1'de verildi. Seans sonunda KOAH ve KOAH+DM gruplarında sistolik KB, KH ve SpO2 değerlerinde ($p<0,001$); KOAH+HT ve KOAH+DM+HT gruplarında ise sadece SpO2 değerinde anlamlı artış meydana geldi ($p<0,001$). KOAH ve KOAH+DM gruplarında sistolik KB ve KH'de meydana gelen değişimler KOAH+HT ve KOAH+DM+HT gruplarına kıyasla daha yüksekti ($p<0,05$). SpO2'de elde edilen artışlar açısından gruplar arasında fark yoktu.

SONUÇ ve TARTIŞMA: KOAH alevlenmesi ile yatırılan hastalarda fizyoterapi rehabilitasyon yaklaşımları ile akut olarak SpO2 değerinde anlamlı artış sağlanabileceği görülmektedir. KOAH ve KOAH+DM gruplarında egzersiz sonrası sistolik KB ve KH değerlerinde benzer fizyolojik artışlar meydana gelmiş olmasına rağmen HT'ye sahip gruplarda sistolik KB ve KH yanıtları daha düşük ölçülmüştür. Bu durumun HT'li hastalarda kullanılan antihipertansif ilaçların KB ve KH artışı üzerindeki limitleyici etkisinden kaynaklandığını ve bu nedenle de hipertansif hastalarda egzersiz şiddeti ayarlanırken dikkatli olunması gerektiğini düşünmekteyiz. Sonuçlarımız, KOAH alevlenmesi ile servise yatırılan hastalarda ilk günden itibaren uygulanan fizyoterapi rehabilitasyon programının güvenli ve faydalı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, fizyoterapi rehabilitasyon, KOAH, hipertansiyon, satürasyon

Fizyoterapi rehabilitasyon seansı sırasında meydana gelen vital değişimlerin grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması (Her grup için n=30; totalde n=120)

		Seans öncesi	Seans sonrası	Değişim (Δ)	Grup içi fark	Gruplar arası fark
Sistolik KB (mmHg)	KOAH	119,3±11,2	126,4±11,7	7,1±7,9	**<0,001**	**p<0,05** KOAH ve KOAH+DM lehine
	KOAH+DM	119,6±15,3	127,2±11,0	7,6±9,4	**<0,001**	
	KOAH+HT	130,9±11,8	133,4±13,7	2,5±7,1	0,258	
	KOAH+DM+HT	130,5±12,1	133,1±10,3	2,6±7,7	0,174	
Diyastolik KB (mmHg)	KOAH	70,2±10,1	73,1±9,8	2,9±7,5	0,540	p>0,05
	KOAH+DM	71,8±8,8	74,6±10,3	2,8±7,6	0,800	
	KOAH+HT	75,5±9,1	77,5±8,1	2,0±8,1	0,330	
	KOAH+DM+HT	75,3±9,3	77,2±11,5	1,9±8,2	0,228	
KH (atım/dk)	KOAH	85,5±14,5	92,7±16,8	7,2±5,7	**<0,001**	**p<0,05** KOAH ve KOAH+DM lehine
	KOAH+DM	87,8±16,2	95,1±16,2	7,6±7,4	**<0,001**	
	KOAH+HT	89,5±14,1	92,8±15,3	3,3±8,1	0,130	
	KOAH+DM+HT	86,3±13,8	89,9±15,5	3,6±7,6	0,110	
SpO2 (%)	KOAH	93,3±2,8	95,5±2,2	2,2±2,2	**<0,001**	p>0,05
	KOAH+DM	93,1±3,4	95,2±2,9	2,1±2,0	**<0,001**	
	KOAH+HT	93,7±4,6	95,7±2,6	2,1±3,1	**<0,001**	
	KOAH+DM+HT	94,1±2,8	96,1±1,9	2,0±2,1	**<0,001**	
SF (soluk/dk)	KOAH	26,6±4,5	27,3±4,3	0,7±1,9	0,760	p>0,05
	KOAH+DM	25,7±5,2	26,5±5,5	0,8±1,6	0,630	
	KOAH+HT	27,1±5,8	27,8±5,3	0,7±2,7	0,322	
	KOAH+DM+HT	26,1±5,1	26,8±5,6	0,7±1,9	0,756	

KB: kan basıncı; KH: kalp hızı; SpO2: pulse oksijen satürasyonu; SF: solunum frekansı Grup içi karşılaştırmalar için Paired samples t-test Gruplar arası karşılaştırmalar için One-way ANOVA ve post-hoc TUKEY HSD

SS-067

ALEVLENME NEDENLİ HOSPİTALİZE EDİLEN ERKEK KOAH HASTALARINDA OSTEOPOROZ

Burcu Yormaz[1], Hakan Cebeci[2], Farise Yılmaz[3], Mecit Süerdem[1]
[1]Selçuk Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya
[2]Selçuk Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya
[3]Selçuk Üniversitesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Konya

GİRİŞ: KOAH, sistemik inflamasyon ile buna bağlı pekçok sistemik etkiler ve komorbiditeler ile karakterize bir hastalıktır. KOAH'da osteoporoz risk artışı olduğu bilinmesine rağmen, özellikle erkek hastalarda genellikle gözardı edilmektedir. Çalışmamızda alevlenme nedenli hospitalize edilen erkek hastalarımızda osteoporoz sıklığını belirlemeyi amaçladık.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Alevlenme nedenli hospitalize edilen erkek hastalardan, yüksek osteoporoz riskine sahip diyabetes mellitus, herhangi bir organ kanseri, tiroid ve paratiroid hastalığı ile yoğun bakım hastaları, kaşeksi ve uzun süreli immobil hastalar dışındaki KOAH hastaları çalışmaya alındı. Rutin tetkiklere ek olarak kemik dansite ölçümleri ve toraks bilgisayarlı tomografileri (BT) istendi. Radyoloji uzmanı tarafından, amfizem (A tipi) KOAH fenotopini belirlemek için toraks BT üzerinden dansite ölçümleri hesaplandı. Hastaların sigara içme öyküleri, vücut kitle indeksi (VKİ), son bir yıldaki alevlenme sayıları, Modified Medical Research Council (mMRC) dispne skalası, solunum fonksiyon testi, arter kan gazları ile alfa-1 antitripsin (A1AT), parathormon, kalsiyum, fosfor, vitamin D ve alkalen fosfataz düzeyleri kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya 94 hasta dahil edildi. Klinik özellikler ve toraks BT dansite ölçümüne göre hastalar A tipi (43 hasta, %45.75) ve B tipi (51 hasta, %54.25) fenotip gruplarına ayrıldı. 37 (%39.36) hastanın kemik dansite ölçümlerinde osteoporoz belirlendi. A tipi KOAH hastalarının 26'sı (%60.47), B tipi KOAH hastalarının ise 11'i (%21.57) osteoporotikti ($p<0.00$). Osteoporoz olan grupta FEV1 ve VKİ anlamlı oranda düşüktü (sırasıyla; $p=0.009$ ve $p<0.00$). Son bir yıldaki alevlenme sayısı ve mMRC dispne skoru osteoporozlu hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla; $p=0.001$ ve $p<0.00$). Osteoporoz olan ve olmayan grup arasında incelenen diğer tüm parametrelerde anlamlı bir fark belirlenmedi. Osteoporozlu hastalarda; kemik dansitometre t değeri ile amfizem dansitesi arasında negatif yönde ($r=-0.485$, $p=0.002$), VKİ arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0.48$, $p=0.002$). Hastaların 29 (%30.85)'inde osteopeni saptandı. Bu hastaların fenotiplere dağılımı; 11 (%25.58) A tipi KOAH, 18 (%35.29) B tipi KOAH şeklinde oldu.

SONUÇ: VKİ değeri düşük, özellikle amfizemli, GOLD C ve D grubu erkek KOAH hastalarında osteoporoz araştırması yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, osteoporoz, kemik dansitometresi, amfizem.

SS-068

BİOYAKIT KULLANAN KRONİK HAVAYOLU HASTALIKLI KADINLARDA ASTIM, ASTIM-KOAH ORTAK SENDROMU VE KOAH

Burcu Yormaz[1], Zeliha Esin Çelik[2], Mecit Süerdem[1]
[1]Selçuk Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya
[2]Selçuk Üniversitesi,Patoloji Anabilim Dalı, Konya

GİRİŞ: Kırsal bölgede yaşayan ve sigara içmeyen kronik havayolu hastalıklı kadın hastalar genellikle kontrolsüz astımlı olarak kabul edilirler. Ancak hastaların önemli bir bölümü biyoyakıt kullanımına sekonder KOAH veya astım-KOAH ortak sendromlu (AKOS) hastalardır. Çalışmamızda bu grup hastaların ayırıcı tanılarını yapmayı amaçladık.

GEREÇLER ve YÖNTEM: En az 20 yıl biyoyakıt maruziyeti hikayesi olan, sigara içmemiş, 40 yaş ve üstü, kronik havayolu hastalığı tanısıyla en az bir yıldır inhaler tedavi alan kadın hastalar çalışmaya dahil edildi. Sorgulama formu dolduruldu ve rutin tetkiklerine ek olarak bronkodilatör reversibilite testi, balgamda eozinofili ve HRCT tetkikleri istendi. GOLD ve GINA tanı kriterleri kullanılarak astım ve KOAH tanıları arasında ayırıcı tanı yapıldı. Astım ve KOAH klinik özelliklerinin birarada bulunması ile tam olmayan reversibilite özelliğinde havaakımı kısıtlanması major AKOS tanı kriteri olarak kabul edildi.

BULGULAR: Hedeflenen popülasyondan toplam 102 kadın hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaş ortalaması 61.5±17.0 idi. Hastaların ayırıcı tanı çalışmaları sonrasında 65 (%63.7) hasta astım, 37 (%36.3) hasta ise KOAH olarak kabul edildi. KOAH hastaları içinde 13 (%35.1) hasta AKOS tanısı aldı. Böylece tüm hastalar içinde gerçek KOAH prevalansı %23.5, AKOS prevalansı %12.7 değerlerinde bulundu. Astım, KOAH ve AKOS hastalarının yaş ortalamaları sırasıyla; 61.4±1.3, 71.0±2.1, 68.5±2.1 idi. Astımlı hastalar ile KOAH ve AKOS hastalarının yaş ortalamaları arasında anlamlı fark vardı (sırasıyla; p=0,001 ve p=0,026). Son bir yıl içindeki alevlenme sayıları astım, KOAH ve AKOS hastalarında sırasıyla; idi. Üç hasta grubu arasında alevlenme sayıları anlamlı olarak farklı bulundu (p=0,000). Alevlenme sıklığı ile kan ve balgam eozinofil düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı (sırasıyla; r=-0,052, p=0,605 ve r=0,111, p=0,265). Balgam ve kan eozinofil seviyeleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardı (r=0,456, p=0,001). Hasta grupları arasında AAT (ortalama düzeyleri farklı bulunmadı (astım 1.61, KOAH 1.61, ACOS 1.63).

SONUÇ: Kırsal bölgede yaşayan veya geçmişte yaşamış olan kronik obstrüktif havayolu hastalıklı kadın hastalarda sigara yanı sıra biyoyakıt maruziyet sorgulaması KOAH ve AKOS tanısı için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, astım-KOAH ortak sendromu, biyoyakıt

SS-069

BLVR TEDAVİLERİ CİDDİ AMFİZEMİ OLAN KOAH HASTALARINDA MORTALİTEYİ AZALTIYOR MU?

Demet Turan[1], Deniz Doğan[2], Elif Tanrıverdi[1], Efsun Gonca Uğur Chouseın[1], Binnaz Zeynep Yıldırım[1], Barış Demirkol[1], Mehmet Akif Özgül[1], Erdoğan Çetinkaya[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları
[2]Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) dünyada dördüncü ölüm nedeni olup, her geçen gün oranı giderek artmaktadır. bronkoskopik akciğer hacim azaltıcı (BLVR) tedavilerin yüz güldürücü sonuçları amfizem tedavisine yeni bir boyut kazandırmıştır. Çalışmamızda ileri derecede amfizem hastalarında EBV veya coil tedavisi uygulanan olgular ile SoC (standart medikal tedavi) ile takip edilen olguları oniki aylık mortalite yönünden karşılaştırma amaçlandı.

MATERYAL METOD: 2010-2017 yılları arasında ağır/çok ağır KOAH-amfizem tanısı ile takip edilen hastaların dosya verileri retrospektif olarak incelendi. Tedavi için uygun olan hastalardan BLVR tedavisi uygulananlar ile uygulanmayan ve standart medikal tedavi (SoC) ile takip edilen hastalar oniki aylık mortalite yönünden karşılaştırıldı. İşlemlere uygunluk olarak; yaş 40-75 arası, FEV1 beklenin %15-45 arası, RV beklenenin >%150 (coil tedavisi için ≥%200), TLC >%100, PaCO2 <50 mmHg, PaO2 >45mmHg (oda havasında), DLCO beklenenin >%20, altı dakika yürüme testi 150-400 metre, EKO'da sPAB <50 mmHg, optimum bronkodilatör tedavi kullanan, en az 8 hafta önce sigarayı bırakmış ve antikoagülan veya antiplatelet tedavi kullanmıyor olmak (coil tedavisi için) kriterleri kullanılmıştı.

BULGULAR: İleri derecede KOAH-amfizem fenotipi tanısı olan ve BLVR tedavi kriterlerini karşılayan toplam 148 hastanın dosya verileri değerlendirmeye alındı. 76 tanesine BLVR (46'sına EBV, 30'u coil) tedavisi uygulanmış, 72 tanesi ise SoC ile takip edilmişti. Oniki aylık takibi tamamlanmış BLVR tedavisi uygulanan 73 (EBV 43, coil 30), SoC ile takip edilen 51, toplam 124 hastanın verileri çalışma için değerlendirildi. Tüm çalışma popülasyonunun mortalite oranlarına bakıldığında oniki aylık takip süresi tamamlanmış hastalardan yirmisinde (%16.1) mortalite geliştiği ve erken dönem (ilk altı haftada) mortalitenin %1.6 (dört olgu) olduğu görüldü. BLVR tedavisi uygulanan grupta toplam yedi hastada mortalite izlenmişti (%9.6). Bu hastaların üç tanesi EBV, dört tanesi de Coil tedavisi uygulanan hastalar idi. Diğer yandan SoC ile takip edilen hastalarda ilk 6 haftada sadece iki hastada (%4), oniki ay sonunda ise toplam onüç hastada mortalite (%25.5) olduğu görüldü. Genel olarak bakıldığında BLVR tedavisi uygulanan hastalarda birinci yıl sonunda mortalite oranının SoC grubuna göre anlamlı derecede düşük (%9.6'a karşılık %25.5) olduğu görüldü (p=0.018).

SONUÇ: BLVR (EBV, Coil) tedavisi ileri derecede KOAH-amfizem hastalarında SoC'ye göre mortaliteyi belirgin olarak azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: KOAH, BLVR, Mortalite

SS-070

BRONKOSKOPİK HACİM AZALTICI TEDAVİDE KOMORBİD HASTALIK VARLIĞININ UZUN DÖNEM MORTALİTE ÜZERİNE ETKİSİ

Elif Tanrıverdi[1], Deniz Doğan[2], Demet Turan[1], Efsun Gonca Uğur Chousein[1], Binnaz Zeynep Yıldırım[1], Barış Demirkol[1], Mehmet Akif Özgül[1], Halit Çınarka[1], Erdoğan Çetinkaya[1]
[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

AMAÇ: KOAH hastalığının seyri üzerinde, başta hastalıkla ilişkili semptomları etkileyen, bunun yanında morbidite ve mortaliteyi arttıran en önemli sorunlardan birisi de komorbiditelerin varlığıdır. KOAH hastalarında komorbiditelerin sıklığı, mortaliteye katkısı, tedavi yönetiminde komorbiditelerin tedavi yükü ve yönetimi konusunda bir çok çalışma bulunmaktadır. Ancak literatürde tarayabildiğimiz kadarı ile bronkoskopik akciğer hacim azaltıcı (BLVR) tedavi uygulanan amfizem fenotip hastalarda komorbidite varlığı ve/veya sıklığının mortalite ile ilişkisini araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda ileri derecede amfizem hastalarında, komorbid hastalık varlığında uygulanan BLVR tedavisinin ve tedavi seçeneklerinin uzun mortalite üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Çalışma için lokal etik komite onayının alınmasından sonra Ocak 2011- Aralık 2017 tarihleri arasında BLVR tedavisi için endobronşiyal valf (EBV) veya lung volüme reduction coil (LVRC) tedavileri uygulanan ileri derecede amfizem hastalarının dosya verileri retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: İleri derecede amfizem nedeni ile BLVR tedavisi uygulanan yetmişaltı hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. EBV ve LVRC tedavileri öncesi demografik ve klinik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Herhangi bir komorbiditesi olmayan 17 hasta, en az bir komorbid hastalığı bulunan 49 hasta mevcuttu. Komorbid hastalık sıklığı EBV tedavisi uygulanan grupta anlamlı derecede daha yüksek (%63.3'e karşılık %36.7, p=0.045) idi. En sık ko-morbidite kardiyovasküler hastalıklardı. Benzer şekilde birden çok komorbid hastalığı olan hasta sayısının EBV tedavi grubunda anlamlı olarak (%67.9'a karşı %32.1) daha yüksekti (p=0.022). BLVR tedavisi sonrası takiplerin on ikinci ayında toplam yedi hastada (%10.6) mortalite gözlenmişti. Mortalite görülen hastaların hepsinde en az bir komorbidite bulunduğu görüldü. Komorbidite varlığında mortalitenin daha fazla geliştiği (%14.3'e karşılık %0, p=0.099), özellikle birden fazla komorbidite varlığında belirgin olarak arttığı (%18.5'e karşılık %0, p=0.059) sonucuna varıldı. Komorbid hastalık varlığında seçilecek BLVR işleminin mortalite üzerine etkisine bakıldığında yine her iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı görüldü (p=0.717). Ancak birden çok komorbid hastalık varlığında, her ne kadar istatistiksel olarak anlamlılık göstermese de, LVRC tedavisi uygulanan grupta mortalite oranı (%37.5'e karşı %10.5) daha yüksek bulundu (p=0.099).

SONUÇ: BLVR işlemi uygulanan ileri derecede amfizem hastalarında komorbitide varlığı ve LVRC tedavisi uygulanan hastalarda birden fazla komorbidite varlığı mortaliteyi belirgin olarak artırmaktadır. Özellikle birden fazla komorbidite varlığında EBV'nin coile tercih edilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Amfizem, endobronşiyal oil, endobronşiyal valf, komorbidite, mortalite

SS-071

TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNE YÖNELİK RİFAMPİSİN VE RİFABUTİN'İN İN VİTRO ÇAPRAZ DİRENÇ ORANI

İsmail Ceyhan
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.

GİRİŞ: *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTBC) tüberküloz (TB) etkeni olarak ülkemizde ve dünyada önemini korumaktadır. TB tedavisinin az sayıdaki anti-TB ilaçlarından biri olan rifampisin(RIF) kritik öneme sahiptir. RIF'e direnç gelişmesi genellikle çok ilaca dirençli tüberküloz(ÇİD-TB) olgularının göstergesi olarak değerlendirilmekte ve ikincil ilaçların kullanılmasını gerektirmektedir. Ancak RIF dirençli bazı vakalarda rifabutin(RFB) tedavide yarar sağlayabilmektedir. Bu nedenle RIF'e dirençli suşların RFB'ya duyarlılığının test edilmesi klinisyen için iyi bir seçenek oluşturmaktadır. Bu çalışma RIF-RFB in-vitro çapraz direnç oranınını ve RIF'e dirençli saptanan MTBC kökenlerinin RFB'ya duyarlılılığının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: 2014-2018 (Mayıs)' yıllarında laboratuvarımızda RIF direnci saptanmış 188 MTBC kökeninin RFB duyarlılık sonuçları değerlendirilmiştir. Rutin örnekler NaOH-NALC yöntemiyle işlenip Lowenstain-Jensen ve/veya otomatize sıvı sistemde kültüre edildi. Tüm üremeler EZN (Ehrlich Ziehl-Neelsen) yöntemiyle boyandı. ARB (Aside dirençli bakteri) pozitif örneklere MTBC yönünden kart testi(MPB64, Capilla TB-Neo) yapıldı. MTBC olarak saptanan kökenler MGIT(indikatörli otomatize Mycobacterium sıvı kültür sistemi) modifiye proporsiyon yöntemine göre rutin ilaç duyarlılık testleri (streptomisin/SM, izoniazid/INH, rifampisin/RIF ve etambutol/EMB, pirazinamid/PZA) çalışıldı. RIF direnci saptanan kökenler mikrotüp dilüsyon yöntemiyle(MYCOTBI-Sensititre, TREK Diagnostic Systems) ofloksasin(OFX), moksifloksasin(MXF), Rifampin(RIF), amikasin(AMI), streptomisin(SM), rifabutin(RIF), para-amino-salisilik asit(PAS), etionamid(ETH), sikloserin(CYC), izoniazid(INH), kanamisin(KAN) ve etambutol(EMB) duyarlılığı çalışıldı.

BULGULAR: Çalışmamızda 2014-2018(Mayıs) yılları arasında toplam 188 adet RIF dirençli MTBC saptandı. Bunların 142'si aynı zamanda RFB'ne de dirençli olarak bulundu. RIF-RFB in-vitro çapraz direnci %76, diğer bir ifadeyle RIF dirençli MTBC kökenlerinin %24'ü RFB'e duyarlı olduğu saptandı. MGIT/modifiye proporsiyon yöntemiyle RIF direnci saptanan tüm kökenler mikrotüp dilüsyon yöntemiyle de dirençli olduğu kaydedildi. RFB dışındaki ilaçların mikrotüp dilüsyon duyarlılık sonuçları bu çalışmaya dahil edilmedi.

SONUÇ VE TARTIŞMA: TB tedavisinde etkili az sayıda ilaç mevcuttur. Birinci seçenek ilaçlar olarak bilinin 5 (INH, RIF, EMB, PZA ve SM-ülkemizde halen birinci seçenek ilaç olarak kabul edilmektedir) anti-TB ilacı içinde RIF vazgeçilemez kabul edilir. RIF direnci saptanan olguların hemen hemen tamamı daha pahalı ve yan etkileri daha yüksek ikinci seçenek anti-TB ilaçlarla tanışmak zorunda kalırlar. RIF dirençli bu olguların tedavisinde RFB duyarlığı diğer anti-TB ilaçlarla birlikte klinik yarar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz(TB), Rifabutin(RFB), Rifampisin(RIF), in-vitro çapraz direnç

SS-072

TÜRKİYE VEREM SAVAŞ DİSPANSERLERİNDE 2016 YILI LATENT TÜBERKÜLOZ ENFEKSİYONU TEDAVİSİ ARAŞTIRMASI

Suha Özkan[1], Erhan Kabasakal[2], Ayşegül Yıldırım[2], Ulaş Atlığ[2], Derya Öztomurcuk[3], Ebru Yeğin[4], Esin Eymen Can[5], Mert Aydın[6], Sema Oğuz[7], Serap Şimşir[5], Tülay Keskin[8], Zeynep Kazgan Arıca[9], Şeref Özkara[10], Zeki Kılıçaslan[11]
[1]Yenimahalle Çamlıca Aile Sağlığı Merkezi, Ankara
[2]Sağlık Bakanlığı, HSGM Tüberküloz Daire Başkanlığı, Ankara
[3]Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, İl Tüberküloz Koordinatörü, Samsun
[4]Antalya Verem Savaş Dispanseri, İl Tüberküloz Koordinatörü, Antalya
[5]Konak Ali Halim Bayer Verem Savaş Dispanseri, İzmir
[6]İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar, İl Tüberküloz Koordinatörü, İzmir
[7]İzmir Eşrefpaşa Verem Savaş Dispanseri, İzmir
[8]Bursa Merkez Verem Savaş Dispanseri, İl Tüberküloz Koordinatörü, Bursa
[9]Malatya Abdulkadir Eriş Verem Savaş Dispanseri, İl Tüberküloz Koordinatörü, Malatya
[10]Atatürk Göğüs Hastalıkları. ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araşatırma Hastanesi, Ankara
[11]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Latent tüberküloz(TB) enfeksiyonu tedavisi (=ilaçla koruyucu tedavi), yıllardır ulusal TB kontrol programımızın önemli bir bileşenidir. Çalışmamızda amacımız; Türkiye'de ilk defa, bütün verem savaş dispanserlerinde(VSD) 2016 yılında ilaçla koruyucu tedavi verilen kişilerin bireysel kayıtlarının toplanması, işlenmesi ve değerlendirilmesidir. Bu sayede mevcut durumu en doğru şekilde tespit ederek gelecekte daha da iyi yapılmasının yolları araştırılabilecekti.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Sağlık Bakanlığı TB Daire Başkanlığı tarafından araştırma onaylandı ve başlatıldı. VSD'lerdeki Koruma Defterleri kayıtları esas alındı. Çalışmamız için kayıtlara uygun Excel veritabanı hazırlandı ve VSD'lerde çalışan deneyimli hekim ve hemşirelerden oluşan gönüllü 9 kişilik ekip oluşturuldu, bilgilendirildi. 2016 yılında ilaçla koruyucu tedaviye alınan tüm kişilerin kayıtlarının olduğu sayfaların fotoğrafları/tarama kayıtları e-posta ile toplandı. Ekibimizin, yaklaşık 45 günde gelen kopyalardan yaptığı kayıtlar kontrol edilerek eksik/hatalı görülen bilgiler işaretlendi ve tüm VSD'lere listeler gönderilerek doğrulanması sağlandı. Tüm kayıtlar tekrar kontrol sonrası veritabanına kaydedildi, diğer veri kaynaklarıyla karşılaştırıldı ve değerlendirildi.

BULGULAR: Mükerrer kayıtlar elendikten sonra 2016 yılında Türkiye'de 27.546 kişiye koruyucu tedavi başlanmıştı. Koruyucu tedaviye alınma nedenleri; TB hastasıyla temas %54,7 (n=15.068), bağışıklık baskılanması %38,4 (n=10.587), tüberkülin deri testi(TDT) pozitifliği %6,6 (n=1.809) ve diğerleri %0,3 bulundu. Koruyucu tedavide kadın/erkek oranı birbirine eşitti. Tedavi sonuçlarında ise; %61,6 tamamlama, %31,1 terk hesaplandı. Diğer sonuçlar ise ölüm, nakil, TB hastalık tanısı ve diğerleriydi. Tedaviye uyum; TB hastasıyla temaslılara göre (%56,5), bağışıklık baskılanması (%67,4) ve TDT pozitifliğinde (%69,8) daha yüksekti. TB hasta temaslılarında daha fazla oranda tedavi sırasında TB hastalığı tanısıyla karşılaşılmış, bağışıklık baskılanması nedeniyle koruyucu ilaç kullananlarda daha fazla oranda ölüm görülmüştür. En az tedaviye uyum 15-29 yaş grubundakilerdeydi. Cinsiyet ve uyruğa göre tedaviye uyumda anlamlı fark bulunamadı. Koruyucu ilaç tedavisinde %99,1 İzoniyazid kullanılmaktaydı. Koruyucu ilaç tedavisine alınan 103 hayvan TB temaslısından 45'i tedaviyi terketmişti.

SONUÇ: Türkiye'de ilk kez bireysel kayıtların toplanmasıyla yapılan çalışmamızda; bağışıklık baskılanması nedeniyle koruyucu ilaç tedavisinin son yıllarda arttığı görülmüş ve ilaçla koruyucu tedaviye uyumla ilgili sorunların olduğu tespit edilmiştir. TNF-alfa kullanımının çoğalması, bu artışın nedeniydi. Tedaviye uyumun, özellikle gençlerde artırılması gerekmektedir. Latent TB enfeksiyonu tedavisinde ilgili olan diğer branş uzmanlarıyla işbirliği gereklidir.

TARTIŞMA: Ülkemizde latent TB tanı ve tedavisine yaklaşımın, bu veriler ışığında gözden geçirilerek varsa eksikliklerin saptanması ve düzeltilmesine çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kemoprofilaksi, LTBE, tüberküloz, VSD

Koruyucu ilaç tedavisine başlama nedenine göre sonuçlar

	TB hasta teması	Bağışıklık baskılanması	TDT pozitifliği
Korumayı tamamlama	%56,5	%67,4	%69,8
Korumayı terk	%38,1	%22,6	%23,3
Nakil	%1,7	%0,9	%1
TB hastalığı tanısı	%0,4 (n=54)	%0,2 (n=17)	%0,8 (n=15)
Ölüm	%0,04 (n=6)	%0,5 (n=55)	%0,2 (n=3)
*Diğer	%3,3	%8,4	%4,9

**Diğer seçeneğinde; yan etki nedeniyle tedavinin kesilmesi, endikasyon kalmaması, dış uzman doktorun kararı, hiç ilaç kullanmaması, yurtdışı nakil gibi durumlar bulunmaktadır.*

SS-073

KLİNİK ÖRNEKLERDEN İZOLE EDİLEN MYCOBACTERİUM TUBERCULOSİS KOMPLEKS SUŞLARININ ANTİ-TÜBERKÜLOZ İLAÇLARA DİRENÇ ORANLARI; 7 YILLIK DEĞERLENDİRME

Hüseyin Agah Terzi[1], Özlem Aydemir[1], Yusuf Aydemir[2]
[1]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Sakarya

AMAÇ: Tüberküloz(TB), sıklığı zamanla azalmasına rağmen dünya genelinde ve ülkemizde halen tehdit olarak kabul edilen, önemli bir enfeksiyon hastalığıdır. Türkiye'de Verem Savaşı 2017 raporuna göre 2015 yılı itibariyle ülkemizde 12.772 kayıtlı TB olgusu bulunmaktadır. Bunların 11.803'ü (%92.4) yeni olgudur.

Bu çalışmada bölgemizde tüberküloz şüpheli klinik örneklerde M. tuberculosis kompleks izolasyon oranları ve pozitif örneklerde anti-tüberküloz ilaçlara duyarlılıklarının araştırılması ve direnç paternlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Ocak 2012–Temmuz 2018 yılları arasında, hastanemiz Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı'nda tüberküloz şüphesi ile incelenen 12737 klinik örnek değerlendirmeye alınmıştır. Laboratuvara yollanan örnekler içinde balgam, 9522 (%75) örnekle birinci sırayı almıştır. Bunu 1311 (%10) örnekle bronkoalveolar lavaj takip etmiştir. Diğer örnekler (steril vücut sıvıları, aspirasyon sıvısı, biopsi materyali, açlık mide sıvısı v.b.) 1398 adet (%11) gönderilmiştir. Bunlar dışında 506 (%4) idrar örneği değerlendirmeye alınmıştır. Örnekler dekontaminasyon ve homojenizasyon işlemleri sonrası aside-dirençli boyama (ARB), Löwenstein Jensen (LJ) katı besiyeri kültürü yapılmıştır. Aynı zamanda sıvı besiyerine ekim ve antibiyogram MGIT 960 otomatize sistemi (Becton Dickinson, USA) ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: 2737 örnekten 524 (% 4.1) tanesi M. tuberculosis kompleks olarak tanımlanmıştır. En az bir anti-tüberküloz ilaca direnç oranı % 15.2, çoklu ilaca direnç ise % 3.8 olarak bulunmuştur. 2012-2018 yılları için birinci kuşak anti-tüberküloz ilaç direnci tekli düzeyde etambutol, izoniazid, streptomisin için sırasıyla tabloda gösterilmiştir. Tek başına Rifampisin direnci saptanmamıştır. Çoklu ilaca direnç ise tüm örneklerde 20 izolatta ve % 3.8 oranında bulunmuş olup çoklu direnç daha çok 2012 yılında saptanmıştır. Tüberküloz dışı mikobakteri izolasyonu oranı ise tüm örnekler arasında 46 adet olup % 0.3 oranındadır.

SONUÇ: Ülkemizde bölgelerdeki hasta bildirim sisteminin eksiklikleri nedeniyle tüberküloz prevelansının belirlenmesi oldukça zor olmakla birlikte Küresel Tuberküloz 2017 Raporunda Türkiye'nin 2016 yılı insidans hızı yüz binde 18 ve TB mortalite hızı yüz binde 0,62 olarak verilmiştir. TB hastalığının tanısının konmasının yanı sıra antitüberküloz ilaçlara direncin belirlenmesi, tüberküloz kontrol programı ve tedavi takibi açısından önemlidir. Tüberkülozda yanlış ilaç kullanımı ve buna bağlı ortaya çıkan çoklu dirençlerin önlenmesinde, direnç patternlerinin her bölge ya da hastane için kayıt altına alınarak düzenli aralıklarla izlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: anti-tüberküloz ilaçlar, BACTEC MGIT 960 sistemi, Mycobacterium tuberculosis kompleks, sürveyans

M. tuberculosis kompleks izolatlarının anti-tüberküloz ilaçlara dirençli suş sayı ve oranları

	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
Anti-tüberküloz profil	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
INH-STR-EMB duyarlı	47	66,2	49	90,7	57	81,4	50	78	100	80	58	74	51	88
INH direnci	4	5,6	2	3,7	7	10	2	3	8	6	5	6	3	5,2
STR direnci	5	7	2	3,7	3	4,3	1	1,5	13	10	8	10	3	5,2
EMB direnci	2	2,8	-	-	2	2,8	3	5	-	-	1	1	-	-
INH-EMB direnci	1	1,4	-	-	-	-	5	8	-	-	-	-	-	-
Çoklu ilaç direnci														
INH-RIF	7	9,9	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
INH-RIF-EMB	3	4,2	-	-	-	-	1	1,5	-	-	1	1	-	-
INH-RIF-EMB-STR	2	2,8	-	-	1	1,4	-	-	1	0,8	1	1	-	-
INH-RIF-STR	-	-	-	-	-	-	1	1,5	-	-	-	-	1	2
Total	71	100	54	100	70	100	64	100	125	100	82	100	58	100

SS-074

TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİ GÖREN HASTALARDA DAMGALANMA, DEPRESYON VE SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

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

GİRİŞ: Tüberküloz (TB), daha çok düşük ve orta gelirli ülkeleri etkileyen global bir halk sağlığı sorunudur. Bu hastalar arasında depresyon, anksiyete, yalnızlık duyguları, damgalanmışlık hissi ve sosyal izolasyon gibi çeşitli psikososyal durumlar bildirilmiştir. Etkili TB kontrolünde biyolojik, ekonomik ve kültürel engellerin yanı sıra damgalanma da hastaneye başvuruda gecikmeye neden olmakta ve TB hastalarının tedaviye uyumunu zorlaştıran başlıca sosyal faktörlerden birini oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı TB tedavisi gören hastalarda anksiyete, depresyon sosyal destek algısı ve damgalanma arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmamız kesitsel bir çalışma olup TB tanısıyla Yedikule Göğüs Hastalıkları hastanesinde ayaktan tedavi gören 204 gönüllü araştırmaya katılmıştır. Katılımcılara demografik ve hastalıklarıyla ilgili bilgilerin yer aldığı araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeği, TB Stigma Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler için frekans dağılımları (sayı, yüzde) sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum vb.) kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların %33,8'i kadın iken %66,2'si erkekti. Veriler değerlendirildiğinde HAD anksiyete puanı ile stigma puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde, HAD depresyon puanı ile stigma puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde, stigma puanı ile algılanan sosyal destek ölçeği puanı arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Algılanan sosyal destek puanıyla HAD depresyon puanı arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki mevcutken HAD anksiyete puanı ve algılanan sosyal destek puanı arasında yine negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki mevcuttu. Ayrıca ailesinde TB öyküsü olan hastaların depresyon puanı ailesinde TB olmayanlara göre daha düşüktü.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Bu çalışmada hastalardaki damgalanma hissinin depresyon ve anksiyete ile yüksek oranda ilişkili olduğunu bulduk. Ayrıca damgalanma hissi arttıkça sosyal destek algısı azalıyordu. Bu çalışmanın sonuçlarına göre TB kliniklerinde depresyon ve anksiyete için düzenli taramanın yapılması, depresyon ve anksiyetenin tedavi edilmesi, hastaların damgalanma algılarını azaltmaya, sosyal destek algısını ve genel hasta yönetimini iyileştirmeye yardımcı olabilir. Bununla birlikte, bu psikiyatrik hastalıkların daha iyi yönetimi, tedaviye uyum ve hastaların yaşam kalitesini arttırabilir.

Anahtar Kelimeler: anksiyete,damgalanma, depresyon, sosyal destek, stigma, tüberküloz

SS-075

GERİATRİK HASTALAR TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNİ NE KADAR TOLERE EDEBİLİYOR?

Seda Tural Önür[1], Sinem İliaz[2], Figen Alkan[1], Mediha Gönenç Ortaköylü[1]
[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Tüberküloz(Tbc) tedavisi uzun soluklu yolculuğu ile hasta uyumunu ve tedavi sonuçlarını etkilemektedir. Gelişmişlik düzeyi ve sağlık bakımı arttıkça ortalama yaşam süreleri artmakta ve yaşlı popülasyon artması ile sağlık hizmeti farklı yönlere eğilmek durumunda kalmaktadır. Tüm zorluklara rağmen tbc ile savaşta dünya büyük yol kat ederken 'Kırılgan popülasyon arttıkça acaba bu denge olumsuz yönde etkilenecek mi?' Araştırma sorusuna duyduğumuz heyecan ile çalışmamızı planlamış bulunmaktayız.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Hastanemiz tüberküloz ve MDR tüberküloz kliniğinde Ocak 2014-Aralık 2016 tarihleri arasında yatırılan ≥65 yaş olgular çalışmamıza dahil edildi. Mikrobiyolojik olarak tanısı konmuş olan olgular retrospektif olarak dosyaları incelenip demografik ve laboratuar sonuçları incelendi; tedavi ve takip sonuçları bağlı bulundukları VSD ile kontrol edilerek kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmamıza kliniğimizce takip edilen 77 hastasının 64 (%83,1)'i tüberküloz, 13 (%16,9)'u dirençli tüberküloz olgusu olarak dahil edilmiştir. Çalışma popülasyonumuzun %75,3'i (n:58) erkek iken %24,7'si (n:19) bayan olarak bulundu. Hastalarımızın ortalama yaşı 75 ± 7yıl (aralık 65-94) idi. Olgularımızın %97,4'ü (n:75) akciğer tbc iken %2,6'sı (n:2) akciğer dışı tbc idi. Olgularımızın %81,1'inde (n:63) ilaç yan etkisi gözlenmiştir. İşitme kaybı %3,9 (n:3), GİS yakınmaları %40,3 (n:31), psikoz %6,5 (n:5), depresyon %2,6 (n:2), artralji %2,6 (n:2), Hepatotoksisite %54.5 (n:42), cilt döküntüsü %13 (n:10), konvülsiyon %2,6 (n:2), vertigo %6,5 (n:5), nöropati %9,1 (n:7), elektrolit imbalansı %19,5 (n:15), yeni gelişen görme bozukluğu %6,5 (n:5), hipotiroidi gelişen %3,9 (n:3), nefrotoksisite %19,5 (n:15). Hastaların MDR ve hassas tbc göre ilaç yan etki karşılaştırıldığında MDR tedavisi alan grupta elektrolit bozukluğu %46,2 (n:6) hassas tbc'de %14,1 (n:9) (p=0,008), nefrotoksisite %46,2 (n:6) iken hassas tbc'de %14,1 (n:9) (p=0,008) ve görme bozukluğu %23,1 (n:3) diğer grupta %3,1 (n:2) (p=0,032) olarak istatiski anlamlı farklılık saptanmıstır. Bunun dışındaki yan etkilerde gruplar arası farklılık saptanmamıştır.

SONUÇ: MDR tbc olan geriatrik hastalarımızın takip sonuçlarına göre tüberküloz hastalığı tedavisine bağlı bazı yan etkiler daha fazla bulunmuştur.

TARTIŞMA: Tüberküloz hastasının yönetimi ve takibi global bir sorun oluşturmaktadır. Özellikle geriatrik MDR hastalarının tedaviye baglı elektrolit bozukluğu, nefrotoksisite ve görme bozukluğu yan etkilerine yatkınlıkları konusunda farkındalık oluşturarak hastaların yönetiminde zarar oluşmadan önlem alınabileceğini düşünmekteyiz. Hasta grubularının yönetimi için randomize, kontrollü, prospektif çalışmalar ile hassas subgrupların belirlenerek tedavi başarısını arttıracak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, MDR, Yan etki

SS-076

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE ELEKTRONİK SİGARA KULLANIMI VE FARKINDALIĞI İLE İLGİLİ ANKET ÇALIŞMASI

Nalan Ogan, Ayşe Baha, Onur Coşkun, Eylem Evrim Akpınar
Ufuk Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Nikotin, bağımlılık yapan alkaloid bir ajandır. Elektronik sigara (e-sigara), içeriğinde nikotin ve çeşitli maddeler içeren ve buhar oluşturan bir üründür. Diğer ülkelerde olduğu gibi, Türkiye'de de kullanımı yaygınlaşmaktadır. Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinde e-sigara içiminin sıklığı, bu konuya bakış açıları ve farkındalıklarının saptanması amaçlanmıştır.

METHOD: Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine yönelik olarak sigara içme davranışları yanında, elektronik sigara kullanım sıklığı ve bilgi düzeylerini belirlemek amaçlı 36 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır.

BULGULAR: Öğrencilerde sigara kullanma oranı %22,8 idi. Öğrencilerin %11,5'i e-sigarayı deneyimlemişti ve bu oran erkeklerde kızlardan anlamlı derecede yüksekti (%63,9 vs %36,1) (p=0.004). Halen sigara içen 71 öğrenci %43.7'si (n=31) beraberinde e- sigara da kullanıyordu. E- sigara kullananların %75'i tütün yoksunluğunun değişmediğini ifade ederken, %52.8'i e-sigaradan dolayı yan etki yaşamadıklarını belirtti. Hiç sigara içmeyen ve halen sigara içen öğrenciler e- sigara ile ilgili bilgileri çoğunlukla arkadaş çevresinden elde ettiklerini belirttiler (sırasıyla %35.8 ve %47.9). Sigara içen ve içmeyen grup e-sigaranın sigaradan daha az zararlı olduğunu düşünüyordu. Halen sigara içen grup, içmeyenlere göre e-sigara içeriği ile ilgili daha fazla bilgi sahibiydi (%25,9 ve %46,5) (p=0.004). E-sigaranın Sağlık Bakanlığı tarafından yasaklandığını her iki grup da bilmiyordu (p=0.377).

SONUÇ: Tıp fakültesi öğrencilerinde e-sigara içme oranı azımsanmayacak derecededir. Bu çalışma bu grupta e-sigaranın potansiyel etkileri konusunda henüz yeterli bilgi düzeyine ulaşılamadığını göstermiştir. Tütün kullanımı ile mücadelenin yanında e- sigara hakkında da bilgilendirici ve motive edici çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: elektronik sigara, farkındalık, tıp öğrencisi

Tablo1.

		E-sigara deneyim durumu		p
		Hayır (n=66)	Evet (n=36)	
Cinsiyet (E/K)		21/45 (%31,8/68,2)	23/13 (%63,9/36,1)	0,004
Sınıf	1	17 (%25,8)	14 (%38,9)	
	2	12 (%18,2)	7 (%19,4)	
	3	12 (%18,2)	5 (%13,9)	
	4	7 (%10,6)	1 (%2,8)	
	5	12 (%18,2)	2 (%5,6)	
	6	6 (%9,1)	7 (%19,4)	0,122
Yaşam yeri	Aile	32 (%48,5)	16 (%44,4)	
	Yurt	16 (%24,2)	5 (%13,9)	
	Evde tek	13 (%19,7)	8 (%22,2)	
	Evde arkadaşları ile	5 (%7,6)	7 (%19,4)	
Yaş		21,5±2,3	21,1±2,2	0,350
Harçlık		1000 (200-3500)	1200 (500-2900)	0,145
Fagerström testi	Çok hafif	22 (%55)	12 (%30)	
	Hafif	12 (%30	7 (%22,6)	
	Orta	2 (%5)	2 (%6,5)	
	Ağır	4 (%10)	4 (%12,9)	
	Çok ağır	__	2 (%6,5)	0,418

Elektronik sigara deneyim durumu

Tablo2.

		Sigara ime durumu			p
		Hiç içmedim	Eskiden içtim bıraktım	Halen kullanıyorum	
E-sigara ile ilgili bilginiz?	arkadaş çevresi	76 (%35,8)	11 (%37,9)	34 (%47,9)	
	aile	8 (%3,8)	1 (%3,4)	7 (%9,9)	
	internet	36 (%17)	6 (%20,7)	5 (%7)	
	Dersler ve/veya ders kitapları	2 (%0,9)	__	__	
	Fikrim yok	80 (%37,7)	8 (%27,6)	19 (%26,8)	
	arkadaş,aile ders	2 (%0,9)	1 (%3,4)	1 (%1,4)	
	arkadaş, internet	5 (%2,4)	2 (%6,9)	5 (%7)	
	arkadaş, aile	3 (%1,4)	__	__	0,105
E-sigara hakkında kişisel düşünceniz?	Zararsız	5 (%2,4)	1 (%3,4)	4 (%5,6)	
	Sigaradan daha az zararlı	98 (%46,2)	15 (%51,7)	38 (%53,5)	
	Faydalı	2 (%0,9)	__	2 (%2,8)	
	Fikrim yok	89 (%42)	10 (%34,5)	24 (%33,8)	
	Zararlı	18 (%8,5)	3 (%10,3)	3 (%4,2)	0,534
E-sigara içinde kanserojen maddeler var mı?	Evet	55 (%25,9)	11 (%37,9)	33 (%46,5)	0,004
Çevrenizde e-sigara kullanan var mı?	Hayır	108 (%50,9)	16 (%55,2)	19 (%26,8)	
	Arkadaş	84 (%39,6)	12 (%41,4)	45 (%63,4)	
	Aile bireyi	12 (%5,7)	__	5 (%7)	
	Arkadaş, aile	8 (%3,8)	1 (%3,4)	2 (%2,8)	0,006
e-sigara T.C Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı mı?	Hayır	69 (%32,5)	7 (%24,1)	26 (%36,6)	
	Evet	28 (%13,2)	4 (%13,8)	14 (%19,7)	
	Fikrim yok	115 (%54,2)	18 (%62,1)	31 (%43,7)	0,377
Kapalı ortamlarda e-sigara kullanılmalı mı?	Hayır	182 (%86,3)	22 (%75,9)	45 (%63,4)	
	Evet	10 (%4,7)	3 (%10,3)	20 (%28,2)	
	Fikrim yok	19 (%9)	4 (%13,8)	6 (%8,5)	<0,001

Sigara kullanan, içmiş bırakmış ve halen içenler gruplar arasında e- sigara farkındalık soruları

SS-077

KOAH HASTALARININ SİGARA KULLANIMI İLE KOAH İLİŞKİSİ KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE SİGARA BIRAKMA İLE İLGİLİ TUTUMLARI

Burcu Cirit[1], Özlem Erçen Diken[2], Elif Babaoğlu[3], Sema Canbakan[1], Ayperi Öztürk[1], Saliha Yılmaz[1], Nurhan Sarıoğlu[4], Canan Doğan[5], Özlem Şengören Dikiş[6], Seyhan Dülger[6], Ebru Şengül Şeref Parlak[7], Pınar Mutlu[8], Arzu Mirici[8], Nalan Ogan[9], Burcu Yormaz[10], Aysen Evkan[11], Berna Kömürcüoğlu[11], Aylin Çapraz[12], Atilla Halil Elhan[13], Nazmi Bilir[14]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[4]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[5]Isparta Şehir Hastanesi
[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[7]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[8]Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[9]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[10]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[11]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Kliniği
[12]Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi
[13]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı
[14]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

GİRİŞ: KOAH, toplumda sık görülen ve hastaların yaşam kalitesi ve yaşam süresi açısından olumsuz etkileri olan bir hastalıktır. KOAH oluşundaki çevresel risk faktörlerinden olan sigaranın önemi büyüktür. Farklı gruplardan KOAH hastalarının, sigaranın KOAH ile ilişkisinin bilincinde olması ile sigara bırakma eğiliminde artma görülebilir. Çalışmanın amacı KOAH ile ilgili risk faktörleri hakkında bilgi verilmesi ve hastalarda bilinç düzeyinin artırılmasıdır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya 12 merkezden 517 hasta alındı. Hazırlanan 23 soruluk ankete verilen cevaplar ile hastanın SFT'ye dayalı verilerine göre, KOAH grupları belirlendi. Ankete verilen cevaplar ile hastanın demografik verileri, hastaların KOAH süreleri, KOAH grubu, sigara içme durumları, KOAH-Sigara ilişkisi bilinç durumları, tedavileri ile sigara içiminin etkileşimi konusunda bilgi durumu, varsa sigara bırakma geçmişleri ve destek tedavi alıp almadıkları, ne tip tedaviler aldıkları, bırakmışlarsa ne kadar süredir sigara içmedikleri kaydedildi.

BULGULAR: 517 KOAH hastasının ankete verdiği cevaplara göre, KOAH ile sigara ilişkisinin farkında olanların sayısı 305(%59). Bu ilişkinin farkında olanların 207'si(%67,9) eskiden sigara içip bırakanlar ve 10 kişi(%3,3) hiç sigara içmemiş. Fakında olan 207 kişiden 81'i (%26,6) halen düzenli olarak sigara içiyor. C,D grubu KOAH'lıların bilinç düzeyleri A,B gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek ($p<0.01$) ve daha yüksek oranda sigara bırakmışlar. KOAH tedavisinde ilaç kullanan 399 kişiden 249'u(%62,4) sigaranın KOAH tedavisinin yararını olumsuz etkilediğinin bilincinde. D gurubu KOAH'lılarda anlamlı olarak bu bilinç yüksek bulunumuş($p<0.1$). USOT kullanan 115 KOAH'lının sigara KOAH ilişkisi bilinci, USOT kullanmayanlara göre daha yüksek($p<0.001$) ve tehlikeli sonuçlar doğurabileceğinin farkındalar(%69,9). KOAH sigara ilişkisinin farkında olanlar, daha yüksek oranda sigara bırakmayı düşünüyor($p<0.01$). KOAH tanısı almadan önce sigarayı bırakmayı düşünen 124 kişiden 117'si sigara bırakmayı denemiş. Tanı almadan önce sigara bırakmayı düşünmeyen 76 kişinin 54'ü sigara bırakmayı denemiş. Sigara bırakmayı deneyenler, KOAH tanısı almadan önce de sigara bırakma düşüncesi olanlar($p<0.001$). Sigara bırakmayı deneyenlerin %92.8'i hiç yardım almamış, %5'i ise farmakolojik tedavi kullanmış.

SONUÇ VE TARTIŞMA:KOAH grupları arasında sık alevlenme yaşayanlarda ve semptomatik olanlarda, eğitim düzeyi yüksek olanlarda sigaranın KOAH için risk faktörü olduğu bilinci yüksek. Bu kişiler sıklıkla 16 yaşında sigaraya başlamışlar 45 paket/yıl sigara içmişler. KOAH ile sigara kullanımı arasındaki bilincin artırılması, sigara bırakma desteğinin yaygınlaşması ile KOAH'ın sağlık, yaşam kalitesi ve ekonomi üzerindeki olumsuz etkisi azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Bilinç, KOAH, Sigara, Sigara bırakma

SS-078

ELEKTRONİK SİGARA ZARAR ALGISI

Ayşe Turan
Seyhan Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Yetişkin sigara içicilerinde elektronik sigara (e-sigara) mevcut kullanım prevelansını ve kullanım bilincini belirlemek amacı ile yürütülmüş çalışmadır. Elektronik sigaralar (e-sigara) propilen glikol, gliserol ve nikotin içeren aromalı bir sıvının ısıtılarak buharlaştırılması aracılığıyla kullanım sağlayan portatif cihazlardır. Tütün sigarası içimine göre daha sağlıklı alternatif olarak pazarlanmaktadır.

YÖNTEM: Bu kesitsel araştırma Nisan - Temmuz 2018 tarihleri arasında, bir devlet hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuru yapan 18 yaş üstü hastaları kapsamaktadır. Polikliniğe başvuru yapan 376 hastanın verileri anket yöntemi ile elde edilmiş ve veri analizleri SPSS' te değerlendirilmiştir.

BULGULAR: 376 katılımcının 298' i (%79.25) çalışmaya dahil edilmiştir. Bunların 219'u (%73.5) erkek ve genel yaş ortalaması 38.11±14.62'dir. Katılımcıların sigara paket-yıl ortalamaları 23.06±18.88 iken günlük içilen sigara ortalamaları 21.69±8.15'dur. 298 kişinin 198'i (%66.4) evli, 106'sı (%35.6) ortaokul, 76'sı (% 25.5) lise, 50'si (%16.8) ilkokul mezunu, 79'u (%26.5) işçi, 55' i (%18.5) öğrenci ve memur, 48'inin (%16.1) ise ev hanımı olduğu bilinmektedir. Katılımcıların 233'ü (% 78.2) e-sigarayı duydugunu/bildiğini ifade ederken bunun 111'i (%47.6) arkadaşlarından, 61'i (%26.2) sosyal medyadan duyduğunu belirtmiş olup, 8'i (% 3.4) ise sağlık çalışanı/hekimden e-sigara hakkında bilgi sahibi olmuştur. Katılımcıların 71'i (%30.5) en az bir hafta e-sigara denediğini/kullandığını bunların 15'i (%21.12) en az bir ay kullanımlarının olduğunu bildirmişlerdir. Kullanma nedenleri arasında birinci sırada kullandıkları sigarayı azaltmak / bırakmak, ikinci sırada kötü kokusunun olmaması, üçüncü sırada ise merak duygusundan ötürü kullanımları olmuştur. E-sigara bilincini ortaya koymak için katılımcılara yöneltilen sorulara verdikleri cevaplardan %45.9'u e-sigaraların sigaraya göre daha az zararlı olduğu, %10.3'ü hiç zararlı olmadığı, %52.8'i e-sigaranın koroner arter hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı,astım ve akciğer kanseri gibi hastalıklarla ilişkili olabileceği, e-sigaranın bağımlılık yapma durumu hakkında %61.4'ünün bilgi sahibi olmadığı, %73.8'i ise gebelik döneminde kullanımın güvenli olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Eğitim düzeyi yükseldikçe e-sigara kullanımının arttığı tespit edilmiştir (p=0.002). Cinsiyet ve meslek gruplarıyla e-sigara kullanımı arasında fark göülmemiştir (p>0.05). 35 yaş altı sigara içicilerinde e-sigara kullanımının fazla olduğu görülmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

SONUÇ: Katılımcıların %30.5'inin e-sigarayı çeşitli nedenlerle kullanmaları endişe vericidir. E-sigara kullananların yalnızca 8'i (% 3.4) sağlık çalışanı/hekimden e-sigara hakkında bilgi aldığını ifede etmiştir. Katılımcıların tümüne sigara/e-sigara ile ilgili bilgilendirme yapılarak motivasyonel destek sağlanmış ve kanıta dayalı uygun farmakolojik tedaviler başlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: elektronik sigara,farkındalık,sigara

SS-079

SİGARAYA PSİKOLOJİK BAĞIMLILIĞIN SİGARA İÇME ARZUSU VE NİKOTİN YOKSUNLUK SEMPTOMLARINA ETKİSİ

Habibe Hezer, Ayşe Çağlar
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

AMAÇ: Sigara içme arzusu, en önemli nikotin yoksunluk belirtilerinden birisidir ve nikotinin fiziksel, psikolojik etkileri ile ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmanın amacı nikotine psikolojik bağımlılığın sigara içme arzusu ve nikotin yoksunluk semptomları üzerine etkisini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran sigarayı bırakmak isteyen gönüllü hastalara sosyodemografik veri formu, Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi Testi (SPBDT), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) yönlendirilmiştir. Olguların ekspiryum havasında karbonmonoksit ölçümü yapılmış ve sigara bırakma girişimleri esnasında yaşadıkları nikotin yoksunluk semptomları sorgulanmıştır. Başvuru günü üç saatlik nikotin yoksunluğu sonrası Sigara İçme Arzusu Ölçeği (SİAÖ) uygulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 130 nikotin bağımlısı gönüllü olgu alındı. Olguların 48'i kadın (%36,9), 82 'si erkekti (%63,1). Tüm olguların yaş ortalaması 38,8±11,3 olup sigara başlangıç yaşı median 16,1 (5-29) bulundu. CO düzeyi 10,7± 5,7 saptandı. En sık karşılaşılan iki nikotin yoksunluk semptomu %62,6 ile aşırı sigara içme isteği ve %59,6 ile sinirlilik idi. Sigaraya başlangıç yaşı ile SPBDT arasında istatiksel anlamlılık bulunmadı (r=-0,135, p=0.154). Günlük içilen sigara sayısının ise sigaraya psikolojik bağımlılık düzeyine etki ettiği gözlemlendi (r= 0,234, p= 0,013). Sigaraya psikolojik bağımlılık düzeyi ile SİAÖ arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon saptandı (r= 0,548, p=0,01).

SONUÇ: Sigara içme arzusu nedeniyle zararları bilinmesine rağmen; sigarayı bırakabilmek oldukça zor bir süreçtir. SPBDT ve SİAÖ ile yüksek sigara içme arzulu hastalar erken aşamada belirlenip, bu olgulara yönelik ek farmakolojik ve davranışsal tedavi yöntemleri seçilerek tedavi başarısı artırılabilir. Bu nedenle SPBDT ve SİAÖ'nün sigara bırakma polikliniklerinde kullanılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Nikotin bağımlılığı, nikotin yoksunluğu, sigara bırakma, sigara içme arzusu

SS-080

TÜTÜN BAĞIMLILARINDA HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ VE SİGARAYI BIRAKAMAMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mükremin Er
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Tütün, içerdiği Nikotin alkaloidi nedeniyle bağımlılık yapan bir alışkanlıktır. Tütünün en sık kullanılan formu olan sigara bağımlılığından vazgeçmek bazıları için daha kolay olsa da bazıları için daha zor olabilmektedir. Psikiyatrik hastalığı olanlar arasında sigara içme oranının yüksekliği ve bırakma oranlarının düşük olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada; sigarayı bırakmak için başvuran hastalarda, anksiyete ve depresyon gibi kişilerin duygu durumunu etkileyen faktörlerin sigarayı bırakma başarısızlığındaki rolünü değerlendirmeyi planladık.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Sigara bırakma polikliniğine başvuran ve daha önce herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 508 olgu çalışmaya alındı. Olguların tedavilerinin 1. yıl sonundaki bırakma başarıları, retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların demografik özellikleri, sigara içme davranış ve tutumları, Fagerstrom bağımlılık dereceleri, eşlik eden medikal ya da psikiyatrik hastalıkları, kullandıkları ilaçlar kaydedildi. Sigarayı bırakan ve bırakamayan olgular, hastane anksiyete depresyon ölçeğinin içerdiği 14 soruya verdikleri yanıtlar açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Sigarayı bırakan olguların yaş ortalamaları hafif derecede daha yüksekti ($p<0.05$). Cinsiyet, eğitim durumu gibi diğer demografik verileri benzerdi. Tüm grupta sigarayı bırakma oranı %38,4 bulundu. Bırakamayan grupta günde içilen sigara sayısı ve Fageström bağımlılık puanları daha fazlaydı ($p<0,05$). Sigarayı bırakamayan olguların, hastane depresyon ölçeği sorularına verdikleri yanıtlardan hesaplanan puanları, sigarayı bırakan hastalardan anlamlı olarak farklıydı ($p<0,001$). Ayrıca evlilerin bırakma başarısı bekar veya eşinden ayrı yaşayan hasta grubuna göre daha yüksekti.

SONUÇ: Sigara alışkanlığının bırakılması oldukça zor ve uzun zaman alan bir süreçtir. Bu süreçte, tüm sigara bağımlısı kişilere etkinliği kanıtlanmış bireye uygun farmakolojik tedavi yanında, bireyi psikolojik yönden de destekleyici davranışsal eğitim verilmeli hatta mümkünse bir psikolog veya psikiyatristin yardımı alınmalıdır. Bu çalışmada da görüldüğü gibi bireylerin psikolojik durumlarının da göz önüne alınarak tedavi planı çizilmesi, bırakma başarısını artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Hastane anksiyete depresyon ölçeği, sigara bırakma başarısı, tütün bağımlılığı

SS-081

TAKSİ DURAKLARINDA SİGARA İÇİMİN GÖZLENMESİ VE SİGARASIZ TAKSİ DURAKLARININ BELİRLENMESİ

Özlem Erçen Diken[1], Elif Babaoğlu[2], Burcu Cirit[3], Özlem Sönmez[3], Sema Canbakan[4], Tijen Şengezer[5], Şule Akçay[6], Nazmi Bilir[7]
[1]Hitit Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çorum
[2]Hacettepe Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara
[4]Kafkas Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kars
[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimi, Ankara
[6]Başkent Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[7]Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Emekli, Ankara

GİRİŞ: Çalışmanın amacı Çorum il merkezindeki taksilerin "sigarasız" (smoke-free) olmasının sağlanmasıdır. Bu çalışma ile Çorum ilinde taksi hizmeti veren araçların şoförlerinin sigara kullanım davranışları öğrenilecek ve gerekli eğitim ve tıbbi destek hizmeti suretiyle taksilerde sigara içilmesinin önlenmesi sağlanmaya çalışılacaktır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışma TÜSAD Tütün Kontrolü ÇG tarafından planlanmıştır. Çorum Bağımlılıkla Mücadele İl Koordinasyon Kurulu Tütün Teknik Çalışma Grubu ve TÜSAD MYK onayı alınarak en fazla taksi sayısına sahip 10 durakta çalışma gerçekleşecektir. Toplam 39 taksi durağı ve 208 taksi olan Çorum ili merkezi için taksi durakları günün aynı saatinde ziyaret edilerek çalışmaya katılmayı kabul edilen taksi şoförleri çalışmaya alınacaktır. Ön analiz sonrası daha fazla taksi durağına ulaşılarak bildirinin sunulması planlanmıştır.

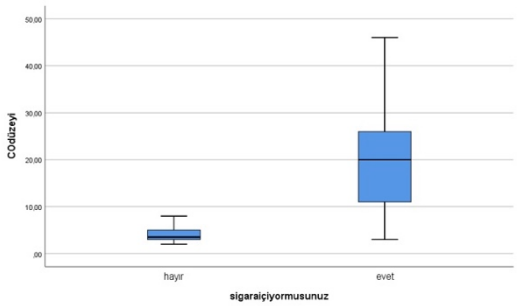
Bulgular: Çalışmanın "ön bulguları" olarak 10 taksi durağında 32 taksi şoförü ile görüşülmüştür. Çalışmaya katılan taksi şoförlerinin yaş ortalaması 50,81±12,26, taksicilik süreleri ortalaması 14,62±14,84 yıldır. 16 kişi (%50) ilkokul mezunudur. Taksi şoförlerinin 28'i (%87.5) taksilerde sigara içilmesini doğru bulmazken, 4'ü (%12.5) taksilerde şoförün sigara içmesini doğru buluyor. Takside şoförün sigara içmesini doğru bulan 4 kişi de aktif sigara içicisiydi (%100). 18 taksi şoförü (%56.3) aktif sigara içicisiydi. CO düzeyi sigara içenlerde ortalama 20,17±10,48, sigara içmeyenlerde ortalama 3,9±1,49 olarak saptandı (p<0.001) (Grafik 1). Taksi şoförlerinin 13'ü (%40.6) taksilerde sigara içilmesine izin verdiğini belirtti. Sigaranın zararları ile ilgili bilgi düzeyleri ve tütün kontrolü ile ilgili yasakları desteklemeleri ile ilgili görüşleri tablo 1'de gösterilmiştir. 18 aktif sigara içiciye sorulduğunda 8'i (%44.4) 6 ay içinde sigara bırakmayı düşünüyordu. 6'sı (%33.3) sigara bırakmak için yardım istiyordu. Bu kişiler sigara bırakma merkezlerine yönlendirildi. Anket sırasında 7 kişinin (%21.9) taksi dışında durakta sigara içtiği gözlendi.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Taksicilerden sigara içenlerin, sigara kullanımının zararları ile ilgili bilgi düzeyleri sigara içmeyenlere göre düşük, yasaklar konusundaki destekleri daha azdı. Ankara'da çalışan taksilerde 2012 yılında yapılan bir çalışmada taksi şoförlerinin %63.9'u sigara içtiğini, sigara içen şoförlerin %61'i de taksi içinde sigara içtiğini ifade etmiştir (1). Hem sağlık gerekçesi hem de ilgili Kanun uyarınca taksilerin sigara içilmeyen ortamlar olması gerekmektedir. Bu amaçla şoförlere yönelik eğitici çalışmalar ve tıbbi desteğin yanı sıra denetim ekiplerinin de yasada belirtilen şekilde denetim yapması önemlidir.

Referans:
1. Bilir N ve ark. Turk Toraks Derg 2012;13:141-5

Anahtar Kelimeler: Sigarasız taksi, smoke-free, smoke-free taksi

Grafik 1



Grafik 1: Sigara içici ve sigara içmeyenlerin CO düzeylerinin karşılaştırılması (p<0.001)

Tablo 1: Sigaranın zararları ilgili bilgi düzeyi ve yasaklara karşı düşünceleri

	Sigara içen			Sigara içmeyen		
	Katılıyorum, destekliyorum	Bilmiyorum, emin değilim	Katılmıyorum, desteklemiyorum	Katılıyorum, destekliyorum	Bilmiyorum, emin değilim	Katılmıyorum, desteklemiyorum
Sigara içenlerde gırtlak kanseri riski yüksektir	17	0	1	14	0	0
Sigara içenlerde akciğer kanseri riski yüksektir	18	0	0	14	0	0
Sigara içenlerde kısırlık riski yüksektir	12	4	2	9	5	0
Sigara içenlerde şeker hastalığı riski yüksektir	5	9	4	4	9	1
Sigara içenlerde bronşit riski yüksektir	14	4	0	12	2	0
Sigara içenlerde kalp hastalığı riski yüksektir	16	2	0	13	1	0
Sigara içenlerle aynı evde yaşayan kişilerde de akciğer kanseri riski yüksektir	17	1	0	14	0	0
Sigara içenlerde romatizma riski yüksektir	5	10	3	3	9	2
Restoranlarda sigara içilmesinin yasak olması	15	0	3	14	0	0
Çocuklara sigara satışının yasak olması	18	0	0	14	0	0
Evlerde sigara içilmesinin yasak olması	15	0	3	14	0	0
Otobüslerde sigara içilmesinin yasak olması	17	0	1	14	0	0
Okullarda sigara içilmesinin yasak olması	18	0	0	14	0	0
Taksilerde sigara içilmesinin yasak olması	16	0	2	13	0	1

SS-082

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNİN ÜÇ YILLIK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Fisun Sözen[1], Mustafa Karabekir[1], Erman Demir[2], Şule Akçay[3]
[1]Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı,Ankara
[2]Başkent Üniversitesi Teknoloji Transfer Ofisi
[3]Başkent Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Dünya Sağlık Örgütü sigara içmeyi tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul etmektedir. Toplumsal bilinçlenme, kapalı ortamlarda sigara kullanım yasağı, ortaya çıkan hastalıklar ve ekonomik nedenlerden ötürü sigara kullanan kişilerin sigarayı bırakmak için sigara bırakma polikliniklerine başvuru sayısı günden güne artmaktadır. Bu polikliniklerde kişilerin sigara bırakma istekleri çeşitli medikal ve davranışsal tedaviler ile desteklenmektedir. Çalışmamız bir Üniversite Hastanesi sigara bırakma polikliniğine Mart 2015 ile Temmuz 2018 tarihleri arasında başvuran hastaların sosyo-demografik bilgileri,bağımlılık skorları ve sigara bırakma durumlarını değerlendirmeyi amaçlamıştır.

GEREÇLER: Tanımlayıcı nitelikte yapılan bu çalışmada hasta sayısı toplamı 297 idi. Ortalama yaş 42,59idi. Erkek hastalar %60,40 ile çoğunluktaydı(n:180).%59,26 sı üniversite mezunu iken %64,31 i evli idi. Başvuranların %46,80(n:139)alkol kullandıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların % 66,90(n:190)ı Vareniklin,%30,63(n:87) ü Bupropion,%2,46 (n:7) sı nikotin bandı kullanmıştı. Yapılan telefon görüşmeleri sonucunda %62,63(n:186)ü sigarayı bıraktığını,%35,35(n:105)i bırakmadığını belirtmiştir. %5,05(n:15)i hiç tedaviye başlamadığını,%29,63(n:88)tedavi sırasında tekrar sigaraya başladığını,%2,36(n:7)sı ise tedavi bittikten sonra sigaraya başladıklarını ifade etmişlerdir. Fagerström Bağımlılık Skor ortalaması 6,69 iken nefes CO ölçümlerinin ortalama değeri 9,76 ppm idi. Polikliniğe başvuran hastaların ortalama sigara içme süresi 23,38 yıl iken, içilen sigara ortalamasının 1,14 paket/yıl olduğu görüldü. Vareniklin kullanan 190 hastanın 119 u bırakmış iken bupropion kullanan 87 hastanın 64 ü,nikotin bandı kullanan 7 hastanın da 3 ü sigarayı bırakmış olduklarını ifade ettiler.

SONUÇ: Sigara bırakma tedavisi bireyler için olduğu kadar toplumu da tütün ile oluşan hastalıklardan korumada son derece önemlidir. Tütün bağımlılığının psikolojik, fiziksel ve davranışsal yönlerini ele alarak bırakma tedavilerini uygulayan sigara bırakma polikliniklerinin başarı oranları kendi başına bırakma yöntemlerinden birini ya da birkaçını uygulamış ancak başarısız olmuş hastalarla karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Uygun bırakma tedavilerinin uygun zamanda verildiği bu poliklinikler önemli bir başvuru noktası olmaya devam edecektir

Anahtar Kelimeler: Tütün Bağımlılığı, Sigara Bırakma Polikliniği,

SS-083

GOLD 2017 DEĞERLENDİRME RAPORUNA GÖRE KOAH'DA GRUPLARIN DAĞILIMI NASIL DEĞİŞTİ?

Esra Yazar, Burcu Yiğitbaş, Elif Yelda Niksarlıoğlu, Tuğba Mandal
Sağlık Bilimleri üniversitesi, Yedikule Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: GOLD 2017 Raporu'nda, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)'ın gruplandırılmasında (A-D), spirometri değerlendirilme dışı bırakılmıştır. Sık alevlenme öyküsü olmayıp sadece FEV1 <%50 olması nedeniyle, yüksek riskli gruplara (C ve D) dahil edilen hastaların grupları, grup A ya da B olarak değişmiştir. Yeni değerlendirme önerisinin polikliniğimize başvuran KOAH hastalarının gruplara göre dağılımını nasıl etkilediğini incelemeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: Polikliniğimize ardışık olarak başvuran ve en az bir yıldır KOAH tanısı ile takip edilen hastalar çalışmaya alındı. Her bir hastaya "modifiye Medical Council Dispne scale" (mMRC) ve "COPD (chronic obstructive lung disease) Assessment Test" (CAT) değerlendirilmesi yapıldı. Bir önceki yıl alevlenme sayısı, hastanın beyanı ve hastane kayıtlarına göre retrospektif olarak kaydedildi. Tüm hastalar hem GOLD 2011 hem de GOLD 2017'ye göre gruplandırıldı.

SONUÇLAR: Yaş ortalaması 64.3±8.3yıl olan, %88.8'i kadın 215 stabil KOAH hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama beklenen FEV1 değerleri %46±18, mMRC skorları 1.7±1.2 ve CAT skorları da 12.5±8.8 idi. GOLD 2011' e göre Grup A ve grup B hastalar, GOLD 2017'de aynı şekilde gruplandırıldı fakat grup C hastaların %58'i (n=19) Grup A ve grup D hastaların %29'u (n=34) ise grup B olarak değerlendirildi. Böylece GOLD 2017'ye göre, 56 hasta (%26) grup A, 62 hasta (%28.8) grup B, 14 hasta (%6.5) grup C ve 83 hasta (%38.6) da grup D olarak sınıflandırıldı.

TARTIŞMA: Sık alevlenen KOAH hastalarının, genellikle semptom skorlarının da yüksek olması, bugüne kadar yapılan çalışmalarda grup C oranının diğer gruplara göre daha düşük olmasına yol açmıştır. Bu çalışma, GOLD 2017 raporunda FEV1'in hastalığı değerlendirmede devre dışı bırakılması ile grup C hasta oranının daha da azaldığını göstermiştir. Grup C hastaların grup D'nin içinde tek bir grup olarak değerlendirilmesi günlük pratikte ve çalışma sonuçlarının değerlendirilmesinde daha kullanışlı olabilir mi noktasında yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: GOLD 2017, KOAH, değerlendirme, CAT, mMRC

SS-084

TÜRK TOPLUMUNDA KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI; EPİDEMİYOLOJİK ÇALIŞMA KOAHTÜRKİYE-1

Tarkan Özdemir[1], Nilgün Yılmaz Demirci[2], Hatice Kılıç[3], Orhan Koç[4], Akın Kaya[5], Can Öztürk[2]
[1]Dr Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[3]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[4]İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Ankara
[5]Ankara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı (KOAH) kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize, yaygın bir hastalıktır. Tüm dünyada önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir. KOAH ile ilgili Türkiye'deki verilerimiz bölgesel olması ve güncel olmaması nedeni ile kısıtlıdır. Bu çalışmada 2016 yılı verilerini kapsayacak şekilde, Türk popülasyonunda KOAH'ın epidemiyolojik karakteristiklerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

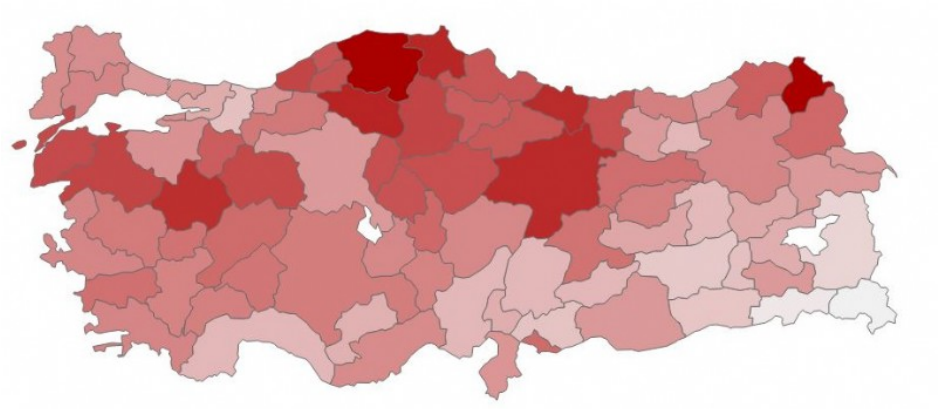
YÖNTEM: 2016 yılına ait Türkiye genelinde Sosyal Güvenlik Kurumu veri tabanı tarandı ve ICD-10 J44.0-J44.9 kodları ile tanı ve/veya tedavi amaçlı kaydı bulunan tüm veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Mortalite, prevalans, insidans ve bölgesel dağılım bilgileri kaydedildi.

BULGULAR: 2016 yılında ülkemizde 3.286.249 KOAH tanılı hasta mevcuttu. Bunların %43,8' i kadın, yaş ortalaması 61,2 yıl idi. Aynı yıl için KOAH genel prevalansı %4,12, kadınlarda %1,8, erkeklerde %2,3, KOAH' a bağlı mortalite kadınlarda %4, erkeklerde %5' ti. İllere göre değerlendirildiğinde en yüksek prevalansa %9,3 ile Kastamonu sahipken, en düşük prevalans %1,2 ile Hakkari iline aitti.

SONUÇ: Tüm dünyada olduğu ülkemizde de KOAH, oldukça yaygın ve ciddi bir morbidite ve mortalite nedenidir. Mevcut veriler ülkemizde KOAH'ın epidemiyolojik boyutunun daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: epidemiyoloji, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, prevalans, Sağlık bilgi sistemleri, toplum özellikleri

Resim 1



İllere Göre KOAH prevalansı

SS-085

TÜRKİYE'DE STABİL KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TEDAVİ MALİYETİ- KOAHTÜRKİYE-4

Nilgün Yılmaz Demirci[1], Can Öztürk[1], Tarkan Özdemir[2], Hatice Kılıç[3], Akın Kaya[4]
[1]Gazi Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Dr Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[3]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[4]Ankara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) önlenebilir ve tedavi edilebilir oldukça önemli bir halk sağlığı problemidir. Mortalite ve morbiditesi ile tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ekonomik yükün önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bu yazıda ülkemizde stabil KOAH tedavisinin direkt maliyetinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

YÖNTEM: 2008-2016 yılına ait Türkiye genelinde Sosyal Güvenlik Kurumu veri tabanı tarandı ve tanı ve/veya tedavi amaçlı ICD-10 J44.0-J44.9 kodları ile reçete kaydı bulunan tüm veriler retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: 2008 yılında KOAH tanılı hastaların ilaç raporu yazılma oranı %5 iken, bu oran 2016 ylında %26 idi.KOAH tanısı ile reçete edilen bronkodilatör ilaçların maliyeti2008 yılında 140.006.158,57₺' e karşın 2016 yılında %283 artarak 396.482.059,46₺' ye yükselmişti. 2016 yılında en çok reçete edilen bronkodilatör tioropium, en çok tercih edilen inhaler cihazı formu kuru toz inhalerdi.

SONUÇ: KOAH'ın maliyeti direkt ve indirekt maliyetler şeklinde olup gerçek maliyeti tahmin etmek oldukça zordur.Bu çalışma, ülkemizde sağlıkla ilgili KOAH yükünün farmakolojik boyutunun daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: farmakolojik tedavi, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, maliyet

SS-086

KRONİK OBSTRÜKTİF HAVAYOLU HASTALIKLARINDA İNHALER TEDAVİ ANALİZİ: İNTEDA-2 ÇALIŞMASI

Mecit Süerdem[1], Emel Ceylan[2], Funda Coşkun[3], Levent Dalar[4], Melike Demir[5], Sibel Doruk[6], Berna Duman[4], Seda Tural Önür[7], Songül Özyurt[8], Muzaffer Onur Turan[9], Esra Ertan Yazar[7], Burcu Yiğitbaş[7], Burcu Yormaz[1]
[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya
[2]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın
[3]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa
[4]İstanbul Bilim Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[5]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır
[6]Özel Ata Sağlık Hastanesi, İzmir
[7]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul
[8]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize
[9]Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İzmir

GİRİŞ: Astım ve KOAH hastalarında inhaler tedavilerine uyumsuzluk ülkemizde yüksek oranlardadır. Detaylı sorgulama formu kullanılarak ülkemizdeki inhaler tedavi pratiği ile ilgili sorunları ortaya çıkarmayı ve çözüm önerileri geliştirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Kronik obstrüktif havayolu hastalıkları nedeniyle en az bir yıldır inhaler tedavi alan 18 yaş üstü hastalar seçildi. Çalışmaya Türkiye'nin tüm coğrafi bölgelerini kapsayacak şekilde 9 merkez katıldı. Hastalara demografik bilgileri dışında inhaler tedavilerinin geçmişleri ve tedavi sorunları ile ilgili sorular yönetildi. Anketler yüz yüze gerçekleştirildi.

Bulgular: 44 farklı ilde yaşayan toplam 256 erkek 179 (%69.92), 77 kadın (%30.08) hasta çalışmaya katıldı. Hastaların yaş ortalaması 60.81 idi. Hastaların %29.81'i astım, %60.87' i KOAH, %8.39' astım ve KOAH idi. %0.93 oranındaki hasta tanılarını söyleyemediler. Hastalık süreleri ortalaması 9.20 yıl, inhaler cihaz kullanım yılı ortalaması ise 7.27 yıldı. Hastaların %54.40'ı sigarayı bırakmış, %17.92'si halen kullanıyordu. Sigara içen ve bırakanlarda ortalama sigara içme hikayesi 40.28 paket.yıldı. %27.67 hasta sigara içmemişdi.

Hastalıkların tanıları; %96.56 oranında göğüs hastalıkları uzmanı, %3.44 oranında ise iç hastalıkları uzmanları tarafından konmuştu. Yıl içinde doktor kontroluna gitme sıklıkları; %55.73 üç ve daha fazla, %24.77 iki ve %13.62 bir olarak belirtildi. %5.88 oranındaki hasta ise doktor kontroluna gitmediklerini söylediler. Hastaların %28.53'ü son bir yıl içinde hospitalize edilmiş. Hastaneye yatış sayıları (oranları); bir (%46.07), iki (%30.34), üç ve daha fazla (%23,59). Son bir yılda hastaneye yatış ortalaması 2.27 idi.

Cihaz eğitimini kimin verdiği sorusuna yanıtlar; %83.50 doktor, %10.36 eczacı ve %2.27 oranında hemşire oldu. %3,88 oranındaki hasta ise eğitim almadıklarını yanıtladılar. Hastaların %84.84'ü aldıkları ilk eğitimin yeterli olduğunu ifade ettiler. %45.43 oranındaki hasta kontrollarında cihaz kullanımlarının test edilmediğini söyledi. %40.20 oranındaki hastada kullanılan inhaler cihazlar değiştirilmişti. Cihazların kullanım kolaylığı ilgili soruya %89,97 oranında hasta "kolay", cihaz memnuniyeti ile ilgili soruya ise %89.54 oranında ise "evet" yanıtı verdiler. Hastalara ayrıca kullandıkları cihazlarla ilgili deneyimlerini irdeleyen detaylı bir sorgulama uygulandı.

SONUÇ:

1. Sigara içmeye devam eden kronik havayolu hastalığı olan hastaların sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmeleri için zorlayıcı yöntemler geliştirilmeli.

2. İnhaler cihaz eğitiminden sorumlu olacak "solunum hemşireleri" sertifikasyonu başlatılmalı.
3. Hasta vizitlerinde inhaler teknikler kontrol edilmeli ve gerektiğinde pekiştirici eğitimler uygulanmalı.

Anahtar Kelimeler: Astım, KOAH, inhaler tedavi

SS-087

TÜRKİYE'DE KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI'NA BAĞLI MORBİDİTE VERİLERİ-KOAHTÜRKİYE-2

Hatice Kılıç[1], Tarkan Özdemir[2], Nilgün Yılmaz Demirci[3], H. Canan Hasanoğlu[4], Mustafa Hamidullah Türkkanı[5], Can Öztürk[3]
[1]Ankara Atatürk Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]Dr. Abdurrahaman Yurtaslan Ankara Onkoloji Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[4]Yıldırım Beyazit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[5]Dr. Nafiz Körfez Sincan Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: KOAH dünyada 200 milyondan fazla insanı etkileyen bir hastalıktır (1). KOAH, tüm dünyada önde gelen morbidite ve mortalite nede¬nidir. Bu durum önemli boyutlarda ve giderek artan ekonomik ve sosyal yüke neden olmaktadır. KOAH prevalansı, morbidite ve mortalitesi ülkeler arasında ve aynı ülke içindeki değişik kesimler arasında farklılıklar göstermektedir (2, 3). Bu çalışmada Türkiye'de KOAH tanısı ile takip edilen olguların morbidite verileri, illere ve bölgelere göre prevelans dağılımını saptamak hedeflenmiştir.

YÖNTEM: 2016 yılına ait Türkiye genelinde Sosyal Güvenlik Kurumu veri tabanı tarandı. Tanı ve/veya tedavi amaçlı ICD-10 J44.0-J44.9 kodları ile reçete kaydı bulunan tüm veriler, retrospektif kohort çalışma ile değerlendirildi. Bu tarihler arasında Türkiye genelinde KOAH tanısı ile ayaktan, poliklinik ve acil servis; yatırılarak izlenen olgu sayısı belirlendi. Bu olguların cinsiyet, yaş, yaşadığı şehir ve coğrafik bölgelerine göre demografik dağılım verileri oluşturuldu.

BULGULAR: 2016 yılında ayaktan başvuran 955.369 olguya KOAH tanısı koyuldu. KOAH'lı olguların yaş ortalaması 65.79; 335.437.si (%35.11) kadın, 619.932'si (%64.89) erkek idi. Olguların %4'ü 40 yaş altında iken %57'si 40-69 yaş arasında, %25'i 70-79 yaş arasında ve %14'ü ise 80 yaş ve üzerinde idi. KOAH tanı'lı tüm olguların yıllık ortalama başvuru sayısı 2.07 iken, erkeklerdeki ayaktan ortalama başvuru sayısı kadınlardan daha yüksek izlendi (2.25/1.73). Ayaktan başvuruların (ayaktan başvuru sayısı=1.994.325) %20.4'ünü acil başvuruları (n=407.191) oluştururken, %79.6'sı ise poliklinik başvuruları (n=1.587.134) şeklinde idi. Tüm bu ayaktan başvuruların %17.4'ü ise yatırılarak izlendi (Yatış başvuru sayısı=345.533). Yatırılarak takip edilen olgu sayısı 201.782 iken olguların yıllık ortalama yatış sayısı 1.71 idi. Erkeklerin yıllık ortalama yatış sayısı, kadınlardan daha fazla idi (1.81/1.53). Yatırılarak izlenen olguların yaş ortalaması 71.62 iken, kadın cinsiyetin yaş ortalaması erkek cinsiyete göre daha büyük idi (K/E, 73.04/70.76). Yatırılarak takip edilen olguların ortalama yatış gün sayısı ise 6.7 olarak izlendi. İllere ve bölgelere göre yapılan değerlendirmede KOAH nedeni ile en yüksek yatış prevelansı %0.75 ile Zonguldak'ta izlenirken, en düşük yatış prevelansı %0.08 ile Diyarbakır'da saptandı.

SONUÇ: Bu çalışmada, ayaktan ve yatış prevelansına dair bölgesel farklılıklar değerlendirilmiştir. Böylece gelecekteki KOAH hastalığına ait koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin planlanmasına katkı sağlanması hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, prevelans, morbidite, bölgesel.

SS-088

TÜRKİYE'DE KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI'NIN DİREKT MALİYETİ-KOAHTÜRKİYE-3

Tarkan Özdemir[1], Hatice Kılıç[2], Nilgün Yılmaz Demirci[3], Güven Bektemur[4], Mustafa Hamidullah Türkkanı[5], Can Öztürk[3]
[1]Sağlık Billimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahaman Yurtaslan Ankara Onkoloji Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]Ankara Atatürk Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[4]Sağlık Billimleri Üniversitesi, Sağlık Billimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul
[5]Dr. Nafiz Körfez Sincan Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: KOAH, 2010 yılında 2.9 milyon ölüm ile ölümlerin %5.5'inden sorumludur ve en sık ölüme neden olan 3. Hastalıktır (1). KOAH tanısında ve farkındalığında yıllar içinde gözlenen artış, KOAH'la ilgili tedavi, takip ve mortalite oranında da anlamlı artış ile seyretmektedir. Bu artış, ülke ekonomisinde önemli bir maliyet olarak karşımıza çıkmaktadır. Avrupa ülkelerindeki KOAH ile ilişkili yıllık maliyetler 109-541 milyon avro arasında değişirken, hasta başına yıllık maliyet 151-3.912 avro arasında değişmektedir (2). 2015 yılında yapılan başka bir çalışmada ise 2452$ olarak saptandı (3). Bu konuda merkez olarak KOAH'la ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (3). Türkiye genelinde ise KOAH'a ait direkt tedavi maliyetine dair çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda, Türkiye'de KOAH nedeni ile ayaktan ve yatarak tedavi edilen hastaların, KOAH'a ait direkt maliyetini saptamak amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 2008-2016 yılına ait Türkiye genelinde Sosyal Güvenlik Kurumu veri tabanı tarandı. Tanı ve/veya tedavi amaçlı ICD-10 J44.0-J44.9 kodları ile reçete kaydı bulunan tüm veriler, retrospektif kohort çalışma ile değerlendirildi. 2008'den 2016' ya kadar her bir yıla ait toplam KOAH tanı-tedavi maliyeti hesaplandı. 2016 yılına ait toplam tanı-tedavi maliyeti hesaplandı. Bu verilere acil servis, poliklinik ve yatırılarak takip edilen hastaların KOAH tanı-tedavi maliyetinin katkısı belirlendi. Tüm bu veriler; exel verisine kaydedildi ve analiz edildi.

BULGULAR: KOAH tanılı hastaların 2008 yılında ayaktan takiplerindeki toplam maliyeti 144.118.169₺' ye (73.906.753,33 Avro) karşın 2016 yılında %485 artarak 699.146.025₺' ye (358.536.423,07 Avro) yükselmiştir. KOAH tanılı hastaların 2008 yılında yatırılarak takiplerindeki toplam maliyeti ise, 309.185.636₺' ye (158.556.756,41 Avro) karşın 2016 yılında %187 artarak 580.374.592₺' ye (297.627.995,89 Avro) yükselmiştir. 2016 Yılında sağlık kurumlarına başvuran KOAH tanılı hastaların maliyetlerinin sektörel dağılımı değerlendirildiğinde; poliklinik, acil servis, yatan hasta ve yoğun bakımda takip edilen hastaların toplam yıllık maliyetleri sırasıyla; 66.532.862₺ (34.119.416,41 Avro), 28.966.034₺ (14.854.376,41 Avro), 321.459.730₺ (164.851.143,58 Avro) ve 361.453.947₺ (185.360.998,46 Avro) olarak hesaplandı. Kişi başına düşen ortalama servis yatış maliyeti 1166₺ (597,94 Avro) iken, yoğun bakım yatış maliyeti 5415₺ (2.276,92 Avro) olarak hesaplanmıştır. SONUÇ: KOAH'a ait direkt tanı-tedavi maliyeti son 10 yılda yaklaşık 4.85 kat artmıştır. Bu maliyet artışına dair sektorel dağılımların katkısını belirlemek, ülkemizin gelecekteki sağlık politikalarına yön verilmesine katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, direkt, maliyet, sektörel dağılım

SS-089

RADYOLOJİK OLARAK BÜYÜK OPASİTE SAPTANAN, SİLİKOZİS TANILI 39 VAKANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mevlüt Karataş
Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi, Ankara

GİRİŞ/AMAÇ: 2010-2018 tarihleri arasında Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi meslek polikliniğine rutin ya da periyodik muayene için başvurmuş, seramik fabrikasında çalışan, silikosiz tanısı konulmuş 39 hasta çalışmaya alındı. PA akciğer grafileri ILO standartlarına göre okunduktan sonra akciğerinde A,B ve C tipi büyük opasite tespit edilen vakalar çalışmaya dahil edildi. Bu çalışmada silikosiz tanılı vakaların ILO standartlarına göre okunmuş PA akciğer grafi bulgularını, YRBT radyolojik bulgularını ve silikosize bağlı pulmoner klinik semptomlarını değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: Vakalara ait demografik, klinik ve radyolojik veriler hasta dosyalarından retrospektif olarak tarandı. PA akciğer grafileri bir göğüs hastalıkları hekimi tarafından ILO standartlarına göre okundu. Hastalara ait YRBT bulguları, radyoloji raporlarından taranıp kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya ait tüm veriler Tablo 1, Tablo 2 ve Figür 1'de gösterilmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm vakalar erkekti. Yaş ortalaması 42.5±5.8 idi. Vakaların %56.4'ünde A tipi büyük opasite, %33.3'ünde B tipi büyük opasite, %10.2'sinde C tipi büyük opasite saptandı. ILO standartlarına göre vakaların %12.8'i kategori 1, %51.3'ü kategori 2, %35.9'u kategori 3 olarak değerlendirildi. Akciğer grafisinde lezyonlar yerleşim yerlerine göre; en sık %82.1 tüm akciğer bölgelerinde ve %38.5 üst akciğer bölgelerinde saptandı. YRBT'de radyolojik olarak en sık %28.2 interlober septal kalınlaşma ve %28.2 hiler LAP bulgusu saptandı. Seramik fabrikasında çalışan vakaların %20.5'i sırlama bölümünde %17.9'u ise dökümhane ve çamur hazırlama bölümünde çalışmaktaydı. Vakaların ortalama 10.8 paket/yıl sigara içtiği tespit edildi. Vakaların %41'i sigara kullanmıyor ve bunların %43.7'si ex-smoker idi. Vakaların %84.6'sında pulmoner semptom mevcuttu. En sık pulmoner semptom %61.6 nefes darlığı olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Seramik sektöründe çalışan işçiler yoğun silika tozuna maruz kalmaktadırlar. Silikosizli vakalarda akciğer grafisinde büyük opasiteler de görülebilmektedir. Vakaların YRBT tetkiği ile incelemesinde akciğerde patolojik parankimal bulguların çeşitliliği dikkati çekmektedir. Silikosiz tanısı olan ve ILO kritirlerine göre PA akciğer grafisinde büyük opasiteleri olan hastarın, klinik tanı ve takibinde YRBT'nin akciğer patolojilerini değerlendirme açısından daha faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: silikosiz, seramik işçiliği, büyük opasiteler, YRBT

FİGÜR 1: Büyük opsaite ve ILO standartlarına göre PA akciğer grafisinde lezyonların dağılımı

OPASİTE	PA GRAFİ ILO SKORU	
A	0/0	2/2
A	0/0	1/2
A	0/1	2/2
A	0/1	2/3
A	0/0	2/2
A	0/1	3/3
A	0/1	2/2
A	0/1	3/3
A	1/1	2/2
A	0/1	1/2
A	0/2	2/2
A	1/2	3/3
A	0/2	2/2
A	0/1	2/2
A	1/2	2/2
A	2/2	2/2
A	1/1	1/1
A	0/0	2/2
A	0/1	1/1
A	0/0	3/3
A	2/1	1/1
A	0/1	3/3
B	0/1	2/2
B	0/0	3/3
B	1/2	2/3
B	0/0	2/2
B	0/1	3/3
B	0/0	2/2
B	1/1	3/3
B	1/1	2/2
B	0/1	2/2
B	0/0	3/3
B	0/0	3/3
B	0/1	3/3
B	0/0	3/2
C	0/2	2/2
C	1/2	3/3
C	0/1	2/3
C	0/0	3/2

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, RADYOLOJİK BULGULAR VE SERAMİK İŞÇİLİĞİNDE ÇALIŞILAN BÖLÜM

		ORTALAMA±SS	N	%
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER				
	YAŞ,(Yıl)	42.5±5.8		
	ÇALIŞMA SÜRESİ,(Yıl)	15.5±5.4		
	PROFÜZYON SKORU	8.7±2.0		
	SİGARA, (Paket/yıl)	10.8±9.8		
	CİNSİYET, (Erkek)		39	100
	SİGARA		23	59
	EX-SMOKER		7	17.7
PA GRAFİDE BÜYÜK OPASİTE				
	A TİPİ OPASİTE		22	56.4
	B TİPİ OPASİTE		13	33.3
	C TİPİ OPASİTE		4	10.3
SERAMİKTE ÇALIŞTIĞI BÖLÜM				
	SIRLAMA		8	20.5
	FIRINLAMA		2	5.1
	ZIMPARALAMA		4	10.3
	DÖKÜMHANE		7	17.9
	ÇAMUR HAZIRLAMA		7	17.9
	KALIPLAMA		1	2.6
	BAKIM ONARIM/MAKİNA OPERATÖRÜ		6	15.4
	KALİTE		2	5.1
	DİĞER		2	5.1

SS: STANDART SAPMA PA: POSTERİOR-ANTERİOR

PA AKCİĞER GRAFİSİ (ILO STANDARTLARINA GÖRE), YRBT BULGULARI VE PULMONER SEMPTOMLAR

		N	%
ILO KATEGORİ	KATEGORİ 1	5	12.8
	KATEGORİ 2	20	51.3
	KATEGORİ 3	14	35.9
PA AKC. BULGULARI	ÜST BÖLGE	15	38.5
	ORTA BÖLGE	2	5.1
	ÜST-ORTA BÖLGE	2	5.1
	ALT BÖLGE	0	0
	TÜM BÖLGELER	32	82.1
YRBT BULGULARI	BUZLU CAM	3	7.7
	HİLER LAP/MED. LAP	17	43.6
	PERİBRONŞİYAL KALINLAŞMA	1	2.6
	BÜL/AMFİZEM	9	23.1
	RETİKÜLONODÜLER İNFİLTRASYON	9	23.1
	KALSİFİYE NODÜL	6	15.4
	LİNEER DANSİTE ARTIŞI	2	5.1
	İNTERLOBÜLER SEPTAL KALINLAŞMA	11	28.2
	BRONŞEKTAZİ	5	12.8
	PLEVRAL NODÜL	7	17.9
	SUBPLEVRAL NODÜL	4	10.3
	PARANKİMAL NODÜL	3	7.7
	SUBPLAVRAL+PARANKİMAL NODÜL	1	2.6
KLİNİK SEMPTOM	PULMONER SEMPTOM	33	84.6
	ÖKSÜRÜK	15	38.5
	BALGAM	9	23.1
	NEFES DARLIĞI	24	61.5
	GÖĞÜS AĞRISI	11	28.2
	HIRILTILI SOLUNUM	7	17.9
	DİĞER SEMPTOMLAR	2	5.1

YRBT: YÜKSEK ÇÖZÜNÜRLÜKLÜ TOMOGRAFİ PA AKC.: POSTERİOR ANTERİOR AKCİĞER GRAFİSİ

SS-090

TÜRKİYE'DE BEKLENEN VE AÇIKLANAN MESLEK ASTIMI SAYILARI- TANI KOYMAKTAKİ GÜÇLÜKLER

Adem Koyuncu[1], Seval Müzeyyen Ecin[1], Abdulsamet Sandal[1], Ali Naci Yıldız[2]
[1]Hacettepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: İşle ilişkili astım hem meslek astımını hem de işle alevlenen astım tanımlarını kapsar. Meslek astımı (MA), işyerinde maruz kalımlara bağlı gelişen değişken hava akımı kısıtlanması, havayolu aşırı duyarlılığı ve hava yolu inflamasyonu ile karakterizedir. Erişkin nüfusun 51 milyon olduğu göz önüne alındığında yaklaşık 2.5 milyon ile 4 milyon arasında erişkin astımlı hasta olduğu beklenmektedir. Meslek astımı erişkin döneminde ortaya çıkan astımın %5-20'sini oluşturmaktadır. Türkiye'de meslek astımı olgu sayısı 375.000-500.000 kişi olarak tahmin edilmektedir. Ancak ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre yasal olarak meslek astımı tanısı alan yıllık olgu sayıları 2007- 2016 yılları arasında 3-28 kişidir. Bu çalışmanın amacı meslek astımı tanısını koymaktaki güçlükleri ortaya koymaktır.

YÖNTEM: Meslek astımına ilişkin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 2007- 2016 yılı istatistiklerinde yer alan vaka sayıları ile literatür bilgileri doğrultusunda tahmin edilen sayılar karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: Türkiye'de SGK tarafından yayınlanan meslek hastalıklarında son 10 yılda mesleksel astım tanısının 3-28 kişi arasında değiştiği ve mesleksel astımı tanısının daha çok erkeklere konulduğu saptanmıştır (Tablo 1).

TARTIŞMA: Üç yüzden fazla etkenin meslek astımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde meslek astımı açısından riskli iş kollarında önemli sayıda insan çalışmakta ve bu iş kollarında yapılan araştırmalarda önemli sıklıkta (%0,5-%19,4) meslek astımlı olguların olduğu gösterilmiştir.
Diğer meslek hastalıklarında olduğu gibi meslek hastalıklarının saptanamamasında tanım, tanı olanakları, kayıt ve bildirimine ilişkin önemli sorunlar yaşanmaktadır. Yasal olarak meslek hastalığı tanısı konulabilmesi için hastanın meslek hastalığı olduğuna dair dosyanın yetkilendirilmiş sağlık hizmeti sunucularınca (Meslek Hastalıkları Hastanesi, Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Devlet Üniversite Hastaneleri) SGK'ya gönderilmesi gerekmektedir. Meslek astımı tanısının beklenenden az koyulmasının nedenlerinin başında Türkiye'de meslek hastalığı bildirimindeki zorluklar gelmektedir. SGK tarafından meslek astımı iddiası olan hastanın dosyasında bronşprovokasyon ve benzeri testleri, tatil döneminde 15 gün, iş ortamında 20 gün süreyle günde dört kez belirlenen PEF değerlerinin olması istenmektedir. Meslek astımı tanısı için ileri tetkiklerde seri PEF takibi, nonspesifik bronşprovakasyon testi, immünolojik testler ve spesifik bronşprovakasyon testi gelmektedir. Bu tetkiklerin yapılması deneyim ve spesifikleşme gerektirdiğinden dolayı her merkezde yapılamamaktadır. Kuşkulu ya da kanıtlanmış meslek astımı olan hasta mutlaka meslek hastalıkları ile ilgili uzman bir merkeze gönderilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Meslek astımı, Meslek Hastalığı, Pef Takip

tablo 1

Tablo 1. Yıllar İtibari ile Meslek Hastalıkları ve Meslek astımı Hastalarının Sayı (2007-2016)

Yıllar	Toplam Meslek Hastası Sayısı	Toplam Solunum sistemi hastası sayısı	Meslek Astımı (Toplam)	Meslek Astımı (Erkek)	Meslek Astımı (Kadın)
2016	597	216	8	4	4
2015	510	203	10	7	3
2014	494	115	6	6	0
2013	351	75	3	3	0
2012	395	271	10	10	0
2011	697	212	28	25	3
2010	533	142	28	25	3
2009	429	230	20	18	2
2008	539	363	6	6	0
2007	1208	1017	7	7	0

Yıllar İtibari ile Meslek Hastalıkları ve Meslek astımı Hastalarının Sayı (2007-2016)

SS-091

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞININ MESLEKSEL DAĞILIMI

Seval Müzeyyen Ecin[1], Abdulsamet Sandal[1], Adem Koyuncu[1], Ali Naci Yıldız[2]
[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH); zararlı gaz ve partiküllere karşı hava yolları ve akciğerin artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile ilişkili ve genellikle ilerleyici özellikteki kalıcı hava akımı kısıtlanması ile karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.Tüm dünyada morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerinden biridir. 2014 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD)KOAH'ın 3. en sık ölüm sebebi olduğu ve 15,7 milyon kişiye (%6,4) KOAH tanısı konduğu saptanmıştır. Amerikan Toraks Derneği'ne (ATS) göre tüm KOAH vakalarının %15'i mesleki maruz kalımlara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. ABD 'de 1997 ve 2004 yılları arasında çalışan nüfusta KOAH prevalansı %4 olup, prevalansın kadınlarda ve beyaz ırkta daha fazla olduğu saptanmıştır.

YÖNTEM: Ulusal Mesleki Güvenlik Ve Sağlık Enstitüsünün (TheNationalInstituteforOccupationalSafetyandHealth (NIOSH)) 2004–2011 yılları arası ABD KOAH verilerinin mesleki dağılımları ile ülkemizdeki 2007-2011yılları arasındaki SGK verilerini karşılaştırılmıştır. 2004–2006 yılları arasında SGK sisteminde veri kayıtlarıolmadığı için bakılamamıştır.

BULGULAR: ABD verilerine bakıldığı zaman KOAH'ın en sık rastlandığı sektörler; eğitim sektörü, kişisel bakım ve hizmet sektörü, sağlık çalışanları, ofis ve yönetim destek birimleri, sanat, tasarım, eğlence ve medya sektörü, yemek sektörüdür. KOAH prevalansı kadınlarda daha fazladır. Ülkemizdeki 2007–2011 SGK verilerine bakıldığında mesleksel KOAH bildirimi sıfırdır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: KOAH'ın en önemli risk faktörlerinden biri tütün maruziyetidir.Ancak ABD verilerinde sigara kullanmayan çalışanlarda da KOAH prevalansı oldukça yüksek oranda çıkmıştır. Bu durum çalışma ortamında maruz kalınan buharlar, gaz, toz, duman, organik ve inorganik tozlar gibi birçok ajanın da KOAH için önemli risk faktörleri olduğunu ve KOAH tanısı alan her hastaya mesleki sorgulamanın ayrıntılı olarak yapılması gerekliliğini tekrar bize hatırlatmıştır. Ülkemizde 2012 yılına kadar meslek hastalıkları tanısı içinde KOAH yer almadığından 2007–2011 yılları arasında çalışanlarda mesleki KOAH bildirimi sıfırdır. 2012 yılından itibaren tanıya ''J68.4 Kronik solunum yolu durumları'' eklenmiş olmasına rağmen bildirim hala çok düşüktür. Meslek hastalıkları yüzde yüz önlenebilen tanı konulup etkenden uzaklaştırıldığında tedavi edilebilen bir hastalıklardır. KOAH risk faktörleri arasında mesleki maruziyetin%15 civarında olduğu, sigara dumanın tek risk faktörü olmadığını mesleki ve çevresel sorgulanmanın mutlaka yapılması gerektiği unutulmamalıdır.Ülkemizde çalışanlarda meslek gruplarına yönelik KOAH prevalans çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Meslek hastalıkları, Mesleki prevalans

Tablo 1. 2004–2011 yılları arasında ABD'de 18 yaş üstü sigara içen ve içmeyen çalışanlarda KOAH'ın tahmini prevalansı (Çalışan Nüfusa Göre)

Meslek	Sigara İçen Çalışanlar			Sigara İçmeyen Çalışanlar		
	Tüm Çalışanlar	Erkek Çalışanlar	Kadın Çalışanlar	Tüm Çalışanlar	Erkek Çalışanlar	Kadın Çalışanlar
	Prevelans (%)	Prevelans (%)	Prevelans (%)	Prevelans (%)	Prevelans (%)	Prevelans (%)
Eğitim Sektörü	6,2	5,9	6,3	3,2	2,6	3,5
Kişisel Bakım Ve Hizmet Sektörü	6,1	5,1	6,4	2,7	2,1	2,8
Sağlık Çalışanları	5,9	5,1	6,7	3,2	3,1	3,3
Ofis Ve Yönetim Destek Birimleri	5,7	3,3	6,6	3,0	1,4	3,5
Sanat, Tasarım, Eğlence ve Medya Sektörü	5,0	4,1	6,0	2,2	1,4	3,1
Yemek Sektörü	4,2	1,1	7,3	3,0	1,6	4,0

SS-092

PNÖMOKONOYOZ ÖN TANISINDA AKCİĞER GRAFİSİ NE KADAR GÜVENİLİR?

Hande Bahadır, Ayşe Coşkun Beyan, Yücel Demiral, Arif Hikmet Çımrın
Dokuz Eylül Üniversitesi, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Önlenebilir bir meslek hastalığı olan pnömokonyoz, kuvars başta olmak üzere inorganik toza maruz kalınan iş alanlarında yaygın olarak görülmektedir. Çalışanların izlemi ve erken tanı için kullanılan tarama testi akciğer grafisidir. Pnömokonyozun radyolojik değerlendirmesi Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) okuma standartları doğrultusunda yapılmakta ve işyerinde yapılan periyodik muayenelerin değerlendirmesi sonrasında kuşkulu işçiler kliniğimize yönlendirilmektedir. Bu çalışmada kliniğimize sevk edilen işçilerde saptanan pnömokonyoz sıklığı sunularak; tanı konulan ve konulmayan olgular arasındaki sosyodemografik ve çalışma yaşamına ilişkin verilerin karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇLER VE YÖNTEM: 2013-2018 tarihleri arasında kliniğimize sevk edilen olguların %40.8'i (n=712) pnömokonyoz ön tanısı ile sevk edildi ve çalışmaya alındı. Toza maruz kalan işçilerin değerlendirilmesinde akciğer grafisi ve tomografisi kullanıldı. Tanımlayıcı bulgular yüzde, ortalama ve standart sapma ile sunuldu. Ölçümle belirtilen değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. İkili analizlerde t-testi ve ki-kare testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edildi.

BULGULAR: Pnömokonyoz ön tanısı ile sevk edilen 712 olgunun %99'u erkekti ve yaş ortalaması 40.2±0.3'dü. Sigara kullanmış olguların paket/yıl ortalaması 16.4±0.5'di. Olguların sektörlere göre dağılımı, %46.8 seramik, %16.6 maden, %14.9 diş protez üretimiydi. İşyerinde toza maruziyet süresi ortalaması 148.1±3.7 aydı (min:1-max:624). Olguların %47.5'ine (n=338) pnömokonyoz tanısı konuldu. Olguların %70.1'inde p, %24.6'sında q opasite baskınlığı vardı. Olguların %10.7'sinin radyografisinde büyük opasite vardı ve olguların %27.5'inin komplike olduğu saptandı. Pnömokonyoz tanısı alan ve almayan olgular arasında yaş, sigara kullanımı ve paket/yıl açısından anlamlı farkı yoktu ($p>0.05$). Pnömokonyoz tanısı alan olguların toza maruziyet süresi pnömokonyoz olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla; 157.92±98.58 ve 139.14±97.43, $p=0.01$). Pnömokonyoz tanısı alan olguların FEV1 ve FVC değerleri ile FEV1/FVC oranı pnömokonyoz tanısı almayan olgulara göre anlamlı olarak düşüktü (sırasıyla 3.34±0.86 ve 3.49±0.71; 4.20±0.84 ve 4.36±0.80; 78.18±7.37 ve 79.68±6.60, $p<0.05$).

SONUÇ VE TARTIŞMA: İşyerlerinde periyodik muayene kapsamında ILO standardında radyolojik değerlendirmenin yararlılığı tartışılmaktadır. Sonuçlarımıza göre pnömokonyoz kuşkusu saptanan olguların yaklaşık yarısında pnömokonyoz saptanması yöntemin yanlış pozitif oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu nedenle toz riski olan tüm sektörlerde öncelik toz riskinin yok edilmesi olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ILO, meslek hastalıkları, pnömokonyoz

SS-093

KOT KUMLAMACILARDA SİLİKOZİS: BİR EPİDEMİNİN ARTÇI ŞOKLARI

Türkan Nadir Öziş[1], Nur Şafak Alıcı[2], İbrahim Onur Alıcı[3], Dilek Ergün[1], Nevin Taci Hoca[4], Ömer Hınç Yılmaz[1]
[1]Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi
[2]Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[3]Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi
[4]Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: En eski hastalıklardan biri olan Silikozis, halen "mevcut" kontrol programlarına rağmen dünya çapında birçok işçiyi etkilemektedir. Ülkemizde son elli yıldır bir silikozis salgınında bahsedebiliriz. En dramatik etkilenimi olan kurbanlar muhtemelen genç denim kumlama işçileridir. Silikosis için risk faktörlerini gözden geçiren tek merkezden elde edilen verileri sağkalım analizi ile birlikte değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEMLER: Ocak 2006-Aralık 2011 tarihleri arasında merkezimize başvuran kot kumlama işçilerinin tıbbi kayıtlarını incelendi. Fonksiyonel ve radyolojik verilerle birlikte çeşitli kişisel ve mesleki özellikleri silikozisli hastalar ile maruz kalma öyküsü olan sağlıklı çalışanlar arasında karşılaştırıldı. Silikozisli hastalarda yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) elde edildi. Ortalama 5 yıllık takipleri değerlendirildi.

BULGULAR: Tüm olguların demografik özellikleri, sigara içme öyküsü, işyeri maruz kalma özellikleri ve solunum fonksiyon testi sonuçları Tablo 1'de verilmiştir.219 kot kumlama işçisinden 107'sine (% 48.9) silikozis tanısı konuldu. Silikozisli olgular daha genç yaşta çalışmaya başlamışlardı, daha uzun süre silikaya maruz kalmışlardı. Sigara alışkanlıkları gruplar arasında farklı değildi, ancak silikozlu hastalarda FEV1 ve FVC değerleri daha düşüktü. Akut silikozisli olgu yoktu. % 39.3'ü akselere,% 60.7'si ise kronik hastalık olarak sınıflandırıldı. Hastalar çoğunlukla semptomatikti ve en sık görülen semptomlar dispne (% 75.7), göğüs ağrısı (% 55.1), öksürük (% 49.5) ve balgam (% 48.6) idi.

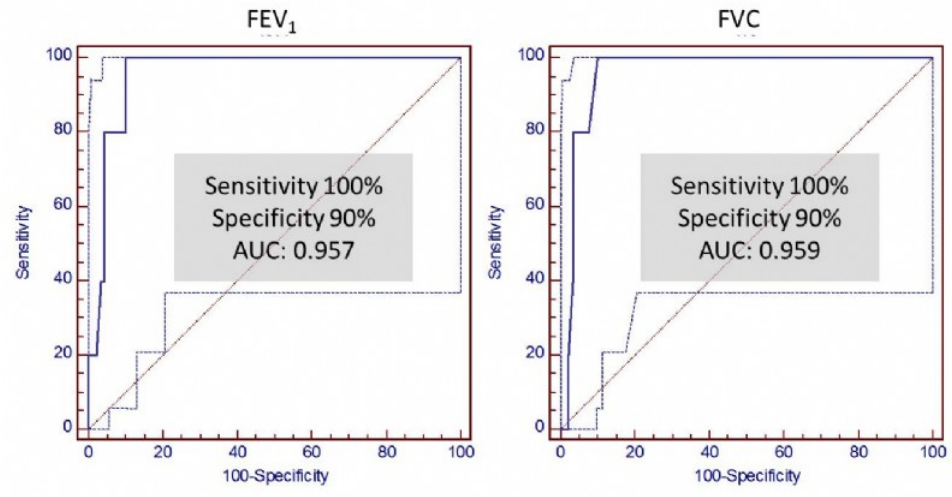
Lojistik regresyon analizinde maruziyet süresi, silikoz gelişimi için tek bağımsız risk faktörü olarak bulundu ve bu da maruziyetin her ayı için% 9 artmış silikoz riskine işaret etmekteydi (p <0.001; OR: 1.09;% 95 CI: 1.050-1.132).).

Takipte 7(% 3.2) hasta respiratuar yetmezlik nedeniyle ex oldu. FEV1 <% 44, FVC <% 47, kategori 3 profüzyonların varlığı ve büyük opasiteler mortalite ile ilişkiliydi ve 5 yıllık sağkalım oranları sırasıyla% 66.7 ve% 64.3,% 86.8 ve% 25 idi.

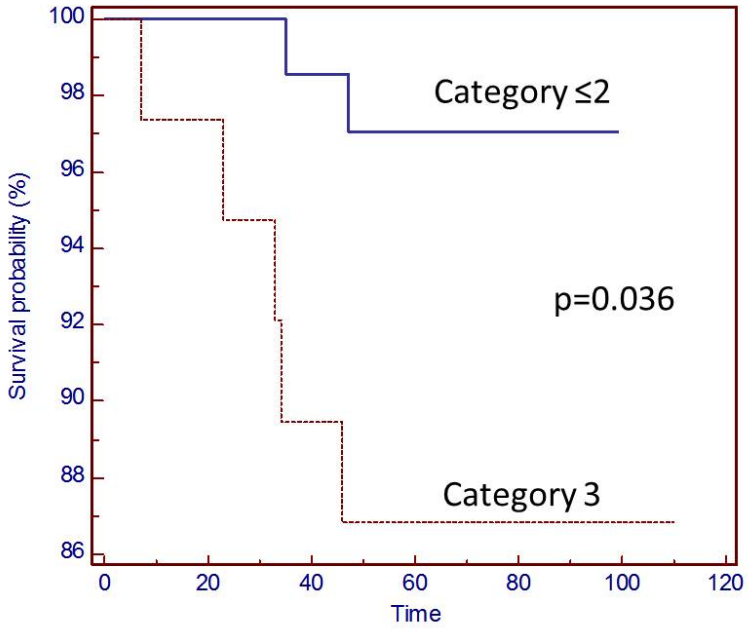
SONUÇ: Ciddi radyolojik tutulum ve azalmış akciğer hacimleri mortalite ile ilişkilidir. Transplantasyon tek tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Kot Kumlama, silikozis, mortalite

mortal olgularda fonksiyonel durum



mortal olgularda radyolojik bulgular



Kot kumlama işçilerinin özellikleriyle ilgili karşılaştırmalı veriler

	tüm olgular	silikozisli olgular	sağlıklı olgular	p
Çalışanların sayısı (n[%])	219	107(48,9%)	112 (51,1%)	
ortalama takip süresi (ay)	60	62	57	NS*
tanı anındaki yaş (yıl±SD) (median/ min-max)	27±6 (26 / 18-49)	26±4 (26 / 20-44)	28±7 (27 / 18-49)	NS*
İşe başlama yaşı(year±SD) (median/ min-max)	18±6 (17 / 9-44)	17±4 (16 / 9-31)	20±6 (18 / 10-44)	0.004*
maruz kalım süresi(months±SD) (median/ min-max)	19±13 (16 / 6-96)	25±16 (24 / 6-96)	14±7 (12 / 6-42)	<0.001*
maruz kalım bitişinden sonra geçen süre(months±SD) (median/ min-max)	107±31 (108 / 48-300)	108±27 (108 / 48-204)	108±35 (96 / 48-300)	NS*
Latency period (months±SD) (median/ min-max)	127±37 (120 / 60-336)	134±34 (132 / 72-288)	120±39 (114 / 60-336)	<0.001*
sigara içen ve and ex-smoker	162 (74%)	79 (73,8%)	83 (73,1%)	NS**
sigara içme durumu (paackyear±SD) (median/ min-max)	5,7±6,7 (4 / 0-54)	5,4±5,6 (4 / 0-25)	5,9±7,5 (5 / 0-54)	NS*
FEV1 (%±SD) (min-max)	76±22 (18-125)	72±21 (18-109)	79±23 (23-125)	0.028*
FVC (%±SD) (min-max)	80±21 (22-119)	77±20 (25-116)	83±21 (22-119)	0.026*
FEV1/FVC (%±SD) (min-max)	79±11 (43-100)	79±10 (44-100)	80±12 (43-100)	NS*
MEF25-75 (%±SD) (min-max)	66±29 (13-139)	62±25 (13-131)	70±32 (15-139)	NS*
DLCO (%±SD) (min-max)	93±21 (25-122)	89±22 (37-121)	97±19 (25-122)	NS*

** Mann-Whitney U test; ** Chi-square test; ‡ Independent sample T test*

Silikozisli olguların ILO sınıflaması ve HRCT bulguları

küçük opasiteler		
Category 1	1/0	6 (5.6)
	1/1	10 (9.3)
	1/2	17 (15.8)
Category 2	2/1	5 (4.6)
	2/2	20 (18.6)
	2/3	11 (10.2)
Category 3	3/2	3 (2.8)
	3/3	32 (29.9)
	3/+	3 (2.8)
Large opacities	A	8(7.4)
	B	2 (1.8)
	C	5 (4.6)
HRCT bulguları (107 cases)	Micronodules	Micronodules
	Lymphadenopathy	40 (38,8)
	Interlobular septal thickening	24 (23,3)
	Reticular opacities	27 (26,2)

SS-094

İNTRAPLEVRAL SERİZİN UYGULAMASINDA HANGİ DOZUN (15MG, 30MG, 45MG) PLÖRODEZ ETKİNLİĞİ DAHA YÜKSEKTİR?

Alkın Yazıcıoğlu[1], Tuba Şahinoğlu[2], Serkan Uysal[3], Mahmut Subaşı[1], Funda Demirağ[4], Erdal Yekeler[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi ve Akciğer Nakli Kliniği, Ankara
[2]Konya Numune Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, Konya
[3]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, Ankara
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü Ankara

GİRİŞ: Serizin, ipek-böceği (Bombyx-mori) kozasının bileşenlerinden, doğal yapıştırıcı özelliğinde, makromoleküler proteindir. Uygulanabilirlik çalışmalarında, serizin'in plörodez amaçlı kullanıma uygun olduğu; diğer plörodez ajanlarına göre avantajlarının bulunduğu tarafımızca bildirilmişti. Bu çalışmalarda, 30mg serizin intraplevral uygulanmış olup diğer uygulama dozlarının etkinliği, yan etki potansiyeli bilinmemektedir.

GEREÇLER-YÖNTEM: Erişkin, erkek, 12-hafta yaşında, 234-317 gr, Wistar-albino ratlar (n=52) randomize dört gruba ayrıldı; gruplar 13rattan oluşmaktaydı. İntramusküler anestezi ardından sol-torakotomi uygulandı. A-grubuna:15mg, B-grubuna:30mg, C-grubuna:45mg serizin uygulandı; D-grubu sham torakotomi grubuydu. Ad-libitum, ayrı kafeslerde gözlendi; 12.gün sakrifiye edildi. Sol-hemitoraks ve akciğer, kalp, karaciğer ve böbrek en-blok çıkarıldı.

BULGULAR: C-grubunda bir rat ilk 24-saatte ex oldu; 51rat çalışmayı tamamladı. En iyi kilo artışı B-grubunda oldu; A-grubunda 6ratta, C-grubunda 1ratta kilo kaybı oldu. A-grubunun diğer gruplarla istatistiksel farklılığı mevcuttu($p<0.05$).

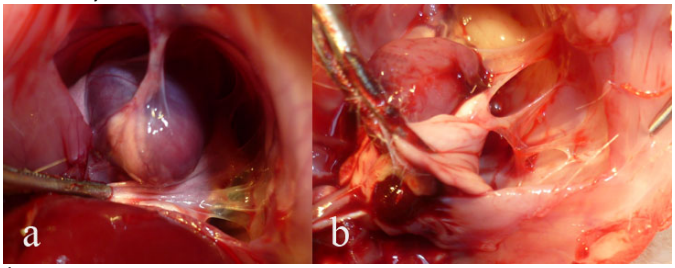
Parankimde, yabancı cisim reaksiyonu hiçbir ratta izlenmedi; amfizem en az B-grubunda izlendi($p<0.05$). Viseral plevrada, çok katlı mezotel en fazla B-grubunda izlendi. Viseral plevrada fibrozis ve fibrin organizasyonu serizin uygulanan grupların tamamında kontrol grubuna göre başarılı bulundu($p<0.05$); A-,B-,ve C-gruplarının birbirine üstünlükleri tespit edilmedi. Mason trikrom ile kollajen lifler değerlendirildiğinde, plevralarda "yoğun kollajen lifler" serizin uygulanan her üç grupta izlendi; A-,B-,ve C-grupları kontrol grubuna göre anlamlıydı($p<0.05$). Parietal plevrada, çok katlı mezotel en fazla B-grubunda izlendi($p<0.05$). Karaciğerde, serizin uygulama dozu arttıkça piknotik nükleus ve balon-dejenerasyon olasılığının arttığı izlendi($p<0.05$). Böbrekte, glomerüler dejenerasyonun; kalpte, perikardit bulgusunun en fazla C-grubunda olduğu izlendi($p<0.05$).

TARTIŞMA: Serizin, etkili plörodez sağlayan, ucuz, doğal protein olması nedeniyle doku koruyucu özelliği bulunan proteindir. Serizin'in parankim ve toraks duvarı patolojik incelemesinde, yabancı cisim reaksiyonuna sebep olmadığı, amfizemin en az B-grubunda olduğu izlendi. Ayrıca plevralarda çok katlı mezotel en fazla B-grubunda izlendi. Plevralardaki kollajen lifler, serizin uygulanan grupların tamamında yoğun olarak izlendi. Öte yandan, glomerüler-dejenerasyon, perikardit olasılığı C-grubunda diğer gruplara göre daha yüksek; karaciğer etkisi olasılığının ise B- ve C-gruplarında, A-grubuna göre daha fazla olduğu anlaşıldı.

Bu durumda, hem etkinliğinin yüksek olması hem yan-etki olasılığının asgari seviyede tutulması hedeflenmelidir. Çok katlı mezotel reaksiyonunun en fazla B-grubunda olması ve amfizemin en az B-grubunda izlenmesi, böbrek ve kalp yan etkisinin az olması, karaciğer yan etkisinin daha fazla olmaması nedenleriyle intraplevral 30mg serizin uygulaması daha başarılıdır; bundan sonraki çalışmalarda da bu dozun kullanımına devam edilmesinin uygun olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fibroblast, Fibrozis, Plevra, Plörodez, Rat, Serizin

Resim 1a,b



İntraplevral serizin uygulamasının plörodez etkinliği.

SS-095

BENİGN VE MALİGN PLEVRAL EFÜZYONUN AYIRICI TANISINDA FDG-PET/CT'NİN ROLÜ

Meriç Ünver[1], Çiğdem Biber[1], Sema Avcı[2], Ebru Tatçı[3], Özlem Özmen[3], Hacı Hasan Yeter[4], Gökhan Perincek[5]
[1]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Ankara
[2]Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Amasya
[3]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp, Ankara
[4]Tufanbeyli Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Adana
[5]Harakani Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Kars

AMAÇ: Plevral patolojilerin tanısında ve incelenmesinde kullanılan birçok nükleer tıp yöntemi olmasına rağmen günümüzde bu alanda en sık kullanılan FDG-PET/CT görüntülemedir. Bu çalışamanın amacı, malign veya benign plevral efüzyonn ayırıcı tanısında FDG-PET/CT'nin tanısal gücünü değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD: Bu çalışma etik kurul onayı alınarak geriye dönük hasta kayıtlarından yapıldı. Çalışmaya 01.06.2014-01.06.2015 tarihleri arasında plevral efüzyonu olan ve bu nedenle FDG-PET/CT'si çekilmiş 106 hasta dahil edildi. Hastaların serum trombosit, serum LDH (lactate dehidrogenase), serum albümin, serum protein, serum glukoz, plevra LDH, plevra albümin, plevra protein, plevral sıvı SUVmax, plevral sıvı SUVmean, plevra SUVmax, plevra SUVmean, plevral sıvı kalınlığı benign ve malign gruplar açısından karşılaştırıldı. Plevral sıvı SUVmax, plevral sıvı SUVmean, plevra SUVmax, plevra SUVmean açısından ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi yapıldı ve cut off değeri belirlendi.

BULGULAR: Hastaların %34.91(n=37)'i kadın ve %65.09(n=69)'u erkek idi. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte erkeklerin %59.4'ü ve kadınların %75.7'sinin tanısı malign plevral efüzyondu (p=0.144). Hastaların yaşı 14 ile 86 arasında değişmekte olup ortalama yaş 65.1±11.6 idi.Hastaların 69'unda malign, 37'sinde benign plevral efüzyon mevcuttu. Malign plevral efüzyon olan hastalarda 20 malign mezotelyoma, 26 adenokarsinom, 13 malign epitelyal tümör, 1 küçük hücreli dışı akciğer kanseri, 2 küçük hücreli akciğer kanseri, 1 plazmositom, 1 non-hodgkin lenfoma, 1 akciğer dışı metastaz, 1 t hücreli lenfoma/lösemi, 1 atipik karsinoid tümör, 1 nöroendokrin tümör tespit edildi. Benign plevral efüzyon olan hastalarda 1 kondramatöz hamartom, 1 nekrotizan granülamatiz plörit, 1 polimorfonükleer lökosit, 1 benign plevral mayii, 1 kan elemanları, 1 organize inflamasyon bulguları, 1 kazeifiye granülamatöz lenfadenit, 2 proteinöz materyal, 2 iltihabi granülasyon dokusu, 11 iltihap tablosu ve 15 fibrinöz plörit tespit edildi.Benign plevral efüzyon grubunun plevra LDH değerleri malign gruba göre anlamlı derecede düşüktür (Mann Whitney U Test; p<0.05). Serum LDH, trombosit, serum glikoz, plevra protein değerleri bakımından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Mann Whitney U Test; p>0.05).Benign grubun plevral efüzyon boyut (mm) değerleri malign gruba göre anlamlı derecede düşüktür (p<0.05). Benign grubun plevral kalınlık (mm) değerleri malign gruba göre anlamlı derecede düşüktür (p<0.05). Benign grubun plevral kalınlaşma SUVmax değerleri malign gruba göre anlamlı derecede düşüktür (p<0.05). Benign grubun plevral kalınlaşma SUVmean değerleri malign gruba göre anlamlı derecede düşüktür (p<0.05).

Anahtar Kelimeler: plevral efüyon, malign, benign, FDG-PET/CT

SS-096

KALICI TÜNELLİ KATETER TAKTIĞIMIZ ALTI HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Selime Kahraman, Aysun Kosif, Serda Kanbur Metin, Serkan Bayram, Selami Volkan Baysungur
S.B.Ü. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmamızda kalıcı tünelli kateter uyguladığımız hastaların sonuçlarını değerlendirdik. Gereç ve YÖNTEMLER: Nisan 2014-Haziran 2018 tarihleri arasında kalıcı tünelli kateter uyguladığımız tekrarlayan malign plevral efüzyonlu 6 hastanın survileri, yaşam kaliteleri, işlem sonrası gelişen komplikasyonları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmamızda 5 erkek, 1 kadın toplam 6 hasta yer almıştır, hastaların yaş aralığı 56-79 dur. Hastalardan beşinin tanısı adenokarsinom olup bir hastamız mezotelyoma tanılıdır. Kalıcı kateter uyguladığımız hastalardan bir kişi 5. günde, bir kişi 1. ayda, üç kişi 2. ayda ölmüştür, bir hastamız hayattadır. Bir hastamızın işlem sırasında bradikardisi ve hipotansiyonu olmuştur.

SONUÇ: Kalıcı tünelli kateter uygulanılan hastaların survileri kısa olmasına rağmen hastaların tekrarlayan hastane yatışlarının azaldığı, yaşam kalitesinin artığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Kalıcı Tünelli Kateter, Malign Plevral Efüzyon, Malign Efüzyonda Tedavi

Tablo-1

HASTA	YAPILAN İŞLEM VE SAYISI	HASTANE YATIŞ SÜRESİ (SON BİR SENE İÇİNDE)
1	TT 3 DEFA,TALK PUDRA 1 DEFA	48 GÜN
2	TT 2 DEFA; DEKORTİKASYON	50 GÜN
3	TT 2 DEFA	20 GÜN
4	TT 1 DEFA; BOŞALTICI TORASENTEZ 2 DEFA	22 GÜN
5	TT 3 DEFA TEKRARLANMIŞ,TALK PUDRA 2 DEFA	55 GÜN
6	TT 1 DEFA; BOŞALTICI TORASENTEZ 1 DEFA	15 GÜN

Hastalarımızın kalıcı kateter katılmadan önce uygulanan işlemler ve hasta yatışları ile ilgili sayısal veriler

Tablo-2

HASTA	YAŞ	CİNSİYET	YAŞAM SÜRESİ
1	56	E	1 AY
2	59	E	2 AY
3	69	E	5 GÜN
4	75	E	2 AY
5	77	K	HALEN HAYATTA
6	79	E	2 AY

Hastalarımızın yaş aralığı ve ortalama kalıcı kateter sonrası yaşam süreleri

SS-097

BENİGN PLEVRAL EFÜZYONLARDA UYGULANAN GÖĞÜS TÜPÜ VE İNTRAPLEVRAL KATATERLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Murat Sarıçam
Namık Kemal Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

GİRİŞ: Malign olmayan plevral efüzyonlarda drenaj amaçlı uygulanan göğüs tüpü ve intraplevral kataterlerin işlev ve etkinlikleri açısından karşılaştırılması hedeflenmiştir.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Mart 2016 ve Nisan 2017 tarihleri arasında yapılan çalışmaya plevral efüzyon tanısı olan ancak öncesinde malignite hikayesi bulunmayan ve efüzyonlarının patolojik incelemesinde malign hücre varlığı saptanmayan toplam 33 hasta kabul edildi. Drenaj amacıyla aynı cerrah tarafından 28 French göğüs tüpleri ve 8 French intraplevral kataterler (B. Braun, Melsungen, Almanya) kullanıldı. Çalışmaya katılan hastalar yaş, cinsiyet, efüzyonun etyolojisi, işlem uygulanan taraf, drenaj miktarı, hastanede kalış süresi, ağrı düzeyi ve komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Ağrı düzeyi VAS (vizüel ağrı skalası) ile hesaplandı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak Mann Whitney U testi ile değerlendirildi. 0.05 sayısından küçük olan p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Toplam 20 erkek (%61) ve 13 kadın (%39) hastadan 14 tanesine (%42) göğüs tüpü, 19 tanesine (%58) intraplevral katater takıldı. Hastaların yaş ortalaması 66.8 (28-93) yıl olarak hesaplandı. İşlemler 20 hastada (%61) sağ, 13 hastada (%39) ise sol taraftan uygulandı. Ortalama drenaj miktarı 2219 (500 – 4700) mL olarak ölçüldü. 14 vakada (%42) parapnömonik effüzyon saptanırken, plevral effüzyonun nedeni 15 hastada (%45) kalp yetmezliği ve 4 hastada (%13) ise böbrek yetmezliği idi. Hastanede ortalama kalış süresi göğüs tüpü takılan hastalarda 4.93 gün iken intraplevral katater ile tedavi edilen hastalarda bu değer 3.94 gün olarak hesaplandı. Sadece göğüs tüpü takılan bir hastada interkostal arter yaralanması gelişti. İki grup istatistiksel olarak analiz edildiğinde hastanede kalış süresi ($p=0.0013$) ve ağrı düzeyi ($p<0.00001$) açısından anlamlı fark saptandı.

SONUÇ VE TARTIŞMA: İntraplevral kataterler, benign plevral efüzyonlarda, daha az ağrıya sebep olması ve hastanede kalış süresini azaltması nedeniyle güvenli ve konforlu bir tedavi yöntemi olarak tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Benign plevral efüzyon, İntraplevral katater, Göğüs tüpü, Tüp torakostomi

Ğlevral Drenaj Uygulanan Hastaların Demografik Ve Klinik Özellikleri

PARAMETRELER	GÖĞÜS TÜPÜ	İNTRAPLEVRAL KATATER	TOPLAM
Hasta Sayısı	14	19	33
Yaş (Ortalama, Yıl)	66.3	71.5	66.8
Cinsiyet (n) Erkek Kadın	8 6	12 7	20 13
İşlem Tarafı (n) Sağ Sol	12 2	8 11	20 13
Drenaj Miktarı (Ortalama, mL)	2478	2028	2219
Hastanede Kalış Süresi (Ortalama, gün)	4.93	3.05	3.84
Ağrı Skoru	6.21	3.94	4.91
Komplikasyonlar (n)	1	0	1

SS-098

MALİGN PLEVRAL EFÜZYONLU HASTALARDA PROGNOSTİK BELİRLEYİCİ OLARAK LENT SKORUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve Atılgan Ala[1], Aysu Sinem Koç[1], Umut Aykutlu[2], Deniz Nart[2], Mustafa Hikmet Özhan[1]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Malign plevral efüzyon (MPE), göğüs hastalıkları pratiğinde sık karşılaşılan ve mortalitesi yüksek bir klinik durumdur. Bu çalışmanın amacı güncel prognostik skor olan LENT (sıvı LDH, ECOG, Nötrofil/Lenfosit, Tümör tipi) skorunun validasyonunu yapmak ve olası diğer prognostik belirteçleri saptamaktır.

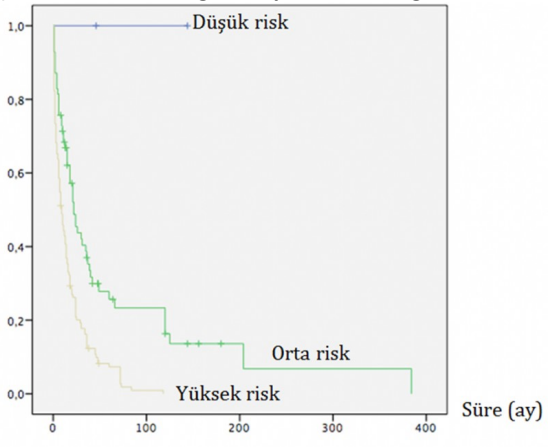
YÖNTEM: Ocak 2014-Ocak 2018 tarihleri arasında kliniğimizde MPE tanısı almış tüm hastalar retrospektif ve gözlemsel olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, rutin kan biyokimya ve plevra sıvısı değişkenleri, ECOG performans durumları, sağ kalım durumları not edilmiştir. Hastaların LENT skorları hesaplanmış ve düşük/orta/yüksek riskli olarak sırasıyla 1-2/3-4/>5 puan olacak şekilde gruplandırılmıştır.

BULGULAR: Çalışma 236 hasta hasta verisi üzerinde yapılmıştır. Veri eksikliği nedeni ile 21 hasta çalışma dışı bırakılarak 215 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların demografik özellikleri Tablo-1'de gösterilmiştir. Hastaların LENT skorlarına göre sağ kalım analizinde, düşük-orta-yüksek riskli hasta grupları arasında anlamlı sağ kalım farkı vardır (p<0,001) (Şekil). LENT skoruna göre ortanca sağ kalım düşük/orta/yüksek risk gruplarında sırasıyla 95/19/9 aydır *IQR: (46-144)/(7,5-42)/(2-24)*. LENT skoru değişkenleri dışında ek bazı değerler de incelenmiş ve lökosit/lenfosit (p=0,005) ve platelet/lenfosit (p=0,03) oranları sağ kalım açısından anlamlı bulunmuştur.

SONUÇ: LENT skoru MPE'li hastaların prognozunu öngörmede kullanışlı ve pratik bir yöntemdir. LENT skorunda kullanılması önerilen Nötrofil/Lenfosit oranı dışında alternatif olarak Lökosit/Lenfosit oranı ve Platelet/Lenfosit oranı kullanılarak yapılan skorlamalar da sağ kalım açısından değerli bulunmuştur ve bunların kullanımı ile yapılacak yeni skorlamalar klinik anlamlılığı artırabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, LENT skoru, malign plevral efüzyon

Şekil: LENT skoruna göre Kaplan-Meier sağkalım analizi



Tablo: Malign plevral efüzyonlu hastaların demografik özellikleri

Değişken	Hastalar n, %
Cinsiyet (n,%kadın)	104 (%48)
Yaş (ortalama, min-max)	65,8 (29-97)
Primer tümör organı	
Akciğer	110, %51
Gastointestinal sistem	34, %15,8
Meme	32, %15
Overler	13, %6
Diğer	26, %12
Akciğer kanseri alt tipi	
Küçük hücreli dışı akciğer karsinomu	200, %93
Adenokarsinom	60, %27
Yassı hücreli karsinom	9, %4
Diğer	21, %9
Küçük hücreli akciğer karsinomu	15, %7
LENT skoru	
Düşük (1-2)	3, %0,1
Orta (3-4)	71, %33
Yüksek (>5)	141, %65
Ölüm	190, %88
Toplam	n=215

SS-099

KİSTİK FİBROSİS DIŞI BRONŞKETAZİ HASTALARINDA PULMONER REHABİLİTASYONUN FİZİKSEL AKTİVİTE VE EGZERSİZ KAPASİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Esra Pehlivan, Elif Yelda Özgün Niksarlıoğlu, Arif Balcı, Lütfiye Kılıç
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Kronik obstruktif akciğer hastalarında Pulmoner Rehabilitasyonun (PR) faydası iyi dökümante edilmiş olmasına ragmen, PR nin bronşektazi hastaları üzerine etkisini inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmada kistik fibrosis dışı bronşektazi hastalarında ev tabanlı PR'nin fiziksel aktivite (FA) ve egzersiz kapasitesi üzerine etkisini incelemeyi hedefledik.

MATERYAL-METOD: Şubat 2017 ve Ekim 2017 tarihleri arasında göğüs hastalıkları polikliğinden PR kliniğine refere edilen bronşektazi hastaları, çalışmaya prospektif olarak dahil edildi. Hastalara 2 ay süresince ev tabanlı PR programı verildi. Program içeriğinde solunum egzersizleri, göğüs hijyen teknikleri eğitimi, periferik kas kuvvetlendirme eğitimi ve self yürüyüş vardı. Çalışmanın sonuç ölçümleri: 6 dakika yürüyüş testi mesafesi (6MWD) ve International Physical Activity Questionnaire Score (IPAQ).

SONUÇLAR: Çalışmaya alınan 25 hastadan 4'ü takip problemleri, 2 hasta ise egzersiz uyum problemleri dolayısıyla çalışmadan çıkartıldı. Geriye kalan 19 hastanın yaş ortalaması 48 olup, %63'ü kadındı. PR öncesi ve sonrası sonuç ölçümleri incelendiğinde IPAQ total (p=0,015) ve yürüme skorunda (p=0,011) istatistiksel olarak anlamlı gelişme tespit edildi. PR öncesi düşük FA kategorisinde olan hastaların oranı %73 (n=14) iken, PR sonrası bu oran %42 (n=8) idi. Orta FA kategorisinde %26 (n=5) olan hasta oranı, %52 (n=10)'ye yükseldi. 6DYM'de artış olmakla birlikte, bu gelişme istatistiksel düzeye yansımadı (p=0.074).

TARTIŞMA: Bronşektazi hastalarının çoğu düşük fiziksel aktivite seviyelerine sahiptir. Bu hastalarda ev tabanlı PR hastaların fiziksel aktivite seviyelerini ve egzersiz kapasitelerini olumlu yönde geliştirir.

Anahtar Kelimeler: bronşektazi, egzersiz, fiziksel aktivite

Pulmoner Rehabilitasyonun egzersiz kapasitesi ve fiziksel aktivite seviyesi üzerine etkisi

	PR öncesi	PR sonrası	Grup içi değişim Δ	z	p*
Egzersiz kapasitesi 6DYM,m	485.39(114-709)	515.39(294-869)	30(-158-218)	-1.786	0.074
IPAQ	25.26(0-480)	252.63(0-4320)	227.36(0-4320)	-1.000	0.317
Şiddetli FA, kcal/d	132(0-840)	255.78(0-840)	123.15(-520-840)	-1.479	0.139
Orta FA, kcal/d	146(0-693)	362.13(0-990)	215.36(-429-990)	-2.442	0.011
Yürüme,kcal/d	304(0-1533)	870.68(0-4568)	566.00(-949-4568)	-1.807	0.015
Total FA,kcal/d					

6DYM:6-dakika yürüme mesafesi, PR:Pulmoner Rehabilitasyon, IPAQ:İnternational Physical Activity Questionnaire, FA:Fiziksel Aktivite

Pulmoner Rehabilitasyon sonrası IPAQ skorları temelinde fiziksel aktivite seviyelerindeki değişimler

	PR öncesi	PR sonrası
	n,%	n,%
Düşük FA	14 (73.7)	8(42.1)
Orta seviye FA	5(26.3)	10(52.6)
Şiddetli FA	0	1(5.3)

PR:Pulmoner Rehabilitasyon, FA: Fiziksel Aktivite

SS-100

TÜRKİYE'DEKİ ERİŞKİN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE YÜKSEK AKIŞ NAZAL OKSİJEN TEDAVİSİ KULLANIM DURUMU: ÇOK MERKEZLİ, PROSPEKTİF ÇALIŞMA

Fatma Yildirim[1], Serpil Öcal[2], Ebru Ersoy Ortaç[2], Emre Aydin[3], Fatma Yılmaz Aydin[3], Ömer Zühtü Yöndem[4], Barış Ecevit Yüksel[4], Türkay Akbaş[5], Öner Abidin Balbay[5], Yalım Dikmen[6], Elif Erdoğan[6], Nilgün Alptekinoğlu Mendil[7], Serdar Akpınar[8], Sema Turan[9], Hayriye Çankar Dal[9], Seval İzdeş[10], Hicran Özdemir Demir[10], Gülbin Aygencel[11], Melda Türkoğlu[11], Nur Karaaslan[11], Nimet Şenoğlu[12], Burcu Sayan[12], Cenk Kıraklı[13], Rahime Aydın Kayalı[13], Pervin Korkmaz[14], Feza Bacakoğlu[14], Filiz Koşar[15]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye
[3]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye
[4]Ankara Özel Lokman Hekim Hastanesi, Anesteziyoloji Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye
[5]Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Düzce, Türkiye
[6]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul Türkiye
[7]Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji Yoğun Bakım Ünitesi, Kahramanmaraş, Türkiye
[8]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye
[9]Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye
[10]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye
[11]Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye
[12]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir, Türkiye
[13]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir, Türkiye
[14]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir, Türkiye
[15]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Hipoksemik solunum yetmezliğinde oksijen destek tedavi olarak yüksek akış nazal oksijen (HFNO) tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde de yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) HFNO kullanımı giderek artmaktadır. Çalışmamızda Türkiye'de erişkin YBÜ'lerde HFNO destek tedavi alan hastaların karakteristik özellikleri, kullanım endikasyonları ve yoğun bakım sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

METHOD: Çok merkezli, prospektif, gözlemsel bir çalışmadır. 15 Ocak-15 Temmuz 2018 tarihleri arasında 12 merkez 13 erişkin YBÜ dahil edilmiştir. Bu YBÜ'lerde 18 yaş üstü, YBÜ'de 48 saatten daha uzun süre tetkik ve tedavi edilen, HFNO destek tedavi uygulanan hastalar dahil edildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 191 hastanın ortalama yaşı 64,6±17,1 ve 111'i (%58,1) erkek idi. APACHE II ve SOFA skorları sırasıyla 22,3±7,7 ve 5,7±3,4'tü. Hastaların HFNO başlangıcındaki solunum sayısı ortalama 27,6±6,2 soluk/dk, SpO2'si %89,8±5,7 ve Görsel Algı Skalası (GAS) dispne skoru 7,1±2,1 idi. HFNO öncesinde 79 hastaya (%41,3) düşük akımlı oksijen, 53'üne (%27,7) non-invaziv mekanik ventilasyon (NİMV) ve 59'una (%30,8) invaziv mekanik ventilasyon tedavisi uygulanıyordu. HFNO kullanımı için en sık endikasyon 123 (%64.4) hastada solunum yetmezliği iken, 57 (%29.8) hastada extübasyon sonrası ve post-operatif solunum yetmezliği riskini azaltmak, 10 (%5.2) hastada palyatif amaçlı ve 1 (%0.5) hastada FOB sırasında oksijenizasyon için kullanılmıştı. Solunum yetmezliği olarak en sık Tip 1 hipoksik solunum yetmezliği (%64.4) izlenirken, Tip 1 solunum yetmezliğinin en sık nedeni ise pnömoni idi. Tüm HFNO uygulamaları 2. ya da 3. basamak YBÜ'lerde yapılmıştı. Ortanca HFNO uygulama süresi 4 [1-21] gün, ortanca başlangıç akım hızı 50 L/dk, ve ortanca başlangıç FiO2 %60 idi. HFNO uygulanan hastalarda 1. saatte başlangıç solunum sayısında ($p<0,001$), kalp hızında ($p<0,001$), dispne skorunda ($p<0,001$) ve SpO2'de ($p<0,001$) anlamlı düzelme izlendi. Hastaların HFNO uygulaması sırasındaki ortanca GAS skor 6 olarak izlendi. Hastaların %53,9'u uygulama sırasında en az bir rahatsızlık hissetmiştir. HFNO kullanımı ile ilgili en sık görülen rahatsızlıklar %24,6 ile sıcaklık hissi ve %16,2 ile nazal rahatsızlıktı. HFNO başlangıcından 1 hafta içerisinde 35 (%18.3) hasta kaybedildi.

SONUÇ: Ülkemizden erişkin (cerrahi, dahili, karışık) YBÜ'lerinde HFNO en sık pnömoniye bağlı hipoksemik solunum yetmezliği olan hastalarda kullanılmaktadır. Hastalarda altta yatan hastalığın tedavisi yapılırken kullanılan HFNO destek tedavi hastaların solunum sayısını azaltırken, SpO2 ve GAS dispne skorunu iyileştirdiği izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yüksek Akış Nazal Oki,jen Tedavisi, Erişkin Yoğun Bakım Üniteleri, Endikasyon

SS-101

KİSTİK FİBROZİSLİ ÇOCUKLARDA FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ, NEFES DARLIĞI VE PULMONER FONKSİYONLAR: PİLOT ÇALIŞMA

Çiğdem Emirza[1], Gökşen Kuran Aslan[2], Ayşe Ayzıt Atabek[3], Haluk Çokuğraş[3]
[1]İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Kistik fibroziste (KF) solunum sistemi etkilenimi ile nefes darlığı, sekresyon artışı ve egzersiz kapasitesinde azalma ortaya çıkmaktadır. KF'li hastalarda tekrarlayan enfeksiyonlar, hastanede yatış sıklığı, yaş gibi nedenlerle akciğer fonksiyonları etkilenmektedir. KF'li çocukların sağlıklı yaşıtları ile karşılaştırıldığında fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı KF'li çocuklarda fiziksel aktivite düzeyleri, nefes darlığı ve akciğer fonksiyonlarını değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Kistik Fibrozis Tedavi Merkezi'nde KF tanısı ile takip edilmekte olan 12 çocuk dahil edildi. Hastaların nefes darlığı şiddeti "Değiştirilmiş İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi" (Modified Medical Research Council, MMRC) ile, fiziksel aktivite düzeyleri "Fiziksel Aktivite Soru Formu (FAS)" (Physical Activity Questionnaire for Older Children-PAQ-C) ile belirlendi. Solunum fonksiyon testi sonuçları kaydedildi.

SONUÇ: Hastaların (5 kız, 7 erkek) yaş ortalamaları 10.9±2.3 yıl, vücut kütle indeksleri (VKİ) 16.3±2.8 kg/m² idi. Ortalama FVC beklenen değere göre % 94.6±15.3, ortalama FEV_1 beklenen değere göre % 94.1±16.1, FEV_1/FVC % 85.4±7.8, ortalama PEF beklenen değere göre % 73.6±21.7 idi. FAS ortalama puanları 20.1±3.3 idi. Nefes darlığı şiddetlerine göre hastaların 5'i evre 1, 4'ü evre 2, 3'ü evre 3'tü. Fiziksel aktivite seviyelerine göre 6'sı düşük şiddette aktif, 6'sı orta şiddette aktif bulundu. Fiziksel aktivite seviyelerine göre karşılaştırıldığında yaş, VKİ, FVC, FEV_1, FEV_1/FVC ve PEF değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Nefes darlığı şiddetlerine göre karşılaştırıldığında yaş, VKİ, FVC, FEV_1, FEV_1/FVC ve PEF değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

TARTIŞMA: Fiziksel aktivite düzeylerinin nefes darlığı ve pulmoner fonksiyonlarla ilişkisini örneklem sayısını arttırarak incelemeyi düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: fiziksel aktivite, kistik fibrozis, nefes darlığı, pulmoner fonksiyonlar

SS-102

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ARDS TANISI İLE YATAN HASTALARIN UZUN DÖNEM HAYAT KALİTELERİ

Hatice Kutbay Özçelik, Murat Haliloğlu, Aybüke Kekeçoğlu, Esra Akkütük Öngel, Özkan Devran, Ayşe Filiz Koşar
Yedikule Göüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Yoğun Bakım ünitesinde ARDS tanısı ile tedavi edilen hastaların uzun dönem hayat kalitelerini değerlendirmek.

Materyel ve METOD: Ocak 2016-Şubat 2018 tarihleri arasında Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Solunum Yoğun Bakım Ünitesi'nde (YBÜ) ARDS tanısı ile yatan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Yoğun bakımdan taburcu olduktan 6 ay sonra hastalara telefon ile ulaşılarak, uzun dönem yaşam kalitelerini değerlendirmek için Short-Form 36 (SF-36) ve EuroQuol sağlık ile ilişkili hayat kalitesi (EQ-5D) anketleri yapıldı.

BULGULAR: ARDS tanılı 50 hastadan 17'sinin YBÜ'de ex olduğu, 33 hastanın hastaneden taburcu edildiği tespit edildi. Taburcu edilen hastalardan ancak 15'ine telefon ile ulaşılabildi. Tüm hastalar pnömoniye sekonder ARDS tanısı ile yatırılmıştı. Berlin kiriterlerine göre 11 (%73) hasta orta, 4 (%27) hasta ağır ARDS idi. YBÜ'de ortalama kalış süresi 6 gündü. Median APACHE skoru 12(8-15,7), SOFA skoru 4(3-6) idi. Bir hastanın taburcu olduktan 4 ay sonra intihar ettiği öğrenildi. Median SF-36 değerleri; fiziksel işlevsellik % 50, fiziksel rol güçlüğü %50, emosyonel rol %100, vitalite(canlılık) %63.5, sosyal işlevsellik %81.5, ruhsal sağlık %76, ağrı % 83, genel sağlık algısı %75, sağlık değişikliği %75 bulundu. SF-36 ortalamaları Türk toplumu standartları ile karşılaştırıldığında fiziksel işlevsellik ve rol güçlüğünde anlamlı düşüklük ($p < 0.05$) varken diğer alt ölçekler açısından anlamlı farklılık yoktu. Alt ölçek değerleri açısından orta ve ağır ARDS grupları karşılaştırıldığında, ağır ARDS'li grupta fiziksel fonksiyon değerlerinin anlamlı olarak düşük olduğu saptandı ($p=0,03$). EQ-5D sağlık yararlanım endeksi median değeri 0.85 (0.72-0.94), median EQ-5D VAS 0.76 (0.64-0.85)'di. Elde edilen EQ-5D index skorları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da Türk ve Avrupa skorlarından daha düşüktü. EQ-5D ortalamalarındaki düşüklük ile ARDS şiddeti ve yoğun bakımda kalış süreleri arasında korelasyon saptanmadı.

SONUÇ: Yaşayan ARDS'li hastalarda uzun dönem hayat kalitesi açısından, sağlıklı toplum ile karşılaştırıldığında fiziksel işlevsellik ve rol güçlüğü dışında anlamlı farklılık bulunmadı, ancak vaka sayısının azlığı ve hastaların çoğunun orta ARDS olmasının sonucu etkilediğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: ARDS, SF-36, EQ-5D, hayat kalitesi

SS-103

SİGARA İÇEN KOAH'LI HASTALARDA PULMONER REHABİLİTASYONUN ETKİNLİĞİ

Hülya Doğan Şahin[1], İlknur Naz Gürşan[2]
[1]Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Pulmoner Rehabilitasyon Ünitesi, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı,İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Pulmoner rehabilitasyonun(PR) KOAH'lı hastalarda dispne algısını azalttığı, egzersiz kapasitesini arttırdığı, psikolojik semptomları azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı bilinmektedir. Bazı hastalar, hastalıklarına rağmen sigara içmeye devam etmektedir. Sigara içmek PR için bir kontendikasyon yaratmaz. Bu çalışmanın amacı, PR programını tamamlayan sigara içen KOAH'lı hastalarında PR etkinliğini belirlemektir.

MATERYAL-METOD: PR programını tamamlamış,sigara içen 31 KOAH'lı hasta çalışma grubunu, içmeyen 37 hasta ise kontrol grubunu oluşturdu.Tüm hastalara program öncesi ve sonrası, karbon monoksit diffüzyon testi, body pletismografi, 6 dakika yürüme testi, kan gazı analizi,mMRC dispne skalası, hastane anksiyete depresyon skalası, SGRQ ve SF-36 yaşam kalitesi anketi uygulandı. Ayrıca sigara içen hastalara, fagerström nikotin bağımlılık testi yapıldı.

BULGULAR: Her iki grubun da demografik ve klinik özellikleri, solunum fonksiyon testleri, yürüme mesafeleri, dispne algıları, yaşam kaliteleri, anksiyete ve depresyon skorları benzerdi. PR sonrası sigara her iki grupta da FEV1 değerinde, oksijenasyonda, dispne algısında, 6 dakika yürüme mesafesinde, yaşam kalitesi parametrelerinde iyileşme kaydedildi. CO diffüzyon testi sigara içmeyen grupta değişmezken, içen grupta anlamlı olarak yükselmişti. Sigara içmeyen grupta anksiyete ve depresyon skorları anlamlı düzeyda azalırken sigara içen grupta sadece anksiyete skoru değişti. Sigara içen grupta nikotin bağımlılık skorunun, tüketilen günlük sigara miktarının anlamlı olarak azaldığı, uyandıktan sonra ile sigaraya başlamak için geçen sürenin anlamlı olarak artış gösterdiği bulundu. Ayrıca, sabah uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde sigara içen hasta yüzdesi PR öncesi %71.0 iken bu oranın PR sonrası %9.7'ye düştüğü görüldü. PR sonrasında her iki grubun kazanımlar karşılaştırıldığında; sigara içen grubun dispne algılarının diğer gruba göre anlamlı olarak daha fazla azaldığı görüldü.

SONUÇ: Sigara içen hastalar da PR programından en az içmeyen hastalar kadar yararlanmaktadır. Sigara içmeye devam eden KOAH'lı hastalar da programa yönlendirilmelidir. Sigara içen hastaların nikotin bağımlılıkları ve günlük içilen sigara sayıları azalmakta, gün içinde ilk sigara içme süreleri de uzamaktadır. Programın sigara bırakma konusunda hastalara yardımcı olduğu düşünülmektedir. PR sonrası sigara içen grupta dispne algısının daha fazla azalması, içilen sigara sayısının azalmasına bağlı olabilir. Program sonrası depresyon skorunun, içen grupta değişmemesi nedeniyle bu gruba psikolojik destek verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, PULMONER REHABİLİTASYON, SİGARA İÇME

Gruplarda PR öncesi ve sonrası değişimler

Değişken	Smoker Grup			Ex Smoker Grup		
	PR öncesi	PR sonrası	P	PR öncesi	PR sonrası	P
FEV_1(%)	39(32,52)	47(38,67)	**0.018**	35(27,50)	38(29,52)	**0.024**
FEV_1 /FVC	57(50,67)	62(48,69)	0.898	53(47,60)	51(44,62)	0.682
TLCO (%)	26(6,38)	36(27,55)	**0.012**	37(18,51)	39(24,52)	0.224
PaO_2 (mmHg)	72(64,81)	77(73,87)	**<0.001**	71(65,77)	75(69,82)	**0.002**
$PaCO_2$ (mmHg)	41(38,45)	41(38,44)	0.124	42(38,47)	42(39,44)	0.578
$SatO_2$	95(93,96)	96(95,98)	**0.007**	94(93,96)	95(94,97)	**0.003**
MMRC	3(2,4)	2(1,3)	**<0.001**	3(2,4)	2(1,3)	**<0.001**
6 DYM (metre)	350(295,415)	400(352,495)	**<0.001**	390(300,440)	450(385,480)	**<0.001**
SGRQ/Semptom	56(40,66)	43(31,60)	**0.023**	55(40,72)	51(35,71)	0.069
Aktivite	57(46,72)	49(33,60)	**0.016**	68(48,80)	56(42,80)	0.051
Etki	40(34,48)	28(17,43)	**<0.001**	46(29,61)	38(20,55)	**<0.001**
Total	45(41,60)	28(17,43)	**0.001**	55(39,71)	43(31,66)	**<0.001**
SF-36/F.fonk.	65(45,76)	70(50,83)	**0.030**	45(22,75)	60(45,80)	**0.003**
S.fonk.	63(50,88)	88(63,100)	**0.014**	63(44,88)	88(56,100)	**0.022**
F.rol	25(0,75)	50(0,100)	**0.030**	0(0,50)	50(0,100)	**0.001**
E.rol	10(0,54)	10(5,66)	0.671	5(0,66)	67(33,100)	**<0.001**
Genel	40(25,61)	60(31,85)	**0.033**	40(23,66)	40(25,72)	0.238
Mental	64(43,78)	72(53,86)	**0.031**	60(44,76)	64(52,78)	0.133
Ağrı	44(32,73)	72(52,90)	**0.006**	45(37,84)	74(62,90)	**0.008**
Vitalite	48(34,60)	65(45,82)	**0.015**	45(30,68)	55(40,70)	0.100
HAD/Anksiyete	7(4,10)	3(1,7)	**0.002**	(4,11)	6(3,8)	**0.010**
Depresyon	7(3,11)	7(3,9)	0.129	5(2,8)	4(1,7)	**0.012**

Tablo 2. PR sonrası değişimlerin gruplar arasında karşılaştırılması

Değişken	Smoker Grup	Ex-smoker Grup	P
ΔFEV_1(%)	5(-1,9)	3(-2,9)	0.587
ΔFEV_1 /FVC	0(-7,7)	0(-5,7)	0.938
ΔTLCO (%)	2(0,20)	2(-4,12)	0.481
ΔPaO_2 (mmHg)	9(3,15)	4(1,10)	0.068
Δ$PaCO_2$ (mmHg)	-1(-5,3)	0(-5,4)	0.378
Δ$SatO_2$	1(0,3)	1(0,2)	0.473
ΔMMRC	-1(-1,-1)	0(-1,0)	0.002
Δ6 DYM	40(20,90)	50(20,105)	0.618
μ Borg dispne	0(-1,1)	-1(-2,0)	0.119
μKalp hızı	4(-2,12)	4(-1,14)	0.770
μSpO_2	0(-3,3)	0(-2,0)	0.823
ΔSGRQ/Semptom	-9(-20,-1)	-3(-10,5)	0.149
Aktivite	-7(-21,0)	-4(-12,6)	0.312
Etki	-14(-2,-5)	-6(-16,-2)	0.084
Total	-11(-20,-5)	-5(-13,-1)	0.180
ΔSF-36/Fiziksel fonksiyon	5(0,25)	15(0,30)	0.588
Sosyal fonksiyon	13(0,31)	13(0,25)	0.630
Fiziksel rol	0(-6,81)	0(0,63)	0.654
Emosyonel rol	0(-28,28)	33(0,67)	0.034
Genel	5(-5,30)	0(-5,15)	0.171
Mental	8(-2,20)	4(-8,14)	0.503
Ağrı	10(0,44)	12(0,46)	0.943
Vitalite	15(-8,30)	10(-10,20)	0.335
ΔHAD/Anksiyete	-4(-6,0)	-2(-5,1)	0.238
Depresyon	-1(-3,1)	-1(-6,0)	0.254

SS-104

OLGU SERİSİ: İNTERNAL JUGULER VENİN İŞLEM ÖNCESİ ULTRASON İLE İŞARETLEME YAPILARAK KANÜLASYONU

Oral Menteş, Mustafa Özgür Cırık, Gülşah Yurtseven, Meriç Ünver, Hilal Sazak, Ali Alagöz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Ankara

GİRİŞ: Ultrasonografi (USG) eşliğinde eş zamanlı santral ven kanülasyonu (SVK) giderek kabul gören bir uygulamadır. Konvansiyonel tekniklere göre (landmark teknik) komplikasyon oranını azaltmaktadır. Ancak eş zamanlı USG uygulamaları deneyim ve eğitim gerektirdiğinden pratikte uygulamak her zaman mümkün olmamaktadır. Biz bu olgu serisinde klinik pratikte sık uygulanmayan USG yardımıyla yapılan işaretleme tekniği tecrübelerimizi paylaşmak istedik.

GEREÇ-YÖNTEM: USG eşliğinde işaretleme tekniği ile tek bir kullanıcı tarafından internal juguler ven (IJV) kanülasyonu yapılan 20 hastayı değerlendirdik. Hastalar işlem öncesi trendelenburg pozisyonunda boyun orta hattan 30° kontralateral rotasyonda iken USG ile ponksiyon noktası ve doğrultusu cerrahi kalemle işaretlendi. Daha sonra aynı pozisyonda sterilizasyon sonrası kateter yerleştirme işlemi gerçekleştirildi. İşlem sonrası USG ile kanül yeniden değerlendirildi. İşlem süresi, komplikasyonlar, İJV lokalizasyonu, İJV'nin cilde olan mesafesi, başarı oranı, ponksiyon sayısı ve hastaların demografik verileri kaydedildi.

BULGULAR: 7 kadın, 13 erkek olmak üzere toplam 20 hastadan 19(%95)'unda kanülasyon başarıyla gerçekleştirildi. Ponksiyon iğnesinin cilde girmesinden kanülün yerleştirilmesine kadar geçen ortalama işlem süresi 123±56 saniye olarak hesaplandı. 4 hastada(%25) minimal cilt altı hematom gelişti. Bunun dışında başka komplikasyon gelişmedi. Ortalama ponksiyon sayısı 1,2 olarak hesaplandı.

SONUÇ ve TARTIŞMA: IJV'nin kanülasyonu için günümüzde konvansiyonel teknikler ve USG ile eş zamanlı girişim kullanılmaktadır. Ancak işlem öncesi USG ile işaretleme tekniği hem klinik pratikte hem de tıbbi literatürde sık kullanılan bir yöntem değildir. 20 hastada uyguladığımız bu yöntem orta düzeyde deneyime sahip tek bir kullanıcı tarafından %95 başarıyla gerçekleştirilmiştir. İşlem sonrası komplikasyon değerlendirilmesi için de USG yeniden kullanılmış ve az sayıda komplikasyonla karşılaşılmıştır. Konvansiyonel ve USG ile eş zamanlı tekniklerin karşılaştırmalı çalışmaları tekniğin klinik pratikte kullanımının yaygınlaşması açısından önemli olduğunu vurgulamak isteriz.

Anahtar Kelimeler: ultrasonografi, internal juguler ven, santral venöz kateter

işlem sonrası USG

usg eşliğinde çizim

SS-105

PEKTUS EKSKAVATUMUN MİNİMAL İNVAZİF CERRAHİ TEDAVİSİNDE BARLARIN BİRBİRİNE PARALEL VE ÇAPRAZ ŞEKİLDE YERLEŞTİRİLMELERİNİN SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bihter Sayan[1], Esra Yamansavcı Şirzai[1], Tunç Laçin[1], Gülnaz Nural Bekiroğlu[2], Mustafa Yüksel[1]
[1]Marmara Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Konjenital anterior göğüs duvarı deformitelerinin prezentasyonları çok çeşitli olabilmektedir. Tatmin edici düzelme ancak iyi bir preoperatif planlama ile mümkün olabilir. Bu nedenle pektus ekskavatumun minimal invazif onarımında çok sayıda modifiye teknik kullanılmaktadır. Bu yazıda kliniğimizde opere olmuş pektus ekskavatum tanılı hastalarımızı Nuss metodu modifikasyonlarını karşılaştırarak inceledik.

YÖNTEM: Bu çalışmada kliniğimizde Ağustos 2005 ile Şubat 2018 yılları arasında Nuss yöntemi ile opere edilmiş 276 hasta incelendi. Hastalar prospektif olarak kaydedilen pektus veritabanından retrospektif olarak değerlendirildi. Marmara Üniversitesi etik kurulu onayı alındı. Nuss metodu kullanılarak, tek veya üç sayıda bar kullanılarak düzelme sağlanmış pektus ekskavatum hastaları çalışma dışında tutuldu. Çift barlı hastalar çalışmaya dahil edildi. Paralel yerleştirilmiş çift barlı hastalar ile çapraz yerleştirilmiş çift barlı hastalar yaş, cinsiyet, simetri, aile öyküsü, pektus deformitesine eşlik eden ek anomaliler, operasyon süresi, postoperatif hastane yatış süresi, peroperatif komplikasyonlar, mortalite, morbidite, revizyon gerekliliği yönlerinden karşılaştırıldılar.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 225 paralel ve 51 çapraz bar hastasının ortalama yaşları sırasıyla 20.7 ve 20.09 olarak ölçüldü. Çapraz ve paralel bar yerleştirilmiş hasta gruplarında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Deformitede simetri-asimetri mevcudiyeti açısından inceleme yapıldığında çapraz bar uygulanmış hastaların daha çok simetrik deformiteye sahip olduğu anlaşılmıştır ($p<0.0001$). Çapraz gruba nazaran paralel bar grubunda aile öyküsünün daha fazla yer aldığı tespit edildi ($p<0.001$). Çapraz ve paralel her iki hasta grubunda deformiteye eşlik eden ek anomaliler, ortalama ameliyat süresi, peroperatif komplikasyonlar, revizyon gerekliliği açısından anlamlı farklılık görülmedi. Postoperatif morbidite açısından çapraz bar yönteminin (%9.8), paralel bar yöntemine (%0.4) göre daha fazla morbiditeyi beraberinde getirdiği gözlendi ($p<0.001$). Postoperatif dönemde ilk üç gün boyunca tüm hastalar hasta kontrollü intravenöz analjezi aldı. Ardından ağrı yönetimi için oral analjezikler yeterli oldu.

TARTIŞMA: Göğüs ön duvarı deformitelerinin çok çeşitli prezentasyonları mevcuttur. Pektus ekskavatumun cerrahi tedavisinde son yıllarda en çok tercih edilen yöntem Nuss metodudur. Daha iyi kozmetik sonuçlar için cerrahi onarımın standart tek barlı düzeltmenin dışına çıkabilmesi gereklidir. Çapraz bar yöntemi pektus ekskavatumun seçilmiş spesifik alt gruplarında tatmin edici kozmetik düzelme ile yüz güldürmektedir. Ancak beraberinde morbidite yükünün de olabileceği tespit edilmiştir. Morbiditenin yönetilebileceği tecrübeli pektus merkezlerinde kompleks prezentasyonlu zor vakalarda dahi Nuss yöntemi güvenle uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: çapraz, ekskavatum, konjenital, MIRPE, Nuss, pektus

SS-106

AKCİĞER NAKLİ SONRASI KARDİYAK KOMPLİKASYONLAR

Alkın Yazıcıoğlu[1], Sinan Türkkan[1], Mahmut Subaşı[1], Fatmanur Çelik Başaran[1], Mehmet Furkan Şahin[1], Hülya Özay[2], Mustafa Bindal[2], Hija Yazıcıoğlu[2], Orhan Maden[3], Sema Turan[4], Omaç Tüfekçioğlu[3], Erdal Yekeler[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi ve Akciğer Nakli Kliniği, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Akciğer nakli (LuTx) benign, terminal dönem, solunum yetmezliği olgularında uygulanan radikal tedavi yöntemidir. Ancak LuTx sonrası kardiyak komplikasyonlar önemli bir morbidite faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

MATERYAL-METOD: Mart 2013 – Temmuz 2018 arasında 50 LuTx gerçekleştirildi. SONUÇLAR: Akciğer nakli uygulanan olguların 42'si (%84) erkek, 8'i (%16) bayan olup ortalama yaş 47,7 idi. En sık etiyolojik faktör KOAH (n=16, %32) olup bunu IPF (n=14, %28) ve bronşektazi (n=6, %12) takip etti. Çift akciğer nakli 42 (%84) olguya; tek akciğer nakli 8 (%16) olguya uygulandı. İmplantasyonlar, 31 (%62) olguda ECMO desteğiyle; 2 (%4) olguda CPB ile gerçekleştirildi. Yirmi dokuz (%58) olgu ilk 48 saatte ekstübe edildi, trakeostomi 14 (%28) olguya uygulandı. Kardiyak komplikasyonlar 23 (%46) olguda görüldü. En sık karşılaşılan kardiyak komplikasyonlar aritmiler (n=18, %36) olup bunu myokard enfarktüsü (n=1, %2), kardiyomyopati (n=1, %2), perikardiyal efüzyon (n=1, %2) takip etti. Atrial fibrilasyon nedeniyle elektrik kardiyoversiyon 2 (%4) olguya uygulandı. Bir olguda post-op 6.gün kardiyak arrest meydana geldi. Atrial fibrilasyon/flutter ve ekstrasistollerin tedavisinde β-blokörler, kalsiyum kanal blokörleri ve amiodaron hidroklorür ilaçları en sık kullanılan medikal tedavi yöntemleriydi.

TARTIŞMA: Hipotansiyon, hipertansiyon, sinüs taşikardisi gibi patolojiler akciğer naklinden sonra, post-op erken dönemde, hemen bütün olgularda gözlenebilen kardiyak tablolardır. Antihipertansifler, pozitif inotrop, kronotrop ajanlar nakilden sonra hemodinamik stabilitenin sağlanmasında sıklıkla kullanılan ilaçlardır.

Organ nakilleri fiziksel ve emosyonel stresin en yüksek olduğu ameliyatlardır. Bu durum sempatik aktivite deşarjına ve aşırı katekolamin üretimine sebep olur. Ayrıca akciğer naklinden sonra gerçekleşen kardiyak remodelling'de, özellikle pulmoner basıncı yüksek olan olgularda kardiyak komplikasyonlar için risk faktörü oluşturur. Atrial fibrilasyon/flutter akciğer naklinden sonra sık görülen kardiyak komplikasyon olup tedavisi sıklıkla medikaldir; nadir olgularda elektrik kardiyoversiyon uygulanır. Takotsubo kardiyomyopatisi, akut ve geçici kardiyak sendrom olup dinamik EKG değişikliklerinin ayırıcı tanısında önemlidir. Myokard enfarktüsü ise koroner arterlerde akut obstrüksiyon sonucu ortaya çıkan ve myokard hasarına sebep olan ciddi bir tablodur.

Herhangi bir kardiyak komplikasyon; kardiyak output'un azalmasına, hemodinamik parametrelerin bozulmasına ve akciğer ödemine sebep olup erken dönem greft disfonksiyonu olasılığını arttırmaktadır. Greft disfonksiyonu ise kan gazı parametrelerinde bozulmaya (hipoksi, hiperkarbi, asidoz) sebep olup hastanın genel tablosunu kritik yaşam sınırına indirebilir. Uygun mayi dengesinin ayarlanması ve ihtiyaç halinde ECMO uygulaması ile hasta kritik süreçten uzaklaştırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer nakli, Aritmi, Kardiyak, Komplikasyon

SS-107

AKCİĞER KANSERİ-DIŞI HASTALIKLARIN ARAŞTIRILMASINDA VİDEO-MEDİASTİNOSKOPİNİN GÜNCEL ROLÜ

Serkan Yazgan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Mediastinal lenfadenopati ile seyreden hastalıkların araştırılmasında, video-mediastinoskopi değerli bir yöntemdir ve gold standart olarak kabul edilmektedir. Görüntünün ekrana alınması, işlemin bütün ameliyat ekibi tarafından izlenmesini sağlar ve görüntünün büyütülmesi de önemli bir avantajdır. Bu çalışma ile, akciğer kanseri-dışı hastalıkların araştırılmasında, video-mediastinoskopinin güncel rolü belirlenmeye çalışıldı.

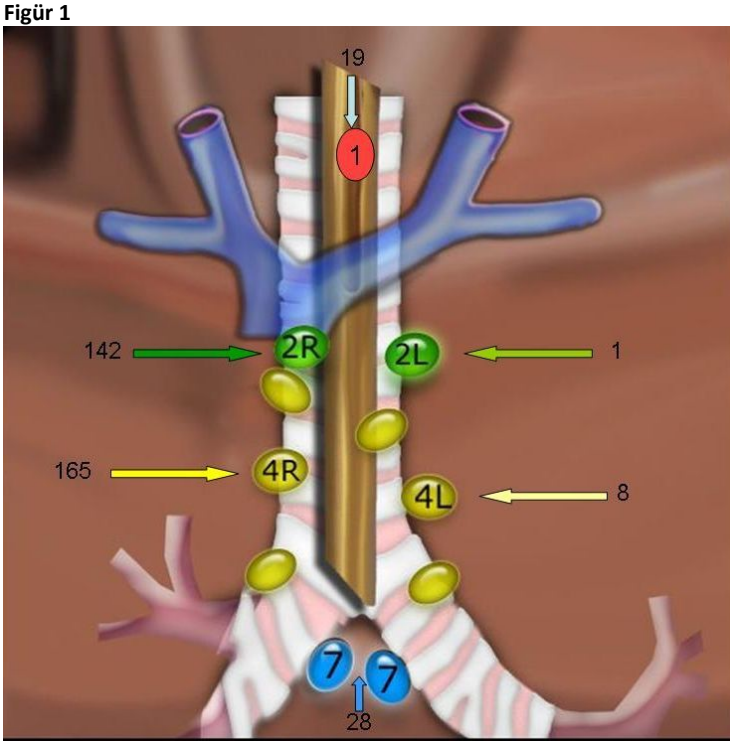
GEREÇLER ve YÖNTEM: Ocak 2006 – Temmuz 2018 tarihleri arasında, akciğer kanseri-dışı hastalıkların araştırılmasında, video-mediastinoskopi kullanılan tüm hastaların klinik parametreleri (yaş, cinsiyet, histolojik tanı, morbidite, mortalite) retrospektif olarak gözden geçirildi.

BULGULAR: Çalışma periyodu boyunca, mediastinal lenfadenopati ya da paratrakeal kitle nedeniyle, mediastenin histopatolojik değerlendirmesi için, 218 hastaya video-mediastinoskopi yapıldı. Hastaların 81'i (%37.2) erkek ve 137'si (%62.8) kadındı. Ortalama yaş 45.8'di (13-82 yaş aralığı). Mediastinal patolojilerin FDG PET/BT incelemelerinde, SUVmax değeri 2.7 ile 35.5 arasında olup, ortalama SUVmax: 11.2±6.4 idi. Video-mediastinoskopiden önce, toplam 150 (%68.8) hastaya, nondiagnostik transbronşiyal iğne aspirasyon (n=107, %49.1) veya endobronşiyal ultrasonografi (EBUS) eşliğinde transbronşiyal iğne aspirasyon biyopsisi (n=43, %19.7) yapılmıştı. Video-mediastinoskopi tüm hastalarda tanısaldı. Örnekleme yapılan lenf bezlerinin dağılımı incelendiğinde; en fazla örnek alınan lenf bezi istasyonunun 4R (n=165) olduğu görüldü (Fig.1). Tanılar sıklık sırasına göre sarkoidoz (n=106, %48.6), tüberküloz lenfadenit (n=59, %27.1), antrakozis lenfadenit (n=32, %14.7), lenfoma (n=8, %3.7), timik karsinom (n=3, %1.4), silikozis (n=1, %0.5), Churg Strauss Sendromu (n=1, %0.5), bronkojenik kist (n=1, %0.5), perikardiyal kist (n=1, %0.5), paratiroid adenomu (n=1, %0.5), eozinofilik pnömoniye bağlı lenfadenit (n=1, %0.5), ektopik tiroid (n=1, %0.5), tiroid karsinom metastazı (n=1, %0.5), meme karsinom metastazı (n=1, %0.5) ve over karsinom metastazı (n=1, %0.5) idi. Postoperatif morbidite beş (%2.3) hastada ve mortalite ise, postoperatif akut böbrek yetmezliği nedeniyle bir (%0.5) hastada gözlendi. Hastanede kalış süresi ortalama 1.5±0.9 gündü. Hasta karakteristikleri Tablo-1'de sunuldu.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Noninvaziv veya minimal invazif yöntemlerin tanıda başarısız olması halinde, video-mediastinoskopi ile tanıya ulaşmak, günümüzde en geçerli yoldur. Video-mediastinoskopinin bu kaçınılmaz gerekliliği, göğüs cerrahisi kliniklerinde yaygın olarak kullanılması sonucunu doğurmuştur. Çalışma sonuçları, tanı güçlüğü yaşanan mediastinal lenfadenopatilerde veya paratrakeal yerleşimli mediastinal lezyonlarda video-mediastinoskopinin, yüksek diagnostik yararlanımı nedeniyle kullanılması gerektiğini göstermektedir. Yeni tanı modalitelerinin artışına rağmen video-mediastinoskopi, hala en efektif olan yöntemdir ve gold standarttır.

Anahtar Kelimeler: Video-mediastinoskopi, lenfadenopati, granülomatöz hastalıklar

Figür 1



Örnekleme yapılan nodal istasyonların dağılımı.

Tablo 1

Değişkenler		n ± SD
Yaş ortalaması		45.8±14.7 (13-82)
Cinsiyet	Erkek/Kadın	81/137
SUVmax		11.2±6.4
Preoperatif FOB & EBUS		150 (%68.8)
Anestezi süresi (Dakika)		118.7±28.3
Hastanede kalış (Gün)		1.5±0.9
Peroperatif komplikasyon	Kanama	7 (%3.2)
Morbidite	Plörezi	2 (%0.9)
	Yara yeri enfeksiyonu	1 (%0.5)
	Akut böbrek yetmezliği	1 (%0.5)
	Pnömotoraks	1 (%0.5)
	Aritmi	1 (%0.5)

Video-mediastinoskopi yapılan hastaların karakteristikleri.

SS-108

AKCİĞER TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARIN TAKİBİNDE PATOLOJİK İNCELEMENİN ÖNEMİ

Funda Demirağ[1], Alkın Yazıcıoğlu[2], Sinan Türkkan[2], İbrahim Onur Alıcı[3], Erdal Yekeler[2], Nurettin Karaoğlanoğlu[4]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi ve Akciğer Nakli Kliniği Ankara
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitsi Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği İzmir
[4]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Ankara

GİRİŞ: Akciğer transplantasyonunda patolojik inceleme; preoperatif tanıyı, eksplant materyallerinin, kullanılmayan donör akciğerleri ve transbronşial biyopsilerin incelenmesini içerir. Hastaların takibinde transbronşial biyopsi ile akciğerin değerlendirilmesi temeldir. Bu biyopsilerde atılımın olup olamadığı araştırılırken atılım dışındaki patolojiler de tespit edilebilir. Ayrıca eksplant materyalleri incelenerek properatif tanının doğruluğu ile ek patolojiler araştırılır. Bu patolojilerin tespiti hastaların uygun tedavi alarak daha uzun yaşam sürmesini sağlayacaktır. Biz bu çalışmamızda eksplant materyallerindeki tanılarımızı ve posttransplant biyopsilerdeki bulgularımızın sıklığını ortaya koymaya çalıştık.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Akciğer nakli yapılan 49 olgunun eksplant materyalleri ile olgudan bir tanesi transtorasik biyopsi olmak üzere 171 protokol biyopsisi incelendi. Parafin takipten sonra takip biyopsilerden ardışık kesitler yapılarak hematoksilen eozin, masson trikrom, PAS, EZN, immünohistokimyasal olarak CD3, CMV, EBV ve C4d boyanarak incelendi. Uluslararası Kalp ve Akciğer Transplantasyonu Derneği (ISHLT) akciğer allograft atılım sınıflaması kullanılarak atılım derecelendi.

BULGULAR: 49 olgunun eksplant materyallerinin iki tanesinde malignite, bir olguda fibrokazeöz nodül izlendi. Posttransplant kontrol biyopsilerinde 13 (%7.6) adet değişik derecelerde akut atılım, 3 (%1.7) adet kronik atılım, 1 (%0.5) aspirasyon pnömonisi, 9 (%5.2) organize pnömoni ve 1 (%0.5) CMV pnömonisi izlendi. Ayrıca birer olguda Akut Fibrinöz Organize Pnömoni (AFOP), Langerhans hücreli histiositozis nüksü, Kaposi sarkomu, enfeksiyoz mononükleozis benzeri hiperplazi, meningotelial nodül, granülomatöz inflamasyon, üç olguda vanishing bronkus ile uyumlu bulgular tespit edildi.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Kontrol biyopsilerde en sık tespit edilen bulgu atılımdır. Transbronşial biyopsilerin CMV başta olmak üzere enfeksiyonların tespitinde duyarlılığı düşüktür. AFOP akut atılımın farklı bir morfolojik yüzü olabilir. Vanishing bronkus morfolojisi ise tüm olgularda benzer olup kendine özgü histopatolojik bulgular taşıdığını göstermiştir. Ayrıca eksplant materyalleri başta malignite olmak üzere ek patolojiler açısından dikkatle incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, rejeksiyon, transplantasyon

SS-109

BİLİNEN BİR MALİGNİTE ÖYKÜSÜ OLMAYAN OLGULARIMIZDA TANISAL VİDEO-MEDİASTİNOSKOPİ SONUÇLARIMIZ

Miktat Arif Haberal[1], Özlem Şengören Dikiş[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Çalışmamızda bilinen bir malignite öyküsü olmayan olgulara yapılan tanısal video-mediastinoskopinin (VM) cinsiyetler arası farklılığının literatür eşliğinde sunulması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Ocak 2015- Mayıs 2018 tarihleri arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'nden Göğüs Cerrahisi Kliniği'ne yönlendirilerek tanısal amaçlı VM işlemi yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, patolojik tanıları cinsiyetlerine göre kaydedildi.

BULGULAR: Tanısal amaçlı 109'u (%57) kadın,81'i(%43) erkek toplam 190 hastaya 193 VM işlemi uygulandı. Erkeklerin yaş dağılımı 18-81 (ort. 51.1), kadınların yaş dağılımı 17-72 (ort.47.2) idi. Hastaların bilinen bir malignite öyküsü yoktu. Üç hastaya re-mediastinoskopi yapıldı. VM yapılmış hastaların 85'i (%44.7) non-nekrotizan granülomatöz lenfadenit, 42'si (%22.1) nekrotizan granülomatöz lenfadenit, 39'u (%20.5) malignite, 18'i (%9.5) reaktif lenfadenopati, 6'sı (%3.2) antrakotik lenf bezi tanıları aldı (Tablo 1). Erkek hastalarda tanıda maligniteler (Tablo 2,4); kadın hastalarda tanıda nonkazeifiye granülomatöz lenfadenit ilk sırayı aldı (Tablo 3,5). Malignitelerin ilk sırasını erkeklerde adenokanser, kadınlarda lenfomalar oluşturdu. Üçünde minör kanama ve ikisinde geçici ses kısıklığı olmak üzere toplam 5 hastada postoperatif komplikasyon gelişti. İşlem sonrası hastanede kalış süresi ortalama 1.1 gün idi.

TARTIŞMA: Bilgisayarlı tomografinin yaygın kullanılmaya başlaması ile mediastinal lenf nodları hakkında daha detaylı bilgiler elde edilmeye başlanmıştır. Çapı 1cm'den büyük olan lenfadenopatilerin patolojik olma ihtimalinin yüksek olduğu, 1cm'nin altında ise metastaz saptanma olasılığının daha az olduğu belirlenmiştir (1). Yapılan çalışmalarda (2,3,4) mediastinoskopi uygulanan olgularda tanıda ilk sırayı sarkoidoz ve tüberkülöz almaktadır. Çalışmamızın sonuçları da literatür ile uyumluydu.Hastaların cinsiyetlere göre almış oldukları tanıları inceleyen bir araştırmada (2) erkek olgularda ilk sırayı malignite, kadın olgularda ise sarkoidoz almıştır.Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edildi. Servikal video-mediastinoskopide mortalite oranı %0-%0.5, morbidite oranı ise %1-%4.5 arasında değişmektedir (5). Çalışmamızda hiçbir hastada mortalite görülmedi.

SONUÇ: Video-mediastinoskopi düşük morbiditesi ve mortalitesi,yüksek tanı değeriyle akciğer kanseri evrelemesi ve mediastinal patolojilerin kesin tanısını koymada uygulanan çok değerli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: cinsiyet,patolojik tanı,video-mediastinoskopi

SS-110

KARTAL KOŞUYOLU Y.İ.E.A.H ORGAN NAKLİ MERKEZİNDE AKCİĞER NAKLİNDE ECMO VE NAKİL SONUÇLARIMIZ

Mustafa Vayvada[1], Sevkan Sultan Caner[2], Sevinç Çıtak[3], Nigar Ayşe Halis[4], Ali Yeğinsu[1], Erdal Taşçı[1]
[1]S. B. Ü Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araşırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul
[2]S. B. Ü Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları, İstanbul
[3]S. B. Ü. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul
[4]S. B. Ü. Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Akciğer nakli merkezimizde yapılan akciğer nakillerinde, ECMO desteğine ihtiyaç duyulan ve duyulmayan hastaların erken dönem sonuçları sunuldu.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Aralık 2016 tarihinden itibaren aktif hasta kabulüne başladık. Bu süreden itibaren 45 akciğer nakli gerçekleştirdik.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 46,8 idi (dağılım 14-64 yıl). 38'i erkek yedisi kadındı. Nakil endikasyonları 19 intertisyel akciğer hastalığı ve idiopatik pulmoner fibrozis, 8 kronik obstruktif akciğer hastalığı, 7 bronşiektazi, 3 kistik fibrozis, 2 lepidik tipte adenokarsinom, birinde retransplantasyon, ikisi silikozis, ikisi sarkoidoz ve birinde plöroparankimal fibroelastozis akciğer hastalığıydı. 6 hastaya tek, 39 hastaya biletaral akciğer nakli yapıldı. 30 hastada ECMO desteğine ihtiyaç duyuldu (7 akciğer nakline köprüleme, 23 periopertif ECMO kullanımı). 15 hastada ECMO desteği ihtiyacı olmadı (Tablo).

SONUÇ: Operasyon sırasında mortalite görülmedi. Erken dönem ilk 30 günlük mortalite 11 hastada (%24,5), ilk 90 günlük mortalite hastada 14(%31) görüldü. Akciğer nakline köprüleme amaçlı 7 hastada V-V ECMO kullanıldı. Bu hastaların üçünü kaybedildi ve mortalite %42,8 idi.

TARTIŞMA: Akciğer nakline aday hastaların uygun zamanlama ile nakil kliniklerine yönlendirilmesi ECMO ihtiyacını azaltacaktır. Son dönem akciğer hastalıklarında akciğer nakli güvenli ve başarılı bir tedavi yöntemi olmakla birlikte hastaların ECMO ihtiyacı olması mortaliteyi artıran bir durumdur. Bizde kliniğimizde ECMO kullanarak ve kullanmayarak yaptığımız akciğer nakillerinin literatür eşliğinde sunmayı planladık.

Anahtar Kelimeler: ECMO, akciğer nakli, sağ kalım,

Tablo1

	ECMO kullanılmayan	Peroperatif ECMO	Akciğer nakline köprüleme	TOPLAM
Cinsiyet E/K	14/1	17/6	7/0	38/7
Yaş	50,6	43,8	46,5	46,82
Tanı				
• İAH+İPF	7	9	3	19 (%42,2)
• KOAH	2	4	2	8 (%17,7)
• Bronşiektazi	3	4	-	7 (%15,5)
• Kistik Fibrozis	1	2	-	3 (%6,6)
• Lepidik Tip Adenokarsinom	-	1	1	2 (%4,4)
• Silikozis	1	1	-	2 (%4,4)
• Sarkoidoz	1	1	-	2 (%4,4)
• Plöroparankimal Fibroelastozis	-	1	-	1 (%2,2)
• Retransplantasyon	-	-	1	1 (%2,2)
Preop O2 tüketimi	2,83	3,27	5,6	3,6
FEV1 Litre	1,12	1,71	1,06	0,99
%	32,8	62,75	32	27,8
6 DYT Yapamadı	4	3	4	11
180 m altı	5	11	3	19
180 m üstü	6	9	-	15
Katater PAB s	41,2	49,47	42,3	45,59
PAB m	23,8	31,26	26,3	28
30 günlük mortalite	1 (%6,6)	7 (%30,4)	7 (%30,4)	11 (%24,4)
90 günlük mortalite	3(%20)	8(%34,7)	8(%34,7)	14(%31,1)
1 yıllık mortalite	3 (%20)	10 (%43,4)	10 (%43,4)	17 (37,7)

Akciğer Naklinde ECMO

SS-111

BRONŞEKTAZİ ŞİDDETİ DEĞERLENDİRİLMESİNDE BRONŞEKTAZİ ŞİDDET İNDEKSİ VE FACED SKORU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hikmet Çoban
sağlık bakanlığı sakarya üniversitesi tıp fakültesi eğitim ve araştırma hastanesi göğüs hastalıkları ana bilim dalı, sakarya

GİRİŞ: Bronşiektazi tanılı aynı hastalarda, hastalığın prognozu açısından valide edilmiş iki farklı skorlama olan FACED skoru ve Bronşektazi Şiddeti İndeksi (BSI) skorlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

METHOD: Bronşiektazi tanısı alan 94 hastanın (51 erkek ve 43 kadın) dahil olduğu kesitsel bir çalışma yapıldı. Tüm hastalara FACED (% FEV1, yaş, Pseudomaonas aeruginosa ile kronik kolonizasyon, hastalığın radyolojik boyutu ve dispne) ve BSI'da (yaş, vücut kitle indeksi,% FEV1, hastaneye yatışı, önceki yıldaki alevlenmeler, dispne, Pseudomaonas aeruginosa ve diğer mikroorganizmalar ile kronik kolonizasyon ve hastalığın radyolojik kapsamı) değişkenlerin yer aldığı skorlamalar yapıldı. FACED ve BSI skorlarına göre bronşiektazi şiddeti heaplandı. Her iki skorlama şiddeti arasındaki ilişki incelendi.

SONUÇLAR: FACED skoruna göre hafif bronşiektazili 59 hasta (% 62.8), orta derecede bronşiektazili 27 (28.7)hasta ve ile ciddi bronşiektazili 8 (% 8.5) hasta bulundu. Düşük, orta ve yüksek BSI olan hastaların sıklığı sırasıyla 41 (4%3.6), 23 (%24.5) ve 30 (%31.9)idi. Ortalama FACED ve BSI skorları sırasıyla 2.0±1.9 ve 6.6±4.8 saptandı. FACED ve BSI skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlemlendi. Her iki skorlama arasında Fisher's exact testi (p <0.0001), tau-b de Kendall (0.677; p <0.0001) bulundu. Her iki skorlama bronşiektazi şiddetine göre gruplandıktan sonra eşleştirilmiş örneklere Wilcoxon testi uygulanmıştır. Her iki skorlamanın anlamlı olarak farklı olduğu (p <0.0001), BSI ölçeğinin en yüksek puanları gösterdiği bulunmuştur. Bu test ile iki ölçek arasında% 62.7'lik bir uyuşma(59 eşitlik / 94 = 0.627) tespit edilmiştir. Kappa testi (κ = 0.408, p <0.0001), iki ölçek arasında% 68 oranında bir uyuşma olduğunu da göstermiştir.

TARTIŞMA:
İki ölçek arasındaki anlamlı korelasyon olmasına karşı FACED skoruna göre hastaların daha yüksek bir BSI ile skorlanma eğilimi göstermektedir. Bu durum BSI skorlamasında BMI, hastaneye yatma ve alevlenmeler, diğer mikroorganizmalar tarafından kronik kolonizasyon ve HRCT de kistik bronşektazinin varlığı gibi parametrelerin değerlendirmesinden dolayı olabilir.

Anahtar Kelimeler: bronşiektazi, bronşiektazi şiddet indeksi, FACED skalası

Eşleştirilmiş örnekler için yüzdelik ve Wilcoxon testi sonuçları

Table 2. % conditioned and Wilcoxon test for paired samples.

% score FACED conditioned by BSI score

		Low BSI	Intermediate BSI	High BSI
FACED	Mild bronchiectasis	100.0%	56.5%	16.7%
	Moderate bronchiectasis	0.0%	44.5%	56.6%
	Severe bronchiectasis	0.0%	0.0%	26.7%

% score BSI conditioned hair score FACED

		Mild bronchiectasis	Moderate bronchiectasis	Severe bronchiectasis
BSI	Low BSI	71.2%	0.0%	0.0%
	Intermediate BSI	20.3%	37.0%	0.0%
	High BSI	8.5%	63.0%	100.0%

Wilcoxon test for paired samples		N	p
BSI – FACED	Positive ranks (BSI > FACED)	35	<0.0001
	Negative ranks (BSI < FACED)	0	
	Ties (BSI = FACED)	59	
	Total	94	

Çalışmaya Katılan Hastaların Genel Özellikleri

	Hastalar (n = 94)
Erkek/Kadın (N-%)	51/43(54.3/45.7)
Yaş (yıl)	51±15.4
BMI (kg/m2)	26.7±5.5
FVC (%)	63.0±22.2
FEV1(%)	55.0±22.5
FEV1/FVC (%)	70.8±14.2
Pseudomonas aeruginosa N(%)	11(11.7)
Diğer mikroorganizma N(%)	11(11.7)
Etkilenen lob sayısı	2.7±1.1
Son iki yılda hastaneye yatış sayısı	0.3±0.8
Son bir yılda alevlenme sayısı	2.0±2.2
BSI Skoru	6.6±4.8
FACED Skoru	2.0±1.9

SS-112

PNÖMOKOK VE İNFLUENZA AŞILAMA SIKLIĞI İLE SAĞLIK OKUR YAZARLIĞI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özge Aydın Güçlü[1], Hakan Demirci[2], Gökhan Ocakoğlu[3], Yasin Güçlü[2], Mehmet Karadağ[4]
[1]Boyabat 75. Yıl Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Sinop
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Bursa
[3]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Bursa
[4]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

GİRİŞ: Sağlık okuryazarlığının boyutu; tıbbi kavramları okuma, dinlediğini anlama, analitik düşünme ve kararlar alma becerilerinin eksikliği ile ortaya konulmaktadır. Aşıların, aşılar ile önlenebilir hastalıklardan sakatlanma, hastalanma ve ölüm riskinde azalma sağladığı kanıtlanmıştır. Buna rağmen hastalar bu kanıtlara itiraz etmeye ve dünyanın pek çok yerinde aşıları reddetmeye devam etmektedir.

AMAÇ: Çalışmamızda pnömokok ve influenza aşılama durumu ile sağlık okuryazarlığı (SOY) ilişkisinin değerlendirilmesini amaçladık.

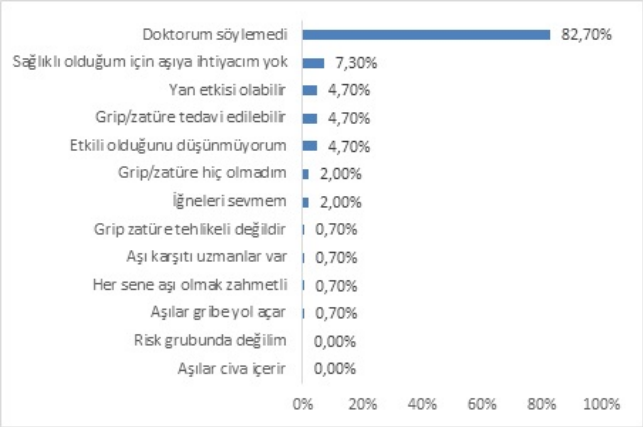
METOD: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun verdiği etik kurul onayı ile Yıldırım Bölgesinde Aile Sağlığı Merkezi'ne ve Göğüs Hastalıkları Polikliği'ne başvuran 18 yaş ve üzeri hastalara; Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği olan "Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği" uygulanıp her bir hastanın demografik özelikleri, sigara kullanım öyküsü, komorbid hastalıkları, pnömokok ve influenza aşılanma durumları ve dispne düzeyleri değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmamıza yaş ortalaması 62.62±12.42(30:90) olan, 81(%51.9)'i kadın, 75(%48.1)'i erkek toplam 156 hasta dahil edildi. SOY genel ve alt indeksler dağılımı Tablo 1'de özetlenmiştir. Pnömokok ve influenza aşılanma durumunun SOY ile olan ilişkisi değerlendirildiğinde SOY ve son bir sene içerisinde pnomokok ve influenza aşılanması arasında ilişki saptanmamıştır. İnfluenza aşısı yaptıranlarda erkeklerin oranı daha yüksek olup pnömokok aşısı yaptıranlarda cinsiyete göre fark bulunmamıştır. Yaş ve eğitim durumunun pnömokok ve influenza aşılanmasında etkili olmadığı tespit edilmiştir. SOY grupları arasında mMRC evrelemesine göre fark saptanmıştır. Alt grup analizlerde, Evre1 olan hastaların oranının yeterli SOY grubunda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Komorbidite sayısı influenza aşısı yaptıranlarda daha yüksek bulunmuştur. Son 1 yılda hastane yatış oranı pnomokok aşısı yaptıranlarda daha yüksek bulunmuştur. Son 1 yılda hastane yatışı ve acil başvurusu olan hastaların influenza aşılanma oranı daha yüksek bulunmuştur. Son 1 yılda grip nedenli hastane başvuru oranı grip aşısı yaptıranlarda daha düşük bulunmuştur. Pnomokok aşısı yaptıranlar ve yaptırmayanlar arasında son 1 yılda zatüre nedenli hastane başvuru oranına göre fark saptanmamıştır. Hastaların aşı olmama sebepleri Resim-1'de özetlenmiştir. Yetersiz SOY grubunda doktoru söylemedi için aşı olmadığını belirtenlerin oranı daha yüksek saptanmıştır.

TARTIŞMA-SONUÇ: Çalışmamızda SOY durumunun aşılanmayı etkilemediğini, aşı olmayan hastaların çok büyük kesiminin hekim tarafından önerilmediği için aşı olmadığını tespit ettik. Hekimlerin grip ve pnömokoklara karşı aşılama konusundaki bilgi ve tutumlarının belirlenip aşılanmaya yönelik uygulanan eğitim çalışmalarının planlanması ile kişilerin aşı uygulanmasının arttırılmasına yardımcı olunabilir.

Anahtar Kelimeler: influenza, pnömokok, aşı, sağlık okur yazarlığı

Resim 1



Hastaların aşı olmama sebepleri

Tablo 1

	Yetersiz SO(%)	Sorunlu SO(%)	Yeterli SO(%)	Mükemmel SO(%)
Genel SO	%69.90	%17.30	%10.90	%1.90
Sağlık Hizmeti SO	%21.80	%32.10	%39.10	%7.10
Hastalıktan Korunma SO	%77.60	%11.50	%8.30	%2.60
Sağlığın İyileştirilmesi SO	%73.70	%17.30	%7.10	%1.90

SOY genel ve alt indeksler dağılımı

SS-113

SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ERİŞKİN AŞILANMA VE HASTALARI AŞIYA YÖNLENDİRME DURUMLARI

Merve Hörmet[1], Vildan Kocatepe[2], Özlem Oruç[1], Nermin Özer Yılmaz[3]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eah, İstanbul
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

AMAÇ: Çalışmanın amacı sağlık profesyonellerinin erişkin aşılanma ve hastaları aşıya yönlendirme durumlarını incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, 2018 yılında Mayıs – Temmuz ayları arasında bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan sağlık profesyonellerinin (n=136) katılımıyla gerçekleştirilmiştir.Çalışmada veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan "Erişkin Aşılanma Anketi" kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan bireylerin %74,3 (n=101)'ü kadın, %25,7 (n=35)'si erkektir ve yaş ortalamaları 29,985± 7,332'dir. Sağlık profesyonellerinin %35,3' ü doktor, %63,2'si hemşire, %1,5'si sağlık memurudur.Katılımcıların %33,8'i daha önce mevsimsel inflüenza, %9,6'sı pnömoni, %3,7'si hepatit B, %9,6'sı hepatit A, %1,5'i menenjit geçirmiştir. Katılımcıların %23,5'i sigara içmektedir. Sigara içenlerin %31,2'si sigara içmenin pnömokok aşılanma için endikasyon olduğunu bilmekte; %43,8'si sigara içtiği için aşı yaptırmayı düşünmektedir. Katılımcıların % 79,4 erişkin aşısı yaptırmıştır. Katılımcıların %26,9'u mevsimsel inflüenza aşısı, %3,7'si pnömoni, %78,7'si hepatit B, %24,1'i hepatit A, %36,1'i difteri –tetanoz, %8,3'ü menenjit aşısı olmuştur. Sağlık profesyonellerinin % 67,6'sı aşılarını devlet veya eğitim araştırma hastanelerinde yaptırmıştır.Katılımcıların %63'ü aşı yaptırmasının sebebini faydasına inandığı, %25,9'u doktoru önerdiği için olduğunu belirtmiştir.Katılımcıların %11,8'i erişkin aşılanma bilgi düzeyini çok iyi, %61'i yeterli olarak değerlendirmiştir.Doktorların %83,3'ü, hemşire ve sağlık memurlarının %19,8'i hastalarını pnömokok aşısı için bilgilendirerek aşı odasına yönlendirmektedir.Doktorların %12,5'i, hemşire ve sağlık memurlarının %33,7'si hastaların aşılara nasıl ulaşabileceğini ve onları nasıl yönlendirebileceğini bilmediği için; hemşire ve sağlık memurlarının %26,7'si aşı takvimini bilmediği için hastalarını aşı odasına yönlendirmediklerini bildirmişlerdir. Doktorların %45,9'u pnömokok aşısı yaptırdığı hastasında aşının faydasını gördüğünü belirtmiştir.Doktorların %89,6'sı konjuge pnömokok aşısının, %75'inin de polisakkarid pnömokok aşısının riskli gruplarda ve 65 yaş üstünde ücretsiz olarak aile hekimlerinde ve yataklı kurumlarda yaptırılabileceğini bildiğini ifade etmiştir.Doktorların %41,7'si hemşire ve sağlık memurlarının ise %62,8'i mevsimsel grip aşısını hiç yaptırmadığını ifade etmiştir. Doktorların %89,6'sı, hemşirelerin %57'si pnömokok aşıları ile ilgili risk faktörleri olsa aşı yaptırabileceğini belirtmişlerdir.Sağlık profesyonelleri erişkin aşılanma ile ilgili bilgilendirilmelerin %58,8'i tıbbi toplantılar, %43,4'ü aşı kampanyaları, %45,6'sı kamu spotu, %36'sı basılı materyal yoluyla yapılmasını istemiştir.

TARTIŞMA: Çalışmanın sonucunda sağlık profesyonellerinin erişkin aşılama hakkındaki tutumları farkındalıkları ve bilgi düzeyleri doğrultusunda değişmektedir.Bu sonuçlar bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmış olup çok merkezde yapıldığında farklı sonuçlar çıkabilir.Özellikle erişkin aşılamada risk faktörlerinin iyi anlaşılması ve anlatılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanlarının Erişkin Aşılamadaki Tutumu,Hastaların Aşı Hakkında Bilgilendirilmesi,Hastaların Yönlendirilmesi

SS-114

ERİŞKİN KİSTİK FİBROSİS DIŞI BRONŞEKTAZİ VAKALARINDA İNHALE KORTİKOSTEROİD KULLANIM PREVELANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Elif Yelda Niksarlıoğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Bronşektazi gibi kalıcı hava yolu dilatasyonu ile karakterize kronik bir hastalıktır. Birçok olgu nefes darlığı ve öksürük gibi solunumsal semptomları olduğu için inhaler ilaçlar kullanmaktadır. Ancak bu hastalarında inhaler kortikosteroid (İKS) kullanımı ile ilgili yeterli yayın bulunmamaktadır. Çalışmada erişkin nonkistik fibrosisli bronşektazi olgularında İKS kullanım prevelansını belirlemek, İKS tipini ve kullanan hastaların özelliklerinin araştırması planlanmıştır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya son 1 yıl içinde akciğer yüksek çözünürlüklü toraks bilgisayarlı tomografisi ile bronşektazi tanısı almış stabil dönemdeki 221 vaka prospektif olarak dahil edildi. Olguların sigara kullanım öyküleri, tanı süresi, komorbiditeleri kullandıkları ilaçlar sorgulandı. Ayrıca solunum fonksiyon testleri ve radyolojik ağırlığı belirlemek için reiff skorları kaydedildi.

BULGULAR: Ortalama yaş 49.6±15.3 yıl(aralık 18-85) ve 122(%55.5) vaka kadındı. Hastaların 94(%42.8)'de sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Olgularda ensik rastlanan komorbiditeler hipertansiyon(49, %22.3), kronik obstruktif akciğer hastalığı(39, %17.7), astım(39, %17.7), diyabet(36, %16.4) ve gastroözefagial reflü(10, %4.3) idi.

Olguların 168 (%76.4)'de İKS kullanımı mevcuttu. IKS tiplerine bakıldığında 93(%55.4)'ü budesonide, 56(%33.3)'sı flutikazon, 19(%11.3)'u beklametazon kullanıyordu. Hastaların 148(%67.3)'de uzun etkili betamimetik kullanımı, 89 (%40.5)'da uzun etkili antimuskarinik, 80 (%36.4)'de her ikisi birden kullandığı belirlendi. Olgular İKS kullanmayanlar (grup I) ve kullananlar (grup II) olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında yaş, sigara kullanım miktarı, tanı süresi açısından fark saptanmadı. Ancak grup II'de kadınlar olguların daha fazla olduğu (97 (%80.2) vs 66 (%68), p=0.029), öksürük (37(%21.8) vs 133(%78.2), p 0.038) ve dispnenin (34 (%19.1) vs 144 (%80.9), p 0.001) daha sık görüldüğü saptandı. Reiff skorunun grup II'de daha yüksek olduğu (4.03±2.33 vs 5.41±3.05, p 0.003) görüldü. Solunum fonksiyon testi parametrelerine bakıldığında FEV1 mutlak değeri, FEV1% beklenen değeri, FVC mutlak değeri, FVC % beklenen değeri ve FEV1/FVC oranının grup II'de daha düşük saptandı. Olguların nebülizatör, evde oksijen konsantratörü ve evde non invazif mekanik ventilatör kullanımı açısından gruplar arası fark saptanmadı.

SONUÇ: Bronşektazi vakalarında İKS kullanım prevelansı %76.4 olarak saptanmıştır. Bu olguların KOAH ve astım gibi hava yolu hastalıklarından bağımsız olarak daha semptomatik oldukları belirlenmiştir. Ayrıca hem radyolojik hem de solunum fonksiyon parametreleri açısından daha ağır hastalardır. Ancak bronşektazi olgularında IKS kullanımının astım ve KOAH olgularındakine benzer şekilde morbidite ve mortalite üzerine etkisini belirlemek için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, prevelans, reiff skoru, semptom, steroid tedavi

SS-115

BOCAVİRÜSLÜ ÇOCUK HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

Oğuz Eğil, Eda Zeynep Büyükkaya, Sevgi Pekcan
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

İnsan Bocavirüsü (HBoV) çocuklarda sık görülen bir akut solunum yolu enfeksiyonu ajanıdır. Diğer komorbiditelerden bağımsız olarak infantlarda solunum yolu enfeksiyonlarına yol açabilir. Bu çalışmamızda Ocak 2013-Aralık 2017 ayları arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarına başvuran 0-18 yaş arası HBoV pozitif bulunan çocukların epidemiyolojik ve klinik özelliklerini derledik. 2013 ve 2017 yılları arasında toplam 110 çocuk HBoV pozitif bulundu. Bunlardan %48,1'i erkek (n=53) %51,9'u kız (n=57) idi. %7,2'si 1 yaş altı (n=8), % 33,6'sı 1 yaşında (n=37), %38,2'si 2-4 yaş arası (n=42), %12,7'si 5-9 yaş arası (n=14) ve %8,1'i 10-17 yaş arasında (n=9) idi. %27'si kış aylarında (n=27), %23'ü ilkbahar aylarında (n=23), %40'ı yaz aylarında (n=45) ve %10'u sonbahar aylarında (n=11) hasta olmuştu. En sık bildirilen üç şikayet sırasıyla öksürük, hırıltı ve ateş idi. Vakaların %28,1'inde lökosidoz, %2,7'sinde lökopeni, %30,9'unda lenfosidoz, %2,7'sinde lenfopeni mevcuttu.%43,6'sında yatış ihtiyacı oldu (n=48) ve ortalama yatış süresi 7,5 gün idi. 1 vaka öldü. Ölen hastanın ağır immün yetmezlikli olması dikkat çekici bir özelliği idi.
Sonuç olarak diğer viral enfeksiyonlarda da olduğu HBoV enfeksiyonunda da 0-1 yaş aralığında insidansının arttığı ve en sık yaz aylarında görüldüğü dikkat çekti.

Anahtar Kelimeler: Bocavirüs, Enfeksiyon, Çocuk

SS-116

BRONŞEKTAZİLİ HASTALARDA BAKTERİYEL KOLONİZASYON

Turgay Yılmaz Kilic[1], Kemal Can Tertemiz[2]
[1]Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Bronşektazili olgularda bakteriyel kolonizasyon morbiditeyi etkileyen faktörlerin başında yer alır. Çalışmamızda stabil dönemde balgam kültürü yapılmış bronşektazili olguların özellikleri araştırıldı.

METOD: Göğüs hastalıkları kliniğinde takip edilen ve balgam kültürü olan 100 bronşektazili hastanın verileri değerlendirildi.

BULGULAR: 60 kadın, 40 erkek hastanın ortalama yaşı 55 idi. Toplam 38 olgunun balgam kültüründe bir veya daha fazla bakteri üremesi saptandı. H.influenza 19(%36), P.aeurginosa 17(%32), S.pneumonia 7(%13), M.catarhallis 6(%11), S.aureus 2(%4) ve E.coli 2(%4) olguda saptandı. FEV1 değeri ≤%60 olan olgularda balgam kültüründe üreme oranı %52 saptanırken, %60'ın üzerinde olan olgularda %30 oranında üreme saptandı (p=0.032). Bilateral bronşektazisi olan olgularda balgam kültüründe üreme oranı %61 (28/46) saptanırken tek taraflı olgularda %18 (10/54) oranında saptandı (p<0.001). H.influenza üreyen 19 olgunun 3'ünde B-laktamaz aktivitesi, 2'sinde penisilin, 1'inde eritromisin direnci saptandı, levofloksasin direnci saptanmadı. P.aeuriginosa üreyen 17 olgunun 4'ünde karbapenem, 2'sinde siprofloksasin, 1'er olguda seftazidim, gentamisin, amikasin, sulbaktam-sefaperazon, pip-tazo direnci saptandı, tobramisin direnci saptanmadı. S.pneumonia üreyen 7 olgunun 2'sinde B-laktamaz aktivitesi, 2'sinde penisilin direnci, 1'inde eritromisin direnci saptandı, levofloksasin direnci saptanmadı. M.catarhallis üreyen 6 olgunun 4'ünde B-laktamaz aktivitesi, 2'sinde penisilin direnci, 1'inde eritromisin direnci saptandı, levofloksasin direnci saptanmadı.

SONUÇ: Bronşektazili olgularda solunum fonksiyon testlerinde düşme ve bronşektazinin bilateral olması durumunda bakteriyel kolonizasyon riski artmaktadır. H.influenza ve P.aeuriginosa en sık üreyen iki mikroorganizmadır.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, göğüs hastalıkları,kolonizasyon

Balgam kültüründe üreme olması ile fonksiyonel parametreler arasındaki ilişki.

	Balgam kültüründe üreme var	Balgam kültüründe üreme yok	p
n	38	62	
FEV1 (lt)	1.67	2.07	0.006
FEV1 (%)	64.2	73.2	0.013
FVC	2.33	2.6	>0.05
FVC%	74.3	76.5	>0.05
FEV1/FVC	72.1	78.4	0.010

SS-117

HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİ ALACAK HASTALARIN GÖĞÜS HASTALIKLARI YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nazım Ata[1], Sinan Akay[2]
[1]Yunus Emre Devlet Hastanesi, Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezi, Eskişehir
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Hastanın 1 ATA basınçtan daha yüksek basınçlı bir kabinde, %100 oksijen soluması ile uygulanan medikal tedavi yöntemine hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) denir. HBOT diyabetik ayak, iyileşmeyen yara gibi elektif vakalarda uygulanabildiği gibi; karbondioksit intoksikasyonu, arteriyel gaz embolisi ve retinal arter oklüzyonu gibi hastalıklar için de acil tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır. Bu tanılarla başvuran hastalar dış merkezlerden hiperbarik oksijen tedavi merkezlerine gönderilirken çok hızlı bir şekilde değerlendirildiği için HBOT komplikasyonları açısından uygun şekilde değerlendirilmeyebilmektedir.

Sunumuzda retinal arter oklüzyonu ve karbonmonoksit intoksikasyonu tanılarıyla merkezimize HBOT almak üzere sevk edilen iki ayrı hastanın göğüs hastalıkları açısından nasıl değerlendirildiği sunularak hiperbarik okisjen tedavisine sevk edilecek hastaların göğüs hastalıkları açısından hangi konularda dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerektiği konusu tartışılacaktır.

İlk vakamız karbonmonoksit intoksikasyonu tanısı ile takip edilen 51 yaşında erkek hasta idi. COHb düzeyi %42 idi, nörolojik ve kardiyolojik herhangi bir bulgusu yoktu. Ek bir hastalığı olmadığı bilgisi alındı ve hasta tedaviye kabul edildi. Hasta HBOT merkezine başvurduktan sonra alınan anamnezinde 15 yıl önce akciğer kisti nedeni ile operasyon geçirdiği bilgisi alındı. Takip eden klinisyenle görüşülüp PA AC grafisi istendiğinde grafinin uygun şartlarda çekilmediği, yorumlanabildiği kadarıyla da her iki akciğer alt zonlarda havalılığın azaldığı izlendi. Hastaya tedaviye alınabileceği ancak pnomotoraks riski olduğu anlatıldı; hasta tedaviyi kabul etmedi. İkinci vakamız ise retinal arter oklüzyonu tanısı ile merkezimize sevk edilen 68 yaşında kadın hasta idi. Hastanın kontrol altında HT hastalığı haricinde ek bir hastalığı olmadığı bilgisi alındı ve hasta kabul edildi. Hasta merkeze başvurduktan sonra alınan anamnezinde KOAH hastalığı olduğu bilgisi alındı. Takip eden klinisyenle görüşülüp PA AC grafisi istendiğinde; AC grafisi normal sınırlarda olarak değerlendirildi. PA AC grafisinde tespit edilememiş bül-blep varlığında pnomotoraks ile karşı karşıya kalabileceğimiz bilgisi verildi, hastanın kabul etmesi üzerine tedavi verildi. 10 seanslık tedavisinde herhangi bir problem olmadı.

Göğüs cerrahisi geçirmiş ya da pnömotoraks hikayesi olan hastalar HBOT öncesinde mutlaka ayrıntılı olarak değerlendirilmeli; gerekirse HRCT gibi hassas bir yöntemle hava hapsine yol açan bir lezyon varlığı aranmalıdır. Her şeyden önemlisi HBOT'ne hasta gönderen anestezi, acil, göz gibi hekimler ve bu hastaları değerlendiren özellikle göğüs ve kardiyoloji uzmanları HBOT 'nin kontrendikasyonları ve komplikasyonları konusunda bilgi sahibi olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hiperbarik oksijen tedavisi, pnomotoraks, basınç

SS-118

GÖĞÜS HASTALIKLARI SERVİSİNDE VENÖZ KAN GAZLARI ARTER KAN GAZLARI YERİNE KULLANILABİLİR Mİ?

Ebru Şengül Parlak
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Solunum yetmezliği (SY), solunum sisteminin gaz değişim fonksiyonlarının bozulması ile karakterize bir sendromdur. SY tanısını doğrulamak ve yetmezliğin ağırlığını belirlemek amacıyla arter kan gazı (AKG) analizi gerçekleştirilir. Son yıllarda acil serviste yapılan çalışmalarda, SY tanısında venöz kan gazlarının (VKG), AKG yerine kullanılabileceği ileri sürülmüştür. Primer pulmoner patolojilere sekonder gelişen SY'de, VKG'nin AKG yerine kullanılabilirliği konusunda yeterli veri mevcut değildir.

Bu çalışmanın amacı; primer akciğer hastalıklarına sekonder gelişen solunum yetmezliğinde VKG'nın AKG'ı yerine kullanılabilirliğini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu prospektif, kesitsel çalışma Aralık 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde yapıldı. Çalışmaya primer akciğer hastalıkları nedeni ile solunum yetmezliği gelişen ve göğüs hastalıkları servisine yatırılan 86 hasta dahil edildi. AKG'nın yatış sonrası en geç 1 saat içerisinde göğüs hastalıkları hekiminin gözetiminde, monitorizasyon sonrası, en fazla 5 dakika oksijensiz bırakılarak, pulse oksimetre ile oksijen saturasyonu (SpO2) <%90 olduğu görüldüğünde alınması planlandı. VKG'nın periferik bir venden eş zamanlı (en fazla 5 dk ara ile) alınması planlandı. Olgularda AKG ve VKG ilişkisi araştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 86 olgunun yaş ortalaması 70.89±15.54'di. Olguların 36'sı (%41.9) kadın, 50'si (%58.1) erkekti. 66'sı (%76.7) tip 1, 20'si (%23.3) tip 2 solunum yetmezliğine sahipti. Solunum yetmezliği nedenleri tablo 1'de gösterildi. Olguların arter-venöz kan gazı ilişkisi tablo 2'de gösterildi. Arter-venöz kan gazlarında pH, pCO_2, HCO_3 ve baz açığı değerlerinde pozitif korelasyon mevcuttu. pH için ortalama fark 0.035, %95 CI [-0.12-0.19], pCO_2 için ortalama fark -5.45, %95 CI [-6.98-(-3.92)] bulundu.

TARTIŞMA: AKG, asit baz dengesi ve solunum fonksiyonlarını değerlendirmek için kullanılan standart bir yöntemdir. Günümüzde, SY olan bir hastanın izleminde pulse oksimetre ile SpO2 takibi, sık arter kan gazı ölçümünü engelleyerek büyük kolaylık sağlamakla birlikte asit-baz dengesinin değerlendirilebilmesi için kan gazı analizinin yapılması gerekmektedir. Ancak AKG hasta için ağrılı bir işlemdir ve aynı zamanda nadir de olsa komplikasyon gelişebilir. Literatürde az sayıda çalışmada VKG'nın AKG yerine kullanılabilirliği konusunda veri mevcuttur. Bu çalışmada özellikle pH ve pCO_2 değerlerinde, AKG ve VKG arasında anlamlı korelasyon izlenmiştir. Bu bulgular göğüs hastalıkları servisinde solunum yetmezliği nedeni ile izlenen olgularda asit baz dengesini değerlendirmede VKG'nın AKG yerine kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: solunum yetmezliği, arter kan gazları, venöz kan gazları

Tablo 1. Solunum yetmezliği nedenleri

Solunum yetmezliği etiyolojisi	n=86 (%)
Pnömoni	38 (44.2)
KOAH akut atak	22 (25.6)
Malignite	9 (10.5)
Pulmoner emboli	7 (8.1)
Konjestif kalp yetmezliği	6 (7)
Astım atağı	3 (3.5)
İnterstisyel akciğer hastalığı akut hecme	1 (1.2)

Tablo 2. Solunum yetmezliğinde arter ve venöz kan gazlarının korelasyonu

Değişkenler	AKG (n=86) ort±SD	VKG (n=86) ort±SD	r	p
pH	7.371±0.53	7.335±0.54	0.780	0.001
pCO2 (mmHg)	49.27±10.61	45.73±12.97	0.879	0.001
pO2 (mmHg)	52.56±5.46	35.16±6.88	0.133	0.224
SO2 (%)	86.58±4.01	60.59±15.09	0.089	0.414
HCO3 (mmol/L)	25.67±5.91	26.66±5.51	0.817	0.001
Baz açığı (mmol/L)	2.43±5.5	2.15±5.0	0.817	0.001

AKG; Arter kan gazı, VKG; Venöz kan gazı

SS-119

SAYI MI YETERSİZ? DAĞILIM MI BOZUK?

Nurdan Veske Şimşek, Nurdan Kalkan, Sedat Altın, Esma Nur Aktepe, Gülşah Günlüoğlu, Handan Altın
Sağlık Bilimleri Üniversitesi SB Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Göğüs Hastalıkları uzman sayısının ülkemizde yeterli olup olmadığı konusunda değişik görüşler mevcuttur. Bazılarına göre sayı yetersiz, bazılarına göre sayı yeterli ama dağılım bozuktur. Bu araştırmada bu konuyu netleştirmek için, Sağlık Bakanlığı tarafından belirli aralıklarla yayınlanan Personel Dağılım Cetveli (PDC) ile mevcut durumu karşılaştırmak amaçlanmıştır.
Materyal & METOD: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü verilerinden faydalanılarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

BULGULAR: 2018 Mayıs sonu itibariyle ülkemizde mevcut 1946 göğüs uzmanından 1220'si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışmaktadır. Bu uzmanlarımızın 329 kurumda çalıştığı görülmektedir.
Buna karşın, Mayıs sonu yayınlanan PDC'de 388 kurum için 1589 kadro açılmıştır. Buna göre PDC'de olduğu halde 59 kurumda göğüs hastalıkları uzmanı yoktur ve sadece 24 (% 6) kurumda PDC'den fazla uzman çalışırken, 110 (% 28) kurumda eşit uzman, 254 (% 66) kurumda ise, PDC'dekinden daha az uzman çalışmaktadır.

Bu uzmanların PDC'ye göre 925'i (% 58) 2.basamak, 664'ü ise, 3.basamak olarak planlanmışken, halen 609 (% 50)'u 2.basamakta, 611'i de 3. Basamakta hizmet vermektedir. 2. Basamakta planlanan uzman sayısından 316 (% 34) daha az sayıda göğüs uzmanı istihdam edilirken, 3. Basamakta ise, 53 (% 8) eksik uzmanla hizmet sürdürülmektedir.

İl bazında bakıldığında 4 ilde (Ardahan, Kırşehir, Konya, Nevşehir) PDC ile mevcut uzman sayısı eşitken, 5 ilde (Amasya, Aydın, Bolu, Erzincan, İzmir) PDC'den daha fazla sayıda uzman çalışmaktadır. 72 ilde ise, PDC'den daha düşük sayıda göğüs hastalıkları uzmanı çalışmaktadır. 5 ildeki fazla olan sayı 17 iken, eksik olan sayı 385'tir. Fazla olan uzman hekimler dağıtılsa bile 368 hekim açığı daha kalmaktadır.

Kurum bazında 108 (% 28) hastanede PDC ile uyumlu sayıda göğüs uzmanı çalışırken, 26 (% 7) hastanede(16'sı 3.basamak, 9'u 2.basamak) PDC'den fazla uzman görev yapmaktadır. 254 (% 65) hastanede ise, PDC'ye göre eksik uzman hekimle hizmet sürdürülmeye çalışılmaktadır.
Sonuç; Göğüs hastalıkları uzman sayısının kamu hastanelerinde sayısının yetersiz olduğu, dağılımdaki sıkıntılar düzeltilse de sadece PDC'ye göre 1/3 uzman sayısının eksik olduğu, bu nedenle de göğüs hastalıkları uzmanlarının daha fazla çalışmak zorunda kaldıkları söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Personel Dağılım Cetveli, göğüs hastalıkları uzmanı, dağılım

SS-120

BRONŞEKTAZİ NEDENİ İLE HOSPİTALİZE EDİLEN HASTALARDA 3 YILLIK MORTALİTE ORANLARI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Yağmur Kaptan, Mehtap Hafızoğlu, Haydar Karakuş, Mustafa Hikmet Özhan
Ege Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

Başta tüberküloz olmak üzere akciğer enfeksiyonlarının sık görüldüğü ülkemizde non-kistik fibrozis bronşektazi (NKF-B) önemli bir klinik tabloyu oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı NKF-B tanısı almış ve alevlenme nedeni ile hastaneye yatırılan hastaların 3 yıllık izlemleri sonucunda mortalite oranlarını ve mortalite için risk faktörlerini retrospektif olarak incelemektir. Kliniğimizde NKF-B tanısı alarak 2011-2014 yılları arasında hospitalize edilen 67 olgu (ort yaş±SS:57±17 max:89 –min23yaş; K:41-%60) demografik özellikleri, klinik, radyolojik ve bakteriyolojik verileri ile incelenerek 3 yıllık mortalite riski yönünden değerlendirilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak mantel-cox kullanılmış ve p değeri 0,05 altı anlamlı kabul edilmiştir. Bronşektazi mortalite riskini belirlemede kullanılan BSI skoruna göre hastaların verileri sınıflandırılmıştır. Solunum fonksiyon testine (SFT) göre FEV1 değeri beklenenin <%50, %50-69, %70-79, >%80 olarak dört grup, radyolojik bulguları ile; 1-2 lob, 3 ve üstü lob, yaygın sakküler bronşektazi olarak üç gruba ayrılarak sınıflandırılmıştır. Mikrobiyolojik verilerinde balgam kültürleri incelenerek kolonizasyon varlığı ve türü araştırılmıştır.

Hastaların 41'inde (%60) SFT bilgisine ulaşılmıştır. Ortalama FEV1 değeri %57±21 olarak bulunmuş ve FEV1 değeri beklenenin %50'sinden az olan hasta sayısı 17 (%41) olarak saptanmıştır. Olguların 22'si (%32,8) tanı anında sigara içmekteydi. Dispne derecesinin değerlendirilmesinde mMRC skoru 3'den yüksek olan hasta sayısı 15/65 (%23) olarak bulunmuştur. Radyolojik olarak hastaların 59'unda Toraks BT'lerine ulaşılmış ve 25 olguda (%42) bronşektazik tutulum 1-3 lob arasında (sınırlı hastalık) olarak bulunmuş; 7 hastada (%11) ise yaygın sakküler-kistik bronşektazi saptanmıştır. Mikrobiyolojik değerlendirmede 24 (%35) olguda kolonizasyon saptanmış olup kolonizasyon saptananların 17'sinde (%71) Pseudomonas üretilmiştir.

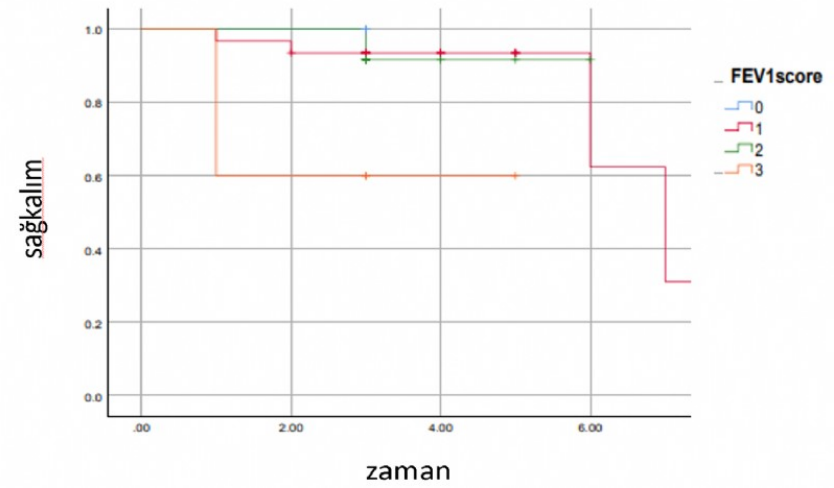
Hospitalize edilen hastalarda 3 yıllık izlem süreci içerisinde mortalite oranı %16,4 olup 11 olguda saptanmıştır. Sağkalım eğrisi Şekil-1 de gösterilmiştir.

NKF-B hastaları bu bulgular ışığında değerlendirildiğinde yaş,komorbidite varlığı, cinsiyet, sigara içme durumu, dispne ağırlık derecesi, radyolojik yaygınlık ve kolonizasyon varlığının mortalite üzerine etkisi bakıldığında komorbidite varlığı,FEV1 skoru, radyolojik yaygınlık parametreleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sırası ile p değerleri 0.03, 0.04, 0.03 olarak saptanmıştır. Figür 1'de hasta parametrelerinin istatistiksel analizi gösterilmektedir.

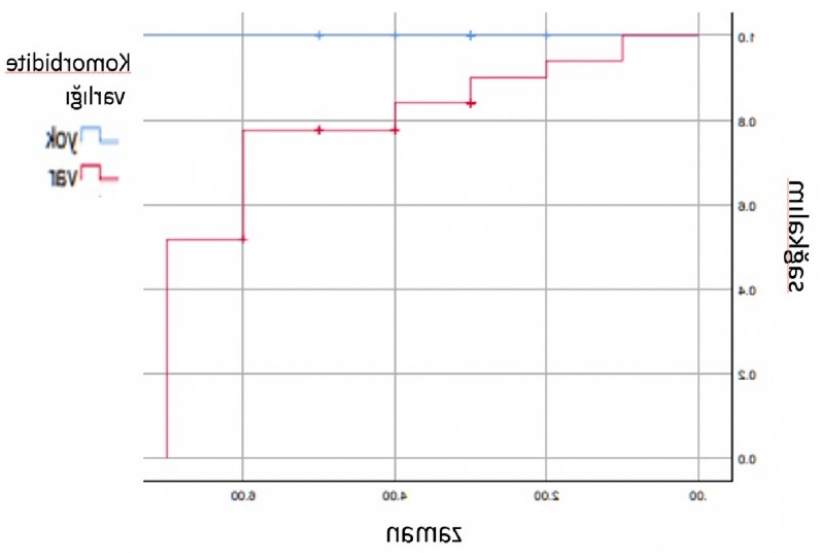
Sonuç olarak; NKF-B olgularında mortalite parametrelerinin belirlenmesi prognostik önem taşımaktadır ve yüksek mortalite riski saptanan hastaların daha yakın takibi gerekmektedir. Bu çalışmada, solunum fonksiyon testleri ve radyolojik takip parametrelerinin, NKF-B olgularında izlemde mutlaka göz önünde tutulması gerekliliği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: bronşektazi, mortalite, non-kistik fibrozis

figür 1



figür 1



SS-121

HEMOPTİZİ NEDENİ İLE BRONŞİAL ARTER EMBOLİZASYONU YAPILAN OLGULARIMIZ

Filiz Güldaval[1], Ceyda Anar[1], Melike Yüksel Yavuz[1], Gülru Polat[1], İbrahim Onur Alıcı[1], Melih Büyükşirin[1], Gülistan Karadeniz[1], Fatma Demirci Üçsular[1], Ahmet Ergin[2], Ümit Belet[2]
[1]SBÜ. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir
[2]SBÜ. İzmir Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Bölümü, İzmir

GİRİŞ: Hemoptizi, özellikle masif hemoptizi, tedavi edilmediğinde ölüm riskini belirgin olarak artırmaktadır. Masif hemoptizi 24 saat içerisinde 300-600 ml kanama olarak tanımlanmaktadır [1]. Göğüs hastalıkları uzmanlarının %28'inin bir yıl içerisinde masif hemoptiziye bağlı ölümle karşılaştığı bildirilmiştir [2]. Çeşitli yayınlarda masif hemoptiziye bağlı mortalite %50-100 arasında belirtilmiştir (1). Masif hemoptizide cerrahiye bağlı ölüm oranı %7.1-18.2 arasında değişirken, bu oran acil cerrahi uygulandığında %40'lara kadar çıkmaktadır.

Bronşiyal arter embolizasyonu (BAE) masif hemoptizi tedavisinde uygulanan etkin ve güvenilir, önemli bir tedavi yöntemidir. Bu çalışmada kliniğimizde masif veya masif olmayan hemoptizi nedeniyle BAE uygulanan olgular geriye yönelik olarak değerlendirildi.

MATERYAL-METOD: Temmuz 2015 ile Kasım 2018 tarihleri arasında kliniğimizde hemoptizi nedeniyle BAE uygulanan 52 olgu (11 kadın 41 erkek) ort. yaş 53,7 ± 14,8 çalışmaya alındı. Olguların demografik özellikleri, hemoptizinin etiyolojisi, hemoptizinin masif olup olmadığı, yapılan embolizasyon sayısı, işlemden sonraki erken ve geç dönem komplikasyonları kaydedildi. Bir defada 200 ml veya 24 saat boyunca toplamda 300 ml ve üzeri kanama masif hemoptizi olarak kabul edildi.

BULGULAR: Bronşiektazi (n=12), sekel tüberküloz (n=11) ve akciğer kanseri (n=10) etiyolojideki en sık nedenler olarak bulunurken altı olguda etiyoloji saptanamadı. Yirmi dokuz olguda 200 cc"nin altında, 22 olguda ise 200cc"nin üzerinde kanama izlendi. Embolizasyon sonrası erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Geç dönemde 5 olguda hemoptizi tekrarladı. Olguların 3"ü sekel tüberküloz, 2"si ise bronşiektazi idi. BAE"nun köken aldığı lokalizasyon en sık olarak % 26,9"u sağ ana bronşial arter, %21,2 "si sağ interkostal bronşial arter, %11,5"i sol ana bronşial arter olarak bulundu. Ancak %13,5 olguda ise ise herhangi bir bronşial arterde kanama izlenmedi. Hemoptizi miktarı ile tomografide lezyonun olup olmadığı, bronkoskopide aktif kanama görülüp görülmediği,nüks arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

SONUÇ: Bronşiyal arter embolizasyonu, hemoptizi tedavisinde etkin ve güvenli bir tedavi yöntemi olup çoğu zaman hayat kurtarıcı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: hemoptizi, bronşial arter embolizasyonu, tedavi

SS-122

PULMONER EMBOLİ AĞIRLIĞI, HAVA KİRLİLİĞİ İLE İLİŞKİLİ MİDİR?

Merve Erçelik, Pınar Yıldız Gülhan, Fuat Aytekin, Ege Güleç Balbay, Peri Meram Arbak
Düzce Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce

Giriş; Hava kirliliği; inflamatuar belirteçlerin artması, endotel hasarı, trombosit agregasyonu ve trombin oluşumu gibi kan pıhtılaşma faktörlerindeki değişikliklerle ilişkilendirilmiştir. Bu mekanizmalar akut koroner kalp hastalıklarına bağlı morbidite ve mortalite hızlarını da artırmaktadır.
Liang Tang ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde, trafikle ilgili kirleticilere maruz kalan sağlıklı yetişkinlerde, arteriyel ve venöz tromboz için belirlenmiş bir risk faktörü olan homosistein düzeylerinin arttığı görülmüştür. PM10 düzeylerindeki artışla; sağlıklı kişiler ile maruz kalanlar arasında, hatta maruziyetten 1 ila 4 gün sonra bile; trombosit agregasyonu ilişkili bulunmuştur. Yapılan çalışmalar protrombin süresinin PM10 düzeyindeki artışla kısaldığını göstermiştir. Çalışmamızda literatürün ışığında PM10 ile pulmoner emboli (PE) ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

METOD: Bu amaçla hastanemizde 2014-2017 tarihleri arasında poliklinik veya serviste izlediğimiz tüm PE olguları hastanemizin elektronik veri tabanından retrospektif olarak tarandı. Başvuru ayı baz alınarak o ay ki ortalama PM10 değerlerine Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın hava kalitesi izleme ağından ulaşıldı.

BULGULAR: Toplam PE olgu sayısı 164 olarak saptandı (% 42,1 erkek, % 57,9 kadın). Olguların yaş ortalaması 70 idi. Doksan sekiz olguda risk faktörü yokken, 21'inde malignite, 19'unda operasyon, 12'sinde immobilizasyon, 8'inde geçirilmiş serebrovasküler hastalık, 5'inde genetik nedenler, 1'inde yolculuk öyküsü saptandı.

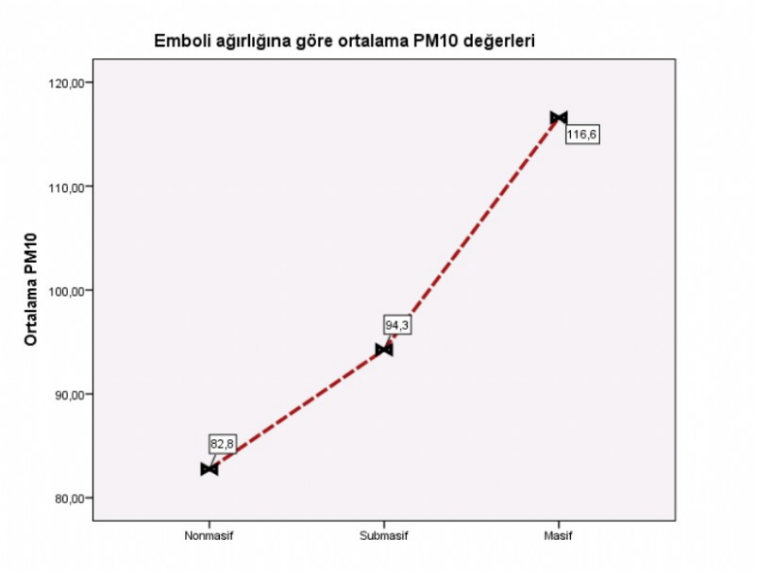
Toplam 164 olgunun 42'si (% 25,6) nonmasif, 67'si (%40,9) submasif, 55'i (%33,5) masif emboli idi. Ortalama PM10 değerlerinin masif emboli olgularının gözlendiği dönemde 116.6 µgr/m3, submasif emboli olgularında 94.2 µgr/m3, nonmasif emboli olgularında ise 82.7 µgr/m3 idi. Masif emboli olgularının gözlendiği dönemdeki PM10 değerleri nonmasif (p=0.0004) ve submasif (p=0.008) olguların gözlendiği dönemlerden anlamlı olarak yüksekti (Grafik 1).

Ortalama SO2 değerlerinin masif emboli olgularının gözlendiği dönemde 9.3 µgr/m3, submasif emboli olgularında 7.4 µgr/m3, nonmasif emboli olgularında ise 5.9 µgr/m3 idi. Masif emboli olgularının gözlendiği dönemdeki SO2 değerleri, nonmasif (p=0.002) ve submasif (p=0.049) olguların gözlendiği dönemlerden anlamlı olarak yüksekti (Grafik 2).

SONUÇ: PM10 ve SO2 düzeylerindeki artış ile masif pulmoner emboli gelişme riskinin arttığı gözlendi.

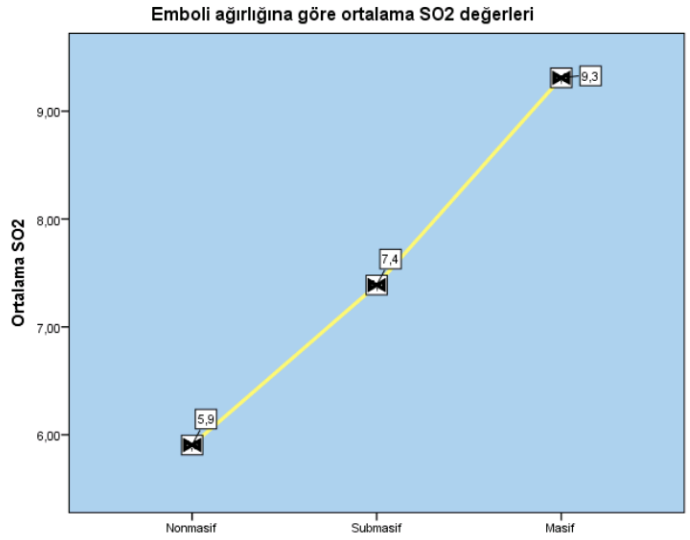
Anahtar Kelimeler: PM10, SO2, masif, submasif, nonmasif pulmoner emboli

Grafik 1



Emboli ağırlığına göre PM10 değerleri

Grafik 2



Emboli ağırlığına göre SO2 değerleri

SS-123

HASTANEMİZDE SON BEŞ YILLIK İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Şule Çilekar[1], Ahmet Dumanlı[2], Gürhan Öz[2], Fatih Çakıroğlu[3], Ersin Günay[1]
[1]Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar
[2]Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar
[3]Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

AMAÇ: İnterstisyel akciğer hastalıkları (İAH); akciğer parankiminde yaygın olarak inflamasyon ve fibrozis oluşmasıdır. Genellikle kronik seyirli, klinik, radyolojik ve patolojik olarak benzerlik gösteren yüzlerce hastalığı kapsar. Hastalığa yol açan etken idiyopatik olabileceği gibi mesleki hastalıklar, enfeksiyonlar, ilaçlar gibi çevresel faktörlere bağlı da olabilir. Sarkoidoz, kalıtsal hastalıklar ve kollajen doku hastalıkları gibi otoimmün ve sistemik hastalıkların bir parçası olarak da ortaya çıkabilir. Bizde kliniğimizde son beş yıldır tedavi ve takip ettiğimiz 402 adet İAH tanılı hastamızın dosyalarını inceledik. Tanı ve tedavi yaklaşımlarımızı paylaşmayı amaçladık.

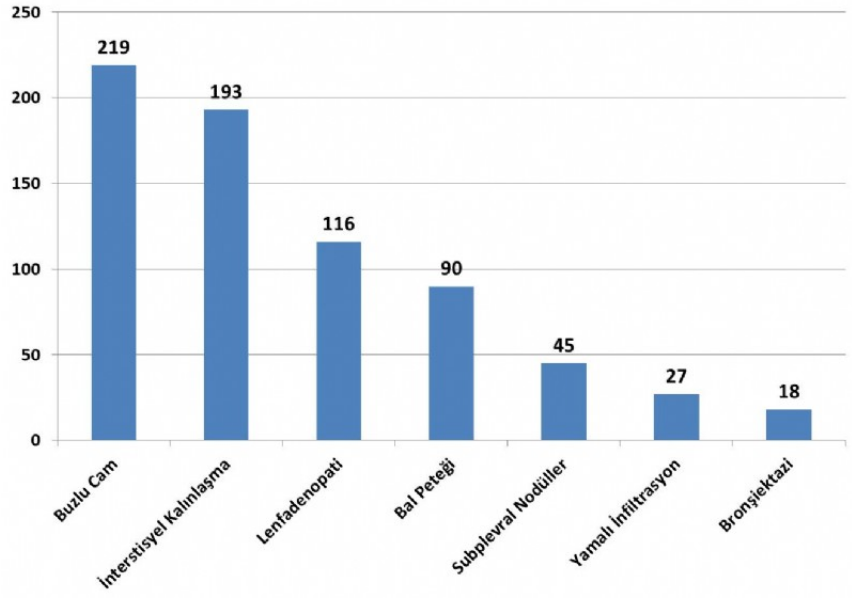
YÖNTEM: Çalışmada Haziran 2012 – Haziran 2018 yılları arasında Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı' na başvuran İnterstisyel Akciğer Hastalığı tanısı alan hastaların dosyaları retrospektif olarak taranmıştır.

BULGULAR: Olguların yaş ortalaması 65.21±15.44 olup, 199'u (%49.5) kadın ve 203' ü (%55) erkekti. Hastaların 380'inde (%94.5) nefes darlığı, 269'unda (%66.9) öksürük, 88'inde (%21.9) balgam, 11'inde (%2.7) hemoptizi, 11'inde (%2.7) göğüs ağrısı şikayeti mevcuttu. Posterio anterior akciğer (PA) grafilerinde 164 (%40.8) hastada çizgisel ve retiküler opasiteler, buzlu cam opasiteleri, periferik ve alt zonlarda belirginleşen kaba retiküler ve retikülonodüler opasiteler vardı. Hastaların 386'sına (%96) solunum fonksiyon testi yapıldı. Solunum fonksiyon testlerinde 14 (%3.5) obstrüktif tipte, 72 (%17.9) restriktif tipte, 120 (%29.9) mikst tipte, 180 (%44.8) normal sınırlardaydı. Hastaların solunum fonksiyon test değerleri tabloda verilmiştir (Tablo 1). Hastalar İAH alt tanılarına göre değerlendirildiğinde 168'i (%41.8) undiferansiye interstisyel akciğer hastalığı, 96'sı (%23.9) İdiyopatik pulmoner fibrozis (İPF) mevcuttu (Şekil 1). Hastaların Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografilerine (HRCT) bakıldığı zaman görüntü bulguları belirtilmiştir (Şekil 2). Hastaların 140'ına tanı amaçlı (%34.8) Bronkoskopi, 102'sine (%25.37) Endobronşiyal Ultrasonografik Transbronşiyal Nodu Biyopsi, 11'ine (%2.7) wedge biyopsi uygulandı. Hastaların bronko alveolar lavaj sıvı örnekleri karakterleri tabloda belirtilmiştir (Tablo 2). 110'unda (%27.36) patolojik tanısı mevcuttu. İmmün marker bakılan hastaların 23 hastada (%5.7) pozitif değer mevcuttu. Hastaların 260'ına takip, 24'üne Nintedanip, 19'una Pirfenidon, 99'una steroit tedavisi uygulanmıştı.

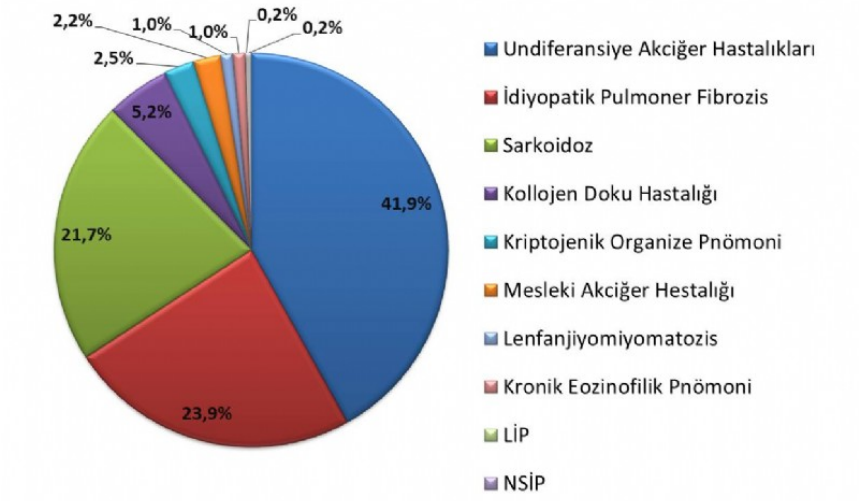
SONUÇ: İAH yaşam kalitesini ileri derece düşürdüğünden uygun hasta yönetimi önemlidir. Daha sık kuru öksürük ve nefes darlığı başvuru nedenleridir. Radyolojik olarak retikülonodüler görünümü birçok akciğer hastalığına benzerlik gösterdiği için bu semptomlarda İAH akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel Akciğer Hastalığı, HRCT, Bronkoskopi.

HRCT BULGULARI



Tanılar



Solunum Fonksiyon Testi

Solunum Fonksiyon Testi	Bulgular
FEV1	73 ± 24.05
FVC	70 ± 24.21
FEV1/FVC	76 ± 97

FEV1;Fonksiyonel ekspiratuvar volüm, FVC; Fonksiyonel vital kapasite

Bronkoalveolar Lavaj Sıvı Özellikleri

	Eozinofil	Lenfosit	Makrofaj	Epitel	Monosit
Median (Min-Maks)	0 (0-1)	10 (5-20)	64.50 (30-80)	3 (1-10)	1(0-3)

SS-124

FİBROZİSLE SEYREDEN İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARINDA TOMOGRAFİK BULGULARIN VE RADYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Muzaffer Onur Turan[1], Celal Doğan[1], Kamil Yücel[2]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları ana bilim dalı, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji ana bilim dalı, İzmir

GİRİŞ: İnterstisyel akciğer hastalıkları (İAH) ve idiopatik pulmoner fibrozis (İPF) tanılı hastalarda radyolojik, özellikle de tomografik bulgular tanısal sürecin temelini oluşturmaktadır.

AMAÇ: Akciğer fibrozisi nedeni ile izleme alınan İAH tanılı hastalarda, tanı aldıkları süreçten önceki dönemin incelenmesi ile, yıllar içerisinde nasıl bir radyolojik seyir gösterildiğinin araştırılması planlandı.

MATERYAL-METOD: Hastanemizde son 5 yıl içerisinde "J84" ICD kodu girilmiş hastalar hastane kayıt sisteminden öğrenildi. Bu kritere uyan 94 hasta incelendi. İAH ve akciğer fibrozisi bulunmayan ve bilgilerine ulaşılamayan hastalar incelemeye alınmadı.

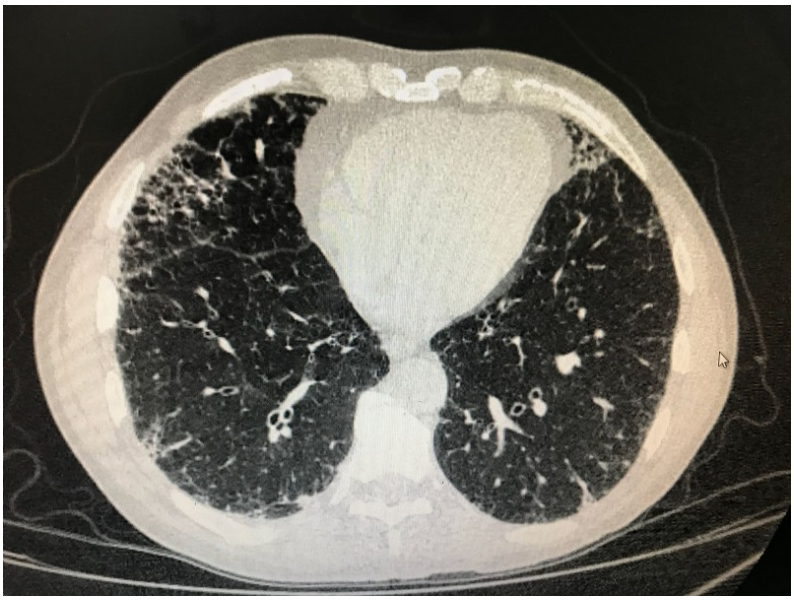
BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 69 hasta, 43 erkek (%62.3) ve 26 kadından (%37.7) oluşmakta olup, yaş ortalaması 67.9±13.5 idi. BT görüntüsüne ulaşılabilen hastaların %66.7'sinde bal peteği görünümü, %50.7'sinde septal kalınlaşmalar, %40.6'sında retiküler yapılar, %33.3'ünde buzlu cam görüntüsü ve %18.8'inde traksiyon bronşektazisi mevcuttu. Olguların %71'inde sadece periferik subplevral bölgelerin etkilendiği gözlenirken, %43.5'inde tüm loblar, %40.6'sında sadece alt loblarda interstisyel radyolojik bulgular görülmekteydi. İPF'de görülen tipik tomografik bulgulara göre; 37 hastada (%53.6) kesin "usual interstisyel pnömoni" (UIP), 7 hastada (%10.1) olası UIP paterni mevcutken, 25 hasta UIP dışı olarak değerlendirildi (bağ dokusu hastalıkları, COP gibi hastalıklara sekonder gelişen İAH). İPF hastalarının 15'i (%34.1) antifibrotik tedavi alırken, 2 hasta inhale kortikosteroid kullanmaktaydı.

Fibrozisle seyreden İAH olan hastaların 24'ünün daha önceki (akciğer fibrozisi tanısı öncesi) toraks BT görüntülerine ulaşılabildi. İPF hastalarının %53.3'ünde, İPF dışı İAH'nın %44.4'ünde eski BT görüntülerine göre radyolojik progresyon gözlendi. Radyolojik progresyon, bal peteği görünümünde (%50), retiküler interstisyel yapılarda (%41.7) ve buzlu cam alanlarında (%8.3) ilerleme şeklindeydi. Antifibrotik tedavi kullanan hastalar son 1 yıl içinde tedavi almaya başlamış olup radyolojik yanıt değerlendirmeleri henüz yapılmamıştı.

SONUÇ: Fibrozisle seyreden İAH'da tomografik bulgular hem ayırıcı tanıda yer alan hastalıkların değerlendirilmesi, hem de UIP varlığında cerrahi biyopsiye gerek olmadan İPF tanısı konulabilmesi açısından önemlidir. Son yıllarda özellikle İPF'de hedefe yönelik tedavinin gündeme gelmesi ile bu konu ile ilgili farkındalığın artması, daha çok hastanın İPF açısından tanısal sürece dahil edilmesini sağlamaktadır. İAH tanılı hastalarda, özellikle İPF varlığında radyolojik progresyon (özellikle bal peteği görünümü) sık görülen bir durumdur. Yeni tedavi seçeneklerinin radyolojik progresyona etkisi ile ilgili ileriye dönük araştırmalara ihtiyaç vardır.

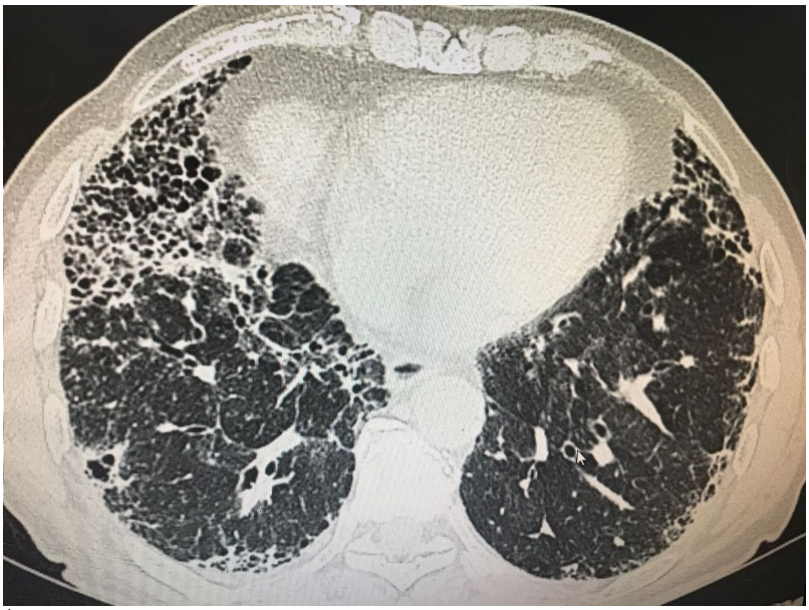
Anahtar Kelimeler: bal peteği görünümü, idiopatik pulmoner fibrosis, radyolojik progresyon

İPF-1



İPF tanılı bir hastanın 2014 yılı toraks BT'de bal peteği görünümü

İPF-2



İPF tanılı bir hastanın 2017 yılı toraks BT'inde bal peteği görünümünde progresyon

SS-125

FİBROZİSLE GİDEN İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE SIKLIĞININ YAŞAM KALİTESİ VE HASTALIĞIN KLİNİĞİNE ETKİSİ

Gülten Emel Taş, Elif Yelda Niksarlığlu, Güngör Çamsarı
SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: İnterstisyel akciğer hastalıkları(İAH), pek çok etkene ve hastalığa bağlı gelişen, kronik, sıklıkla ilerleyici, mortalitesi yüksek hastalıklardandır. Bazı hastalarda fibrozis gelişebilir, bazıları stabil kalabilir, bazıları iyileşebilir. Çalışmamızda; akciğerde fibrozise neden olan İAH hastalarında depresyon ve anksiyete sıklığının hastaların yaşam kalitesine ve hastalığın kliniğine etkisi değerlendirilmiştir.

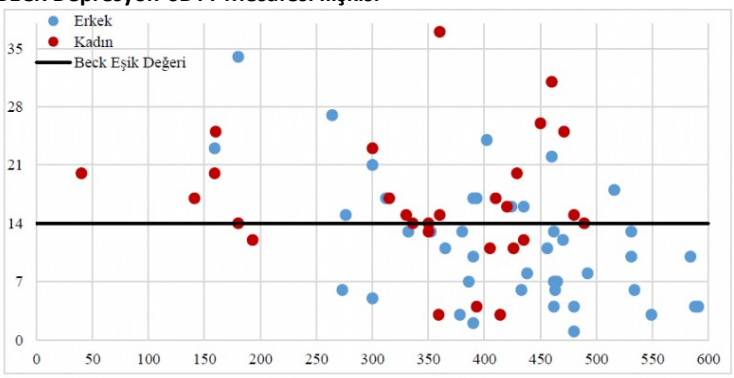
GEREÇLER VE-YÖNTEM: Ocak-Haziran 2018 ayları arasında hastanemiz İAH polikliniğine başvuran, açık akciğer biyopsisi, bronkoskopi ve/veya klinik radyolojik olarak İAH tanısı konulmuş 70 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 35'i İPF, 25'i kronik HP, 4'ü fibrotik NSİP, 3'ü bağ dokusu hastalıklarına sekonder İAH, 2'si evre-4 Sarkoidozis, 1'i DİP tanılıydı. Çalışmadaki hastalar, Grup I ve Grup II olarak 2 alt gruba ayrıldı. Grup I e İPF tanılılar, Grup II ye İPF tanısı almamış olanlar(non-İPF) alındı. İki grup arasında farklar incelendi. Hastalara, spirometri, karbon monoksit difüzyon testi, 6 dakika yürüme testi yapıldı. Depresyon ve anksiyete değerlendirmesi için BECK, HADS anketleri, yaşam kalitesi değerlendirilmesi için SF-36, SGRQ anketleri uygulandı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 63.5±8.5 (34-74), 42'si erkek(%60) idi. Hastaların 33(%47)'ünde depresyon skoru yüksek, 11(%16)'inde anksiyete skoru yüksekti. Depresyonu puanı yüksek olanlarda 6DYT mesafesi, FVC ve FEV1 değerleri ile negatif korelasyon; 6DYT ara verme sayısı arasında pozitif korelasyon; anksiyete puanı yüksek olanların FVC ve FEV1 değerleri ile negatif korelasyon vardı($p<0.05$). Depresyon ve anksiyete puanları yüksek olanların; SF-36 yaşam kalitesi parametrelerinden fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı ve SGRQ skorları (semptom, aktivite, etkilenme, total) ile istatistiksel anlamlılık görüldü($p<0.01$). Grup I in yaş ortalaması 66.4±6, Grup II'nin ki 60.6±10 idi, bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı($p<0.005$). Grup I'deki erkek sayısı 27(%77.1), kadın sayısı 8(%22.9); Grup II'deki erkek sayısı 15(%42.9), kadın sayısı 20(%57.1) idi, erkeklerin Grup I'de fazla olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü($p<0.003$). Grup I ve II arasında diğer demografik ve klinik belirtiler ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Çalışmamızda akciğerde fibrozise neden olan İAH hastalarında depresyon ve anksiyetenin yaygın olduğu, klinik parametrelerden FVC, FEV1, 6DYT mesafesi, 6DYT sırasında ara verme sayısı ile ilişkili olduğu, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Bu hastalıklarla özellikle ilgilenen göğüs hastalıkları uzmanlarının hastaları depresyon/anksiyete açısından da değerlendirmeleri ve gerekirse ilgili bölümlere yönlendirmeleri uygun olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, İnterstisyel Akciğer Hastalıkları, Yaşam Kalitesi

BECK Depresyon-6DYT Mesafesi İlişkisi



Yaşam Kalitesi Ölçekleri Bakımından Beck Depresyon Anketi'ne Göre Farklılığın İncelenmesi

Değişkenler	BDA Puanı <14	BDA Puanı ≥14	t	p
SF-36 fiziksel fonksiyon	65.41±22.9	35.76±21.4	5.589	0.000***
SF-36 fiziksel rol güçlüğü	66.22±39.7	22.73±37.2	4.719	0.000***
SF-36 emosyonel rol güçlüğü	76.58±32.3	33.33±27.7	6.038	0.000***
SF-36 enerji canlılık vitalite	56.25±24.2	32.95±16.3	4.776	0.000***
SF-36 ruhsal sağlık	53.38±16.2	58.03±14.7	-1.255	0.214
SF-36 sosyal işlevsellik	76.39±31.5	44.09±32	4.260	0.000***
SF-36 ağrı	79.95±24.7	42.05±30	5.805	0.000***
SF-36 genel sağlık algısı	66.89±19.6	42.58±19.6	5.196	0.000***
SF-36 sağlık algısında değişim	47.30±24.2	37.12±25.9	1.702	0.093
SGRQ semptom puanı	42.44±17.1	57.59±20.4	-3.382	0.001**
SGRQ aktivite puanı	45.99±19.7	67.73±21.5	-4.426	0.000***
SGRQ etkilenme puanı	29.01±17.2	50.05±19.5	-4.807	0.000***
SGRQ toplam puan	36.38±15.5	56.66±18.4	-5.030	0.000***

SS-126

BAĞ DOKUSU İLE İLİŞKİLİ İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALARINDA, PULMONER HİPERTANSİYON, FONKSİYONEL KAPASİTE, SOLUNUM PARAMETRELERİ VE FİZİKSEL AKTİVİTEYİ ETKİLER Mİ?

Buket Akıncı[1], Gökşen Kuran Aslan[2], Özge Ertan[3], Nigar Gülfer Okumuş[4]
[1]Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
[3]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı
[4]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

GİRİŞ: Bağ dokusu hastalığı ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (BD-İAH) sıklıkla pulmoner hipertansiyon ile birlikte seyreder. Literatürde BD-İAH'lı hastalarda pulmoner hipertansiyon prevelansı, prognozu ve fonksiyonel kapasite araştırılmış olup bu hastalarda pulmoner hipertansiyonun solunum parametreleri, fonksiyonel kapasite ve fiziksel aktiviteye etkilerine dair bir bilgiye rastlanmamıştır.

AMAÇ: Amacımız pulmoner hipertansiyonu olan ve olmayan BD-İAH olgularında egzersiz kapasitesi, fiziksel aktivite ve solunum parametreleri açısından karşılaştırmaktır.

METHOD: Pulmoner hipertansiyonu olan 8 BD-İAH (8 kadın, ortalama yaş:35±13.3/yıl) ve pulmoner hipertansiyonu olmayan 9 BD-İAH olgusu (7 kadın, 2 erkek, ortalama yaş:44±7/yıl) çalışmaya dahil edildi. Maksimal inspiratuar ve maksimal ekspiratuar basınçlar (MİP, MEP), solunum parametreleri (ZEV1(%), ZVK(%), ZEV1/ZVK) ölçüldü. Fonksiyonel kapasite 6 dakika yürüme testi ile belirlendi ve 6 dakika yürüme mesafesi (6DYM) kaydedildi. Fiziksel aktivite "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form (UFAA) ile değerlendirildi. Gruplar arası karşılaştırma Mann Whitney-U testi ile yapıldı. İstatistiksel analizde $p<0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

SONUÇLAR: Olguların tüm sonuç ölçümleri Tablo 1'de verilmiştir. Her iki grupta da fiziksel aktivite seviyesi, egzersiz kapasitesi, MİB ve MEB sonuçlarının azalmış olduğu görülmüştür. Gruplar arasında herhangi bir parametre açısından istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

TARTIŞMA: Çalışmamızın sonucunda BD-İAH olgularında pulmoner hipertansiyonun egzersiz kapasitesi, fiziksel aktivite ve solunum parametrelerini etkilemediği görülmüştür. Gelecekte diffüzyon parametrelerini de göz önünde bulundurarak, daha geniş bir örneklemde rehabilitasyon çıktılarının değerlendirildiği daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: interstisyel akciğer hastalığı, pulmoner hipertansiyon, fonksiyonel kapasite, fiziksel aktivite, solunum parametreleri

Tablo 1. Pulmoner hipertansiyonu olan ve olmayan BD-İAH olgularında solunum parametreleri, fonksiyonel kapasite ve fiziksel aktivite sonuçlarının karşılaştırılmalı

	Group A (n=8) ort±SS	Group B (n=9) ort±SS	p değeri
ZEV1 (%)	73±20.2	90.7±20.6	0.112
ZVK (%)	70.2±16.1	86.3±17.6	0.067
ZEV1/ZVK	91.2±14.4	90.4±5.7	0.961
MİB (cm H20)	51.3±14.2	59.4±21.2	0.501
MEB (cm H20)	55.7±23.3	64.6±19.2	0.810
6DYM (m)	365.5±111.1	394.4±52.9	0.561
UFAA (MET/hafta)	875.5±873.9	275.89±225.1	0.177

SS: Standart sapma, ZEV: Zorlu ekspiratuar volüm, ZVK: Zorlu vital kapasite, MİB: Maksimal inspiratuar basınç, MEB: Maksimal ekspiratuar basınç, 6DYM: 6 dakika yürüme mesafesi, UFAA: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, MET: Metabolik eşdeğer

SS-127

İDİYOPATİK PULMONER FİBROZİSLİ HASTALARIN BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ İLE VOLÜMETRİK ANALİZİ

Aysu Sinem Koç[1], Nesrin Moğulkoç[1], Recep Savaş[2]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT), idiyopatik pulmoner fibroziste (İPF) hastalık durumunun objektif olarak değerlendirilmesinde kullanılan, yönlendirici ve ulaşılabilir bir yöntemdir. Bu çalışmada YÇBT'deki akciğer volümleri, her zonun dansitesi ve solunum fonksiyon testi (SFT) değişkenlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

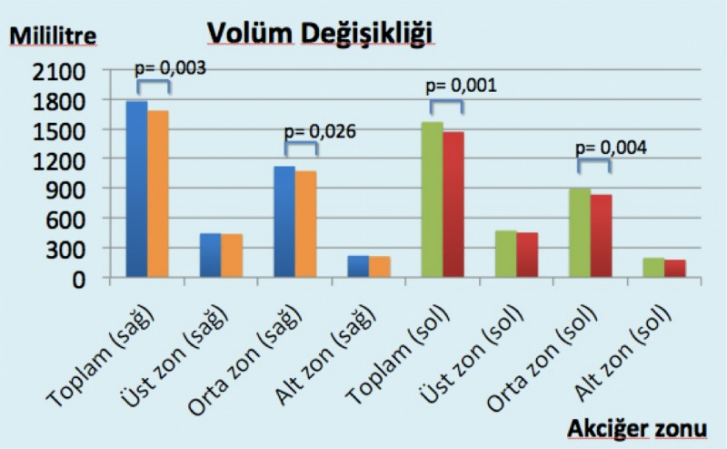
YÖNTEM: Yüksek çözünürlüklü BT görüntüleri, akciğer ve hava yolu segmentasyonunu temel inceleme ve ileri akciğer doku analizi ile harmanlayan bir bilgisayar programı kullanılarak değerlendirilmiştir. YÇBT'lerde akciğerlerin her bir bölgesinin volüm ve yoğunluğu, zorlu vital kapasite (FVC), 1. saniyede zorlu ekspiratuar volüm (FEV1), total akciğer kapasitesi (TLC), karbon monoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) değerleri retrospektif olarak kaydedilmiştir. Takip BT'leri BT tarihlerine en yakın olan SFT'lerle karşılaştırılmıştır. Sürekli değişkenler eşleştirilmiş örneklem t-testi, korelasyon testleri için Spearman korelasyonu kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya ERS/ATS rehberlerine göre tanısı doğrulanmış 379 hasta ile başlanmıştır. Bu hastalardan, yaklaşık 6 aya ara ile çekilmiş YÇBT'si olan 186 tanesi çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların çoğunluğu erkek (n=133, %71,5), ortalama yaş 64,3 (SD: 9,4, min 39, max 98)tür. YÇBT'lerin bilgisayar programı ile yapılan değerlendirmesinde akciğerlerin toplam ve zonlara göre olan dansiteleri arasında fark saptanmamıştır (Tablo). Ancak toplam akciğer volümü (p=0,001), sağ ve sol akciğer volümleri (p=0,003, p=0,001) ile akciğerlerin sağ ve sol orta zon volümleri (p=0,026, p=0,004) arasında anlamlı fark saptanmıştır (Şekil). İlk ve ikinci BT akciğer volümleri FVC, FEV1, DLCO ve TLC ile orta düzeyde korelasyon göstermiştir (Korelasyon katsayıları: 0,46/0,55; 0,56/0,57; 0,47/0,45; 0,39/0,43).

SONUÇ: İPF hastaları yaşlı bir popülasyondur ve YÇBT, tanı koymak için sıklıkla tercih edilen kolaylıkla uygulanabilen bir yöntemdir. Bilgisayar tabanlı toplam akciğer ve orta zon volüm/dansite analizi, SFT manevralarını yapamayan hastaların değerlendirilmesi ve izleminde yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: İPF, volüm analizi, YÇBT

Şekil: Akciğer zonlarına göre volüm değişiklikleri



Tablo: SFT değerleri ve akciğer dansiteleri

Değişken	BT1	BT2	p
Dansite (HU, ortalama)			
Ortalama	-814	-811	0,333
Minimum	-970	-965	0,645
Maksimum	-204	-197	0,125
SFT and DLCO (ortalama)	**SFT1**	**SFT2**	
FVC %	73	68	0,132
FEV_1 %	78	69	0,098
DLCO %	54	41	**0,002**
TLC %	64	48	**0,058**

SS-128

SIÇANLARDA İNFRARENAL ABDOMİNAL AORTA İSKEMİ-REPERFÜZYONU İLE OLUŞTURULAN AKUT AKCİĞER HASARINA KARŞI TİMOZİN BETA 4'ÜN KORUYUCU ETKİSİ

Muhittin Onur Yaman[1], İbrahim Güner[1], Gülcan Güntaş[2], Osman Fuat Sönmez[1], Gamze Tanrıverdi[3], Aris Çakıris[4], Uğur Aksu[5], Sibel Akyol[1], Elif Güzel[3], Hafize Uzun[6], Nermin Yelmen[1], Gülderen Şahin[1]
[1]İ.Ü. Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fak, Fizyoloji, İstanbul
[2]Kırklareli Üniversitesi, Hemşirelik bölümü, Kırklareli
[3]İ.Ü. Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fak, Histoloji ve Embriyoloji, İstanbul
[4]İ.Ü. Sağlık bilimleri Enstitüsü, Genetik, İstanbul
[5]İ.Ü. Fen Fakultesi, Biyoloji, İstanbul
[6]İ.Ü. Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fak, Biyokimya, İstanbul

İnfrarenal abdominal aortanın (IAA) akut oklüzyonu ve reperfüzyonu, periferal vasküler cerrahide ve deneysel modellerde sıklıkla uygulanan bir yöntemdir. IAA'nın oklüzyonu ve özellikle reperfüzyonu akciğerler dahil birçok organın etkilendiği çoklu organ fonksiyon bozukluğu sendromu (MODS) olarak adlandırılan iskemi reperfüzyon hasarına(IRH) neden olmaktadır. IRH ile ilgili olarak oksidatif stres artışı, akciğerlere lökosit infiltrasyonu, sitokin ve kemokin üretimi ve aktivasyonunda artış, alveolar mikrovasküler permeabilite artışı, sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS), nekrotik ve apoptotik hücre ölümü gibi birçok mekanizma tanımlanmıştır. IAA cerrahi sonrasında IRH'na bağlı olarak gelişen doku/organ hasarlarının önlenebilmesi için anti-oksidan ve anti-inflamatuvar özelliklere sahip çeşitli maddeler kullanılarak çalışmalar yapılmaktadır. Timozin beta 4'ün (Tβ4) birçok organda anti-oksidatif ve anti-inflamatuvar etkisi gösterilmiş olmakla beraber, akut akciğer hasarına karşı etkileri araştırılmamıştır. Bu nedenle IR'un neden olduğu akut akciğer hasarına karşı Tβ4'ün, olası koruyucu etkilerini araştırdık. Bu amaçla, kontrol (sham operasyon), IR, Tβ4+IR ve I+Tβ4+R olmak üzere, dört gruba (n=8/grup) ayrılan Sprague Dawley cinsi sıçanlar kullanıldı. Kontrol grubuna laparotomi ve IAA diseksiyonu uygulandıktan sonra insizyon yeri kapatıldı, ancak IR uygulanmadı. IR grubuna ise 90 dk. IAA oklüzyonu ve 180 dk. reperfüzyon uygulandı. Her iki gruba da serum fizyolojik uygulandı. Tβ4+IR grubuna iskemi-reperfüzyondan 1 saat önce lateral kuyruk veninden Tβ4 (10 mg / kg, i.v.) verilerek ardından IR prosedürü uygulandı. I+Tβ4+R grubunda ise reperfüzyon fazından 15 dk. önce lateral kuyruk veninden Tβ4 (10 mg / kg, i.v.) uygulandı. Reperfüzyonun bitiminden hemen sonra anestezi altındaki hayvanlardan kan, bronkoalveolar lavaj (BAL) sıvı örnekleri ve ayrıca akciğer doku örnekleri alındı. Serum, BAL sıvısı ve akciğer dokusunu incelediğimizde, IR grubunda lipid hidroperoksit (LOOH), malondialdehid(MDA) ve pro-oksidan / antioksidan denge seviyeleri daha yüksek bulunurken, süperoksit dismutaz(SOD) aktivitesi, glutatyon(GSH) ve demir indirgeyici antioksidan güç (FRAP) düzeyleri kontrol grubuna göre daha düşüktü. IR ayrıca tümör nekroz faktörü-a, interlökin-1β, interlökin-6 ve NF-κB düzeylerini arttırdı. Tβ4, LOOH, MDA ve pro-oksidan / antioksidan denge seviyelerini düşürürken SOD aktivitesi, GSH ve FRAP düzeyleri seviyelerini arttırdı. Tβ4 ayrıca IR grubundakine kıyasla MDA, tümör nekrozis faktör-α, interlökin-1β, interlökin-6 düzeylerini ve NF-κB seviyelerini azaltmıştır. Çalışmamızda, Tβ4'ün infrarenal abdominal aortik IR'yi takiben akciğer oksidatif stresini ve inflamasyonu azalttığı ve aynı zamanda uygulama zamanına bakılmaksızın akciğer dokusu hasarını da önlediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Timozin Beta 4, İskemi reperfüzyon, Akciğer Hasarı, Oksidatif Stress, İnflamasyon

SS-129

İDİYOPATİK PULMONER FİBROZİS HASTALARINDA İDİYOPATİK PULMONER FİBROZİS ALEVLENMESİ VE PNÖMONİ AYIRICI TANISINDA PROKALSİTONİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif Tanrıverdi[1], Deniz Doğan[2], Efsun Gonca Uğur Chousein[1], Binnaz Zeynep Yıldırım[1], Demet Turan[1], Fatma Esra Günaydın[3], Barış Demirkol[1], Halit Çınarka[1], Erdoğan Çetinkaya[1]
[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[3]Tosya Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Kastamonu

GİRİŞ: İdiopatik pulmoner fibrozis (İPF), prognozu kötü olan kronik, progresif ve geri dönüşümsüz fibrozis ile seyreden bir hastalıktır. IPF'li hastalar akut solunumsal bozulmaların çoğu idiyopatiktir ve IPF alevlenmesi olarak tanımlanır. Bu dönemde kalp yetmezliği, bilateral pnömoni, pulmoner emboli gibi alternatif sebepleri dışlamak zorlu bir süreçtir. Prokalsitonin son zamanlarda infeksiyöz sebepleri diğer inflamatuar sebeplerden ayırt etmede kullanılan yeni bir biyobelirteçtir. Çalışmamızda prokalsitoninin IPF tanılı hastalarda hastaneye yatış gerektiren klinik kötüleşmede alevlenme ile pnömoniyi ayırt etmedeki rolü değerlendirildi.

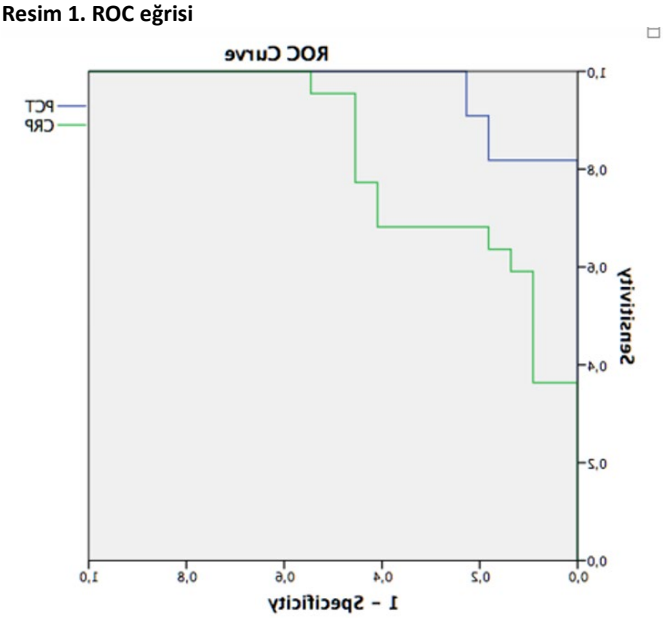
MATERYAL VE YÖNTEMLER: Ocak 2015- Haziran 2018 arasında IPF tanısı ile takip edilen olgulardan hospitalize edilenlerin dosya verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik verileri, yatış süreleri, başvuru anındaki semptomları, vital bulguları, biyokimyasal test parametreleri ile radyolojik bulguları kaydedildi. Hastalardan başvuru anında ateş yüksekliği (≥37.5), radyolojik olarak pnömonik konsolidasyon, balgam ve/veya kan kültüründe üreme olanlar IPF+pnömoni olarak kabul edildiler. Son bir aydır nefes darlığında artış olan, HRCT'de olağan interstisyel pnömoni zemininde yeni gelişmiş bilateral buzlu cam ve/veya konsolidasyon alanları olan ancak bu bulguları açıklayacak kalp yetmezliği, artmış sıvı yükü, pulmoner emboli gibi bir sebep bulunamayan olgular IPF akut atak olarak kabul edildi.

BULGULAR: Toplam 44 hastanın dosya verileri çalışma için kullanıldı. Hastalar IPF akut atak ve IPF+pnömoni olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grupta tanımlanan kriterlere göre 22 hasta olduğu görüldü. IPF+pnömoni grubunda PCT ve CRP değerleri anlamlı olarak (sırası ile 1.727±3.549'e karşılık.0642±.049, p<0.001 ve 148.4±97.7'e karşılık 55.4±47.2, p<0.001) daha yüksek izlendi. Pnömoniyi öngörmede PCT ve CRP cut-off değerlerini belirlemek için ROC analizi yapıldı. ROC analizinde eğri altında kalan alan PCT ve CRP için sırasıyla 0.963 (95% CI: 0.916-1.000)'e karşılık 0.82(95%CI: 0.699-0.942) idi. PCT için cut-off değeri 0.1065 alındığında; duyarlılık (sensitivite), seçicilik (spesifite), PPD ve NPD sırası ile %80.8, %94.4, %95.5 ve 77.3 idi. CRP için ise cut-off değeri 35 alındığında yine sırası ile %63.6, %90.9, %95.5 ve 45.5 idi (ROC eğrisi). Diğer biyokimyasal parametrelerin gruplar arasında benzer olduğu görüldü (Tablo 1).

SONUÇ: Her ne kadar pnömoni grubunda hem CRP hem de prokalsitonin yüksek seyretse de prokalsitonin akut alevlenmeyi pnömoniden ayırt etmede daha duyarlı bir biyobelirteçtir. Ayrıca prokalsitonin düzeylerinin düşük olması akut alevlenmeyi CRP düşüklüğüne göre daha iyi teyit etmektedir.

Anahtar Kelimeler: IPF, IPF alelenme, pnömoni, prokalsitonin.

Resim 1. ROC eğrisi



Tablo 1. IPF alevlenme ve IPF+pnömoni grubundaki hastaların labaratuvar verilerinin karşılaştırılması

Özellikler	IPF akut atak (n=22)	IPF + Pnömoni (n=22)	p value
Yaş, yıl	62.9±7.6	67.3±6.6	**0.049**
Kadın/Erkek	10/12	2/20	**0.007**
Prokalsitonin	.0642±.049	1.727±3.549	**<0.001**
CRP	55.4±47.2	148.4±97.7	**<0.001**
ESR	48.7±28.8	64.8±24.6	0.157
NLR	6.08±4.5	9.56±7.9	0.110
PLR	21.93±19.8	38.06±48.6	0.054
WBC	11.83±3.57	14.0±6.38	0.051
Nötrofil	72.4±18.3	74.3±22.2	0.764
Lenfosit	18.9±14.4	12.3±7.1	0.059
Eozinofil	1.4±1.5	1.3±1.5	0.571
Platelet	279.7±101.1	284.0±30.5	0.904
Yatış süresi (gün)	8.54±2.5	15.18±8.3	**0.001**

SS-130

TORAKOTOMİ SONRASI KONNEKTİF DOKU MASAJI UYGULAMASININ AĞRI ÜZERİNE OLAN ETKİLERİNİN İNCELENMESİ-RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Neriman Temel Aksu[1], Abdullah Erdoğan[2]
[1]Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Antalya
[2]Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı; torakotomi yapılan hastalara uygulanan konnektif doku masajının ağrı, yaşam kalitesi, analjezi kullanım miktarı ve hastanede kalış süreleri üzerine olan etkilerini incelemektir.

YÖNTEM: Randomize kontrollü prospektif özelliklerde olan bu araştırma Ağustos 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi'nde posterolateral torakotomi yöntemi ile ameliyat edilen ve araştırma kriterlerine uyan 27 kontrol, 27 çalışma olmak üzere toplamda 54 hasta üzerinde yapılmıştır. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale-VAS), Kısa Form 36 (Short Form 36; SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve analjezik ilaç kullanım bilgileri formu kullanılarak toplanmıştır. Preoperatif dönemde ve postoperatif 0. gün, 1. gün, 2. gün., 3. gün, 4. gün, 5. gün, 6. gün, 7. Gün hastaların ağrı şiddetleri, toplam alınan analjezi ve miktarları kaydedilmiştir. Ayrıca preoperatif dönemde ve postoperatif 7. günde SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Her iki gruba da standart medikal tedavi, bakım ve pulmoner rehabilitasyon programı uygulanmıştır. Çalışma grubuna ek olarak postoperatif 1. gün, 2. gün., 3. gün, 4. gün, 5. gün günde 1 seans toplamda 5 seans konnektif doku masajı uygulanmıştır.

BULGULAR: Postoperatif 0. gün ve 1. gün her iki gruptaki hastaların VAS ortalamalarının benzer ve oldukça yüksek olduğu; postoperatif diğer günlerde ise çalışma grubunun VAS ortalamalarının, kontrol grubunun VAS ortalamalarına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Operasyon sonrası 7. gün çalışma grubundaki hastaların yaşam kalitesi seviyesi kontrol grubuna göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Her iki gruptaki hastaların analjezik kullanım miktarları postoperatif 0. günden postoperatif 7. güne doğru azalmıştır ve çalışma grubundaki hastalar daha az analjezik ilaç kullanmışlardır. Ayrıca kontrol grubundaki hastalar daha uzun süre hastanede kalmışlardır.

SONUÇ: Araştırma sonuçları; torakotomi sonrası uygulanan konnektif doku masajının postoperatif ağrı seviyesini, analjezik ilaç kullanım miktarını, hastanede kalış süresini azaltırken ve yaşam kalitesini arttırdığını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: ağrı, konnektif doku masajı, torakotomi, yaşam kalitesi

SS-131

SERİZİN VE TALK PLÖRODEZİSİ YÖNTEMLERİNİN RAT PLAZMASINDA "BASİC FİBROBLAST GROWTH FACTOR" VE "HİGH SENSİTİVE C-REACTİVE PROTEİN" DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Alkın Yazıcıoğlu[1], Serkan Uysal[2], Almila Şenat[3], Tuba Şahinoğlu[4], Mahmut Subaşı[1], Mehmet Furkan Şahin[1], Cemile Biçer[3], Özcan Erel[3], Erdal Yekeler[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi ve Akciğer Nakli Kliniği, Ankara
[2]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, Ankara
[3]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara
[4]Konya Numune Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, Konya

GİRİŞ: Serizin, ipek-böceği (Bombyx-mori) kozasının bileşenlerinden, doğal yapıştırıcı, makromoleküler protein olup plörodez amaçlı kullanıldığı, plevralarda fibroblastik aktivite artışına ve fibrozise yol açtığı bildirilmektedir. Ayrıca serizin uygulanan grupta, parankimde kollajen liflerin talk uygulanan gruba göre daha yoğun izlendiği; yabancı cisim reaksiyonu, biyolojik doku yapıştırıcısı varlığı ve amfizemin ise talk grubuna göre daha az izlendiği de bildirilmektedir. Ek olarak, serizin plörodezisinin talk plörodezisine göre daha az sistemik yan etkiye sebep olduğu da belirtilmektedir. Ancak, serizin plörodezisinin ratların plazmasında bFGF ve hs-CRP düzeylerine etkisi bilinmemektedir. Eğer serizin'in plörodez etkinliği yüksekse, rat plazmasında b-FGF ve hs-CRP seviyelerinin de yükselmesi beklenmelidir.

GEREÇLER-YÖNTEM: Erişkin, erkek, 12-hafta yaşında, Wistar-albino ratlar (n=42) randomize üç gruba ayrıldı; her grup 14rattan oluşmaktaydı. İntramusküler anestezi; lateral dekübit pozisyonunda sol torakotomi uygulandı. Serizin grubuna 30mg serizin, talk grubuna 17mg talk uygulandı; kontrol grubuna sham-torakotomi uygulandı. Ad-libitum, ayrı kafeslerde beslenen ratlar 12gün sonra kardiyak puncture ile sakrifiye edildi; alınan kan örneklerinden plazma ayrıştırıldı. Rat plazması için bFGF ve hs-CRP kitleri Elabscience®-USA'dan temin edildi. Araştırıcılar AS, CB, ÖE gruplara kör tutularak; katalog bilgileri takip edilerek parametreler çalışıldı.

BULGULAR: Tüm ratlar çalışmayı tamamladı ve sakrifiye edildi. Rat plazmasında ortalama bFGF seviyesi, serizin grubunda 251,7 pg/mL (range: 101-821pg/mL), talk grubunda 72,3 pg/mL (range: 24-131pg/mL), kontrol grubunda ise 133,1 pg/mL (range: 32-320pg/mL) olarak hesaplandı. Scheffe testine göre serizin grubuyla talk grubu arasındaki istatistiksel ilişki anlamlı olarak hesaplandı ($p<0,05$; $p=0,046$). Rat plazmasında ortalama hs-CRP seviyesi, serizin grubunda 1,038 ng/mL (range: 0,677-2,815ng/mL), talk grubunda 1,343 ng/mL (range: 0,606-5,662ng/mL), kontrol grubunda ise 0,945 ng/mL (range: 0,586-1,261ng/mL) olarak hesaplandı. hs-CRP için gruplar arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA: Daha önce gerçekleştirilen çalışmalarda serizin ve talk plörodezleri karşılaştırılmıştı ve serizin plörodezisinin hem daha etkin olduğu hem de daha az yan etkiye yol açtığı gösterilmişti. Ancak serizin plörodezisi sonrası inflamasyon parametreleri, sitokin veya kemokin düzeyleri hakkında bilgi literatürde bulunmamaktadır. bFGF düzeyinin serizin plörodezisi uygulanan ratlarda talk plörodezisine göre anlamlı daha yüksek bulunması, intraplevral serizin uygulamasının plörodez başarısının biyokimyasal olarak da gösterildiği anlamına gelmektedir. Serizin plörodezisi talk plörodezisine göre fibroblastik aktiviteyi daha fazla indüklemektedir. Öte yandan, inflamasyon göstergesi olan hs-CRP ise anlamlı bulunmamış olup hızlı yarılanma ömrüne bağlı olarak normal seviyelerine gerilediği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: C-Reactive, Fibroblast, Fibrozis, Growth Factor, Plevra, Serizin

Tablo-1

Parametreler	Serizin (n=14)	Talk Pudrası (n=14)	Kontrol (n=14)	İstatistik (A vs. B; p değeri)
bFGF (pg/mL)	251.7 (range: 101-821)	72.3 (range: 24-131)	133.1 (range: 25-320)	Serizin vs. Talk Pudrası ($p<0.05$, $p=0.046$)
hs-CRP (ng/mL)	1.038 (range: 0.677-2.815)	1,343 (range: 0.606-5.662)	0.945 (range: 0.586-1.261)	Gruplar arasında fark yok.

Rat plazma bFGF ve hs-CRP düzeylerinin, serizin, talk ve kontrol gruplarındaki ortalama seviyesi, üst-alt limitleri ve istatistiksel sonuçları.

SS-132

GÖĞÜS CERRAHİSİ HASTALARINDA GÜNLÜK ADIM SAYISI VE UZAMIŞ HAVA DRENAJI İLİŞKİSİ

Önder Kavurmaci[1], Ali Özdil[2], Tevfik İlker Akçam[2], Ayşe Gül Ergönül[2], Sercan Aydın[2], Kutsal Turhan[2], Alpaslan Çakan[2], Ufuk Çağırıcı[2]
[1]S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerahisi Kliniği, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Postoperatif dönemde yürüme ve nefes alma egzersizlerinin komplikasyonları azalttığı bilinmektedir. Göğüs cerrahisi kliniklerinde hastalar yürümeye teşvik edilmekte ancak komplikasyonlardan korunmak için asgari adım sayısı hakkında bir veri bulunmamaktadır. Çalışmamızda göğüs cerrahisi operasyonları sonrası en sık karşılaşılan komplikasyon olan "uzamış hava drenajı" (UHD) ile yürüme miktarı arasındaki ilişki ortaya konmaya çalışıldı.

YÖNTEM: Aralık 2016 Temmuz 2017 tarihleri arasında kliniğinizde takip edilen hastalar 3 gruba ayrılarak prospektif olarak incelendi. Grup I, tüp torakostomi ile takip edilen spontan pnömotorakslı hastalardan, Grup II sublobar akciğer rezeksiyonu yapılan hastalardan, Grup III ise pnömonektomi hariç anatomik akciğer rezeksiyonu uygulanan hastalardan oluşturuldu. Hastaların demografik özellikleri Tablo-1 ve Tablo-2'de sunuldu. Tüm hastalara standart bir pedometre verildi ve 1. günden başlayarak hastaların adım sayıları ve verileri prospektif olarak kaydedildi. Hastaların günlük adım sayıları, ortalama adım sayıları ile UHD gelişimi arasındaki ilişki saptanmaya çalışıldı.

BULGULAR: Grup I'deki 28 hastanın 11'inde (%39.29), Grup II'deki 49 hastanın 1'inde (%2,04) ve Grup III'teki 61 hastanın 22'sinde (%36,07) UHD gelişti. Grup I verileri için Receiver Operating Characteristic (ROC) analizi uygulandığında 1. gün adım sayısı için cut-off değer "2513 / adım" olarak alındığında, UHD gelişiminin %100 sensitivite ve %100 spesivite ile saptanabileceği ortaya konuldu. Grup-II hastalarının yalnızca birinde UHD geliştiği için istatiksel bir inceleme yapılmadı. Grup III'teki hastaların analizinde ise 1. gün adım sayısı, 2. gün adım sayısı ve UHD gelişimi arasındaki ilişki anlamlı olduğu ($p = 0.017$ ve $p = 0.007$) yürüme miktarı arttıkça UHD gelişiminin azaldığı sonucuna varıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Erken ve yeterli mobilizasyonun, postoperatif dönemde komplikasyonları azalttığı bilinmektedir. Literatürde günlük adım sayısı ile UHD arasındaki ilişkiyi gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. "Postoperatif günlük adım sayısı", "hedef adım sayısı" ve "UHD'den koruyucu adım sayısı" gibi kavramları tanımlayan çalışmamızın, bu konuda literatürde öncü bir araştırma olduğuna inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Adım sayısı, göğüs cerrahisi, pedometre, postoperatif mobilizasyon, uzamış hava kaçağı

Tablo 1

		n	(%)
Cinsiyet	Erkek	26	92,86
	Kadın	2	7,14
	Yaş ortalaması	30,43±14,84	
Pnömotoraks	Primer	21	75
	Sekonder	7	25
Taraf	Sağ	15	53,57
	Sol	13	46,43
Sekonder spontan pnömotoraks etyolojisi	Büllöz akciğer hastalığı	4	14,29
	Histiositoz	1	3,57
	Metastatik akciğer hastalığı	1	3,57
	Tüberküloz	1	3,57
Uzamış hava drenajı gelişen hastalar	Primer spontan pnömotoraks	6	21,43
	Sekonder spontan pnömotoraks	5	17,86

Tablo 2

		Grup-2		Grup-3		Toplam	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Cinsiyet	Erkek	25	51,02	46	75,41	71	64,54
	Kadın	24	48,98	15	24,59	39	35,46
Yaş	Erkek	53,96±17,46(18-80)		62,56±10,37(35-79)		59,54±13,81(18-80)	
	Kadın	56,42±15,08(21-76)		55,93±11,52(27-74)		56,23±13,66(21-76)	
	Erkek ve kadın	55,16±16,22(18-80)		60,93±10,95(27-79)		58,36±13,79(18-80)	
Operasyon	Torakotomi *wedge*	29	59,18	-	-	29	26,36
	Videotorakoskopik *wedge*	20	40,82	-	-	20	18,18
	Sağ üst lobektomi	-	-	20	32,79	20	18,18
	Sağ orta lobektomi	-	-	1	1,64	1	0,91
	Sağ alt lobektomi	-	-	12	19,67	12	10,91
	Sağ üst bilobektomi	-	-	3	4,92	3	2,73
	Sağ alt bilobektomi	-	-	2	3,28	2	1,81
	Sol üst lobektomi	-	-	15	24,59	15	13,64
	Sol alt lobektomi	-	-	8	13,11	8	7,27
Histopatoloji	Adeno karsinom	11	%22,45	32	52,46	43	39,09
	Skuamöz hücreli karsinom	2	4,08	13	21,31	15	13,64
	Karsinoid tümör	1	2,04	1	1,64	2	1,81
	Metastatik hastalık	23	46,94	4	6,56	27	24,55
	Benign hastalık	11	22,45	4	6,56	15	13,64
	Diğer malign hastalık	1	2,04	7	11,48	8	7,27
Uzamış hava drenajı	(+)	1	2,04	22	36,07	23	20,91
	(-)	48	97,96	39	63,93	87	79,09

SS-133

PRİMER HİPERHİDROZİS NEDENİ İLE SEMPATEKTOMİ UYGULANAN OLGULARDA KOMPANSATUAR TERLEME VE HASTA MEMNUNİYETİNİN UZUN DÖNEM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Gül Ergönül[1], Tevfik İlker Akçam[1], Önder Kavurmacı[2], Kutsal Turhan[1]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Çalışmamızda idiyopatik lokalize hiperhidrozis (İLH) nedeni ile, bilateral torakoskopik sempatikotomi (BTS) uygulanan hastalarda, operasyondan 5 yıl ve daha uzun süre içerisinde gelişen kompansatuar terlemeyi (KT) ve operasyon sonucunda ulaşılan genel hasta memnuniyetini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Ocak 2008 - Haziran 2012 tarihleri arasında palmar ve palmar / aksiller hiperhidroz nedeni ile BTS uygulanan 161 hastanın verileri retrospektrif olarak incelendi. İzole palmar hiperhidrozis ile başvuran hastalara T3, palmar / aksiller hiperhidroz için başvuran hastalara ise T3-T4 sempatikotomi prosedürü uygulandı. Bu hastaların 122'sine ulaşılarak takip anketi düzenlendi. Toplanan veriler; prosedürün etkinliğini, uzun süreli hasta memnuniyetini, operasyon ile KT'nin ilk ortaya çıkışı arasındaki süreyi, KT'nin postoperatif dönemdeki seyrini, KT'den etkilenen vücut bölgelerini ve semptomların ne kadar sürdüğünü içermekte idi.

BULGULAR: Hastaların ortalama takip süresi 82.13 ± 13.49 (61-112) ay idi. Operasyon etkinliği, hem palmar hem de palmar / aksiller hiperhidroz hastaları için taburculuk sırasında %100 olarak saptandı. Bu oranlar, uzun dönem takipte sırasıyla %100 ve %94.5 olarak belirlendi. Ankete katılan 92 (%75.4) hasta KT geliştiğini belirtti. KT'nin hastaların sadece 41'inde (%44,57) postoperatif ilk haftada ortaya çıktığı tespit edildi. KT'nin miktarını hastaların 79'u (%89.34) hafif, 13'ü (%10.66) ise şiddetli olarak tanımlandı. Bu 92 hastadan 20'si (%21.74) KT'nin zamanla azaldığını, 2'si (% 2.17) ise zamanla arttığını bildirdi. Takip sonunda operasyondan genel memnuniyet oranı %91.81 (112/122) olarak saptandı

TARTIŞMA VE SONUÇ: İdiyopatik lokalize hiperhidrozis olguları BTS'den önemli ölçüde fayda görmektedir. KT hasta memnuniyetsizliğin başlıca nedenidir. KT, operasyon sonrası uzun dönemde kısmi bir hasta grubunda kaybolabilir. Hastaların KT açısından detaylı bilgilendirilmesi önemini korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik hiperhidrozis, sempatikotomi, kompansatuar terleme

SS-134

PLEVRAL PATOLOJİ ETYOLOJİSİ İÇİN YAPILAN VATS; GENEL ANESTEZİ İLE Mİ? SEDO-ANALJEZİ İLE Mİ?

Celalettin Kocatürk[1], Ali Cevat Kutluk[1], Ozan Usluer[2], Serdar Onat[3], Fazlı Yanık[4], Ulaş Çınar[5], Ezgi Cesur[6], Refik Ülkü[3], Altemur Karamustafaoğlu[4], Burçin Çelik[5], Recep Demirhan[6]
[1]SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul
[2]SBÜ Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir
[3]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır
[4]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Edirne
[5]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Samsun
[6]SBÜ Kartal Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Bu çalışmada plevral patoloji etiyolojisi için sedasyon ve lokal anestezi ile yapılan VATS işleminin, genel anestezi altında yapılan VATS ile benzer güvenilirlik ve tanısal doğrulukta yapılıp yapılamayacağını araştırmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Beş merkezin katıldığı bu çalışma, Ekim 2016 – Nisan 2018 tarihleri arasında toplam 293 olgu ile prospektif ve randomize olarak planlandı. Olgular, sedasyon ve lokal anestezinin yapıldığı (grup L, 127 olgu) ve genel anestezinin uygulandığı (grup G, 166 olgu) iki grupta toplandı. Grup G ve grup L; tanısal doğruluk, operasyon süresi, hastane yatış süresi, işlem maliyeti ve vizüel ağrı skala (VAS) skoru için karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Grup L'de bulunan 127 olgunun 89'u erkek, 38'i kadın olup ortalama yaş 57.73±16.08 (19-90 yaş aralığı) idi. Bu olguların histopatolojik tanıları; malign (32 olgu), nekrotizan olmayan granülomatöz plörit (2 olgu), tüberküloz nekrotizan plörit (13 olgu), spesifik olmayan plörit (80 olgu) olarak saptanmıştı. Bu grupta genel anesteziye geçme kararı 1 hastada verildi. Grup G'de ise 166 olgunun 113'ü erkek, 53'ü kadın olup ortalama yaş 50.91±15.68 (18-84 yaş aralığı) idi. Bu olguların histopatolojik değerlendirmelerinde; malignite (56 olgu), nekrotizan olmayan granülomatöz plörit (7 olgu), tüberküloz nekrotizan plörit (22 olgu), spesifik olmayan plörit (81 olgu) saptanmıştı. Her iki grupta da intraoperatif veya postoperatif komplikasyona rastlanmadı.

SONUÇ: Plevral sıvı ve plevral patolojilerin tanımlanması amacıyla yapılan VATS girişimi, genel anestezi ile yapılabileceği gibi sedasyon ve lokal anestezi ile de yapılabilir. Uyanık VATS (UVATS) olarak da tanımlanan bu işlem güvenli, tanısal değeri yüksek, hasta için konforlu ve maliyeti düşüktür.

Anahtar Kelimeler: Uyanık video-yardımlı torasik cerrahi, sedasyon, epidural anestezi

SS-135

POSTTORAKOTOMİ AĞRISINDA INTERKOSTAL SİNİR KORUMASININ ETKİSİ: PROSPEKTİF, ÇİFT KÖR RANDOMİZE ÇALIŞMASI

Celal Buğra Sezen[1], Cem Emrah Kalafat[1], Anil Gokce[2], Cemal Aker[1], Suleyman Anıl Akboga[3], Muhammet Sayan[2], Ali Celik[2], Abdullah İrfan Taştepe[2]
[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul
[2]Gazi Üniveristesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara
[3]Bingöl Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bingöl

Ağrılar cerrahi sonrasında hastaların tedaviye uyumunu ve günlük aktivitelerini etkilemektedir. Kronik torakotomi ağrısı 6 aydan uzun süre devam eden ağrılar olarak tanımlanmakta ve %67 oranında izlenmektedir. Bu çalışmadaki amacımız konvansiyonel kapatma teknikleri ile intrakostal ve interkostal sinir korunmasının postoperatif morbidite ve uzun dönemde ağrı kontrolü üzerine etkisinin prospektif olarak değerlendirilmesidir.

MATERYAL VE METHOD: 2012-2015 yılları arasında 89 hasta üzerinde prospektif randomize olarak çalışma yapılmıştır. Çalışmada benign ve malign hastalık nedeniyle posterolateral torakotomi uygulanan hastalara 3 farklı teknik uygulanmıştır. Grup-A (konvansiyonel sütür tekniği), Grup-B(Intrakostal Sutur Tekniği),Grup-C(Intrakostal Sutur Tekniği ile birlikte interkostal sinir koruması). Erken dönem ağrılar visuel analog skala ile değerlendirilirken 6 aydaki ağrılar Leeds Assessment Of Neuropathic Symptomps And Signs ile değerlendirildi.

BULGULAR: 73 erkek (%82), 16 (%18) kadın hasta çalışmada yer almaktadır. Sütür tekniklerinin uygulanma süresine karşılaştırıldığında gruplar arasında istatiksel olarak fark saptanmıştır. Postoperatif 0,1 ve 2 gündeki istirahat ve öksürürken ki ağrı skorları ile gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0.001$). 22 hastada (%24.7) komplikasyon izlenmiştir. Gruplar açısından komplikasyonlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır($p=0.603$). Atelektazi ise Grup A'da diğer gruplara oranla daha fazla gözlemlenmiştir ($p=0,027$). Postoperatif 6 aydaki kronik ağrılar Grup-A'da Grup B ve C ye göre daha fazla izlendi($p<0.05$).

SONUÇ: Intrakostal sütür tekniği ile birlikte uygulanan interkostal kas flabi hastaların erken dönem ağrılarını ve kronik ağrılarını konvansiyonel tekniğe göre daha başarılı ve uyuglanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Kronik Ağrı, Torakotomi, İnterkostal sinir

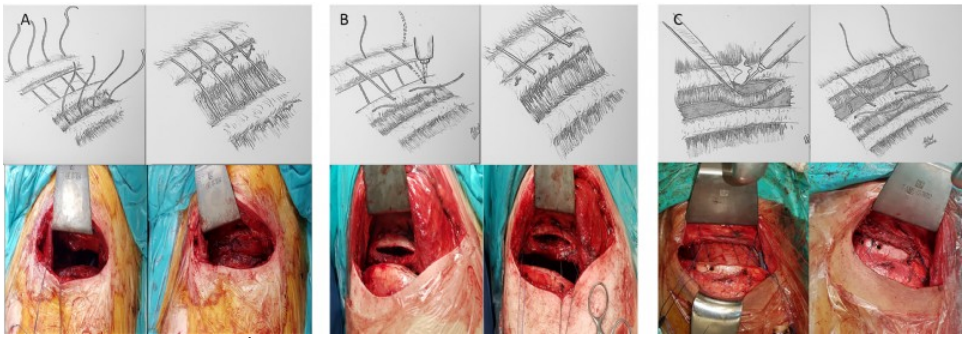
Resim 1

Table 2. Postoperative Early Period Pain Comparison Between Groups

Varibles	Grup-A (Mean SD)	Grup-B (Mean SD)	Grup-C (Mean SD)	p Value
Pain Score (VAS)				
Postoperative Day 0 (Rest)	5.00±0.61	3.50±0.91	2.94±1.00	**<0.001**
Postoperative Day 0 (Cough)	6.40±0.68	5.28±1.04	4.74±1.18	**<0.001**
Postoperative Day 1 (Rest)	4.33±1.36	2.41±0.77	1.83±0.71	**<0.001**
Postoperative Day 1 (Cough)	6.16±1.34	4.41±0.82	4.16±0.80	**<0.001**
Postoperative Day 2 (Rest)	2.50±1.25	1.76±0.68	1.78±0.60	**0.003**
Postoperative Day 2 (Cough)	4.16±1.30	3.33±1.04	3.50±0.76	**0.002**
Bengin Group				
Postoperative Day 0 (Rest)	4.96±0.56	3.31±0.75	2.9±1.01	**<0.001**
Postoperative Day 0 (Cough)	6.67±0.83	5.34±0.94	4.71±1.12	**0.001**
Postoperative Day 1 (Rest)	3.70±1.52	2.54±0.44	1.88±0.72	**0.003**
Postoperative Day 1 (Cough)	5.74±1.40	4.69±0.42	3.95±0.81	**0.002**
Postoperative Day 2 (Rest)	2.70±1.08	2.01±0.67	1.59±0.52	**0.026**
Postoperative Day 2 (Cough)	4.51±1.04	4.06±1.33	3.41±0.69	**0.029**
Malign Group				
Postoperative Day 0 (Rest)	5.02±0.66	3.61±0.99	2.97±1.02	**<0.001**
Postoperative Day 0 (Cough)	6.53±0.56	5.24±1.11	4.76±1.24	**<0.001**
Postoperative Day 1 (Rest)	4.22±1.22	2.44±0.92	1.94±0.72	**<0.001**
Postoperative Day 1 (Cough)	6.38±1.26	4.43±0.99	3.83±0.81	**<0.001**
Postoperative Day 2 (Rest)	2.75±1.41	1.61±0.65	1.91±0.63	**0.022**
Postoperative Day 2 (Cough)	4.66±1.52	3.34±0.75	3.75±0.80	**0.020**

Postoperatif Erken Dönem Ağrıların Karşılaştırılması

Resim 2



3 Farklı Cerrahi Tekniğin İlustrasyonu

SS-136

MEVSİM DEĞİŞİKLİĞİNİN PNÖMOTORAKS GELİŞİMİNE ETKİSİ

Elif Yelda Niksarlıoğlu, Ali Cevat Kutluk, Mehmet Atilla Uysal, Funda Seçkin Arkın
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Solunum sistemi diğer pek çok organdan farklı olarak, hava ile direkt teması olması nedeniyle mevsim değişikliğinden doğrudan etkilenmektedir. Yapılan araştırmalarda, mevsimlerle astım, kronik obstruktif akciğer hastalığı atağı gibi alt solunum yolunu ilgilendiren hastalıkların yanı sıra akut miyokard enfarktüsü, aritmi, depresyon gibi bazı önemli hastalıklarla da ilişkili olduğu belirtilmiştir.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmada 01 Ocak 2017- 31 Aralık 2017 tarihleri arasında Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi acil servise başvuran 102.855 hasta içinde, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nde pnömotoraks (PX) tanısı olan 1540 başvuru retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Olguların yaş ortalaması 41 yıl, %90'ı erkekti. Hastanemiz acil servisine PX nedeni ile başvuru oranı %1.49, günlük başvuru ortalaması 3.5±2.81 idi. PX ile acile hiç başvuru olmayan gün sayısı 3'dü. PX ile başvuru yapan hasta sayısı 1-3 olanlar grup I, 4'den fazla olanlar ise grup II olarak tanımlandı. Grup I olan gün sayısı 113, grup II için 248 idi. Grup I'de PX sayısı 179 (% 49.45), grup II'de ise 183 (%50.55) olarak saptandı. Dört mevsime göre gruplar incelendiğinde acile PX ile başvuruda istatistiksel anlamlı fark olmadığı görüldü (p=0.573).

SONUÇ: Üçüncü basamak göğüs hastalıkları hastanesine yıllık PX ile başvuru oranı %1.49 olduğu görüldü. Mevsimler ile PX ilişkisini inceleyen araştırmalarda bazı farklılıklar saptanmış olsa da bizim araştırmamızda böyle bir farklılık izlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: acil başvurusu, mevsim, pnömotoraks

SS-137

KOAH HASTALIĞINDA SERUM ALKALEN FOSFATAZ MORTALİTE GÖSTERGESİ OLABİLİR Mİ?

Seda Tural Önür, Sinem Nedime Sökücü, Cengiz Özdemir, Nurdan Şimşek Veske, Özlem Kahya
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) sistemik inflamasyonla ve doku oksijenizasyonunu bozarak seyreden kronik bir hastalıktır. Alkalen fosfataz (ALP) doku hasarında ve Tip II pnömosit proliferasyonunu göstermektedir. Progresif seyirli KOAH'ta ALP mortalite öngörüsünü göstermeyi amaçlamış bulunmaktayız.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Kliniğimizde KOAH tanısı ile takipte olan KOAH'ın birleşik değerlendirmesi ve GOLD'da göre spirometrik olarak evrelenen hastalar çalışmaya dahil edildi. Kesitsel olan çalışmada hastaların demografik özellikleri ve biyokimya değerleri analiz edildi.

BULGULAR: Çalışmamıza kliniğimizce takip edilen stabil dönem 84 KOAH hastası retrospektif olarak tarandı ve ALP değeri mevcut olan 52 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma popülasyonumuzun %78,8'i (n:41) erkek iken %21,2'si (n:11) bayandı. Hastalarımızın ortalama yaşı 63,58 ± 1,4 yıl (36-84) idi. Hastalarımızın %28,8'i grup A, %17,3'ü grup B, %25'i grup C ve %28,8'i grup D idi. Takip süresince hastalarımızın %17,3 (n:9) ex olmuştur. Ex olan hastalarımız ile ALP değerleri araşında ilişki Tablo 1'de verilmiştir.

SONUÇ: KOAH hastalarında sistemik inflamasyon ile gelişen doku hasarında ALP hastalığın mortalitesini göstermede anlamlı olarak bulunmuştur.

TARTIŞMA: KOAH'ın sistemik etkilerinin ön görülerek gerekli önlemlerin alınması hastalığın kronik sürecinde hastanın yönetimini kolaylaştırmaktadır. Bu süreçte ALP doku hasarını göstererek mortalitenin ön görücü bir parametresi olabileceği düşünülmektedir. Önümüzdeki dönemlerde geniş popülasyonlu, kontrollü ve prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulacağı ile ALP dikkat çekmek istemekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Alkalen fosfataz, mortalite

Tablo 1

Alkalen Fosfataz	n	Ortalama	Std Sapma	p değeri
Ölü	9 (%17,3)	97,67	41,43	0,041
Yaşayan	43 (%82,7)	86	18,69	

SS-138

SERUM ÜRİK ASİT SEVİYESİ KOAH HASTALARININ MORTALİTESİNİ GÖSTERMEDE GÜVENİLİR MİDİR?

Seda Tural Önür, Sinem Nedime Sökücü, Cengiz Özdemir, Merve Sarı
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)'nın en önemli etiyolojik faktörleri arasında sigara bulunmaktadır. Literatürde sigara kullanımı ile antioksidan molekül olarak ürik asit artışı ve yine bu molekülün hipoksik kaskatta artışı ispatlanmıştır. Amacımız serum ürik asid seviyesi ile KOAH hastalarının mortalitesi arasında ilişki varlığının saptanmasıdır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: 2015-2018 yılları arasında polikliniğimizce KOAH tanısı ile takipte olan hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. GOLD 2018'e göre birleşik değerlendirilen hastalar hasta sistemince mortalite açısından tarandı. Kesitsel olan çalışmada hastaların demografik özellikleri ve biyokimya değerleri analiz edildi.

BULGULAR: Çalışmamıza kliniğimizce takip edilen 134 KOAH hastası dahil edildi ve 84 hastanın ürik asit değerine ulaşıldı. Çalışma popülasyonumuzun %83,3'i (n:70) erkek iken %16,7'si (n:14) bayandı. Hastalarımızın ortalama yaşı 62,10 ± 1,1 yıl (36-84) idi. Stabil dönemdeki hastalarımızın %33,3'ü Grup A, %17,9'u Grup B, %22,6'sı Grup C ve %26,2'si Grup D idi. Hastalarımızın ortalama ürik asit değeri 5,13 ±0,11 idi. Takip süresince hastalarımızın %13,1 (n:11) ex olmuştur. Ex olan ve olmayan hastalarımın ürik asit değeri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık 0,762 olarak saptandı.

SONUÇ: Bir çok patolojik yolak sayesinde artan serum ürik asit seviyesi KOAH hastalığında mortalite belirteci olarak anlamlı saptanmamıştır.

TARTIŞMA: Hava yolu inflamasyonu ve oksidan-anti oksidan dengesizliği KOAH patogenezinde rol oynamaktadır. Basit, kolay ulaşılabilir ve hızlı bir yöntem olarak serum ürik asit seviyesi hastaların risk değerlendirmesinde göz önünde bulundurularak mortalite göstergesi olabileceği düşünülmektedir ve literatürdede destekleyici çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamızın popülasyon sayısı azlığından ötürü istatistiksel olarak anlamlılık saptanamadığını düşünmekteyiz. Önümüzdeki dönemlerde geniş popülasyonlu, kontrollü ve prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), ürik asit, mortalite

SS-139

KOAH HASTALARINDA ALEVLENME SAYISI İLE TNF-A DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Nesibe Kaya, Sami Aydoğan, İnci Gülmez
Erciyes Üniversitesi

GİRİŞ-AMAÇ: KOAH tam olarak geriye dönüşü olmayan,hava akımı kısıtlaması ile karekterize,zararlı gaz ve partiküllere karşı anormal inflamatuar yanıt ve ataklar ile birlikte seyreden bir hastalıktır. Önemli bir inflamasyon tetikleyicisi olan TNF-alfa ise KOAH 'lı hastaların doku ve salgılarında önemli miktarda bulunmaktadır. Bu çalışmada KOAH hastalarının alevlenme sayıları ile serum TNF-α düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran ve son bir yıldır kontrol amaçlı olarak gelen 18-85 yaş arası KOAH tanısı almış 48 gönüllü katılmıştır. Çalışma için 2018/96681246 No' lu ERÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır. Spirometrik testlerden FEV1 ve FEV1/FVC ölçümleri yapılarak gönüllülerin onayı alındıktan ve geçirdikleri atak sayıları belirlendikten sonra, herbir gönüllüden kan örnekleri alınmış ve TNF-α düzeyleri Elisa yöntemiyle ölçülmüştür.İstatistiksel analizlerde, Mann Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmış ve $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya alınan olguların yaş ortalamaları 60.7, ortalama yıllık atak sayısı 1.4±0.1'dir. FEV1/FVC ortalaması 57.2, FEV1 ortalaması 52.2'dir. Hastalar, <1 atak, 1-3 atak, 3-5 atak, >5 atak geçirenler olarak sınıflandırılmıştır. Atak sayıları ile serum TNF-α düzeyleri arasında korelasyon olup olmadığı karşılaştırılmış ve atak sayısı artıkça TNF-α düzeylerinin de artış gösterdiği saptanmıştır.

SONUÇ: Bu çalışma KOAH lı hastalarda atak sayısı ile serum TNF alfa düzeyi arasında pozitif bir korelasyon olduğunu; FVC, FEV1 ve FEV1 / FVC gibi spirometrik parametrelere ek olarak ilerleyen zamanlarda hastalığın prognozu açısından, serum TNF alfa düzeylerinin, bir belirteç olarak kullanılabileceğini göstermektedir.Ancak daha büyük örneklem büyüklüğüne sahip çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: KOAH,Alevlenme,TNF-α

SS-140

KRONİK OBSTRUKTİF AKCİĞER HASTALARINDA (KOAH) PULMONER REHABİLİTASYONUN İSTİRAHAT KALP HIZI ÜZERİNE ETKİSİ

İlknur Naz Gürşan[1], Büşra Aktaş[2], Hülya Şahin[3]
[1]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
[2]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
[3]İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalarında (KOAH) istirahat kalp hızı hastalık şiddetiyle birlikte artış göstermektedir ve yüksek kalp hızı çok sayıda morbidite ile ilişkilidir. Pulmoner rehabilitasyon (PR) KOAH hastalarının tedavisinde önemli yaklaşımlardan biri olmakla birlikte, kardiyak parametreler üzerine etkisi net değildir. Bu çalışmanın amacı solunum, aerobik ve kuvvetlendirme egzersizlerinden oluşan PR programının KOAH hastalarında istirahat kalp hızı ve kalp hızı rezervi üzerine etkisini incelemektir.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya 2 gün /8 hafta boyunca ayaktan takipli PR programına katılan, kalp hızını etkileyebilecek ilaç kullanımı olmayan ve oksijen desteği almayan, klinik durumu stabil 120 KOAH hastası [Ortanca yaş: 63(57,68) yıl, % FEV1: 42(31,56)] dahil edildi. Hastaların program öncesi ve sonrası değerlendirmeleri; solunum fonksiyon testi, arter kan gaz analizi, altı dakika yürüme testi (6-DYT), mMRC Dispne Skalası, St George Solunum Hastalıkları Anketi ve Hastane Anksiyete Depresyon Skalası ile yapıldı. Olguların 6-DYT öncesi istirahat kalp hızları kaydedildi ve test sonrasındaki kalp hızı rezervleri hesaplandı.

BULGULAR: PR programı sonrası, %FEV1, oksijenasyon, 6DYT mesafesi, dispne şiddeti, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi parametrelerinde anlamlı iyileşme elde edildi ($p<0.05$). Çalışmaya katılan olguların istirahat kalp hızları ortancası; PR öncesi; 91(82,100) atım/dakika iken PR sonrası bu değerin 88(81,98) olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ($p=0.007$). PR öncesi ve sonrası 6-DYT'inde ölçülen peak kalp hızları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p=0.513$), kalp hızı rezervinin PR sonrası anlamlı oranda artış gösterdiği görüldü ($p= 0.016$). İstirahat kalp hızındaki azalmanın; PR öncesi istirahat kalp hızı ($r=-0.593$, $p<0.001$), arteriyel oksijenasyon ($r=0.211$, $p=0.021$) ve 6DYT mesafesi ($r=0.187$, $p=0.041$) ile, kalp hızı rezervindeki artışın ise PR öncesi kalp hızı ile ($r=-0.556$, $p<0.001$) korele olduğu sonucuna varıldı.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Stabil KOAH hastalarına uygulanan PR programı; egzersiz kapasitesi, dispne algısı, oksijenasyon, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesindeki iyileşmelerin yanı sıra istirahat kalp hızını düşürmekte ve kalp hızı rezervini arttırmaktadır. Düşük istirahat kalp hızına sahip, arteriyel oksijenasyonu ve fonksiyonel kapasitesi yüksek olan hastalarda istirahat kalp hızındaki azalma daha fazladır. Bu sonuçlar PR programlarının KOAH hastalarında kardiyak morbiditeyi azaltabileceği fikrini desteklemekle birlikte, farklı subgruplarda ve kontrol gruplarıyla yapılacak izlem çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İstirahat Kalp Hızı, Kalp Hızı Rezervi, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı, Pulmoner Rehabilitasyon

SS-141

KOAH TANILI HASTALARDA STABİL DÖNEMDE SAPTANAN EOZİNOFİL DÜZEYİ VE ATAK SIKLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mustafa Asım Demirkol, Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar, Burcu Arpınar Yiğitbaş, Celal Satıcı, Gizem Köybaşı, Nazlı Evin Taşatan Demirkol
SBÜ İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Son yıllarda kan eozinofil sayısının KOAH tanılı hastalarda alevlenmelerin engellemesinde seçilecek farmakolojik ajanlara yol gösterebileceğine yönelik veriler mevcuttur. Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalar sonucunda yüksek kan eozinofil sayılarının, sık alevlenmeyi ön görebildiği gösterilmiştir. Ancak bu sonuç, başka bir kohort çalışmada doğrulanmamıştır. Çalışmalardaki farklı sonuçlar, önceki alevlenme öykülerinin ve İKS kullanımının farklılığına bağlanmıştır. Eozinofillerin tedaviyi yönlendirmedeki etkisine dair yeni çalışmalara gereksinim vardır. GOLD 2018 raporu prospektif araştırmalarla kanıtlanmadığı sürece eozinofil sayısını biyobelirteç olarak kullanmayı önermemektedir. Bu sebeplerden dolayı hastaların bazal eozinofilleri ile atak sayıları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacı ile bu çalışmayı yapmayı uygun bulduk. Çalışmamıza 1 Mart 2018 - 1 Temmuz 2018 tarihleri arasında Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran stabil dönemdeki 153 KOAH'lı hastayı dahil ettik. Hastalarımızın 137'si erkek (%89,5), 16'sı kadındı (%10,5). Başvuran hastaların yaş ortalaması 61,52'ydi. Hastaların 64'ü smoker (%41,8), 89'u non/ex smoker idi (%58,2). GOLD evresine göre hastaların 81'i A grubunda (%52,9), 31'i B grubunda (%20,3), 13'ü C grubunda (%8,5) ve 28'i D grubundaydı (%18,3). Hastaların ortalama eozinofil sayısı 271,21 (±196,5); ortalama eozinofil yüzdesi ise 3 (±2,13) olarak saptandı. Atak geçirmemiş 82 hasta ile (%53,6) atak geçirmiş 71 hasta (%46,4) karşılaştırıldığında FEV1, FVC, FEV1/FVC, mMRC, CAT, 6 dakika yürüme testi, nötrofil lenfosit oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$) ancak eozinofil sayısı ve yüzdesi ile atak sıklığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 1). Hastalar sigara içme durumu, tüberküloz öyküsü, nebulizatör, oksijen konsantratörü ve BiPAP cihazlarının varlığı açısından değerlendirildiğinde de atak sıklığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Ayrıca inhale kortikosteroid, ipratropium, kısa etkili β agonist veya teofilin / roflumilast kullanan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde atak sıklığı daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 2). Aşılanma durumlarına bakıldığında ise influenza aşısı olmayan hastaların %41,5'i atak geçirirken, influenza aşısı olanların %68'i atak geçirmiştir ($p=0,02$). Benzer şekilde pnömokok aşısı olmayan hastaların % 40,2'si atak geçirirken, pnömokok aşısı oanların %80'i atak geçirmiştir ($p=0,002$). Çalışmamızda atak sıklığı ile eozinofili arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamasına karşın nötrofil lenfosit oranındaki anlamlı fark, atak sıklığını öngörmede bu oranın kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, atak, periferik eozinofili, nötrofil-lenfosit oranı

Tablo 1

Tablo 1. Atak geçiren ve geçirmeyen hastalarda solunum fonksiyon test değerleri, dispne skalaları ve hemogram parametrelerinin karşılaştırılması*

	Atak Geçirmeyen Hastalar	Atak Geçiren Hastalar	P değeri
FEV 1 (L/sn)	1,69 ± 0,59	1,30 ±0,52	0,001
FEV 1 (%)	56,17 ± 14,57	43,58 ± 15,79	0,001
FVC (L/sn)	2,60 ± 0,82	2,15 ± 0,70	0,001
FVC (%)	68,46 ± 15,29	56,54 ± 17,39	0,001
FEV 1 / FVC	60,69 ± 9,68	56,36 ± 11,33	0,012
mMRC	1,17 ± 0,69	1,59 ± 0,87	0,001
CAT	6,41 ± 6,35	12,17 ± 9,15	0,001
6 DYT	478,99 ± 93,76	402,13 ± 119,64	0,001
NLO	2,21 ± 0,97	2,57 ± 1,22	0,05
Eozinofil (10^3/uL)	284,69 ± 202,559	255,15 ± 189,268	0,36
Eozinofil (%)	3,07 ± 2,08	2,93 ± 2,20	0,68

*Veriler ortalama ± standart sapma şeklinde sunulmuştur. FEV 1: Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm, FVC: Zorlu vital kapasite, mMRC: Modifiye Tıbbi Araştırma Konseyi Anketi, CAT: KOAH Değerlendirme Testi, 6 DYT: 6 dakika yürüme testi, NLO: Nötrofil lenfosit oranı

Tablo 2

Tablo 2. İnhale kortikosteroid, ipratropium, kısa etkili β agonist, teofilin/roflumilast kullanan ve kullanmayan hastalarda atak sıklığı durumu *

	İlacı kullanmayanlarda atak %	İlacı kullananlarda atak %	P değeri
İKS	31,7	58	0,001
İpratropium	36,9	71,4	0,001
SABA	38,2	57,8	0,016
Teo/Rofl	36,8	88,9	0,001

*Veriler ortalama ± standart sapma şeklinde sunulmuştur. İKS: İnhale kortikosteroid, SABA: Kısa etkili β agonist, Teo: Teofilin, Rofl: Roflumilast

SS-142

KRONİK OBSTRUKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA SİGARANIN OKSİDATİF DNA HASAR GÖSTERGESİ OLAN 8-HİDROKSİ-2'-DEOKSİGUANOZİN DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Pelin Uysal
Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atakent Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Aktif sigara içicisinin en büyük risk grubu içinde olduğu kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), aynı zamanda pasif olarak sigara dumanına maruz kalanları da ciddi şekilde tehdit etmektedir. Oksidatif stresin oluşumuna neden olan serbest radikaller; lipidler, proteinler ve DNA gibi molekülleri etkileyerek lipid peroksidasyonuna, protein oksidasyonuna ve DNA hasarına yol açmaktadırlar. KOAH patojenezinde oksidatif stres giderek önem kazanmaktadır. Son yıllarda DNA hasarı oksidatif stresi belirlemede faydalı bir gösterge olmuştur. Sigara içimi, oksidatif DNA hasarını başlı başına arttıran bir etkendir. DNA üzerinde en sık oluşan ve mutajenik özellik gösteren hasar, 8-hidroksi-2'-deoksiguanozin (8-OHdG)'dir. Bu nedenle çalışmamızda KOAH hastalarında sigaranın oksidatif DNA hasarı göstergesi olan 8-OHdG düzeyleri üzerine etkisini değerlendirdik ve oksidatif stresin bu gösterge ile KOAH arasında bir ilişki olup olmadığını araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma sigara içen KOAH'lı 70 hasta, sigara içmeyen KOAH'lı 70 hasta ve 50 sağlıklı gönüllüden oluşmaktadır. Serum 8-OHdG düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçüldü.

BULGULAR: Sigara içen KOAH'lı hastalarda serum 8-OHdG düzeyleri içmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek ($p<0,001$) bulundu. Sigara içmeyen KOAH'lı hastalarda serum 8-OHdG düzeyleri kontrollere göre anlamlı olarak yüksek ($p<0,05$) bulundu. Tüm KOAH hastaları GOLD sınıflamasına göre değerlendirildiğinde, D grubunda olan hastaların serum 8-OHdG düzeyleri diğer gruptaki hastalara göre anlamlı olarak yüksek ($p<0,01$) bulundu. Sigara içen KOAH hastalarında serum 8-OHdG düzeyleri FEV1 ve FEV1/FVC ile anlamlı olarak negatif korelasyon gösterdi.

SONUÇ: Bu sonuçlar, sigara dumanının artan 8-OHdG düzeyleri ile ilişkili bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Sigara dumanına maruz kalmak hava yolu savunma mekanizmalarını hasarlandırır. Artmış 8-OHdG düzeyleri aynı zamanda KOAH şiddeti ile ilişkilidir. Oksidatif stres belirteci olarak oksidatif DNA hasarı KOAH patogenezinde merkezi bir durumdur ve akciğer DNA'sına doğrudan zarar verebilir. Bu sonuçlar, KOAH mekanizmalarına yeni bir bakış açısı getirmekte ve sigara içen KOAH'lı hastalarda oksidatif DNA hasarını değerlendirmek için invaziv olmayan yaklaşımlar geliştirme potansiyelini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: 8-hidroksi-2'-deoksiguanozin, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, oksidatif DNA hasarı, sigara

SS-143

KOAH AKUT ATAKTA HEMATOLOJİK PARAMETRELER İNFLAMATUAR BİYOBELİRTEÇLER YERİNE KULLANILABİLİR Mİ?

Ayperi Öztürk, Tuğba Çiçek
SBÜ Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) hastalarında, hastalığın seyri boyunca gözlenen akut ataklar önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Atakların başlıca nedeni enfeksiyonlardır. İnflamasyon biyobelirteci olarak sıklıkla C-reaktif protein (CRP), lökosit-nötrofil sayısı, sedimentasyon kullanılmaktadır ancak CRP sistemik inflamatuar hastalıklarda da yükselmektedir. Prokalsitonin (PCT), bakteriyel enfeksiyon göstergesi olarak tanımlanmış kalsitoninin prehormonudur; viral infeksiyonlar ve sistemik immunolojik hastalıklarda belirgin bir artışı saptanmaz. Sitokinler ve CRP'nin aksine nekroz, inflamasyon ve viral infeksiyonlarda PCT seviyelerinde önemli bir artış görülmemekte, PCT'nin bakteriyel infeksiyonlara özgün olduğu kabul edilmektedir. Son yıllarda bakteriyel enfeksiyon göstergesi olarak sık kullanılmaktadır. Biz de bu çalışmamızda KOAH atak nedeniyle hastaneye yatmış hastalarda PCT, CRP ile hematolojik parametreler arasında bir korelasyon olup olmadığını bununla birlikte PCT yerine kullanılabilecek hematolojik bir parametre varlığını araştırmayı amaçladık.

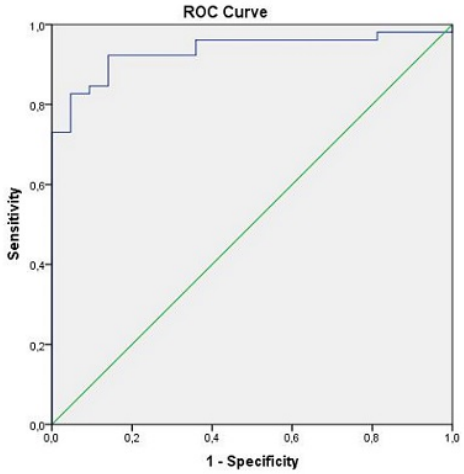
MATERYAL- METHOD: Mart 2018 -Haziran 2018 arasında kiniğimize kabul edilen 52 KOAH akut atak hasta ile polikliniğimize başvuran 64 stabil KOAH hastası çalışmaya dahil edildi. Komorbiditesi (kr. böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı) olan hastalar çalışmaya alınmadı.

BULGULAR: Hastaların demografik verileri ile serum CRP, PCT, beyaz küre, nötrofil sayıları, NLR, plateletcrit (pct), platelet/lenfosit oranı (PLR), monosit/lenfosit oranı (MLR), eritrosit dağılım hacimleri (RDW), platelet dağılım hacimleri (PDW), ortalama platelet hacimleri (MPV) tablo 1'de özetlenmiştir; atakta olan grupta tüm parametreler anlamlı şekilde yüksekti. Atak grubunda CRP ve PCT ile hematolojik parametrelerin korelasyonuna bakıldığında; beyaz küre, nötrofil sayısı, NLR ve MLR ile pozitif korelasyon saptandı. NLR, MLR ve PLR çin ROC analizi ile cut-off değerleri tespit edildi. NLR için cut-off değer, 3.03 idi (resim 1; sensitivitesi %86.5, spesifitesi %85.9; AUC 0.934, 95% CI is 0.881–0.987). Tüm hasta grubu belirlediğimiz cut-off'a göre (NLR:3.03) 2 gruba ayrılarak atağa girme, CRP ve prokalsitonin değerleri karşılaştırıldı. Atak sıklığı ve prokalsitonin değerleri NLR≥3.03 olan grupta anlamlı derecede yüksek saptandı ($p<0.001$) (tablo 2).

SONUÇ: Bu çalışmada, KOAH akut atakta PCT gibi biyobelirteçlerin yanısıra özellikle NLR'nin de bakteriyel enfeksiyonu belirlemek için kullanılabileceği öngörülmektedir. PCT'nin yüksek maliyete neden olması da düşünüldüğünde bakteriyel enfeksiyonların saptanmasında NLR tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: C-reaktif protein, KOAH, nötrofil lenfosit oranı, prokalsitonin

Şekil 1



ROC analiz eğrisi. Cut-off değer: 3.03, sensitivitesi %86.5 spesifitesi %85.9.(AUC, 0.934 ve 95% CI, 0.881–0.987)

Tablo 1

	KOAH ATAK	KOAH STABİL	p
Cinsiyet Erkek Kadın	 39 (75%) 13 (25%)	 38 (59.4%) 26 (40.6%)	0.16
Yaş	67.6 ± 8	67.9 ± 8.2	67.9 ± 8.2 0.88
GOLD A B C D	 - 27 (51.9%) 16 (30.8%) 9 (17.3%)	 5 (7.8%) 41 (64.1%) 18 (28.1%) -	0.001
Beyaz küre	12 (3.1-26.1)	7.9 (4.8-10.3)	0.001
Nötrofil	8.6 (0.7-53.1)	2.2 (0.8-3.9)	0.001
Lenfosit	1.06 (0.12-5.45)	2.2 (1.4-3.5)	0.001
pct	0.19 (0.07-0.34)	0.23 (0.15-0.32)	0.001
Hemoglobin	13.4 ± 1.93	13.4 ± 1.87	0.99
NLR	8.57 (0.7-53.1)	2.2 (0.8-3.9)	0.001
PLR	211.1 (33.4-1134.8)	114.6 (78.9-199.4)	0.001
MLR	0.5 (0.03-2.73)	0.27 (0.14-0.43)	0.001
MPV	8.18 (5.93-13.3)	8.55 (7.3-10.2)	0.001
RDW	16.9 (13-25.5)	14.5 (12.4-19.5)	0.001
PDW	18.6 (16.3-24.4)	16.5 (15.7-18.1)	0.001
CRP	9.72 (0.66-32.3)	-	-
Prokalsitonin(PCT)	0.49 (0.01-25.7)	-	-

Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Klinik, Demografik ve hematolojik parametleri

Tablo 2

	NLR<3.03 (n=63)	NLR≥3.03 (n=53)	p değeri
Atak	8 (12.7%)	44 (83%)	<0.001
CRP	9.18 ± 6.74	12.05 ± 9.78	0.32
Prokalsitonin	0.25 ± 0.27	1.93 ± 4.58	0.02*

NLR ile biyobelirteçler ve atak sıklığı arasındaki ilişki

SS-144

OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMU (OSAS) HASTALARINDA İRİSİN DÜZEYİNİN ARAŞTIRILMASI

Fatma Onat[1], Mustafa Saygın[1], Önder Öztürk[2], Taner Gonca[3], Arzu Yalçın[1]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, Isparta.
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta.
[3]Isparta Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Isparta.

AMAÇ: Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) hastalarının demografik ve polisomnografik özellikleri ile irisin hormonu düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmak istedik.

MATERYAL-METOD: 2017-2018 yılları arasında Isparta Şehir Hastanesi uyku laboratuvarına yatırılarak tüm gece polisomnografi tetkiki yapılan 180 hasta değerlendirildi. OSAS tanısı konulan (Apne-hipopne indeksi; AHI ≥5/sa) olgular ile kontrol grubundan (AHI <5/sa) alınan serumlarda irisin düzeyleri tayin edildi. Olguların demografik ve polisomnografik özellikleri kaydedilerek, irisin düzeyleri ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya yaş ortalaması 49.87±13.52 yıl ve VKİ 26.10±12.73 olan 180 olgu (101E/79K) alındı. İrisin ile yaş, VKİ ve AHI arasında korelasyon saptanmadı. Fakat irisin hormon değerleri gruplar arasında karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p<0.001$). İrisin düzeyini kontrol grubu ile hafif, orta OSAS arasında fark saptanırken (sırasıyla $p=0.001$ ve $p=0.003$), ağır OSAS ile fark bulunamadı. OSAS'ın derecesi arttıkça irisin düzeyinin azaldığı saptandı. İrisin düzeylerinde OSAS tanısı alan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu. Bu fark özellikle ağır OSAS ile hafif OSAS ve orta OSAS arasında (sırasıyla $p=0.001$ ve $p=0.001$) saptandı.

SONUÇ: Sonuç olarak; OSAS'ın tanısında irisin hormonunun bir ön test biyomarkırı olarak kullanılabileceğini öngörmekteyiz. Ayrıca irisin düzeyinin azalmasının metabolik açıdan araştırılarak hastalığın fizyopatolojisindeki rolünün aydınlatılması gerekmektedir.

Bu proje 4926-YL2-17 proje numarası ile SDÜ-BAP tarafından desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS), İrisin, demografik özellikler, polisomnografi bulguları

SS-145

HUZURSUZ BACAKLAR SENDROMU VE BİLİŞSEL FONKSİYONLAR

Şenay Aydın
Şenay Aydın

AMAÇ: Huzursuz bacaklar sendromu (HBS) klinik pratikte sık karşılaşılan bir uyku bozukluğudur. Huzursuz bacaklar sendromu için yapılan prevalans çalışmalarında farklı toplumlarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu oran genel popülasyonda yaklaşık %1-15 arasındadır. Türkiye' de yapılan çeşitli çalışmalarda ise %3.19-9.71 arasında değişen oranlar bildirilmiştir. Uyku kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri bilinen HBS duygu durum, dikkat ve kognitif fonksiyonları da etkileyebilmektedir. Biz bu çalışmada HBS' nun bilişsel fonksiyonlar üzerindeki olası etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamızda Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH nöroloji polikliniğinde HBS tanısı alan hastalar değerlendirildi. HBS için sekonder nedenler dışlandıktan sonra primer HBS tanısı konulan 45 hasta (6 erkek 39 kadın) ile herhangi bir ek hastalığı olmayan sağlıklı 20 birey çalışmaya alındı. Tüm bireylere Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), Epworth Uykululuk Skalası (EUS), uykusuzluk şiddet indeksi, HBS şiddet skalası, Beck Depresyon Skalası (BDS), Beck Anksiyete Skalası (BAS) ile kognitif fonksiyonlarını değerlendirmek için Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA) uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya ek hastalığı olmayan primer HBS tanısı alan 45 hasta (6E, 39K) ile kontrol grubu için 20 (7E, 13K) sağlıklı birey alındı. Tüm bireylere uygulanan PUKİ, EUS, uykusuzluk şiddet indeksi, BDS, BAS anketlerinde sağlıklı bireylere göre HBS olgularında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark gözlendi. Aynı zamanda bilişsel fonksiyonlarda da HBS grubunda MoCA total skorlar ile birlikte yönelim, soyut düşünme ve bellek fonksiyonlarını gösteren skorlarda kontrol grubuna göre düşüklük saptandı. (Tablo 1)

SONUÇ: Çalışmamızda primer huzursuz bacaklar sendromunun bilişsel fonksiyonlarda ve özellikle yönelim, soyut düşünme ve bellek üzerinde olumsuz etkisi olduğu saptadık.

Anahtar Kelimeler: Huzursuz Bacaklar Sendromu, Bilişsel fonksiyonlar, Uyku

SS-146

BAŞARISIZ APAP TİTRASYON SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sezgi Şahin Duyar[1], Deniz Çelik[2], Selma Fırat[1]
[1]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uyku Kliniği, Ankara
[2]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

GİRİŞ: Ağır ve orta şiddetli obstrüktif uyku apne sendromunda (OSAS) tedavide ilk seçenek pozitif havayolu basıncı (Positive airway presure; PAP) cihazlarıdır. Ancak bazı hastalarda ilk titrasyonda başarı sağlanamamaktadır. Başarı sağlanamayan titrasyonların bir kısmında obstrüktif solunumsal olayların devam ettiği izlenirken bir kısmında da santral solunumsal olayların arttığı ya da ortaya çıktığı görülmektedir. Bu çalışmada APAP titrasyonu bu iki farklı şekilde sonuçlanan hastaların klinik demografik ve polisomnografik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

YÖNTEM: 2017 yılı içerisinde kliniğimizde orta/ağır OSAS nedeniyle nazal maskeyle APAP titrasyonu yapılmış olan 18 yaşından büyük hastalar çalışmaya alındı. AASM kriterlerine göre APAP titrasyonu "kabul edilemez" olarak sonuçlanan ve tedavi ile ortaya çıkan santral apne sendromu (TECSA) tespit edilen hastaların klinik demografik ve polisomnografik özellikleri retrospektif olarak kaydedildi ve karşılaştırılmalı olarak istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi. TECSA tanı kritelerinden solunumsal olayların %50den fazlasının santral tipte olması kriteri bu çalışmada kullanılmamıştır.

BULGULAR: 2017 yılında kliniğimizde toplam 1098 hastaya APAP titrasyonu yapıldı. 37 hasta hafif dereceli OSAS, 4 hasta 18 yaşında küçük ve 15 hasta oronazal maske ile olması nedeniyle çalışmaya alınmadı. Kalan 1042 hastadan 100 kişinin testi (53 yetersiz uyku etkinliği, 36 testi terk, 11 kayıt hatası) değerlendirme dışı bırakıldı. Test tekrarı önerilen bu hastalardan sadece %17'si 2. teste geldi. 862 hastada titrasyon APAP ile başarılı bulunurken 45 hastada TECSA, 21 hastada kabul edilemez (başarısız) titrasyon tespit edildi. Tekrarlanan randevuya gelme oranı TECSA grubunda %55,6 iken diğer grupta %66,7'dir. TECSA'nın erkeklerde daha sık gözlendiği bulundu. TECSA grubunda tanı polisomnografisinde (PSG) santal apne indeksinin daha yüksek, uyku latansın hem tanı hem titrasyon PSG'sinde daha uzun, APAP cihazının kaydettiği RDI değerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. (Tablo1-2-3-4)

TARTIŞMA ve SONUÇ: Titrasyon testini yeterli uyku etkinliği ile tamamlayan hastaların test başarısız sonuçlansa da ikinci randevuya gelme olasılıkları daha fazladır. TECSA grubu başarısız titrasyon grubuna göre tanı PSG'sinde de daha yüksek santral apne indeksine ve tanı-titrasyon PSG'sinde uzun uyku latansına sahiptir. Bu farklı polisomnografik özellikler santral apne gelişimine kişisel yatkınlığın bir göstergesi olabilir. TECSA grubunda cihaz verilerine göre yüksek RDI olması santral apnelerde APAP cihazlarının basınç artırmasını engelleyen algoritmaları nedeniyle olabilir.

Anahtar Kelimeler: APAP titrasyonu, obstrüktif uyku apne sendromu, tedavi ile ortaya çıkan santral apne sendromu

Tablo 1-2

Tablo 1 :Klinik Özellikler

		TEC SA	Başarısız titrasyon	p değeri
		ortalama ±SS	ortalama ±SS	
		median (min-max)	median (min-max)	
		%(n)	%(n)	
yaş		52,6±13,8	55,5±12,8	0,415
cinsiyet	K	%6,7 (3)	%38,1 (8)	0,003
	E	%93,3 (42)	%61,9 (13)	
VKİ		29,3 ± 4,5	31,2 ± 6,5	0,175
sigara	hiç içmemiş	%53,3 (24)	%61,9 (13)	2,000
	bırakmış	% 17,8 (8)	%9,5 (2)	
	aktif	%28,9 (13)	%28,6 (6)	
sigara p/y		22 (2-60)	15 (1- 37)	0,171
Ek hastalıklar	var	%68,9 (31)	%57,1 (12)	0,351
	yok	%31,1 (14)	%42,9 (9)	
KV hastalıklar	var	%46,7 (21)	%47,6 (10)	0,942
	yok	%53,3 (24)	%52,4 (11)	
Metabolik hastalıklar	var	%11,1 (5)	%19,0 (4)	0,450
	yok	%88,9 (40)	%81,0 (17)	
Solunumsal hastalıklar	var	%8,9 (4)	%4,8 (1)	1,000
	yok	%91,1 (41)	% 95,2 (20)	
SFT		(n=43)	(n=21)	
	FVC (lt)	3,9 (2 -6,2)	3,5 (1,6-5,7)	0,090
	FVC%	92,0 ± 15,0	88,1 ± 19,0	0,373
	FEV1(lt)	3,3 (1,7-5,1)	2,9 (1,4-5,1)	0,126
	FEV1%	94,1 ± 17,0	92,4 ± 20,5	0,718
	FEV1/FVC	82,4 ± 5,6	85,3 ± 5,4	0,055
Epworth		8 (0-20)	10,0 (0-24)	0,108
Horlama	var	%95,6 (43)	%85,7 (18)	0,316
	yok	%4,4 (2)	%14,3 (3)	
GAUH	var	%53,3 (24)	%61,9 (13)	0,319
	yok	%46,7 (21)	%38,1 (8)	
Tanıklı apne	var	%73,3 (33)	%85,7 (18)	0,353
	yok	%26,7 (12)	%14,3 (3)	

Tablo2 : Tanı PSG bulguları

		TEC SA	Başarısız titrasyon	p değeri
		ortalama±SS	ortalama±SS	
		median(min-max)	median(min-max)	
uyku etkinliği%		(n=45)	(n=45)	
		77,6 ± 12,4	78,9 ± 12,6	0,709
REM latansı		(n=43)	(n=19)	
		119,0 (20,0-397,0)	102,0 (55,5-307,5)	0,927
uyku latansı		(n=43)	(n=19)	
		22,5 (1,5-106,0)	9,5 (1,5-41,0)	0,009
uyku evreleri%		(n=43)	(n=19)	
	rem%	13,8 (6,4-33,7)	14,9 (1,3-25,5)	0,714
	nrem1%	7,1 (0,7-35,5)	16,8 (0,1-26,3)	0,748
	nrem2%	61,9 ± 8,4	60,7 ± 10,5	0,616
	nrem3%	13,6 ± 7,7	16,4 ± 10,5	0,239
AHİ		(n=45)	(n=21)	
		42,7 (17,7-104,5)	43,5 (15,2-84,3)	0,923
Santral apne indexi		(n=43)	(n=19)	
		2,0 (0-26,5)	0,4 (0-7,8)	0,001
Obstrüktif AHİ		(n=43)	(n=19)	
		37,4 (15,7-97,5)	43,1(15,2-82,5)	0,531
non REM AHİ		(n=45)	(n=21)	
		40,7 (17,5-105,1)	41,8 (18,0-86,5)	0,984
REM AHİ		(n=45)	(n=21)	
		42,4 ± 21,6	53,4 ± 22,8	0,064
supin AHİ		(n=43)	(n=20)	
		53,5 (0-104,6)	56,9 (15,5-121,3)	0,701
nonsupin AHİ		(n=43)	(n=20)	
		25,5 (0-106,4)	27,7(0-94,5)	0,701
% supin		(n=43)	(n=19)	
		54,3 (0-100,0)	49,1 (9,0-100,0)	0,536
ortalama SPO2		(n=45)	(n=21)	
		92,0 (83,0-96,0)	91 (84-94)	0,084

Tablo 3-4

Tablo 3: Titrasyon PSG bulguları

		TEC SA	Başarısız titrasyon	p değeri
		ortalama±SS	ortalama±SS	
		median(min-max)	median(min-max)	
		(n=45)	(n=21)	
uyku etkinliği %		76,0 (46,9-92,1)	75,9 (42,7-96,8)	0,907
uyku latansı (dk)		12,0 (2,0-81,0)	7 (3,0- 38,0)	0,039
uyku evreleri%				
	rem%	13,2 ± 5,4	15,7 ± 7,2	0,124
	nrem1%	2,0 (0,1-24,8)	2,4 (0,2-22,1)	0,478
	nrem2%	65,8 ± 9,7	61,0 ± 11,9	0,084
	nrem3%	17,8 ± 9,1	18,3 ± 9,9	0,829
AHİ		17,2 (10,5-48,6)	15,5 (10,3-41,1)	0,389
Santral apne indexi		14,2 (6,4-41,9)	1,3 (0-4,9)	<0,001
Obstrüktif AHİ		4,5 (0-25,2)	13,7 (8,4-40,7)	<0,001
non REM AHİ		17,5 (8,4-56,1)	14,7 (7,8-45,8)	0,223
REM AHİ		10,2 (1,6-53,3)	17,8 (0-41,7)	0,053
ortalama SPO2		91,9 ± 5,1	91,2 ± 2,7	0,600

Tablo 4: APAP cihazına ait kayıtlar

		TEC SA	Başarısız titrasyon	p değeri
		ortalama±SS	ortalama±SS	
		median(min-max)	median(min-max)	
		%(n)	%(n)	
RDİ		(n=41)	(n=18)	
		18(3,8-62,5)	9,6(1,2-24,0)	0,014
p95(cmH2O)		(n=33)	(n=11)	
		11,0(5,4-20,0)	11,5 (7,5-31,2)	0,597
max basınç(cmH2O)		(n=23)	(n=8)	
		12,0 (6,4-18,8)	9,9(7,5-38,4)	0,652
yüksek kaçak		(n=42)	(n=18)	
	var	%57,1 (24)	% 72,2 (13)	0,271
	yok	%42,9 (18)	%27,8 (5)	

SS-147

OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMLU OLGULARDA BEDEN-BİÇİM İNDEKSİ, BEDEN YUVARLAKLIK İNDEKSİ, BEDEN-KİTLE İNDEKSİ VE APNE -HİPOPNE İNDEKSİ ARASINDAKİ KORELASYON

Mihrican Yeşildağ, Zuhal Şentürk, Taha Tahir Bekçi, İbrahim Güney, Seher Mercan
S.B.Ü Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

GİRİŞ-AMAÇ: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) uyku sırasında tekrarlayan solunum durmaları, hipoksi ve sempatik aktivitede artışa neden olmaktadır. OSAS gelişiminde en belirgin risk faktörü santral obezitedir. Boyun çevresi, bel çevresi, bel/kalça oranı ve Beden- Kitle İndeksi(Body-Mass Index)(BMI), OSAS riskini belirlemede kullanılan antropometrik ölçümlerdendir. Çalışmamızın amacı OSAS'lı olgularda geleneksel indekslerin yanısıra yeni geliştirilen vücut indeksleri olan Beden- Biçim İndeksi (Body Shape Index)(ABSI) ve Vücut-Yuvarlaklık Indeksi (Body Roundness Index) (BRI)ile Apne-Hipopne Indeksi arasındaki korelasyonu göstermek ve BMI 'ine göre yeni vücut indekslerinin OSAS şiddetini belirlemedeki değerini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: S.B.Ü Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Uyku merkezimize başvuran 400 olgunun kayıtları retrospektif olarak incelendi. Olgular Apne-Hipopne İndeksi (AHİ) 5< Kontrol grubu, (5-15) hafif, (15-30) orta, 30≥ ağır dereceli OSAS olarak gruplandırıldı. Tüm olguların demografik verileri retrospektif olarak dosyalarından elde edildi. Boyun çevresi, bel çevresi, bel/ kalça oranı, BMI, ABSI, BRI ölçümleri yapıldı. Hastaların %42'si kadın, %58'i erkek, kadınların yaş ortalaması 49.01 ±15, erkeklerin yaş ortalaması 45.61±16 idi. Erkeklerin %23.7'si AHİ 5< normal, %23.7'si hafif, %26.7'si orta, %26.7'si ağır OSAS,kadınların %27.4'ü AHİ 5< normal, %26.8'i hafif, %22.0'si orta, %23.8'i ağır OSAS idi. Kadınlarda AHİ ile bel çevresi, boyun çevresi, bel/kalça oranı, BMI, BRI korelasyon gösterirken (p 0.05<), ABSI (p 0.64) ve kalça çevresi (p 0.10) ile korelasyon göstermiyordu. Erkeklerde ise AHİ ile sadece ABSI (p 0.54) korelasyon göstermezken diğerleri arasında istatistiksel anlamlı korelasyon saptandı. Çalışmamızın sonuçlarına göre yeni antropometrik ölçümlerden olan ABSI AHİ ile anlamlı korelasyon göstermezken, BRI AHİ ile anlamlı korelasyon gösteriyordu(p 0.01<).

TARTIŞMA: OSAS'ın tanısında PSG altın standart bir tetkiktir ancak oldukça pahalı, zaman alıcı ve özel ekip gerektirmesi, yeterli laboratuvar sayısının olmaması nedeniyle, tanı koydurmamalarına rağmen polisomnografik incelemeye alınacak olguların belirlenmesinde obezitenin yorumlanması önemlidir. Ancak her obez hastanın PSG'ye yönlendirilmesi gerektiği sonucuna da varılamamakta ve her obez hastada OSAS tesbit edilememektedir. Obez hastalar içinde OSAS olma ihtimalini artıran obeziteye ait parametrelerin belirlenmesi önemlidir. BMI, boyun çevresi, bel çevresi, bel/ kalça oranı gibi ölçümler önemli parametrelerdendir. Bizde ABSI ve BRI gibi yeni antropometrik ölçümlerin AHİ ile ilişkisini ve geleneksel antropometrik ölçümlere göre değerini araştırdık. Sonuçta biz çalışmamızda yeni vücut kitle indekslerinin BMI'ne bir üstünlüğünün olmadığını ortaya koyduk.

Anahtar Kelimeler: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu, Beden-Şekil İndeksi, Beden -Yuvarlaklık indeksi

TABLO 1

	AHİ
	p
YAŞ	.000
BOY	,238
KİLO	,000
BELÇEVRESİ	,000
BOYUN ÇEVRESİ	,000
ODI	,000
KALÇA ÇEVRESİ	,003
BMI	,000
BRI	,000
ABSI	,380
BEL/KALÇA ORANI,	,001

AHİ ile antropometrik ölçümlerin korelasyonu

SS-148

REM BAĞIMLI OSAS İLE REM BAĞIMLI OLMAYAN OSAS HASTALARINDA ANKSİYETE, DEPRESYON, GÜNDÜZ AŞIRI UYKULULUK HALİ VE DİSPNE İLİŞKİSİ

Ayşegül Altıntop Geçkil[1], Hilal Ermiş[2]
[1]Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

AMAÇ: REM bağımlı obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) apne ve hipopnelerin REM uykusu esnasında daha yoğun olduğu bir durumdur ve genelde hafif OSAS'lı hastalarda görülmektedir. Bu çalışmada hafif derecede REM bağımlı OSAS ile REM bağımlı olmayan OSAS hastalarında, anksiyete-depresyon, gündüz aşırı uykululuğu ve dispne arasındaki ilişkiyi karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi ve Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hafif derecede REM bağımlı OSAS (AHİ>5, non REM AHİ<5, REM AHİ / non REM AHİ ≥2) tanısı alan 60 hasta ile hafif derecede REM bağımlı olmayan OSAS tanılı 65 hasta dahil edildi. Uyku etkinliği %70'in altında olan hastalar ve uyku üzerine etkisi olduğu bilinen ilaçları kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalara Epworth Uykululuk Skalası (EUS), Hastane Anksiyete-Depresyon Skalası (HADS) ve ve Bazal Dispne İndeksi (BDI: fonksiyonel bozukluk, yapılan işin kapasitesi, efor kapasitesi) testleri yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastalarda REM bağımlı OSAS olan grupta anksiyete depresyon skoru REM bağımlı olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek ($p<0.001$) saptandı. Her iki grupta EUS değerleri ile BDI değerleri arasında ise istatistiksel bir fark saptanmadı.

TARTIŞMA: Çalışmamız REM bağımlı OSAS hastalarında REM bağımlı olmayanlara oranla depresyon oranlarının yüksek olduğunu ve bunun da yaşam kalitesini kötü yönde etkilediği göstermektedir. Çalışmalar OSAS hastalarında uygulanan pozitif havayolu basınç (PAP) tedavisinin anksiyete, depresyon kaygı durum ölçeklerinde düzelme sağladığını göstermektedir. PAP tedavisine karar verilirken kan basıncı, diyabet, metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalık gibi bedensel hastalıklar üzerindeki olumlu etkiler yanında psikojenik faydalarının da hesaba katılması yararlı olacaktır. OSAS 'ın tedavi edilmesiyle obezite, tromboemboli, osteoporoz, depresyon gibi komplikasyonların önüne geçilecek ve hastaların yaşam kalitesi artacaktır. Bu nedenle hastalar tedavi konusunda teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: BDI, EUS, HADS, REM ilişkili OSA,

SS-149

FİBEROPTİK BRONKOSKOPİK BİYOPSİ İLE TANI KONAMAYAN HASTALARDA RİJİT BRONKOSKOP ARACILI DOKU ÖRNEKLEME YÖNTEMLERİNİN ETKİNLİĞİ

Aydın Yılmaz, Zafer Aktaş, Ayperi Öztürk
SBÜ. Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Görünür endobronşiyal lezyonlarda en başarılı tanı yöntemi fiberoptik bronkoskopik (FOB) fleksibl forseps biyopsidir (FFBx). Ancak biyopsilerde forseps çapına bağlı küçük doku örnekleri alınabilmesi, forseps ucuna bağlı mekanik bası ve ezilme artefaktları oluşması gibi nedenlerle patolojik incelemelerde tanı zorlukları oluşmaktadır. Tekrarlanan FOB'lerin tanı değeri ile ilgili literatürde az sayıda makalede düşük tanı başarıları (%36,6-53,7) bildirilmiştir. Çalışmamızda FOB-FFBx ile patolojik tanı konamamış hastalarda rijit bronkopkop (RB) yardımıyla alınan rijit forseps biyopsilerle (RFBx) kriyobiyopsilerin (KBx) tanı değerlerini karşılaştırmayı ve eş zamanlı yapılan endobronşiyal ultrasonografi eşliğinde transbronşiyal iğne asprasyonunun (EBUS-TBİA) tanıya katkısını bulmayı amaçladık.

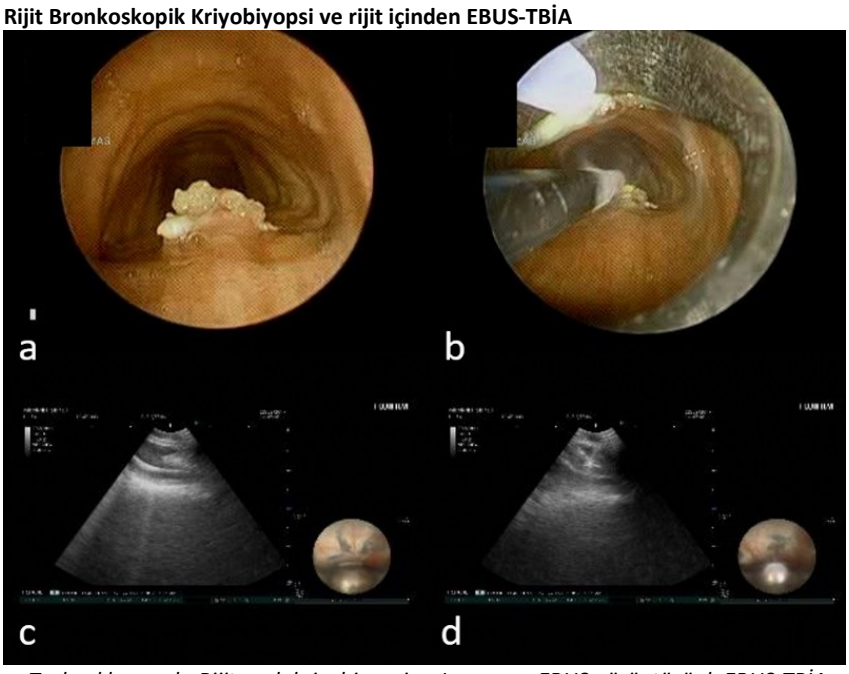
MATERYAL-METOD: Kliniğimizde Mayıs 2012-Temmuz 2018 tarihleri arasında ilk FOB'lerinde görünür endobronşiyal lezyonlarından alınan FFBx ile patolojik tanı konamayan 65 hastaya RB yapıldı. 65 hastanın 19 (%29,2)'unda RFBx, 46 (%70,8)'sında KBx ile doku örneklendi. RFBx yapılan 19 hastanın 8 (%42,1)'ine ve KBx yapılan 46 hastanın 18 (%39,1)'ine eş zamanlı RB içinden EBUS-TBİA yapıldı. Hastalar ameliyathane şartlarında, total intravenöz anestezi altında RB'la entübe edildi. RB'un görüş alanındaki lezyonlardan rijit forsepsle veya rijit kriyopropla, görüş alanı dışındaki lezyonlardan RB içinden ilerletilen FOB ile lezyon görüntülenerek fleksibl kriyoprop ile 3'er saniye dondurma süresiyle kriyobiyopsiler alındı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 59,9±9,6, çoğunluğu (58) erkekti. RFBx ile 15 (%78,9), KBx ile 41 (%89,1) hastaya patolojik tanı kondu. Yapılan eş zamanlı EBUS-TBİA ise RFBx'si tanısal olmayan 2, KBx'i tanısal olmayan 3 hastaya daha tanı olanağı sağladı. Böylelikle RFBx+EBUS-TBİA ile 17 (%89,5), KBx+EBUS-TBİA ile 44 (%95,7) hastaya patolojik tanı kondu (Tablo-1). RFBx'in tanı değerine göre KBx+EBUS-TBİA'nın tanı değerinin anlamlı üstün olduğu bulundu (p=0,03). 56 (%86,2) hasta maling tümör, 5 (%7,7) hasta benign tümör tanısı aldı, 4 (%6,2) hastaya tanı konamadı (Tablo 2). Tanı konamayan 4 hasta diğer yöntemlerle maling tümör tanısı aldılar. İşlemler sırasında 9 (%13,8) hastada gelişen hafif dereceli kanama soğuk ve/veya adrenalinli SF instilasyonu ile kontrol altına alındı. Başka komplikasyon gözlenmedi.

SONUÇ: Literatürde hastanın ilk müracaatından patolojik tanısına kadar geçen sürenin 30 günün altında olması önerilmektedir. Bu süreyi arttıran tek neden tekrarlayan tanısal işlemlerdir. Çalışmamızda görünür endobronşiyal lezyonu olan ve FOB-FBx ile patolojik tanı konamamış hastalarda ikinci tanısal işlem olarak endobronşiyal KBx ve eş zamanlı RB içinden yapılan EBUS-TBİA'nun en etkili tanı yöntemi olduğunu saptadık.

Anahtar Kelimeler: EBUS-TBİA, Endobronşiyal Kriyobiyopsi, Rijit bronkoskopi

Rijit Bronkoskopik Kriyobiyopsi ve rijit içinden EBUS-TBİA



a=Trakeal lezyon b=Rijit prob kriyobiyopsi c= Lezyonun EBUS görüntüsü d=EBUS-TBİA

Tablo 1 Rijit Forseps biyopsi ve Kriyobiyopsilerin tanı değerleri

		Rijit Forseps Biyopsi		Kriyobiyopsi		p
		n	%	n	%	
Biyopsi ile						p=0,28
	Tanı var	15	78,9	41	89,1	
	Tanı yok	4	21,1	5	10,9	
EBUS-TBİA yapılan		8	42,1	18	39,1	
EBUS-TBİA'nın tanıya katkısı		2	10,5	3	6,5	
Biyopsi + EBUS-TBİA ile						p=0,35
	Tanı var	17	89,5	44	95,7	
	Tanı yok	2	10,5	2	4,3	
Toplam hasta sayısı		19	29,2	46	70,8	

EBUS-TBİA= Endobronşiyal ultrasonografi eşliğinde transbronşiyal iğne asprasyonu

Tablo 2 Patolojik tanılar

Patolojik Tanılar	Biyopsi ile n	%	EBUS-TBİA ile ilave n	Biyopsi + EBUS-TBİA ile	%
SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMA	27	41,5	2	29	44,6
ADENOKARSİNOMA	7	10,8	2	9	13,8
SMALL CELL KARSİNOMA	6	9,2		6	9,2
KHDAK NOS	5	7,7	1	6	9,2
HIGH GRADE NÖROENDOKRİN KARSİNOMA	2	3,1		2	3,1
EPİTELİOİD HEMANJİYOENDOTELYOMA / ANJİOSARKOM	1	1,5		1	1,5
MALİGN EPİTELYAL TÜMÖR	1	1,5		1	1,5
NONHODGKİN LENFOMA B HÜCRELİ	1	1,5		1	1,5
KARSİNOİD TÜMÖR ATİPİK	1	1,5		1	1,5
HAMARTOM	2	3,1		2	3,1
SCHWANNOMA	2	3,1		2	3,1
TRAKEOBRONKOPATİAOSTEOKONDROPLASTİKA	1	1,5		1	1,5
TANI YOK	9	13,8		4	6,2
Toplam	65			65	

KHDAK NOS=Küçük hücreli dışı akciğer karsinomu başka türlü sınıflanmayan, EBUS-TBİA=Endobronşiyal ultrasonografi eşliğinde transbronşiyal iğne asprasyonu

SS-150

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ EVRELEMESİNDE ENDOBRONŞİYAL ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE TRANSBRONŞİYAL İĞNE ASPİRASYONUNUN TANI DEĞERİ: PET-BT VE CERRAHİ İLE KARŞILAŞTIRMA

Ayperi Öztürk[1], Yusuf Taha Güllü[2]
[1]SBÜ Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara
[2]Prof.Dr. Türkan Akyol Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Bursa

GİRİŞ-AMAÇ: Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde (KHDAK) sağkalımı etkileyen tedavi stratejilerini belirlemek için doğru ve hızlı mediastinal evreleme şarttır. Bu çalışmada endobronşiyal ultrasonografi eşliğinde yapılan transbronşiyal iğne aspirasyonunun (EBUS-TBİA) KHDAK evrelemesindeki tanı değerini, F-18 florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi (18-FDG PET-BT) ve cerrahiyle korelasyonunu saptamayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Ocak 2010- Aralık 2016 tarihleri arasında EBUS-TBİA uygulanan, PET-BT'si ve cerrahi doğrulaması olan 483 hasta çalışmaya alındı. PET-BT' de maksimum tutulumu ≥ 2.5 (standart uptake volüm -suvmax) olan lenf nodları (LN) malign, <2.5 ise benign kabul edildi. EBUS-TBİA'nın sensitivite, spesifite, negatif prediktif değeri (NPV), pozitif prediktif değeri (PPV) ve tanısal doğruluğu (TD) hesaplandı. PET-BT de suvmax değerinin malign lenf nodları saptamadaki değeri araştırıldı ve ROC analizi yapılarak yeni bir belirleyici eşik değer (cut-off) saptandı.

BULGULAR: 483 hastada 1017 LN (ortalama 2.1) örneklendi.128 LN cerrahi doğrulaması olmadığı için çalışmadan çıkarıldı (şekil 1). En sık subkarinal (7) (%36.5), sağ (4R) (%21.4) ve sol alt paratrakeal (4L) (% 15. 6) LN örneklendi (tablo 1).

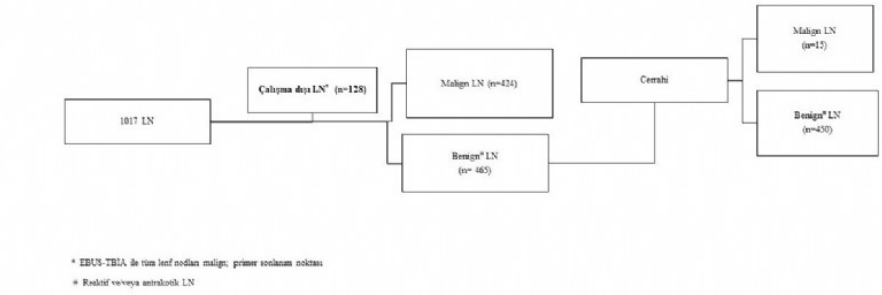
PET-BT'de 714 pozitif (%77.3) 175 negatif (%22.7) LN saptandı. Ortalama suvmax değeri 6.19±5.47 (0-32.0) idi. PET-BT'nin suvmax 2.5'a göre sensitivite, spesifite, NPV, PPV, TD değerleri sırasıyla %90.1, %29.2, %55.3, %75.4, %59.2 idi. Bu değerin malign hastalıkla uyumlu olma olasılığı (kappa değeri) 0.193'dü. Suvmax değeri <2.5, 43 LN malign iken; >2.5 319 LN benign olması nedeniyle ROC analizi yapıldı; cut-off değeri 5.2 (şekil 2) saptandı.İki grup (suvmax 2.5 ve 5.2) karşılaştırıldığında sensitivite, spesifite, NPV, PPV, TD değerlerinin (sırasıyla %74.8, %84, %82.0, % 77.5 ve %79.5) ikinci grupta daha yüksek olduğu belirlendi.

EBUS-TBİA'yla 465 LN benign, 424 LN malign saptandı. Cerrahiyle 465 LN' nun 450'si benign, sadece 15 LN (%1.7) maligndi.14 LN'nun suvmax değeri ≥2.5 iken 9'u <5.2'ydi; sadece bir LN hem PET negatif (suvmax<2.5) hem de EBUS negatifti. Yanlış negatiflerin %93.3'ünde suvmax ≥2.5 iken, %60'ı ise <5.2'ydi. EBUS-TBİA'nın sensitivite, spesifite, PPV NPV, TD değerleri sırasıyla %96.5, %100, %100, %96.7, %98.3 saptandı. En sık kaçırılan LN, subkarinaldi (tablo 2).

SONUÇ: Bu çalışmayla EBUS-TBİA'nın KHDAK evrelemesindeki yüksek tanısal doğruluğu birkez daha vurgulanmıştır. Ancak PET-BT'de 2.5 değerinin spesifitesinin düşük, 5.2'nin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna rağmen PET-BT'den bağımsız olarak KHDAK evrelemesi, EBUS-TBİA aracılığıyla patolojik olarak yapılmalıdır.

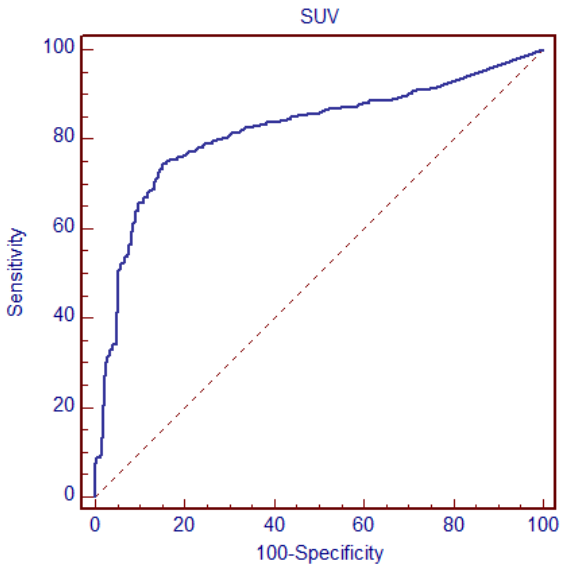
Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal Ultrasonografi, küçük hücreli dışı akciğer kanseri, evreleme, pozitron emisyon tomografi, cerrahi

Şekil 1



Çalışma akış şeması

Şekil 2



PET-BT de lenf nodu metastazını öngörmek için yapılan ROC analizi sonucu cut-off SUVmax değeri

Tablo 1

	n	%
7	371	36,5
4R	218	21,4
4L	159	15,6
11L	115	11,3
11R	84	8,3
10R	37	3,6
10L	17	1,7
2R	8	0,8
12R	5	0,5
5	3	0,3

Örneklenen lenf nodlarının dağılımı

Tablo 2

	n	%
7	6	40
4R	4	26,7
4L	2	13,3
11R	2	13,3
10R	1	6,7
Toplam	15	100

EBUS-TBİA ile benign ancak cerrahi sonrası malign saptanan lenf nodlarının dağılımı

SS-151

AKCİĞER KANSERİNDE VASKÜLER İNVAZYONUN BELİRLENMESİNDE HANGİSİ ÜSTÜNDÜR? ENDOBRONŞİYAL ULTRASONOGRAFİNİN BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

İbrahim Onur Alıcı[1], Seher Susam[2], Melike Yüksel Yavuz[1], Eda Bayramiç[1], Filiz Güldaval[1], Ceyda Anar[1], Ahmet Üçvet[3], Melih Büyükşirin[1]
[1]SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir
[2]SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İzmir
[3]SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Santral yerleşimli akciğer kanserinin cerrahisinde kitlenin mediastinal vasküler yapılara olan invazyonunun preoperatif dönemde değerlendirilmesi çok önemlidir. Rezektabilite kararının verilmesinde kontrastlı Toraks BT sıklıkla kullanılmaktadır. Elde ettiği yüksek çözünürlüklü görüntülerle EBUS, bu alanda kullanışlı olabilir. EBUS'un BT ile karşılaştırmalı olarak invazyonun değerlendirilmesindeki yeri araştırılacaktır.

YÖNTEM: Retrospektif olarak CP-EBUS ile vasküler invazyonun değerlendirildiği olgular incelendi. EBUS ile tümör-vasküler yapı arasında görülen hiperekoik çizginin kaybolması ve/veya damar içerisinde tümörün görüntülenmesi invazyon olarak değerlendirildi. BT'ler tüm klinik bilgilere kör olan radyolog tarafından tekrar değerlendirildi. Eş zamanlı BT değerlendirmesi ile uyumluluk analizi yapıldı. Cerrahi konfirmasyonu olan olgularda her iki yöntemin verimliliği belirlendi.

BULGULAR: Mayıs 2016-Aralık 2017 arasında kliniğimizde EBUS ile vasküler invazyon değerlendirmesi yapılan 61 hastanın verileri incelendi (toplamda 78 alan). BT ile invazyon değerlendirmesi net olarak yapılamayan olgular çalışma dışında bırakıldı (6 olgu ve 13 alan). Toplam 55 olguda incelenen 65 alan retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların ortalama yaşı 59.6±7.7 idi. E:K oranı 47:8 idi. EBUS işlemi ile ilişkili çeşitli bilgiler Tablo'da verilmiştir. EBUS ile BT uyumluluğu iyi düzeyde değildi (κ=0.268 p=0.028). Dokuz olguya cerrahi olarak rezeksiyon uygulanmıştı. Bu olgular değerlendirildiğinde BT ve EBUS'un sensitivite, spesifisite, PPV, NPV ve doğruluk oranları sırasıyla %66.6, %33.3, %66.6, %33.3, %55.5 ve %100, %33.3, %75.0, %100, %77.7 olarak belirlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: EBUS, BT ile net değerlendirme yapılamayan kimi olgularda invazyona dair bilgi verebilir. İnvazyonun değerlendirmesinde EBUS ile BT'nin uyumu yeterli değildir. Kısıtlı sayıdaki olguya ait veriler retrospektif olarak incelendiğinde vasküler invazyonun belirlenmesinde EBUS'un daha verimli olduğu düşünülmüştür. Özellikle vasküler invazyonun varlığına preoperatif dönemde BT ile karar verilemediği durumlarda EBUS endikasyonu doğabilir. Bu alanda ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, EBUS, vasküler invazyon

Tablo

Endikasyonlar (N=55)	n(%)
Tanı	7 (12,7)
Evreleme	15 (27,3)
Tanı ve evreleme	33 (60,0)
İncelenen alanlar (N=65)	
Sol ana pulmoner arter	25 (38,4)
Sağ ana pulmoner arter	21 (32,3)
Sağ üst pulmoner ven	7 (10,8)
Diğer	12 (18,5)
Azigoz ven	3
Sol inferior pulmoner ven	3
Aorta	2
Sağ inferior pulmoner ven	2
Sol atriyum	1
Vena cava superior	1
Tanılar (N=55)	
Skuamöz hücreli akciğer kanseri	24 (43,7)
Adenokarsinom	15 (27,3)
Küçük hücreli akciğer kanseri	8 (14,6)
Normal lenf nodu	3 (5,4)
Granülomatöz inflamasyon	2 (3,6)
Lenfoma	1 (1,8)
Büyük hücreli akciğer kanseri	1 (1,8)
Tiroid medüller karsinom metastazı	1 (1,8)

EBUS işlemi ile ilgili çeşitli veriler

SS-152

EKİNOKOKUS KİSTİNİN TEDAVİSİNDE RADYOFREKANS TERMAL ABLAYON (RTA): EX-VİVO HAYVAN MODELİNDE DENEYSEL BİR ÇALIŞMA

Ahmet Dumanli[1], Burhan Apilioğulları[2], Sami Ceran[2], Orhan Özbek[3], Hasan Esen[4], Bahadır Feyzioğlu[1]
[1]Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fak Göğüs Cerrahisi Aanbilim Dalı, Afyon
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp fak Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya
[3]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp fak Radyoloji Anabilim Dalı, Konya
[4]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp fak Patoloji Anabilim Dalı,Konya

GİRİŞ: Radyofrekans termal ablasyon (RTA), diğer komorbiditeleri olan inoperabl hastalarda sıklıkla kullanılan minimal invaziv bir tekniktir.

AMAÇ: Eks vivo çalışmanın amacı, hayvan modellerinde (eksplante edilen organlar) akciğer kistik ekinokokkozun tedavisinde RTA'nın farklı sıcaklık ve sürelerinin etkinliğini değerlendirmektir.

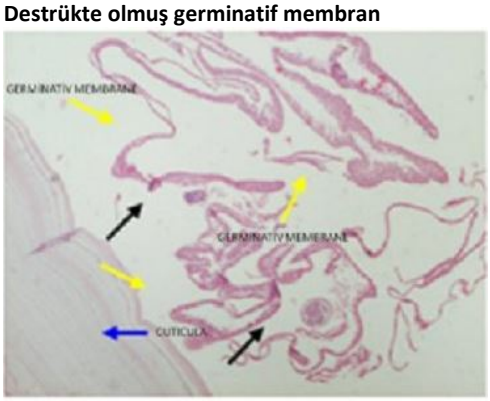
METOD: Enfekte sığır akciğerleri toplandı. 9 adet sığır akciğerinde bulunan 45 adet canlı kist kullanıldı. Canlı akciğer kistlerinin radyofrekans tedavi grupları ısıya göre, rasgele üç ana gruba ayrıldı. Grup 1 (n = 15) 90 ° C'de, Grup 2 (n = 15) 100 ° C'de ve Grup3 (n = 15) 110 ° C'de. Gruplar radyofrekans uygulama süresine göre, üç alt gruba ayrıldı (7 dakika n = 5; 9 dakika n = 5; 11 dakika n = 5). Tedaviden sonra tüm kistler çıkarıldı ve patolojik olarak incelendi. Eğer patolojik olarak korunmuş bir germinal membran mevcut ise kistler canlı olarak değerlendirildi. Germinal membran nekrotik ise tedavi başarılı olarak değerlendirildi.

BULGULAR: RTA uygulanan 45 numunenin 41'nin patolojik kesitlerinde germinal membran kısmi olarak nekrotik durumdaydı ve canlı olarak değerlendirildi. Sadece 4 numunede tamamen nekrotik germinal membran mevcuttu ve 11 dakikada 110 ° C'de başarılı bir şekilde tedavi edildi. Yıkım oranı, RTA'da uygulanan ısı artışıyla pozitif korelasyon göstermektedir (Phi = 0.89, p = 0.006).

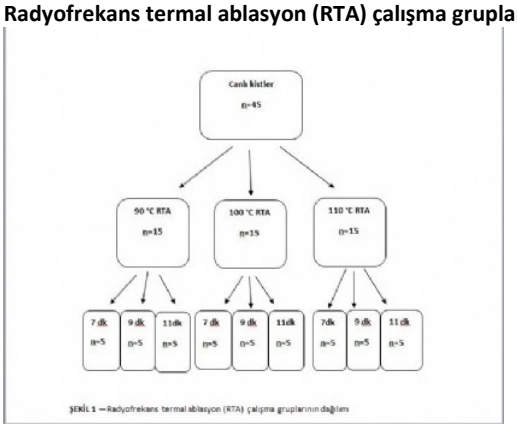
SONUÇ: 110 ° C'ye kadar RTA uygulaması kist hidatiklerin öldürülmesinde etkili olmayabilir. Bu tekniğin, insanda kistik ekinokokkoz tedavisi olarak kabul edilmeden önce hala büyük miktarda ek klinik öncesi çalışma gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Radyofrekans, termal ablasyon, kist hidatik, akciğer

Destrükte olmuş germinatif membran



Radyofrekans termal ablasyon (RTA) çalışma gruplarının dağılımı



ŞEKİL 1 —Radyofrekans termal ablasyon (RTA) çalışma gruplarının dağılımı

RTA sonucunda destrükte germinatif membranların tüm membran boyutlarına oranları nın gruplara göre dağılımları

	Grup 1	Grup 2	Grup 3
	90 °C, n=15	100 °C, n=15	110 °C, n=15
7 dakika	36±15 %	60±33 %	86±8.0 %
9 dakika	52±10 %	86±11 %	92±8.0 %
11 dakika	64±11 %	86±5.0 %	98±4.0 %

SS-153

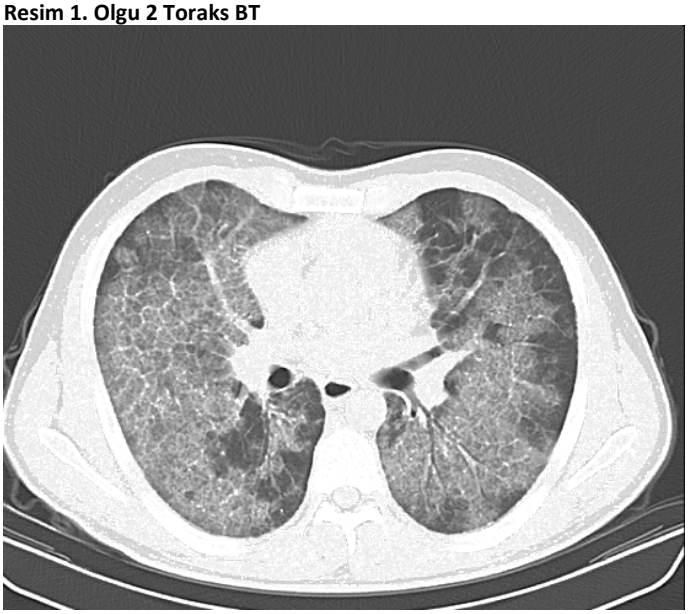
PAP VE TOTAL AKCİĞER LAVAJI: OLGU SERİSİ

Ezgi Demirdöğen[1], Hüseyin Melek[2], Ahmet Ursavaş[1], Ahmet Sami Bayram[2], Cengiz Gebitekin[2], Mehmet Karadağ[1]
[1]Uludağ Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa
[2]Uludağ Üniversitesi, Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Bursa

Pulmoner alveolar proteinozis (PAP), Periodic Acid Schiff (PAS) ile pozitif boyanan amorf lipoproteinöz materyalin alveolar akumülasyonu ile karakterize, nadir görülen bir hastalıktır. Radyolojik olarak diffüz buzlu cam opasiteleri, kaldırım taşı görünümü görülebilmektedir. Kliniğimizde PAP tanısı konmuş ve total akciğer lavajı (TAL) yapılan dört olgu sunulmaktadır. Olguların üçü bronkoalveolar lavajda (BAL), süt görünümünde PAS (+) proteinöz materyalin aspirasyonu ile, biri ise torakoskopik biyopsi ile histopatolojik olarak tanı almıştır. Radyolojik olarak BT'de kaldırım taşı görünümü yanısıra (Resim 1), diffüz buzlu cam ve konsolidasyon saptanmıştır. Üç hastada genel anestezi altında her iki akciğere yaklaşık 15 gün arayla bir kez TAL uygulanmıştır. Birine ise takipte progresyon nedeniyle ve ekstrakorporeal memebran oksijenizasyonu (ECMO) desteğinde her iki akciğere ikişer kez TAL yapılmıştır. Her bir akciğere 1000 ml porsiyonlar şeklinde 8-10 lt %0.9 NaCl oda ısısında çift lümenli entübasyon tüpünden lavaj yapılacak akciğer altta kalacak şekilde lateral dekübit pozisyonunda uygulanmıştır (Resim 2). Her uygulama bitiminde yaklaşık 5dk perküsyon sonrası drenaj takip edilmiş. Sonraki porsiyonlarda lipoproteinöz materyalin klirensinde belirgin düzelme gözlenmiştir (Resim 3). İşlem sıraısnda hiçbir hastada işlemin kesilmesini gerektirecek komplikasyon gelişmemiştir. TAL uygulamaları dünyada çeşitlilik göstermektedir. Bizim referans aldığımız yöntem ile olgularımızda belirgin klinik ve radyolojik düzelme gözlenmiştir.

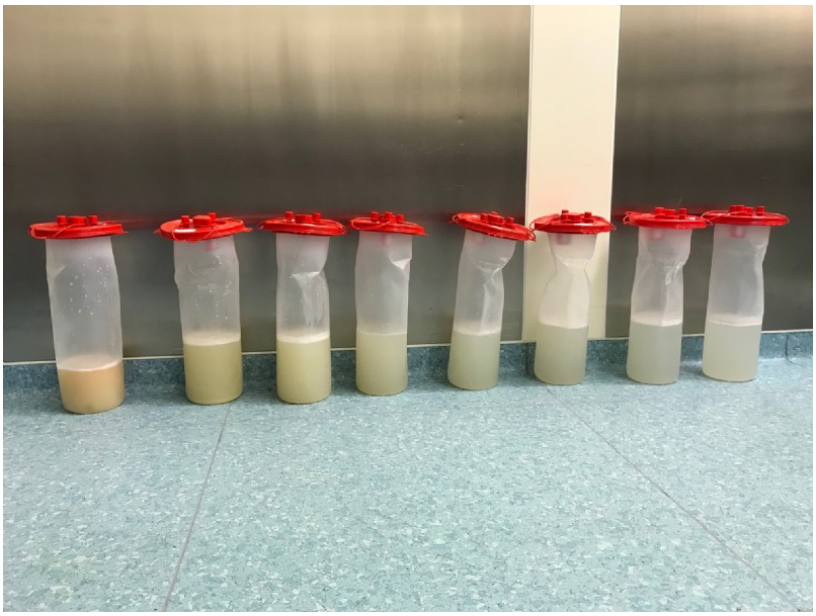
Anahtar Kelimeler: total akciğer lavajı, pulmoner alveolar proteinozis, radyoloji

Resim 1. Olgu 2 Toraks BT



Bilateral diffüz kaldırım taşı görünümü

Resim 2



TAL sırasında proteinöz materyalin klirensinde düzelme

SS-154

MALİGN HAVAYOLU LEZYONU OLAN HASTALARDA SİLİKON VE METALİK STENTLERİN KARŞILAŞTIRMASI

Sinem Nedime Sökücü[1], Cengiz Özdemir[1], Seda Tural Önür[1], Levent Dalar[2], Sedat Altın[1]
[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
[2]Bahçelievler Sağlık Grubu, Memorial Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

AMAÇ: Silikon ve metalik stentler diğer bronkoskopik metodlarla havayolu açıklığının sağlanamadığı yada kısa sürede restenoz gelişmesi muhtemel olan malign havayolu tıkanıklarında sıklıkla kullanılmaktadırlar. İdeal bir stent hanüz mevcut olmadığı için hangi hasta grubunda hangi stentin tercih edileceği konusunda net bir fikir birliği yoktur. Bu çalışmada malign trakeobronşiyal obstrüksiyon ve/veya trakeobronşiyal fistül nedeniyle silicon yada kaplı metalik stent (SEMS) uygulanan hastalarda uzun sureli komplikasyonları ve sürviyi karşılaştırdık.

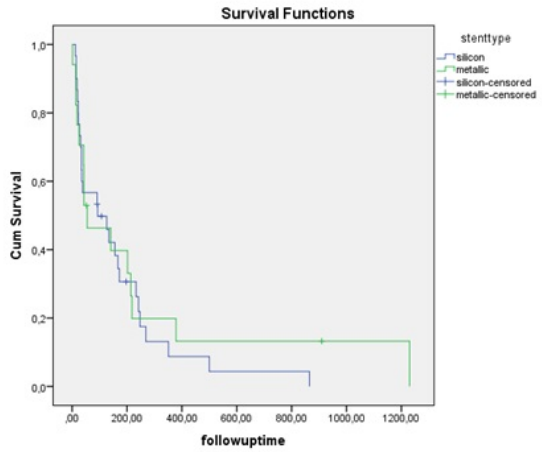
METODLAR: Hastanemiz endorbonşiyal tedavi ünitesinde Ocak 2013 ile Ocak 2017 tarihleri arasında Y stent uygulanmış olan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

SONUÇLAR: Değerlendirmeye alınan 47 hastanın, 30'ü (23 erkek, 76.7%) silicon stent grubunda 17'si (14 erkek, 82.4%) kaplı SEMS grubundaydı. Gruplar arasında sigara kullanım alışkanlıkları, hastalıkların patolojik özellikleri, prosedürden önceki almış oldukları radyoterapi veya kemoterapi geçmişleri, başvuru sırasındaki semptomları, veya komorbiditeleri arasında fark yoktu. İşlem öncesi en sık semptom nefes darlığı idi (96.7% ve 100%), ve en sık eşlik eden komorbidite KOAH idi (26.7% and 23.5%). Toplamda 20 (42.6%) komplikasyon izlenmiş olup gruplar arasında istatistiksel fark saptanmamıştı (silicon, 12 hasta[40%]; SEMS, 8 hasta [47.1%]; p = 0. 62). Ortalama sürvi silicon stent grubu için 164.51 ± 38.83 gün ve SEMS grubu için 254.45 ± 103.32 gün olarak hesaplandı (p = 0.588) (figüre 1). 30., 60., ve 180. gün mortaliteleri incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı (sırasıyla p = 0.966, 0.846, ve 0.534) (figüre 2).

SONUÇ: İki tip stent arasında semptom palyasyonu, kullanım güvenliği, komplikasyon oranı veya sürvi açısından fark saptanmadı.

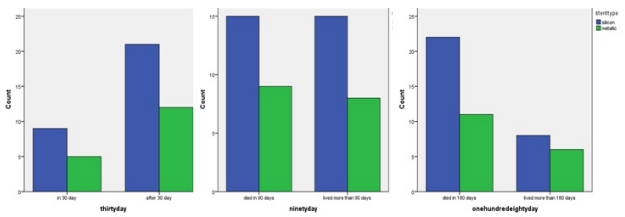
Anahtar Kelimeler: malign havayolu tıkanıklığı, rijid bronkoskopi, stent

figure 1



Gruplar arasında sürvi değerlendirmesi

figure 2



Gruplar arasında 30.,60., 180. gün sürvi değerlendirmesi.

SS-155

AKCİĞER KANSERİ TANISINDA NT-PROBNP DÜZEYLERİNİN YERİ VE ÖNEMİ

Sinem İnan[1], Semra Bilaçeroğlu[1], Burcu Katırcı[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardioloji Birimi

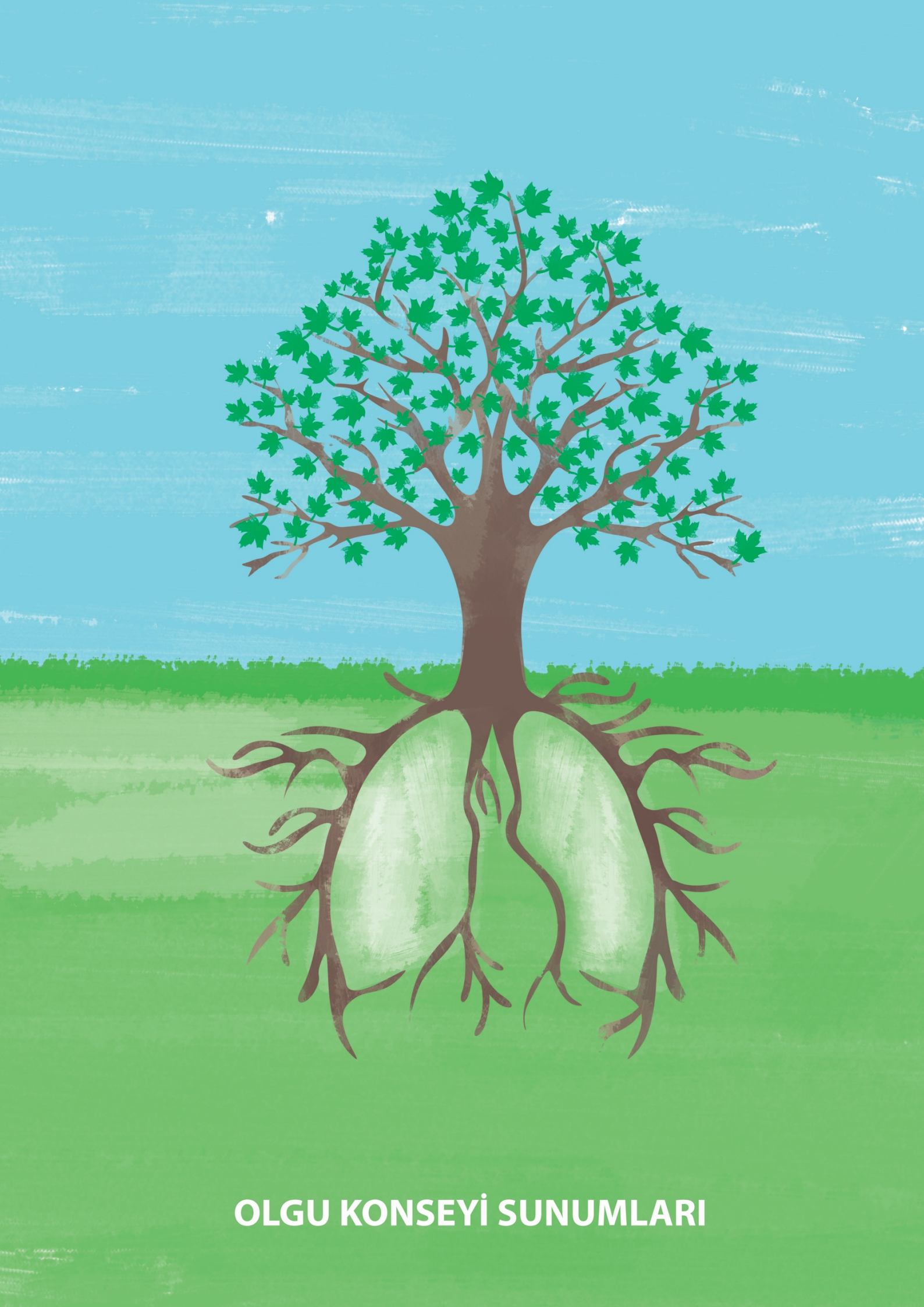
AMAÇ: Son 10 yılda, akciğer kanseri (AK) de dahil olmak üzere, farklı malignitelerde N-terminal pro-brain natriuretik peptid (NT-proBNP) düzeyinde artış olabildiği gösterilmiştir. AK'de NT-proBNP yüksekliğinin önemi ve hastalıkla ilişkisi çok açık değildir. Çalışmamızda yüksek NT-proBNP düzeyinin AK tanısındaki yerini ve önemini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2010-Eylül 2017 tarihleri arasında hastanemizde takip edilmiş hastalara ait veriler, hastane bilgi sistemi kullanılarak geriye dönük incelendi. Çalışma grubuna, AK tanısı almış ve NT-proBNP düzeyi ölçülmüş olan toplam 105 hasta, kontrol grubuna ise kronik obstrüktif akciğer hastalığı, intertisyel akciğer hastalığı, pulmoner tromboemboli, pnömoni tanısı almış ve NT-proBNP düzeyi ölçülmüş, her bir grupta 30'ar tane olmak üzere toplam 120 hasta alındı. Tüm hastaların demografik verileri, ek hastalıkları, ekokardiyografi bulguları ve bunların NT-proBNP düzeyi ile ilişkisinin yanısıra, AK'li olgularda tümörün histolojik alt tipi, çapı, evresi, radyolojik ve patolojik olarak mediasten, kalp, perikard ve ana damar invazyonu varlığı ile NT-proBNP düzeyi ilişkisi incelenmiştir.

BULGULAR: AK ve kontrol grupları arasında, cinsiyet (p=0,996) ve yaş (p=0,177) açısından önemli fark bulunmadı. Hem AK'li ve hem de kontrol grubunda, 50 yaş altı ile üzerinde NT-proBNP düzeyi önemli fark göstermedi; benzer durum 60 yaş altı ile üzerinde de izlendi (p>0.05). AK ve kontrol grupları arasında, global olarak veya komorbiditeli alt grupları karşılaştırmada da, NT-proBNP düzeyi anlamlı farklılık göstermedi. Ancak, komorbiditesi olmayan AK'li grupta (n:68) NT-proBNP 249 pg/ml, komorbiditesiz kontrol grubunda (n:58) ise 88 pg/ml saptandı (p =0.001). Komorbiditesi olmayan ve kalp, perikard, ana damar veya mediasten invazyonu olan AK'li hastalarda (n:27) NT-proBNP düzeyi 303 pg/ml, belirtilen invazyonları olmayan hastalarınki (n:41) ise 166 pg/ml saptandı (p=0.031).

SONUÇ: NT-proBNP yüksekliği saptanan ve buna neden olabilecek komorbiditesi olmayan, özellikle malignite şüphesi yüksek hastalarda, ayırıcı tanıda AK de yer almalıdır. AK'li hastalarda yüksek NT-proBNP değerleri saptandığında ise, özellikle mediasten, perikard ve ana vasküler yapılara invazyon varlığı araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, NT-ProBNP, tanı, evreleme



OLGU KONSEYİ SUNUMLARI

OK-01

NÜKS AKCİĞER TÜBERKÜLOZU TEDAVİSİ ALAN OLGUDA SOLUNUM YETMEZLİĞİ İLE SEYREDEN ALVEOLAR HEMORAJİ SENDROMU

Serdar Akpınar[1], Maşide Tüten[1], Muhammed Erzurum[2], Emine Bahar Kurt[1]
[1]SBÜ. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi- Göğüs Hastalıkları Kliniği ve Dahili Yoğun Bakım ünitesi
[2]SBÜ. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi - Kardiyoloji Kliniği

GİRİŞ: Alveolar hemoraji sendromları ani karar verilmesi gereken mortalitesi yüksek yoğun bakımlarda solunum yetmezliği nedeniyle izlemi güçlükler gösteren bir durumdur. Nüks akciğer tüberkülozu nedeniyle takipte iken, alveolar hemoraji gelişen bir olguyu sunuyoruz.

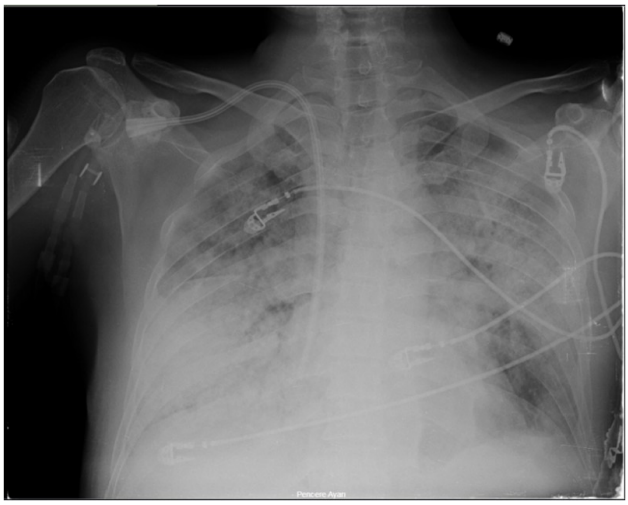
OLGU: Öncesinde kronik hastalığı bulunmayan 42 yaşında erkek hasta, son 1 aydır olan öksürük, halsizlik, gece terlemesi ve 10 kg kadar kilo kaybı şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Hastanın 1992 yılında tüberküloz geçirdiği bir kısmı hastanede yatarak olmak üzere uzun süreli tedavi aldıktan sonra kür sağlanıp tedavisinin sonlandırıldığı öğrenilmiş.

İki kez üst üste alınan balgam ARB teksif (++) olarak sonuçlanmış. Postero-anterior akciğer grafisinde(PA) sağ üst zonda yoğun olmak üzere her iki akciğerde infiltrasyonları mevcuttu.
Nüks akciğer tüberkülozu kabul edilen hastaya dörtlü antitüberküloz tedavisi altındayken kreatin değerlerinin yükselmesi üzerine rifampisin kesilerek moksifloksasine geçilmiş. Tedavinin 5. gününde kreatinin değerinin daha da yükselmesiyle (kre:6.74 mg/dl) hasta diyaliz programına alınmış. Hastanın rutin diyaliz programına alınması ve beraberinde C-ANCA pozitif saptanması üzerine hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniğimize kabul edildi. Fizik muayenesinde solunum sesleri sol bazalde azalmıştı. Ekstremitelerinde bilateral 3 pozitif pretibial ödemi mevcuttu. C-ANCA tetkiki teyit amaçlı ikinci kez pozitif gelmesi üzerine hastaya Wegener granülomatozis ön tanısı ile böbrek biyopsisi planlandı ancak takiplerinde INR'nin yükselmesi üzerine girişimsel işlem yapılamadı. Toraks bilgisayarlı tomoğrafisi (BT) ve fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı. Toraks BT'de her iki akciğerde multisentrik yaygın konsolidasyon alanları ile FOB'da patoloji izlenmedi. Takipleri sırasında hemoglobinde ani düşüş(9.1 den 5.2 gr/dl'ye) ve derin hipoksemik solunum yetmezliği gelişmesi üzerine yoğun bakıma alındı. PA grafide her iki akciğerde yaygın non homojen konsolidasyon alanları gözlendi (Resim 1). Eş zamanlı hemopizisi başlayan hastanın PaO2/FiO2 oranı 65'di. Yüksek akış hızlı oksjen tedavisi başlanan hastaya enfeksiyon hastalıkları ile ortak karar alınarak pulse steroid (1000 mg/gün metilprednizolon) ve siklofosfamid (750 gr/gün) 3 gün süreyle verildi. Antitüberküloz tedaviye devam edildi. Hastaya eş zamanlı 6 gün boyunca plazmaferez uygulandı. dördüncü günün sonunda hemoglobin düşüşü durdu PaO2/FiO2 200'e çıktı. 7. günün sonunda düşük akım hızlı oksijen tedavsine geçildi ve PA grafide regresyon izlendi (Resim 2).

SONUÇ: Aktif akciğer tüberkülozu olan olguda gelişen hayatı tehtid eden alveolar hemoraji ve hipoksik solunum yetmezliğinde kurtarıcı immunsupresif tedavi verilmesi gerekebilir.

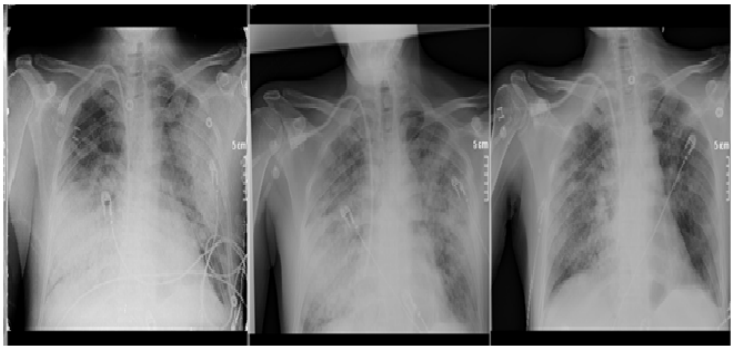
Anahtar Kelimeler: alveolar hemoraji, tüberküloz, solunum yetmezliği

Resim-1



Alveolar hemoraji nedeniyle yoğun bakıma kabulündeki PA akciğer grafisi

Resim-2



Pulse steroid ve siklofosfamid sonrası regresyon

OK-02

KONJENİTAL KİSTİK ADENOMATOİD MALFORMASYON

Songül Özyurt[1], Neslihan Özçelik[2], Bilge Yılmaz Kara[1], Melek Memoğlu[1], Ünal Şahin[1]
[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları, Rize, Türkiye
[2]Kaçkar Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Rize, Türkiye

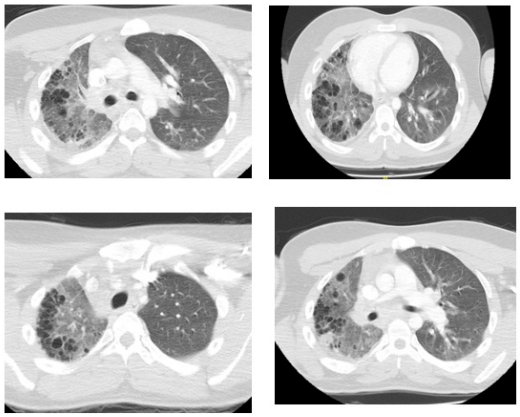
GİRİŞ: Konjenital kistik adenomatoid malformasyon (KKAM) primer bronşiyollerin düzensiz, hamartamatöz ve adenomatoid proliferasyonu ile karakterize olup, 1/11000-1/35000 sıklıkta görülür. Vakaların % 80-85'i solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan döneminde veya yineleyen solunum yolu infeksiyonları nedeniyle iki yaşın altında görülür. Genellikle mortal seyreder. Burada erişkin yaşta saptanan bir olguyu sunuyoruz.

OLGU: 19 Y, E, yaklaşık 3 aydan beri devam eden nefes darlığı, kuru vasıfta öksürük, sağda göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde ilkokul öncesi ayda bir kez solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle hastane yatışı olduğu ögrenildi. Sigara öyküsü yoktu. Fizik muayesinde sağda solunum sesleri azalmıştı. Laboratuar bulguları normal saptandı. Toraks BT'sinde sağ hemitoraks hipoplazik, sağda tüm lob ve segmentlerde izlenen irili-ufaklı multiple kistler, tüm akciğer parankiminde buzlu cam ve interlobuler septal kalınlaşmalar izlendi. Bronkoskopi normaldi. Radyolojik bulgular eşliğinde kongenital kistik adenomatoid malformasyon tanısı konuldu.

SONUÇ: Konjenital kistik adenomatoid malformasyon (KKAM), ender görülen konjenital bir pul¬moner anomalidir. İnsidansı 25-30 bin gebelikte birdir ve en sık erkek bebekleri etkiler. Tüm konjenital akciğer malformasyonlarının % 25'ini oluşturur ve yenidoğanlarda en sık solunum sıkıntısı ile ortaya çıkar. Histopatolojik olarak kist boyut ve sayısı farklılık gösteren üç tipi vardır. Genelde tek loba sınırlıdır, ender olarak multiloberdir. KKAM'lı olgular›n %20 kadarında eşlik eden renal agenezi, jejunal atrezi, diafragma hernisi, hidrosefali ve iskelet anomalileri gibi anomaliler bildirilmiştir. Bizim olgumuzda ise eşlik eden anomali saptanmadı. KKAM tedavisinde genel yaklaşım olarak semptomatik olgularda cerrahi, asemptomatik olgularda ise klinik izlem önerilmektedir

Anahtar Kelimeler: Kistik Adenomatoid Malformasyon, Kongenital, Bilgisayarlı Tomografi

Resim1



sağ hemitoraks hipoplazik, sağda tüm lob ve segmentlerde izlenen irili-ufaklı multiple kistler, tüm akciğer parankiminde buzlu cam ve interlobuler septal kalınlaşmalar gözlenmekte

OK-03

AKUT KİTLE BASISINA BAĞLI SOLUNUM YETMEZLİĞİ GELİŞEN YENİ TANI KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ HASTASINDA; TAKİP VE TEDAVİDE ECMO DESTEĞİ

Zafer Gökkaya[1], Özlem Yenidünya[1], Umut Acar[1], Oya Ferah[1], Mehmet Eren Açık[1], Erkan Kaba[2], Alper Toker[3], Ercüment Yentür[1]
[1]İstanbul Bilim Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı
[2]İstanbul Bilim Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı
[3]İstanbul Florence Nightingale Hastanesi

V-V ECMO, reversible olabilecek ani gelişen solunum yetmezliği veya akciğer transplantlasyonuna köprü tedavisi olarak kullanılmaktadır. Akciğer maligniteleri akut solunum yolu obstrüksiyonuyla karşımıza çıkabilir ve bu vakalarda obstrüksiyonu ortadan kaldırmak amaçlı prosedüral işlemler veya cerrahi yapılana kadar V-V ECMO zaman kazandırıcı olabilir. Biz de akut solunum yetmezliği ile gelen bu vakada V-V ECMO desteği ile cerrahi müdahale ve kür sağlamayı başardık. 61 yaşında, HT dışında ek hastalığı bulunmayan, yeni tanı almış akc ca nedeniyle neoadjuvan KT almak amacıyla serviste takip edilen hasta; ani gelişen solunum sıkıntısı şikayetiyle yoğun bakıma kabul edildi. Öncelikle NIMV desteği verilen hasta yatışının 12.saatinde, hipoksinin derinleşmesi üzerine orotrakeal entübe edildi. Acil bronkoskopi yapıldı. Sağ ana bronşu total oklude eden kitle görüldü. Takibinde %100 FiO2, ile PCV modunda ventile edilmesine ve multiple recruitment manevrasına rağmen hipoksik seyreden hastaya V-V ECMO ve takibinde cerrahi planlandı.Yatışının 24.saatinde perkutan VV ECMO başlandı. Takibinde ventilatör ve ECMO desteğiyle oksijenasyonu ve hemodinamisi düzelen hasta opere edildi. Hastaya sağ posterolateral torakotomi ile üst bilobektomi, sağ alt lobun sağ ana bronşa anastomozu ve mediastinel lenf nodu disseksiyonu yapıldı. Postop 2.günde extübe edildi, postop. 3.günde ECMO sonlandırıldı. Postoperatif 4.günde hasta servise çıkarıldı. Takibinin 1. haftasında ateşlenmesi üzerine çekilen toraks BT'de trakeoözefageal fistül saptanmasıyla intraoperatif V-V ECMO desteğiyle fistül onarıldı, anastomoz kaçağı giderildi, packing yapılıp, tüp jejunostomi açıldı. Yoğun bakımda ECMO desteği altında, sedatize, orotrakeal entübe, mekanik ventilatörde takip edildi. Takibinin 7. gününde hasta depacking için operasyona alındı. Postop 2.günde kanama nedeniyle tekrar revizyona alındı. Takibinde 3 gün sonra desteği azaltılan ve stabil olan hasta extübe edildi. Ancak 24 saat sonra hastada solunum sıkıntısı gelişmesi ve drenlerinden hemorajik geleni olması üzerine tekrar operasyona alınarak kanama kontrolü yapıldı, heparinizasyonun kanamaya etkisi düşünülerek V-V ECMO intraoperatif sonlandırıldı. Postoperatif 48 saat sonra hasta extübe edildi. Bir gün desteğe ihtiyacı kalmayan hasta servise çıkarıldı.

ECMO desteği kompleks torakal cerrahi prosedürlerde intraoperatif hemodinamik stabilite ve ventilasyonu kolaylaştırarak cerrahi sahnın daha iyi gözlenmesini sağlaması açısından son yıllarda kullanılmaktadır. Yoğun bakımda da reversible solunum yetmezliklerinde köprü tedavi olarak faydaları gösterilmiştir. Bu vakada V-V ECMO desteği hem yoğun bakım sürecinde hem de intraoperatif efektif olarak kullanılmış ve hastanın sağ kalımına katkıda bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİ, KİTLE BASISI, VV ECMO

OK-04

HER HASTA SADECE OSAS DEĞİLDİR

Ahmet Cemal Pazarlı[1], Betül Çevik[2], Handan İnönü Köseoğlu[1]
[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat
[2]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Tokat

GİRİŞ: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) insomniadan sonra en sık görülen uyku bozukluğudur. Görülme sıklığı bakımından uykuda solunum bozuklukları içinde ilk sırada yer alır. Bu yazıdaki olgu örnekleri, OSAS'la birliktelik gösteren diğer uyku bozukluklarına dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

OLGU 1: Yetmişyedi yaşında erkek hasta, tanıklı apne, gündüz uykululuk, gece uykuda kol-bacaklarında istemsiz hareketlenme şikayetleriyle başvurdu. Epilepsi nedeniyle levetirasetam, venlafaksin, tamsulosin, ketiapin kullanıyordu. Epworth uykululuk skoru:8, BKİ:27.3, polisomnografi (PSG) incelemesinde apne-hipopne indeksi (AHİ):19.9, AHİsüpin: 27.5, AHİsağ yan: 13.7, AHİREM: 30.4, AHİNonREM: 14.7, en uzun apne süresi 26.0 saniye, gece ortalama oksijen satürasyonu (O2 sat) %91, minimum O2 sat %79, gecenin %16'sında oksijen satürasyonu %90'ın altında seyretti. Uykuda REM evresinde çene EMG'de, bazal EMG tonusuna göre iki katından fazla artış olduğu, bazı REM epoklarında bacak EMG tonusunda switch (seyirme) olduğu, REM evresinde miyoklonik tarzda sıçramaların olduğu bu sırada EEG'de diken-yavaş dalga ve polidiken-yavaş dalga aktivitesinin eşlik ettiği; ayrıca sol el parmaklarında 5-15 saniye süren klonik, ritmik aktivitenin olduğu, bu sırada EEG'de diken, keskin-yavaş dalgaların eşlik ettiği izlendi. Bu bulgularla hastaya ''OSAS, REM uykusu davranış bozukluğu, epileptik nöbet'' tanısı konuldu.

OLGU 2: Ellibeş yaşında erkek hasta. Horlama, tanıklı apne, gündüz uykululuk, sabah başağrısı yakınmalarıyla başvurdu. Epilepsi nedeniyle levetirasetam ve pramipeksol kullanıyordu. BKİ:24.7, ESS:12, PSG'de AHİ:34.9, en uzun apne süresi 68 saniye, minimum O2 sat %63, PLM indeksi 102 bulundu. EEG trasesinde; seyrek olarak santral bölgelerde, çoğunluğu N2 uyku evresinde olmak üzere, bazen sağ bazen solda belirgin izole diken-yavaş dalga ve keskin-yavaş dalga aktivitesi izlendi. Bu bulgularla hastaya ''OSAS, periyodik bacak hareketleri sendromu, fokal epileptiform anormallik'' tanısı konuldu.

OLGU 3: Altmışüç yaşında erkek hasta. Dış merkezde ağır OSAS tanısı ile CPAP tedavisi verilen hasta kliniğimize başvurusunda CPAP'a rağmen horlama şikayetinin devam ettiğini, ayrıca gece uyurken hareketlerinin arttığını ve bu nedenle yataktan birkaç kez düştüğünü belirtti. Basınç kontrolü için yapılan titrasyon kaydında; bazı REM epoklarında ellerde arama-tutma benzeri hareketler, bacaklarında EMG elektrodlarına da yansıyan hareketlenmeler gözlendi. CPAP basıncı revize edildi. Klinik öykü ve PSG bulguları ile hastanın tanısı ''OSAS ve REM uykusu davranış bozukluğu'' olarak belirlendi.

TARTIŞMA: Uyku merkezlerine başvuran hastaların tüm uyku bozuklukları açısından irdelenmesi, hastaların etkin tedavi alabilmesi ve yaşam kalitesi için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: obstrüktif uyku apne sendromu, rem davranış bozukluğu, epilepsi

OK-05

AKCİĞER KANSERLİ SOLUNUM FONKSİYONLARI SINIRLI YAŞLI HASTADA CERRAHİ TEDAVİ İÇİN SINIRLAR? OLGU SUNUMU

Hüseyin Melek[1], Gamze Çetinkaya[1], Tolga Evrim Sevinç[1], Erhan Özer[1], Asli Görek Dilektaşlı[2], Eylem Yentürk[1], Ahmet Sami Bayram[1], Cengiz Gebitekin[1]
[1]Uludag Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
[2]Uludag Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Erken evre akciğer kanseri tedavisinde en iyi sonuçlar cerrahi tedavi ile elde edilmektedir. Yaşlı, solunum fonksiyonları sınırlı ve ilave komorbiditeleri nedeniyle cerrahi tedavisi yüksek riskli olan hastalarda iyi hasta seçimi ve tedavi yönetimiyle yüz güldürücü sonuçlar elde edilebilir.

GEREÇ-YÖNTEM: Yetmiş yaşında erkek hasta nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleri ile tetkik edilirken çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğer üst lob lingula segment yerleşimli 51x30 mm boyutlarında kitle ve sağ diyafragma eventrasyonu saptandı. Pozitron emisyon tomografisinde kitle (SUDmaks= 11,6) dışında tutulum saptanmadı. Bronkoskopi işlemini tolere edemeyen hastaya transtorasik ince iğne aspirasyonu ile Adenokarsinom tanısı konuldu. (cT3N0M0-Evre 2b). Obezite (BMI=33,5), koroner arter hastalığı ve hipertansiyonu olan hastanın solunum fonksiyon testinde FEV1:1,0 L (%45) ölçülmesi ve efor kapasitesinin sınırlı olması üzerine, torasik onkoloji konseyinde görüşülerek solunum rehabilitasyon programına alınması, sağ diyafragma plikasyonu ve neoadjuvan 2 kür kemoterapi (KT) tedavisini takiben yeniden değerlendirmesi planlandı. Hastaya üç hafta bronkodilatör tedavi, solunum rehabilitasyonu ve videotorakoskopik diyafragma plikasyonu uygulandı. İki kür KT sonrası spirometrik değerlerinin (FEV1:1,6 L (%80)) yükselmesi ve kitle boyutunun 35 mm gerilemesi üzerine hastaya videotorakoskopik sol lingulektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Postoperatif 5 gün taburcu edilen hasta Adenokarsinom ypT2bN0-Evre 2a olarak evrelendi. Postoperatif dönemde 3 kür KT tedavisi verilen hasta polikliniğimizde sorunsuz olarak takip edilmektedir.

SONUÇ: Yaşlı, solunum fonksiyonları sınırlı, sağ diyafragma paralizisi ve ilave komorbiditeleri nedeniyle cerrahi tedavi için yüksek riskli kabul edilen hastalarda solunum fizyoterapisi, videotorakoskopik plikasyon ve anatomik sınırlı akciğer rezeksiyonları ile tatmin edici sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: solunum rehabilitasyon, yaşlı, akciğer kanseri, videotorakoskopi, sınırlı akciğer rezeksiyonu

OK-06

MESALAZİN AKCİĞER TOKSİSİTESİ

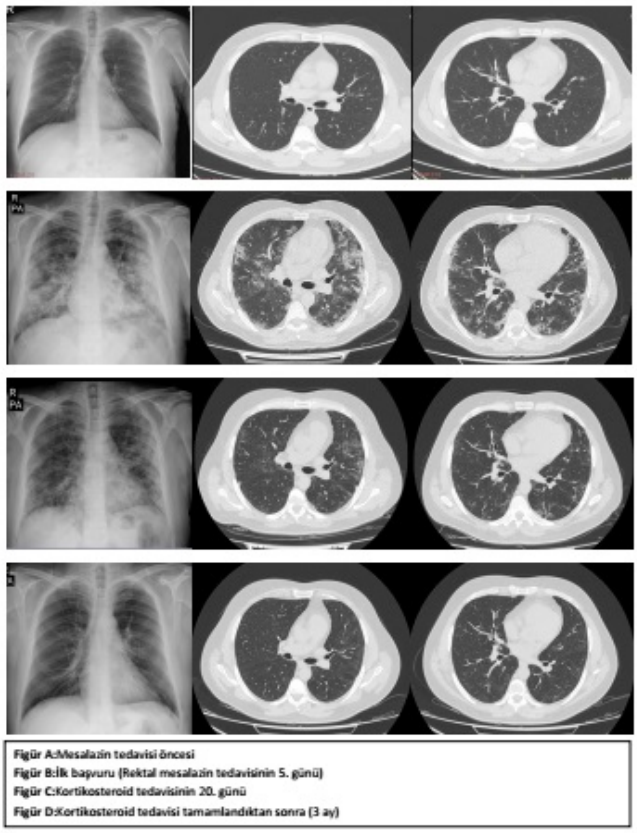
Ezgi Erdem, Deniz Çelik, Yusuf Tuğrul Şipit, Murat Yıldız, Nazan Erbaş
T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

OLGU: 52 yaşında erkek hastaya dış merkezde ülseratif kolit tanısıyla yüksek doz rektal mesalazin tedavisi başlanmıştı. Tedavinin 5. günü nefes darlığı, mide bulantısı, yüksek ateş şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral yaygın raller, Akciğer grafisinde bilateral heterojen infiltrasyon ve ağır hipoksemi nedeniyle 3. Basamak yoğun bakıma yatırıldı. Geniş spektrumlu antibiyotik ve antiviral tedavi başlandı. Öyküsü derinleştirildiğinde mesalazin tedavisi sonrası semptomların ve grafi bulgularının ortaya çıkmış olması, tedavi öncesi dış merkezde çekilmiş Akciğer grafisi, Toraks BT ve SFT'nin normal olması ve hiçbir solunumsal yakınmasının olmaması nedeniyle mesalazin akciğer toksisitesi düşünüldü. Genel durumunun orta-kötü olması ve şiddetli hipoksemi nedeniyle FOB yapılamayacağından, 60 mg/gün iv metilprednisolon tedavisi başlandı. Tedavisinin 10. gününde genel durumunun ve hipokseminin kısmen düzelmesi üzerine 2. basamak göğüs yoğun bakıma devralındı. Toraks BT'de bilateral akciğerde yaygın buzlu cam zemininde infiltrasyonlar, bazallerde ve periferde belirginleşen nodüler konsolide alanlar izlendi. Mesalazin tedavisi başlanmadan 1 ay önce çekilen, semptomların ortaya çıkmasıyla çekilen ve steroid tedavisinin 10. gününde çekilebilen toraks BT'ler karşılaştırıldığında bilateral yamasal infiltrasyonların mesalazin ile eşzamanlı geliştiği görüldü. Kollajen doku markerları negatifti. SFT FEV1:%85 FVC:%78 FEV1 /FVC:113 idi. Mesalazin kesilmesi ve steroid tedavisinden belirgin fayda gören hastanın tedavisi 3 aya tamamlandı. Tedavi sonu kontrol toraks BT'de tam rezolüsyon izlendi. Kontrol SFT'de FEV1:%104 FVC:% 98 FEV1 /FVC:87 idi.

TARTIŞMA: İnflamatuar bağırsak hastalıklarının tedavisinde kullanılan mesalazine (5-aminosalisilikasit) bağlı akciğer toksisitesi nadir bir komplikasyondur. İlaç başlandıktan günler/yıllar sonra semptomlar başlayabilir. İlerleyici nefes darlığı, kuru öksürük, yorgunluk görülebilir. Akciğer hasarının patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Mesalazin dozuna ve kullanım süresine bağlı değildir. Tüm yaş gruplarında ve kadınların daha sıktır. Bibaziller ral en sık fizik muayene bulgusudur. Radyolojik bulgular nonspesifiktir ve değişkenlik gösterebilir. Heterojen dağılımlı intertisyel infiltrasyonlar, konsolidasyonlar ve plevral effüzyon görülebilir. Mesalazin kullanımıyla yeni gelişen semptom varlığı, multilober infiltrasyonlar izlenmesi ve anormal SFT bulguları ilaca bağlı akciğer toksisitesini düşündürmelidir. Biyopsi ve etkenden uzaklaştırma ayırıcı tanıda yol gösterici olabilir. Tedavide kortikosteroidlerin etkisi tam netlik kazanmamıştır. Bildirilen bazı olgularda mesalazinin kesilmesinden sonra kendiliğinden iyileşme izlenmiştir. Mesalazinin kesilmesi ile beklenen iyileşmenin sağlanamaması durumunda kortikosteroid tedavisi denenmesi önerilmektedir. Literatürde 5 gün-44 ay arasında semptomların ortaya çıkışı görülmüştür. Olgumuz tedavinin 5. gününde erken pulmoner toksisite bulgularıyla başvurduğu için sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: mesalazin, 5-aminosalisilik asit, akciğer toksisitesi, ilaca bağlı akciğer hasarı

Seri Akciğer grafileri ve Toraks BT kesitleri



Figür A:Mesalazin tedavisi öncesi
Figür B:İlk başvuru (Rektal mesalazin tedavisinin 5. günü)
Figür C:Kortikosteroid tedavisinin 20. günü
Figür D:Kortikosteroid tedavisi tamamlandıktan sonra (3 ay)

Seri SFT Değerleri

Steroid tedavi süresi	FEV1	FVC	FEV1/FVC
10, gün	%85	%78	113
1, ay	%85	%81	109
2. ay	%93	%88	110
3. ay	%103	%97	111

OK-07

İLK DOZ SEFTRİAKSON KULLANIMI SONRASI MASİF HEMOPTİZİ İLE GELİŞEN ANAFİLAKTİK ŞOK

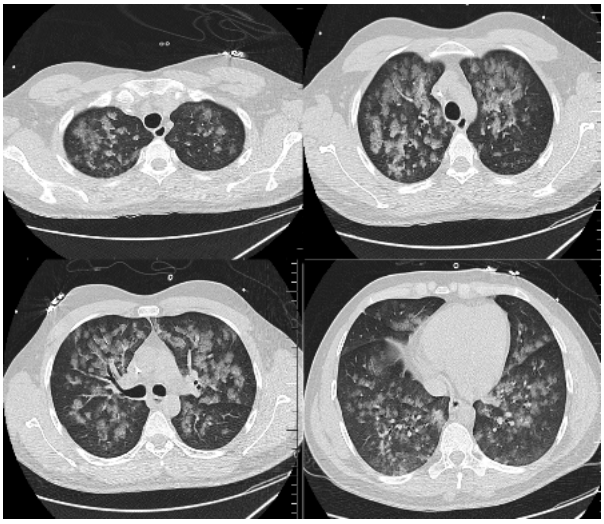
Gülfem Yıldırım[1], Baykal Tülek[2]
[1]KTO Karatay Üniversitesi Özel Medicana Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

29 yaşında erkek hasta yüksek ateş ve testis ağrısı nedeniyle hastanemizde üroloji kliniğine başvurmuş. Burada yapılan tetkikler sonucunda hasta orşit tanısı ile hospitalize edilerek Iv 1gr seftriakson uygulanan hastada hırıltılı solunum, vücutta kızarıklık, hemoptizi ve sonrasında bayılma gelişmesi üzerine hasta yoğun bakım ünitesine alındı. İlk muayenesinde genel durumu kötü, bilinci bulanıktı.Tansiyonu 80-50 mmhg,dakika solunum sayısı 50/dk. saptandı. İnspiratuvar stridoru, göğsünde çekilmeleri olan hasta ilk bir saat içinde toplamda 300cc ye yakın kan tükürdü. Hastaya mevcut bulgularla anaflaktik şok tanısıyla intravenoz adrenalin uygulandı. Tedaviye ek olarak deksametazon, tranexamik asit ve feniramin uygulandı. Vital bulguları tedavi sonrası düzelen hastaya toraks bt çekildi. Her iki akciğer parankiminde anaflaksiye sekonder alveoler hemorajiyi destekleyen yaygın, yuvarlak buzlu cam dansitesinde opasiteler izlendi(resim1). Hastanın tedavisine IV Siprofloksasin ile devam edildi. Takip eden günlerde hemoptizi azalarak kesildi. Kontrol akciğer grafisinde dağınık noduler opasiter lezyonlar tamamen kayboldu(resim2).Hasta tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Literatürde ilk doz seftriakson tedavisi sonrası anafilaksi geliştiğini bildiren olgu sunumları mevcut olmakla beraber olgumuzdaki gibi masif hemoptizi ile birliktelik gösteren olgu bildirilmemiş. Bizim de bu vakayı sunma amacımız günümüzde sık olarak kullanılan seftriakson gibi sefalosporin grubu ilaçların ilk dozlarında dahi anaflaksi ve anafilaktik şok gelişebileceğini hatırlatmak, bu nedenle dikkatli olunması gerektiğini vurgulanmaktır.

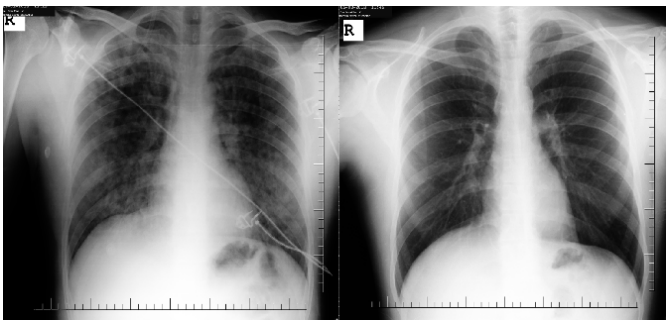
Anahtar Kelimeler: anaflaksi, hemoptizi, seftriakson

resim1



toraks bt kesitleri

resim2



akciğer grafisi anaflaksi sırasında ve tedavi sonrası

OK-08

NADİR PLEVRAL EFFÜZYON NEDENİ; İKİ OLGU İLE BİLİYER PLEVRAL EFFÜZYON

Yelda Turgut Çelen[1], Attila Saygı[1], İrfan Koruk[2]
[1]Memorial Ataşehir Hastanesi, göğüs hastalıkları
[2]Memorial ataşehir hastanesi, gastroenteroloji

Biliyer plevral effüzyon son derece nadir rastlanan bir durumdur. Karaciğer hastalığına, subhepatik abse veya biliyer peritonite veya perkütan biliyer drenaj veya karaciğer biyopsisi gibi girişimsel işlemlere sekonder iyatrojenik olarak görülebilir.

OLGU 1 : 37 Yaşında erkek hasta, başvurudan 1 ay önce ALT:1600 bulunması üzerine yapılan KC biyopsisi sonrası KC'de hematom gelişmiş. Hematom takibi ve biyopsi sonucu ilaca bağlı toksik hepatit tanısı konması nedeniyle 10 gün yatarak tedavi edilmiş. Taburculuğu takiben 10 gün sonra sağ omuz ağrısı, sırt ağrısı ve nefes darlığı gelişmesi üzerine başvurdu.

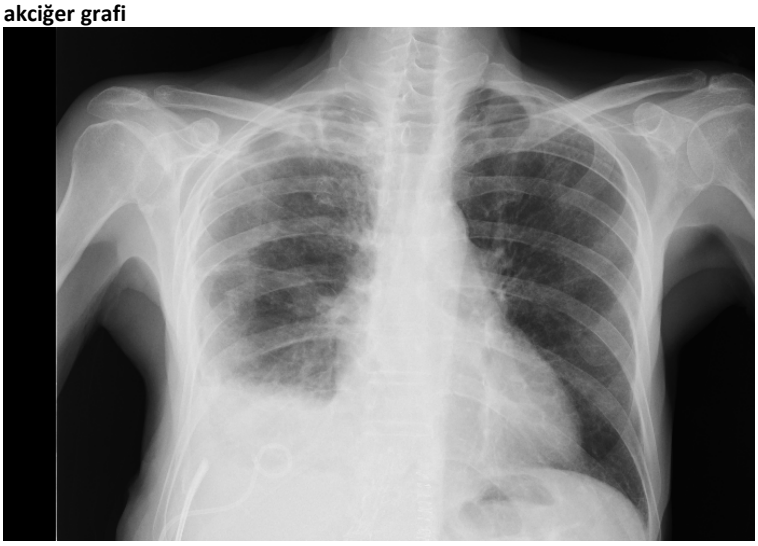
Fizik muayenesinde ateşi yoktu. DSS; 22; sağ alt alanda solunum sesleri alınmadı. Satürasyonu normal sınırlarda idi. Akciğer grafisinde sağ akciğer alt alanda opasite görülmesi üzerine çekilen toraks BT'de pnomoni+plörezi tespit edildi. Yapılan toraks USG'de 7 cm kalınlığında plevral effüzyon görüldü. Pleurocan ile sarı-yeşil renkte 1300cc sıvı boşaltıldı. Sıvının laboratuar bulguları t.bilb; 2,62 (serum 0,09), LDH; 464 (serum 386), albümin 3,51 (serum 4,5) olarak saptandı. Plevral effüzyon kültüründe herhangi bir üreme olmadı, patolojide maligniteye rastlanmadı. 6 gün sonra sıvı drenajı olmaması üzerine dren çekildi. Hastanın yakınmaları ile beraber tüm inflamatuar parametreler normal sınırlara indi.

OLGU 2: 58 Yaşında erkek hasta aralık 2016'da KC nakli (HCC+otoimmun) olmuş. Dört ay sonra biliyer sistemde obstrüksiyon nedeniyle PTK uygulanmış. Girişiminden 1 hafta sonra sağ yan ağrısı ile değerlendirildi. Fizik muayenede ateşi olmayan hastanın sağ bazalde solunum sesleri alınmadı. Spo2: % 93 tespit edildi. Çekilen akciğer grafisinde sağ alt alanda opasite saptanması üzerine toraks USG yapıldı. 2.5cm genişliğinde sıvı tespit edildi. Torasentez yapılarak 300cc sıvı boşaltıldı. Hastanın plevral sıvı LDH 222 (serum LDH 376), Albumin 1,7 (serum albümin 2,9), total bilirubin 2,95 (serum bilirubin 0,67) saptanarak biliyer plevral sıvı tanısı kondu. Plevral effüzyon kültüründe herhangi bir üreme olmadı, patolojide maligniteye rastlanmadı. Hastanın sıvısı tekrarlamadı ancak 15 gün sonra hasta peritonit gelişmesi ile kaybedildi.

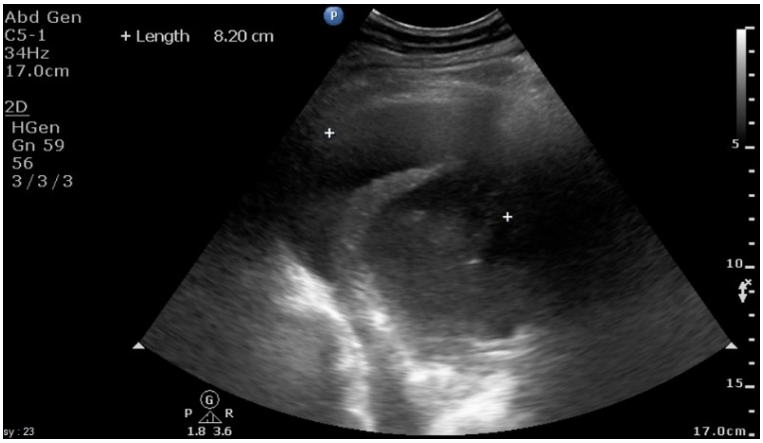
Biliyer asitin plevral inflamasyona neden olacak kemo-irritan özellikte olması ve bakteriyel çoğalmaya uygun ortam sağlamasından dolayı hızla ampiyeme gidiş ve hayatı tehdit edici sonuçlar doğurabilir. Bu açıdan KC hastalığı öyküsü olanlarda torasentezin mutlak ve hızlı yapılıp total bilurubin seviyesinin rutin bakılması erken tanıda önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: biliyer, bilurubin, plevral sıvı, torasentez

akciğer grafi



Toraks US



olgu 1

OK-09

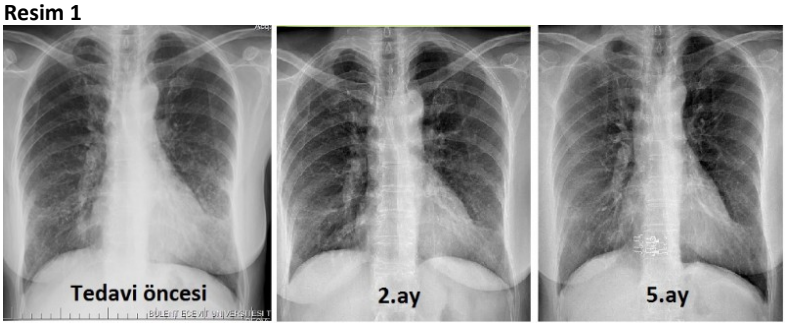
KOMPLİKE MYCOBACTERİUM AVİUM + MYCOBACTERİUM ABSCESSUS AKCİĞER İNFEKSİYONU OLGUSU: DAHA İYİ NASIL YÖNETİLEBİLİRDİ?

Fatma Erboy, Bülent Altınsoy, Müge Meltem Tor
Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak

Nontüberküloz mikobakteri türleri özellikle akciğer infeksiyonları ile ilişkilendirilmekte, bu türler içinde mycobacterium abscessus akciğer infeksiyonu klinik seyir ve tedavi süreci açısından daha agresif bir seyir gösterebilmektedir. Bu yazıda kliniğimizde tanı alan, sevki kabul etmediği için tedavisini kliniğimizde sürdürdüğümüz, klinik, radyolojik ve mikrobiyolojik olarak başarı yakaladığımız olgumuzun takip sürecini anlatmayı ve bu süreci nasıl daha etkin ve doğru yönetebileceğimizi olgu konseyine danışmayı amaçladık. Hastamız 59 yaşında, bayan, sigara kullanmamakta, ev hanımı ve şehir merkezinde yaşamaktaydı. Bilinen akciğer hastalığı veya tüberküloz öyküsü/teması yoktu. Efor dispne, göğüs ağrısı, gece terlemesi, hemoptizi ile tarafımıza sevk edilmişti. Toraks tomografisinde bilateral yaygın milimetrik nodüller ve bronşektazi odakları vardı. Bronş lavajı ARB pozitif gelmesi üzerine anti-tüberküloz tedavi başlandı. Bronş lavajı kültür sonucunun Mycobacterium avium + mycobacterium abscessus olduğu öğrenilmesi üzerine rutin tüberküloz tedavisi kesildi. Anti-tüberküloz tedavinin 2. ayında alınan balgam kültüründe de sadece M.abscessus üremesi olduğu öğrenildi. Kontrol tomografi ve bronşial örnekleme yapıldı. M.Avium negatifliğinden emin olamadığımız için buna yönelik izoniazid, rifampisin, etambutol; M.abscessus a yönelik de klaritromisin, amikasin, imipenem olarak tedavi düzenlendi. Tedavi öncesi odiyometri yapıldı, ayda bir odiyometri tekrarlandı. Tedavi süresince yakın renal ve karaciğer fonksiyon testi takibi yapıldı. Kontrol bronş lavaj kültüründe sadece M.abscessus üremesi olduğu kesinleştiğinde izoniazid ve rifampisin tedavileri kesildi. Tedavinin 4.haftası içinde bronş lavajının antibiyogram sonucu alındı, imipeneme dirençli olması nedeni ile bu tedavi kesildi. Klaritromisin, amikasin ve etambutol ile 2 aylık tedavi tamamlandı, tomografide belirgin regresyon izlendi, bronş lavajı ARB negatif idi, daha sonra kültürü de negatif olarak sonuçlandı. 10 haftalık parenteral tedavi sonrası oral klaritromisin ve etambutol önerisi ile taburcu edildi. 6.ay kontrol tomografisinde parankimal lezyonlarında belirgin gerileme izlendi. Hastanın tedavisine halen devam edilmektedir. Zor bir vaka olarak deneyimli hekimlerimize bu vaka nezdinde danışarak olası eksiklerimizi görmek, deneyimlerinden yararlanmak, bu vakanın daha iyi nasıl yönetilebileceğini tartışarak ileride karşılaşabileceğimiz vakalar için yol gösterici olmasını amaçladık.

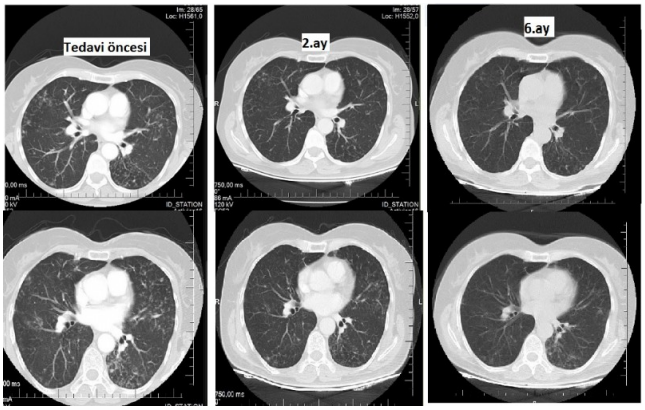
Anahtar Kelimeler: nontüberküloz mikobakteri, M.avium, M.abscessus

Resim 1



Akciğer grafileri

Resim 2



Akciğer tomografi kesitleri

OK-10

KATAMENİAL PNÖMOTORAKS VE MEDİKAL TEDAVİSİ

Serkan Uysal[1], Mertol Gökçe[2]
[1]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara
[2]Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Zonguldak

GİRİŞ: Pnömotoraks çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Katamenial pnömotoraks, nadir görülen, genç kadınlarda menstruasyondan 3 gün önce veya sonra ortaya çıkabilen, genellikle pelvik endometriozisin eşlik ettiği pnömotoraks grubudur. Hemotoraks, hemoptizi, pnömomediastinum, pulmoner nodül ve plevral kitle karşımıza çıkabilecek diğer belirti ve bulgularıdır. Tanı alan olgularda medikal tedavi (progesteron, danazol, GnRH analogları vb.) ve/veya cerrahi rezeksiyon önerilmektedir. Daha önce tekrarlayan pnömotoraks atakları olan, cerrahi geçirmiş olan olgumuzun medikal tedavi sonuçlarının olumlu olması ve nadir görülmesi üzerine vakamızı tartışmayı amaçladık.
OLGU: 40 yaşında kadın hastanın 3 kez tekrarlayn pnömotoraks öyküsü olup hastaya üçüncü atağında sağ VATS ile operasyon uygulanmış. Diyafragmada endometriozis için patognomik olan endometrioma içindeki çikolata kisti görülmüş(Ekim 2014). Hastanın takiplerinde şikayeti olmamış ve medikal tedavi uygulanmamış. Hasta Nisan 2017'de nefes darlığı ile başvurdu ve sağ hemitoraksta tekrar pnömotoraks saptandı. Pnömotoraks atağı menstrüasyonun üçüncü gününe geldiği anamnezinden öğrenildi. Hastaya tüp torakostomi uygulandı. 1 hafta sonra dreni çekildi. Bilateral akciğeri ekspanse olan hastanın 1 ay sonra minimal pnömotoraksı oldu ve nazal oksijen ile pnömotoraksın gerilediği görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografisinde patoloji görülmedi. Hastaya dienogest 2mg tablet 1x1 (progestogen) başlandı. 9 ay aralıksız tedaviyi kullanan hastanın şikayeti olmadığı görüldü. Hastanın medikal tedavi altında pnömotoraksı tekrarlamadı.

TARTIŞMA: Endometriosis uterus dışında endometrial glandlar ve stromanın bulunması olarak tanımlanır. Genellikle pelvis içi organlarda yerleşim gösterir. Ekstrapelvik yerleşimi nadir (%1-2) görülmektedir. Toraks boşluğunda da görülebilen endometriozisin tedavisinde medikal tedavi ve cerrahi seçenekleri mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Katamenial Pnömotoraks, Endometriozis, Medikal Tedavi

OK-11

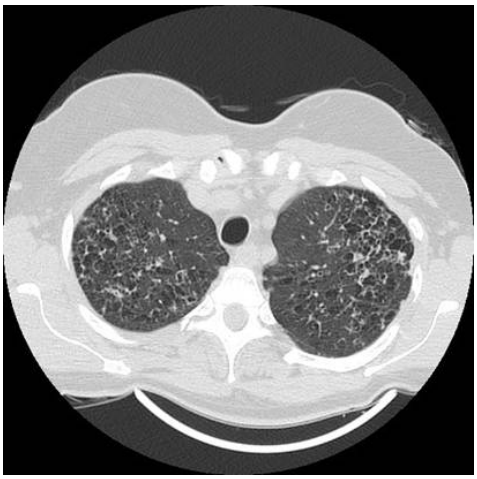
AKCİĞER LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİOSİTOZİS (HİSTİOSİTOZİS X) TANILI DÖRT OLGU

Muzaffer Onur Turan, Niyazi Can Ertürk, Bünyamin Sertoğullarından, İpek Coşkunol, Melek Çekiç, Zehra Canan Kaçar, Aydın İlker Alp
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Akciğer langerhans hücreli histiositozisi (LHH), çoğunlukla genç yaşta ve sigara içenlerde meydana gelen, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Yüksek çözünürlüklü bilgisayar tomografisinde üst ve orta zonlarda retikülonodüler ve kistik görünümlerin olması karakteristiktir. Benzer radyolojk görünüme sahip 4 olgu hastanemize son birkaç yıl içerisinde öksürük ve nefes darlığı gibi semptomların ön planda olduğu klinik ile başvurmuşlardır. Bu hastaların tamamında diffüzyon testinde TLCO'da azalma gözlenmiş olup fiberoptik bronkopskopi ile değerlendirme de yapılmıştır. Bu olgulardan birisi bronkoalveoler lavajda immünohistokimyasal boyamada CD1a %5'in üzerinde ve S-100 pozitif olması ile tanı almış olup diğerleri klinik ve radyolojik özellikleri ile histiositozis X olarak kabul edilmişlerdir. Tüm hastalara sigara bırakması başlıca tedavi seçeneği olarak önerilmiş olup, bir hasta ilerleyen süreçte akciğer transplantasyonu listesine dahil olmuştur. Nadir görülen bir hastalık olması nedeniyle kliniğimizde takip ettiğimiz bu 4 olguyu paylaşmak istedik.

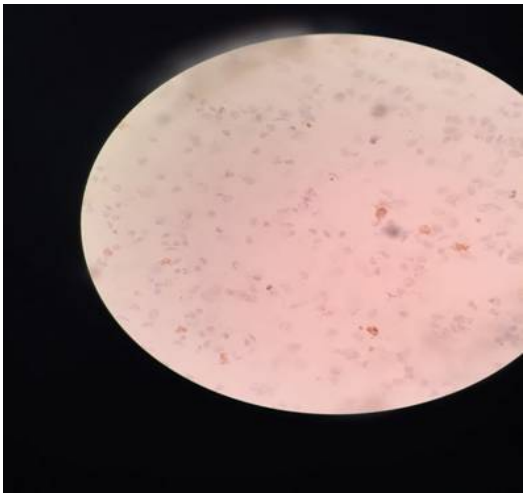
Anahtar Kelimeler: Histiositozis X, radyolojik bulgular, sigara

hx1



bir olgunun Yüksek çözünürlüklü bilgisayar tomografi bulguları

hx2



bir olgunun immünohistokimyasal boyamada CD1a pozitifliği

OK-12

HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİLİ OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Savaş Gegin[1], Deniz Çelik[2], Ahmet Cemal Pazarlı[3]
[1]Samsun Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun
[2]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara
[3]Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

GİRİŞ: Hipersensivite pnömonisi (HP) hayvansal ve bitkisel kaynaklı organik tozlar ve bazı kimyasal maddelerin tekrarlayan inhalasyonu sonrasında akciğer parankiminde immunolojik mekanizmalarla meydana gelen, akut alevlenmelerle seyreden kronik inflamatuar bir hastalıktır. Hastalığın kliniği ve radyolojik bulguları genellikle enfeksiyon kliniği ile benzerlik gösterdiği için tanı zorlaşmaktadır.Bu yazımızda öksürük, dispne ve ateş yüksekliği şikayeti düzelmeyen pnömoni ön tanılı hastalarda HP düşünülerek antijen maruziyetinin sorgulanması gerekliliğini vurgulamak istedik.

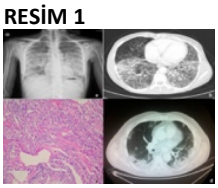
OLGU:
Olgu1; 24 yaşında, hayvancılık ile uğraşan sigara içmeyen kadın hasta, nefes darlığı, öksürük, balgam şikayeti ile polikliniğimize başvurdu.Hastanın benzer yakınmalar nedeni ile solunum yolu enfeksiyonu tanısı konularak tekrarlayan nonspesifik antibiyotik kullanım öyküsü mevcuttu. (Resim 1a,b,c) Olgu 2; 51 yaşında marangozluk yapan, sigara içmeyen erkek hasta, nefes darlığı, öksürük, balgam şikayeti ile başvurdu. İlk olguyla benzer biçimde alt solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek tekrarlayan nonspesifik antibiyotik kullanım öyküsü mevcuttu. (Resim 1d) Olgu 3; Hayvancılık ve çifçilik yapan 66 yaşında sigara öyküsü olmayan erkek hastanın toplum kökenli pnömoni tanısı ile tekrarlayan hospitalizasyon ve nonspesifik antibiyotik kullanım öyküsü vardı. (Resim 2a) Olgu 4; 39 yaşında kuş besleme öyküsü olan erkek hasta. Muhabbet kuşu beslemeye başladıktan sonra gelişen ve nonspesifik antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen nefes darlığı, öksürük, balgam,ateş yüksekliği olan hasta polikliniğimize başvurdu. (Resim 2b) Tüm olguların ortak özellikleri kronik allerjen maruziyeti sonucu gelişen bulgular ve pnomoni öntanıları ile nonspesifik antibiyotik kullanımına rağmen gerilemeyen semptom ve radyolojik bulgular idi. Olgularımızın tümünde major ve minör kriterlerden birçoğu belirlenmişken sadece 1 olguda histopatolojık olarak tanı desteklenmiştir. Tüm hastalarda sistemik steroid tedavisine belirgin yanıt alındı, temas izolasyonu sağlanamayan 2 hastada nüks nedeni ile tedavi tekrarlandı.

TARTIŞMA: HP tanısında, öykü, laboratuar bulguları değerlendirilerek oluşturulmuş 3 major, 6 minör kriter bulunmaktadır. Son zamanlarda tanı için kriterler gözden geçirilmiş ve olası temas varlığında HP ile uyumlu klinik, solunum fonksiyon testine ilişkin ve radyolojik bulguların da bulunması halinde tanının büyük oranda konabileceği ve bronkoalveoler lavaj bulguları, serumda antikor aranması, akciğer parankiminden alınan biyopsi örneklerinin histopatolojik incelemenin tanıyı destekleyeceği bildirilmektedir.

SONUÇ: HP tanısının konulmasında hastaların klinik öykülerinin yanında antijen maruziyetlerinin de sorgulanması gerekmektedir. Dispne ve öksürük yakınması ile başvuran hastalarda uygun radyololjik görünüm ve antibiyotik tedavisine yanıt alınaması durumunda HP ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

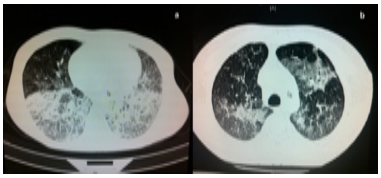
Anahtar Kelimeler: Hipersensitivite pnömonisi, bilateral heterojen pulmoner infiltrasyonlar, nonspesifik antibiyotik tedavisi

RESİM 1



a) Olgu 1; Posterioanterior akciğer grafi: Bilateral tüm zonlarda heterojen dansiteler b) Olgu 1; Toraks tomografi: Bilateral buzlu cam ve konsolidasyon alanları c) Olgu 1; Transbronşial akciğer parankim biyopsi:Matür lenfositik infiltrasyon gösteren kalınlaşmış interalveoler semptumlarda multi dev hücre içeren mikrogranulom d) Olgu 2; Toraks tomografi: Bilateral dağınık buzlucam ve konsolidasyon alanları

RESİM 2



a)Olgu 3; Toraks tomografi: Bilateral yaygın buzlucam ve konsolidasyon alanları b) Olgu 4; ToraksTomografi: Bilateral sol üst lobda belirgin buzlu cam ve konsoludasyon alanları

OK-13

RİVAROKSABAN TEDAVİSİNİN YAN ETKİSİ: SPONTAN HEMOTORAKS

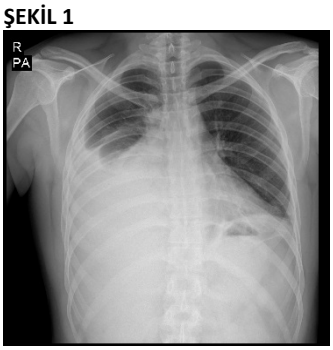
Nazan Erbaş, Filiz Çimen, Şükran Atikcan, Sevim Düzgün, Melike Aloğlu, Ayşegül Şentürk, Ezgi Erdem
Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi,Ankara

Rivaroksaban, tromboembolik olayların önlenmesi ve tedavisi için onaylanmış etkili, oral, doğrudan faktör Xa inhibitörüdür. Oral faktör Xa inhibitörü olan rivaroksabanın, derin ven trombozu tedavisinde standart antikoagülan tedavi kadar etkili olduğu gösterilmiştir.Ancak rivaroksabanın etki mekanizması nedeniyle kanama ile ilişkili yan etkilerine dikkat edilmelidir.

30 yaş erkek hasta Haziran 2017 tarihinde sağ bacakta ağrı yakınması ile dış merkezde tetkik edilmiş olup sağ bacakta subakut yüzeyel tromboflebit saptanmıştı.Dış merkezde çekilen Toraks BT Angiografi tetkikinde sağ subsegmenter pulmoner tromboemboli saptanmış ve hastaya rivaroksaban tedavisi başlanmıştı.Yapılan genetik testlerinde Faktor V Leıden heterozigot mutant, MTHFR (A1298C) heterozigot mutant bulunmuştu. Hasta 02/11/2017 tarihinde batıcı sağ yan ağrısı ve nefes darlığı ile başvurdu. PTE tanısıyla takip edildiği dış merkezde çekilen kontrastlı Toraks BT Angiografisinde sağ hemitoraksta 8mm derinlikte plevral mayii,distal subsegmenter pulmoner tromboemboli saptanmış olup emboli yönünden Haziran 2017 tarihli BT Angiografi ile kıyaslandığında anlamlı fark tespit edilmedi. Hastanemizde çekilen posteroanterior akciğer (pa ac) grafisinde sağ hemitoraksta 3. ön kota uzanan plevral efüzyon ile uyumlu opasite saptandı(şekil 1). Yapılan tanısal torasentezde hemorajik vasıflı mayii aspire edildi(şekil 2). Plevral sıvı hematokriti tam kan hematokrite oranı 1.04 olarak bulundu. Travma öyküsü olmayan hastaya yeni nesil oral antikoagülan kullanımına bağlı spontan hemotoraks tanısı konuldu. Hastaya göğüs cerrahisi ile konsülte edilerek tüp torakostomi tedavisi uygulandı. Rivaroksaban tedavisi stoplanıp düşük molekül ağırlıklı heparin ile tedavisine devam edilen hasta günlük hemogram ve pa ac grafisi takibine alındı. Antibiyoterapi başlandı.Takibinde hastanın plevral efüzyonu geriledi, akciğeri sekelsiz iyileşti. Hastanın takip ve tedavisi dış merkez hematoloji bölümünde devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: rivaroksaban, spontan hemotoraks, pulmoner tromboemboli

ŞEKİL 1



Hastanemizde çekilen PA AC grafisinde sağda 3. Ön kota uzanan plevral efüzyon ile uyumlu opasite

ŞEKİL 2

tanısal torasentezde aspire edilen hemorajik vasıflı mayii

OK-14

BENAZEPRİL TEDAVİSİ İLE GERİLEYEN, SARKOİDOZ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mükremin Er
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

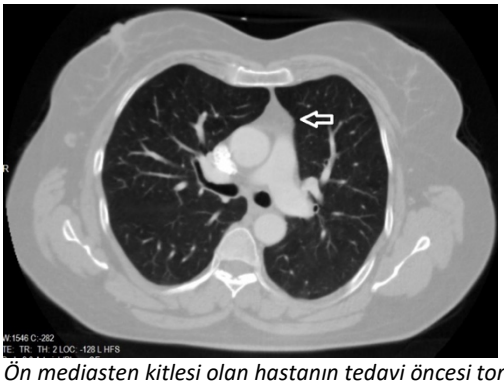
GİRİŞ: Sarkoidoz hastalığı spontan gerileyebilen bir hastalık olup bazı olgularda kalıcı akciğer parankim hasarı oluşabilmekte ve ilerleyebilmektedir. Steroid tedavisinin olası yan etkileri nedeniyle çeşitli alternatif ilaçlar denenmiştir. Bazı ekstrapulmoner tutulumlu sarkoidoz olgularında ACE inhibitörlerinin kullanımı ile iyileşme görüldüğünü bildiren olgu sunumları literatürde mevcuttur. Bu çalışmada Benazepril tedavisi verilerek takip edilen sarkoidoz hastaları değerlendirildi.

OLGU: Toplam 12 steroid tedavisi gerektirmeyen sarkoidoz olgusu çalışmaya alındı. Olguların 11'i kadın 1 tanesi erkekti. Yaş ortalamaları 49 (27-53) idi Hastaların en sık başvuru şikayetleri öksürük ve nefes darlığı idi. Tüm hastaların ACE değeri yüksekti. Hastaların tedavi öncesi serum ACE değerleri ortalama 79(58-101)idi. Toraks BT'de hastaların tamamında mediastinal lenfadenopati varlığı yanında bir hastanın ön-mediasteninde timüs lojunda kitle görüntüsü, diğer bir hastanın da parankiminde kitle görüntüsü veren lezyon vardı. Diğer hastalarda buzlu cam ve retiküler dansite artışı dışında parankim lezyonu yoktu. Ön mediasteninde ve parankiminde kitle görüntüsü olan iki olguya Toraks BT eşliğinde transtorasik iğne biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucu non kazeifiye granülomatöz iltihap ve yabancı cisim dev hücreleri olarak raporlandı. 8 hastanın PPD'si 0 mm, 4 vakanın PPD test sonucu ise 2-5 mm arasında idi. Literatürde yayımlanmış ACE inhibitörü ile tedavi edilen kutanöz sarkoidoz vakaları olması nedeniyle hastalara ampirik olarak 5 mg/gün oral yolla Benazepril tedavisi başlandı. Bir yıl boyunca sürdürülen Benazepril 5 mg/gün tedavisi ile ortalama serum ACE düzeyleri 79 U/L den 25 U/L ye geriledi. Hastaların semptomlarında kontrol solunum fonksiyon testlerinde düzelme belirlendi. Toraks BT de parankimdeki buzlu cam alanlarında azalma ve ön mediastende kitlesi olan hastanın kitlesinde belirgin küçülme gözlemlendi. Solunum fonksiyon testi parametrelerinde de 1 yıl sonraki ölçümlerde belirgin iyileşme belirlendi.

SONUÇ: Bu olgu serisi, spontan olarak gerilemeyen ve steroid tedavisi gerektirmeyen ACE seviyeleri yüksek olan sarkoidoz olgularında ACE inhibitörü kullanılabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu olgu serisindeki hasta sayısı kesin kanıya varmak yeterli değildir. Daha fazla hasta ile yapılacak ileri çalışmalara gereksinim vardır.

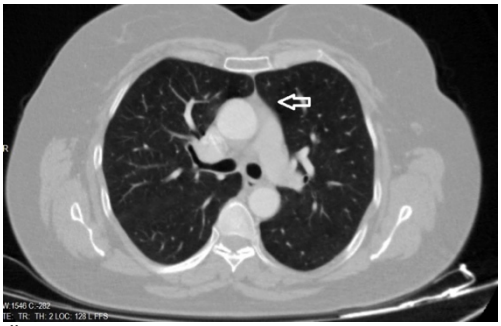
Anahtar Kelimeler: ACE inhibitörü, Akciğer sarkoidozu, benazepril

Resim-1



Ön mediasten kitlesi olan hastanın tedavi öncesi toraks BT görüntüsü

Resim-2



Ön mediasten kitlesi olan hastanın 1 yıl benazepril tedavisi sonrası toraks BT görüntüsü.

OK-15

NADİR GÖRÜLEN GRUP I PULMONER HİPERTANSİYON NEDENİ: PULMONER KAPİLLER HEMANJİOMATOZİS/PULMONER VENOOKLUZİV HASTALIK

Ebru Şengül Parlak[1], Gülben Cankurtaran[2], Çetin Atasoy[3], Ayşegül Karalezli[2]
[1]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
[3]Güven Hastanesi

Pulmoner kapiller hemanjiomatozis (PCH) ve pulmoner venookluziv hastalık (PVOD), progresif efor dispnesi ve pulmoner hipertansiyon (PH) ile seyreden kötü prognozlu bir hastalıktır. Nadir görülen bir PH nedeni olan PCH/PVOD'li bir olguyu sunduk.

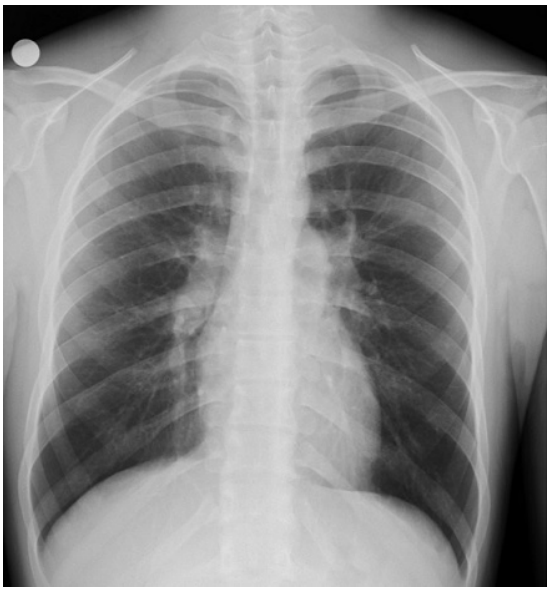
OLGU: Nefes darlığı ve çarpıntı yakınması ile kardiyoloji kliniğinde tetkik edilen 18 yaşında erkek hastanın ekokardiyografisinde EF: %60, sağ kalp boşluklarında dilatasyon, sistolik pulmoner arter basıncı (PAB): 90 mmHg, sağ kalp kateterizasyonunda ortalama PAB 47 mmHg saptanması üzerine kliniğimize devir alındı. Hastanın genel durumu iyi, fonksiyonel kapasitesi II, vital bulguları doğaldı. Hastanın akciğer muayenesi normaldi. Laboratuvar bulgularında polisitemi dışında bir bulgu (Hb: 18.8 g/dL, Hct:%53) izlenmedi. Solunum fonksiyon testi normal, DLCO %27'di. Postero-anterior akciğer grafisinde pulmoner konus belirgin izlendi. Toraks tomografisinde pulmoner konus geniş, mediastinal ve hiler multiple lenfadenopati, her iki akciğerde milimetrik parsiyel solid ve buzlu cam dansitesinde multiple nodüller izlendi. Akciğer perfüzyon sintigrafisinde her iki akciğer periferal bölgelerde belirgin yaygın subsegmenter perfüzyon kaybı mevcuttu. Kollajen doku markerları negatif, serum ACE düzeyi normaldi. Portal Doppler ultrasonografi normaldi. 6 dakika yürüme testinde 260 metre yürüdü. Homoglobin yüksekliği olan hasta hematoloji ile konsülte edildi herhangi bir patoloji saptanmadı. Mevcut bulgularla klinik ve radyolojik olarak PCH/PVOD tanısı konulan hasta akciğer transplantasyonuna yönlendirildi; ancak tanıdan yaklaşık iki ay sonra exitus oldu.

PCH/PVOD Grup I pulmoner hipertansiyon ile karakterize hastalık tablosudur. Fibröz intimal kalınlaşma ve düzensiz kapiller proliferasyon ile küçük pulmoner venlerin obliterasyonu sonucu periferal venöz sistem etkilenir. Radyolojik olarak pulmoner arterlerde genişleme, mediastinal lenfadenopatiler, yaygın bibaziler retikülonodüler veya mikronodüler alanlar görülebilir. PCH, PVOD ile benzer klinik, radyolojik ve patolojik özellikler göstermektedir ancak; mikronodüllerin varlığı daha çok PCH desteklemektedir. Tanıda akciğer biyopsisi kanama riski nedeni ile kontrendikedir. Olguların çoğu postmortem tanı almakla beraber klinik ve radyolojik bulgularla tanıyı desteklemek mümkündür. PAH spesifik tedaviler yaşamı tehdit eden ani pulmoner ödem tablosuna neden olabileceği için kontrendike olup tedavi tanı konulur konulmaz akciğer transplantasyonudur.

Sonuç olarak bu olguda; PCH ve PVOD ayrımı klinik ve radyolojik olarak tam yapılamamakla beraber PCH/PVOD nadir görülen primer pulmoner hipertansiyon nedeni ve agresif seyirli bir hastalık grubudur. Olguların diğer Grup I PH nedenlerinden ve kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyondan ayrılarak tanı konması erken dönemde akciğer transplantasyon listesine alınması açısından önemlidir.

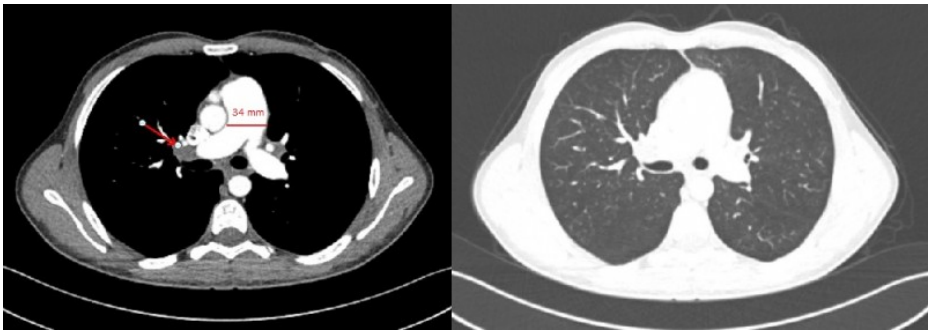
Anahtar Kelimeler: Pulmoner hipertansiyon, pulmoner kapiller hemanjiomatozis, pulmoner venookluziv hastalık, akciğer transplantasyonu

Resim 1



Postero-anterior akciğer grafisinde pulmoner konusta belirginleşme

Resim 2



Toraks tomografisinde pulmoner konusta genişleme, mediastinal ve hiler multiple lenfadenopati, her iki akciğerde milimetrik parsiyel solid ve buzlu cam dansitesinde multiple nodüller

OK-16

MALİGNİTE Mİ? IGG4 İLİŞKİLİ PULMONER HASTALIK MI? ANCA İLİŞKİLİ VASKÜLİT Mİ?

Dorina Esendağlı[1], Merih Tepeoğlu[2], Handan Özdemir[2], Şule Akçay[1]
[1]Başkent Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Başkent Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

OLGU: 81 yaşında kadın hasta, aşırı terleme ve dispne şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde sürrenal adenomu ve talasemi taşıyıcılığı, soygeçmişinde ise annesinde tüberkülöz öyküsü vardı. Yakın zamanda üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiğini ve o dönemde ateş, halüsinasyonlar, işitme kaybı ve sonrasında zona olduğunu söyledi. Fizik muayenesinde bilateral ralleri vardı. Çekilen iki yönlü akciğer filmlerinde ise retrokardiyak infiltrasyonu vardı. İleri inceleme amaçlı çekilen toraks tomografisinde dağınık yerleşimli pnömonik infiltasyonlar, mediastinal ve hiler lenfadenopatiler raporlandı. Hastaya nonspesifik antibiyotik tedavisi verildi ancak radyolojik bulgularında gerileme olmadı.

Romatolojik belirteçleri gönderilen hastanın Romatoid Faktör (RF) yüksek, pANCA 1/320 (+) olarak saptandı. Talasemi taşıyıcılığı olması nedeniyle hematoloji bölümüne danışılan hastanın serum immünfiksasyon elektroforezi pozitif, IgA yüksek, IgA kappa pozitif, kemik iliği aspirasyon biyopsisinde %20 oranında plazma hücresi artışı saptandı.

Malignite ön tanısı ile hastaya transtorasik akciğer biyopsisi uygulandı. Akciğer biyopsisinde şiddetli lenfoplazmositik hücre infiltasyonu saptandı. Biyopsi materyalinde izlenen tüm vasküler yapıların duvarında lenfoplazmositik hücre infiltrasyonu ve obliterasyon gösterildi. İnterstisyumda ve intimada fibrozis, Ig G4 ile yapılan immünhistokimyasal incelemede ise diffüz kuvvetli pozitif plazma hücreleri saptandı. Ardından bakılan serum IgG4 düzeyi 204 mg/dL (üst sınır 125) olarak sonuçlandı ve hastaya IgG4 ilişkili pulmoner vaskülit tanısıyla sistemik steroid tedavisi başlandı.

SONUÇ VE TARTIŞMA: IgG4 ilişkili hastalıklar literatürde yeni tanımlanan ve henüz klinik seyir özellikleri iyi bilinmeyen klinik antitelerdir. Farklı organ tutulumu ile prezente olabilir, bu nedenle kliniği değişkendir. Akciğer tutulumu nadir bildirilmektedir (%5-18). Her organ tutulumu için belirli kriterler tanımlanmıştır, ancak birçok hastalık IgG4 ilişkili hastalığa hem klinik hem histopatolojik olarak benzeyebilir. Tutulan organlarda kronik bir fibro-inflamatuvar süreçte gelişen lezyonlar malignite ile karışabilir. Bu vakada "multipl myeloma" ipuçları veren bir gidiş varken, lenfoplazmositik hücre infiltrasyonunda monoklonalite saptanmamıştı. Öte yandan pANCA pozitif saptanan hasta "granülomatoz polianjiit" şüphesi de uyandırmıştı. ANCA (+) IgG4 ilişkili hastalıkların bildirilmeye başlanması da özel bir çalışma olan IgG4 ile immünhistokimyasal boyamaya yönlendirdi. Bu hastalarda klinik otitis media, hipertrofik pakimenenjit veya akciğer psödotümörleri ile seyretmektedir, histopatolojik bulgular granülomatoz polianjiit ile uyumlu değildir. Tedavi ve prognoz farklı olacağı için benzer bulguları olan hastalarda doğru tanı koymak, IgG4 ilişkili vasküliti akla getirmek önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: İgG4, vaskülit, akciğer

OK-17

OLGULARLA BİR KONU: BASİT VE KOMPLİKE SİLİKOZİS'İN YÇBT BULGULARI

Nevin Aydın, Nilgün Işıksalan Özbülbül
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

GİRİŞ-AMAÇ: Silikozis, maden sanayi, taş ocakları, tünel açma gibi işlerde çalışanlarda silika partiküllerinin inhalasyonuyla meydana gelir.

Silikozisin akut ve klasik olarak iki klinik formu vardır. Klasik silikozis radyolojik özelliklerine göre basit ve komplike olarak sınıflandırılabilir.

Basit silikozisin en sık izlenen YÇBT(yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi) bulguları; 2-5 mm çapında kalsifikasyonun da eşlik ettiği çok sayıda nodüllerdir. Bu nodüller kömür işçi pnömokonyozunda izlenen nodüllere göre daha keskin sınırlıdır. Nodüller tüm akciğerde diffüz olabileceği gibi, sayıca üst loblarda daha fazla olma eğilimindedir, perilenfatik dağılım gösterirler. Hiler ve mediastinal lenf nodlarında büyüme ve kalsifikasyon sık izlenir. Çepersel lenf nodu kalsifikasyonu silikozis için tipiktir.Komplike silikozis, progresif masif fibrozis olarak da bilinir. Silikotik nodüller birbiriyle birleşip konglomere kitleler haline gelir. En sık üst loblarda izlenir. Fokal nekroz lezyonların santralinde izlenebilir, kavitasyona yol açabilir. YÇBT' de kalsifikasyonun eşlik ettiği amfizematöz değişiklerce çevrelenmiş irregüler, düzensiz sınırlı fokal yumuşak doku kitleleri olarak izlenir.Amacımız, olgu örnekleriyle basit ve komplike silikozis tanısı alan hastalarda YÇBT bulgularını gözden geçirmek, ayırıcı tanı yapmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Son 2 yılda kliniğimize başvurup silikozis tanısı almış hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Basit ve komplike silikozis tanısı alanlar gruplandırıldı.

BULGULAR: Basit silikozis tanısı alanlarda YÇBT'de daha sıklıkla üst lob posterior kesimlerde ağırlıklı olarak 3-4 mm çaplı büyük bir kısmı düzgün sınırlı bazısı kalsifik nodüller izlendi.
Komplike silikozis tanısı alanlarda YÇBT'de üst loblarda daha belirgin birbiri ile birleşmeye eğilimli nodüller mevcut olup progresif masif fibrozis alanları izlendi.

Olguların büyük bir kısmında kalsifikasyon gösteren mediastinal ve hiler lenf nodları mevcuttu.

TARTIŞMA-SONUÇ: Silikozis sık rastlanan pnömokonyozlardan olup YÇBT bulguları basit ve komplike formun birbirinden ayrılması için tanıda önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Progresif masif fibrozis, Silikozis, YÇBT

OK-18

BİRA ÜRETİM İŞÇİLERİNDE HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİ

Duygu Lüleci, Ayşe Coşkun Beyan, Yücel Demiral, Arif Hikmet Çımrın
Dokuz Eylül Üniversitesi, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Hipersensitivite pnömonisi (HP) bakteriler, mantar sporları, hayvan ve bitki proteinleri gibi organik maddeler gibi etkenlerce oluşturulur. 200'den fazla antijen tanımlanmıştır. Çok sayıda iş kolu HP gelişimi için risk oluşturur. Mesleki etken olarak en sık düşük moleküler ağırlıklı kimyasallar ve termofilik aktinomiçesler sorumludur. Malt işçisi akciğeri olarak tanımlanmış HP'de küflü arpa tanelerinden salınan A. Clavatus etken olarak sorumlu tutulmaktadır. Akla gelmediği sürece tanısı zor konan bir klinik durumdur.

Bu çalışmada aynı bira üretim firmasında çalışan, HP tanısı alan üç olguya ait veriler sunulacaktır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Polikliniğimize başvuran çalışanların iş öyküleri alınmış; PAAG, HRCT, prick testi, total IgE ve Aspergillus fumigatus antijeni tespiti yapılmıştır. Olgulara ait tanımlayıcı veriler ve tetkik sonuçları sunulmuştur.

BULGULAR: Olguların tümü erkekti ve yaşları 40, 48, 52'ydi. 2018 yılında birbirine yakın tarihlerde başvurmuşlardı. Çalışma süreleri 11, 19 ve 29 yıldı. Olguların işyerinde ıslak arpanın mayalanma için bekletildiği odada çalışma öyküsü vardı. Odanın duvarlarının yeşil sarı renkte küf mantarları ile kaplı olduğu, küf kokusu aldıkları, her gün bu nedenle temizlik yapmak durumunda kaldıkları öğrenildi. Bir olguda nefes darlığı yakınması vardı. Yakınması olmayan iki olgu anormal radyolojik bulgular nedeniyle sevk edilmişti. Olguların prick testleri ve Aspergillus fumigatus antijenleri negatifti. Bir olgunun total IgE'si yüksek iken diğer iki olguda total IgE normal sınırlardaydı. HRCT'de üst zonlarda buzlu cam vasfında multiple opasiteler saptandı. Üç olgu da sigara kullanmıştı, bir olgunun kanarya ve güvercin besleme öyküsü vardı. Olgulara tanısal amaçlı BAL yapılmadı ve presipitan antikor bakılmadı. Çalışma ortamı havasından kültür için örnek alınamadı.

SONUÇ VE TARTIŞMA: HP sinsi bir klinik tablo ile seyredebilmekte, tanıda iş öyküsü ve radyolojik bulguların önemi ön plana çıkmaktadır. Uygun maruz kalım öyküsü ile girişimsel işlemlere gerek kalmadan tanı konabilmektedir. Korunmanın en iyi yolu ise etkenlerle teması sonlandırmaktır.

Anahtar Kelimeler: Hipersensitivite pnömonisi, malt, meslek hastalığı

OK-19

YEŞİL ENERJİ ÜRETİMİ İÇİN ÇALIŞAN İŞÇİLERİN ÖDEDİĞİ SAĞLIK BEDELİ

Ayşe Coşkun Beyan, Hande Bahadır, Yücel Demiral, Arif Hikmet Çımrın
Dokuz Eylül Üniversites, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Doğadaki kaynaklardan elde edilebilen, kendini sürekli yenileyen kaynaklara, yenilenebilir enerji kaynakları adı verilir. Bunların en önemlileri güneş, rüzgâr ve su enerjileridir. Türkiye de yenilenebilir enerji üretimi çalışmalarına son dönemde hız vermiş ve kullanıma geçirmeye başlamıştır. Rüzgâr tribünlerinin temel yapısı olan kanat bölgesinin üretimi sırasında epoksiler, reçine, sertleştiriciler, metal taşlama ve zımparalama işleri, boya işleri, cam elyaf döşeme işleri yapıldığı ve yapılan işlerin ve kullanılan maddelerin meslek astımı (MA) açısından riskli olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada rüzgâr tribünleri üretim tesislerinde çalışanlarda gelişen solunumsal problemler sunularak, yeni ve büyümekte olan bu sektörde ortaya çıkabilecek meslek hastalıklarına dikkat çekmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada Kasım 2016-Haziran 2018 tarihleri arasında iki ayrı işletmeden MA ön tanısıyla sevk edilen olgular değerlendirilmiştir. Olguların iş öyküleri, kullandıkları maddeler ve maruz kalım değerlendirmesi yapılmıştır. Astım tanısı Global Initiative for Asthma (GINA) rehberine göre konulmuştur. Tanımlayıcı bulgular yüzde, ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur.

BULGULAR: 2 ayrı işletmeden başvuran ve değerlendirilen tamamı erkek 8 olgunun ortalama yaşı 34.2±2.7'dür.Olguların %62.5'i görüşme anında sigara kullanıyor iken, %25'i hiç sigara kullanmamıştı. Sigara kullanmış olan olguların paket/yıl ortalaması 12.6±3.2'dir. Olguların %71.4'üne MA, %37.5'ine olası MA tanısı konuldu. Olguların %87.5'inin nefes darlığı, %62.5'inin öksürük ve %12.5'inin göğüs ağrısı şikayeti olduğu belirlenmiştir. Ortalama çalışma süresinin 78.8±18.8 ay olduğu grupta çalışmaya başlama ile yakınmaların ortaya çıkışı arasındaki süre 42.7±15.01'dir. Olguların %25'inin oskültasyonunda ronküs saptanmıştır. Olguların ortalama FEV1 değeri 3.9±0.16 lt, FVC değeri 5.03±0.30 lt FEV1/FVC 81.1±2.3 lt'dir. Reversibilite testi yapılan olguların (n=7) %42.6'sının test sonucu pozitiftir. Bronş provokasyon testi yapılan olguların (n=7) %14.2'unun test sonucu pozitiftir. PEF izlem yapılan olguların (n=5) hepsi MA ile uyumlu bulundu.

SONUÇ: Rüzgâr tribünü üretim sektörü giderek artan üretim hacmiyle önümüzdeki dönemde olası mesleki riskler açısından dikkat çekmektedir. Değerlendirilen küme olgular az bilinen sektörün ve yapılan işin uzun dönem etkilerini izlemek ve yeni gelişecek MH önlemek için önemlidir. Bir yandan doğayı ve çevreyi korumak adına yenilenebilir kaynaklardan faydalanılarak enerji üretimi yapan duyarlı girişimcilerin çalışan sağlığı için de duyarlılık göstererek işyerine iyileştirici girişimler yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Meslek astımı, rüzgar tribünü, yeşil enerji

OK-20

KUVARTZ MADENİ İŞÇİLERİNDE PNÖMOKONYOZ: OLGU KÜMESİ

Gökçen Arkan Erdoğan, Ayşe Çoşkun Beyan, Yücel Demiral, Arif Hikmet Çımrın
Dokuz Eylül Üniversitesi, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Tozlu iş yerlerinde pnömokonyoz hastalığı gelişme riski vardır. Kuvartz kırma, eleme ve kumlama işleri özellikle pnömokonyoz yönünden en riskli olanlardır. Bu çalışmada kuvartz madeninde çalışan pnömokonyoz olgularını sunarak, aynı iş yerinde hızla gelişen, progresif seyirli, atipik radyolojik bulgular içeren ve akselere silikoza sebep olabilen iş koşullarına dikkat çekmek amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Kliniğimize Ekim 2015 ve temmuz 2018 tarihleri arasında aynı iş yerinden başvuran ve pnömokonyoz tanısı alan 9 olgu incelendi. Olguların klinik özellikleri, mesleki maruz kalım öyküleri, fonksiyonel testleri ve radyolojik bulguları değerlendirildi.

BULGULAR: Pnömokonyoz tanısı alan 9 olgunun tamamı erkekti ve yaş ortalaması 41 (±5) (min: 30-mak: 49)idi. Olgulardan 6 sı ortalama 6(±3)(min:2-max:13) yıl öğütülmüş materyali paketleme işi yapmıştı. Bir olgu madenin kuvartz çıkarılan ocakta şöför, iki olgu toz ortaya çıkan alanda kalite kontrol elemanı idi. olguların tanı alana kadar sektörde çalışma süreleri ortalama 9 (±3) (min: 4-mak: 13) yıl idi. Olguların akciğer tomografilerinde atipik buzlu cam alanları, mikronodüller ve lenfadenopatiler mevcuttu. İş öykülerinde özellikle kuvartz mineralinin kırılması ve öğütülmesi sonrası dolum yapan 2 olguda hızlı klinik ve radyolojik progresyon izlendi.

SONUÇ: Yeni kırılmış taze silika kristallerinin yüzey reaktivitesinin yüksekliği ile fibrojenik aktivitesi arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Kuvartz üretimi; özellikle taze kristal oluşumuna yol açan kırma ve eleme işinde başta olmak üzere, çalışanların tümünde pnömokonyoz ortaya çıkma riskine yol açar. Kontrolsüz maruziyetin engellenmesi en önemli girişim olacaktır.

Anahtar Kelimeler: pömokonyoz, akselere, kuvartz

OK-21

GÖĞÜS AĞRISI İLE GELEN BRONŞ ATREZİSİ OLGUSU

Celal Satici, Mustafa Asım Demirkol, Burcu Arpınar Yiğitbaş, Gizem Köybaşı, Ayşe Filiz Koşar
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bronşial atrezi, bronşial ağacın nadir bir konjenital anomalisidir. Bronşial ağaçla bağlantısı olmayan bronkosel ve distalinde hiperinflasyon ile karakterizedir. Genellikle başka nedenlerle başvuran olguların göğüs röntgenogramlarında rastlantısal olarak saptanır. Özellikle BT de daha iyi izlenen karakteristik bulgularla kolaylıkla tanı konabilir.

Bilinen kronik hastalık anamnezi olmayan 21 yaşında kadın hastanın, sol göğüs bölgesinde batıcı tarzda ağrı şikayetiyle çekilen direkt grafisinde sol üst lobda kitle lezyon görülmesi üzerine tetkik edildi.

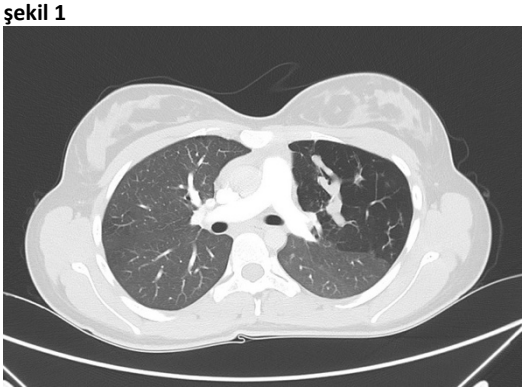
Hastanın direkt grafisinde sol üst zonda havalanma artışı, sol parahiler bölgede 2-3 adet sınırları parankimden ayrılamayan kitle lezyon mevcuttu. Toraks bilgisyarlı tomografi kesitlerinde sol üst lobda parakardiyak alana uzanan düzensiz sınırlı yaklaşık 19x15 mm boyutlu dansite artışı izlendi. Sol üst lobun hiperaere ve hipovasküler olduğu görüldü. Atretik bronşta mukus tıkacına bağlı olarak oluştuğu düşünülen eldiven parmak görünümü mevcuttu.

Hastada ön planda bronşiyel atrezi düşünüldü, bronkoskopisinde endobronşiyel lezyon görülmedi. Ventilasyon perfüzyon sintigrafisinde sol üst lobda ventilasyon kusuru olduğu görüldü ve hasta bronşial atrezi tanısıyla takibe alındı.

Bu vakamızda kitle lezyon ile beraber parankim dansitesinde azalma görüldüğünde bronş atrezisinin akılda tutulması gerektiğini ve sık enfeksiyona yol açması durumunda cerrahi planlanması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: bronşial atrezi, konjenital anomali, bronkoskopi

şekil 1



şekil 2

OK-22

BÜYÜK TÜMÖRLERDE VİDEOTORAKOSKOPİK AKCİĞER REZEKSİYONLARI

Güntuğ Batıhan, Kenan Can Ceylan, Ozan Usluer, Şeyda Örs Kaya
SBÜ Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Akciğer kanseri dünya genelinde en sık görülen ve en sık ölüme yol açan kanser türüdür. Küçük hücreli dışı akciğer kanserinin günümüzde halen seçkin tedavi yöntemi cerrahi olup hastaların ancak %20 sinde uygulanabilmektedir. Cerrahi tedavide altın standart lobektomi olup minimal invaziv yöntemlerin yaygınlaşmasıyla birlikte videotorakoskopik cerrahi erken evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri olgularında öncelikli yaklaşım haline gelmiştir. Çeşitli yayınlarda lobektominin VATS yoluyla başarılabilmesi için maksimum tümör çapının Shiraishi 3 cm, Watanabe 4 cm, Casali 5cm, Petersen ve McKenna 6cm olması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu makale ile kliniğimizde 2002-2018 yılları arasında yapılan VATS lobektomiler içerisinde tümör boyutunun 5 cm den büyük olduğu 18 vaka ele alınmış olup tümör boyutu nedeniyle T3-T4 olarak sınıflandırılan olgularda dahi VATS lobektominin güvenle uygulanabileceği gösterilmek istenmiştir.

ARAÇ-YÖNTEM: Göğüs cerrahisi kliniğimizde 2002-2018 yılları arasında VATS ile tamamlanmış lobektomi, bilobektomi ve pnömonektomi operasyonları arasında kati patoloji raporları baz alınarak pT değerleri derlenmiş ve tümör boyutu 5 cm'den büyük olan 18 olgu tespit edilmiştir(pT3-4). Bu olgular yaş, cinsiyet, tümör yerleşimi, rezeksiyon türü, operasyon süresi, local nüks, peroperatif ve postoperative mortalite ve yaşam süreleri açısından değerlendirilmiş ve sınıflandırılmıştır.

TARTIŞMA:Az sayıdaki randomize kontrollü çalışmalarda ve vaka serilerinde VATS lobektomi, postoperative ağrı skoru ve hastane yatış süreleri açısından klasik torakotomiye üstün bulunmuştur. Klasik olarak videotorakoskopik akciğer rezeksiyonları erken evre(T1-T2 N0) akciğer karsinomlarında önerilmekle birlikte tümör boyutu ile ilgili literatürde ortak bir kanı bulunmamaktadır. Yayınlarfa lobektominin VATS yoluyla başarılabilmesi için maksimum tümör çapının Shiraishi 3 cm, Watanabe 4 cm, Casali 5cm, Petersen ve McKenna 6cm olması gerektiğini belirtmişlerdir. Kliniğimizde 2002-2018 yılları arasında küçük hücreli dışı akciğer karsinomu nedeniyle videotorakoskopik lobektomi, bilobektomi veya pnömonektomi operasyonlarından herhangi biri uygulanan hastalar arasında tümör boyutu 5 ile 12 cm arasında değişen 18 hasta mevcuttur. Bu hastaların tümünde videotorakoskopik akciğer rezeksiyonu usulüne uygun olarak gerçekleştirilmiş olup perop komplikasyon tanımlanmamıştır.

SONUÇ: Tümör boyutu 5 cm'in üzerinde olup videotorakoskopik akciğer rezeksiyonu uygulanan hastalarda operasyon süresi, lokal nüks, perop ve postop mortalite oranları literatür ile uyumlu olup anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sonuç olarak videotorakoskopik akciğer rezeksiyonları boyut nedeniyle T3 ve T4 olarak sınıflandırılan tümörlerde dahi tecrübeli ellerde güvenle uygulanabilir ve tümör boyutu VATS açısından bir kontrendikasyon teşkil etmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Büyük tümörler, Küçük hücreli dışı akciğer kanseri, Videotorakoskopik cerrahi

OK-23

BİR OLGU SUNUMU: TRAKEAL PRİMER SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMUN TRANSSTERNAL TRANSPERİKARDİYAL YAKLAŞIMLA REZEKSİYONU

Aynur Baş, Anıl Gökçe, Merve Şatır, Elgün Valiyev, Nur Dilvin Özkan, Muhammet Sayan, Ali Çelik, Abdullah İrfan Taştepe
Gazi Üniversitesi,Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı,Ankara

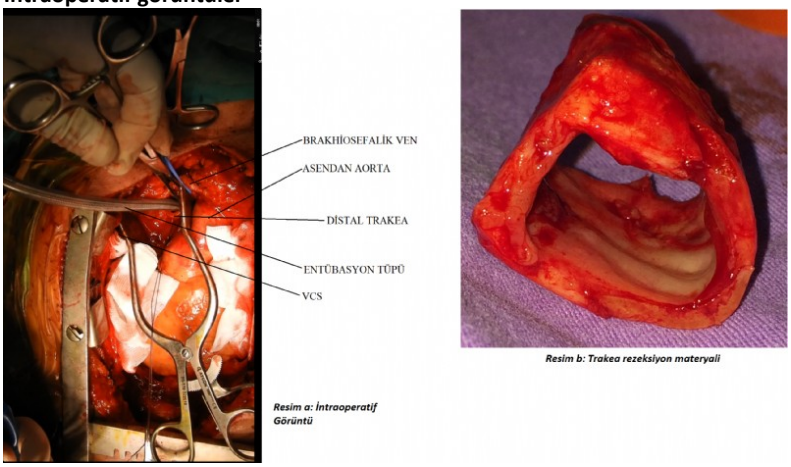
GİRİŞ: Trakeanın primer malign tümörleri oldukça nadir görülür. En sık görülen tiplerden biri skuamöz hücreli karsinomdur. Trakeal skuamöz hücreli karsinomu olan hastalarda sıklıkla akciğerde ikinci bir primer ya vardır ya da sonrasında ortaya çıkabilir. Bu olguda akciğer ve trakeada metakron olarak görülen primer skuamöz hücreli karsinomun transsternal transperikardiyal yaklaşımla rezeksiyonu sunulmuştur.

OLGU: 4 yıl önce renal hücreli karsinom nedeniyle sağ parsiyel nefrektomi, 3 yıl önce akciğer skuamöz hücreli karsinom nedeniyle sağ alt lobektomi yapılan 65 yaşında erkek hasta, hemoptizi şikayeti ile başvurdu. Radyoterapi ve kemoterapi öyküsü mevcuttu. Hasta, Toraks CT, Pet CT ve Fiberoptik Bronkoskopi ile değerlendirildi. Toraks CT de trakea sağ duvarında 10 mm lik lezyon ve sol üst lobda 6 mm lik nodül tespit edildi. Pet CT de Toraks CT ile aynı seviyede SUV max:3.85 olan tutulum tespit edildi. Bronkoskopi sırasında vokal kordlardan itibaren 10. cm de karinaya 5 cm uzaklıkta sağ posterolateral ve sol anterolateralde olmak üzere iki adet polipoid lezyon görüldü. Alınan biyopsi sonucu trakeal skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı. Radyoterapi öyküsü nedeniyle transsternal transperikardiyal yaklaşımla trakea rezeksiyonu tercih edildi. Patoloji sonucunda sağ posterolateralde bulunan lezyon keratinize skuamöz hücreli karsinom, sol anterolateraldeki lezyon skuamöz hücreli karsinoma in situ, cerrahi sınırlar ise tümör mevcut değildir olarak raporlandı.

TARTIŞMA: Trakeanın malign tümörlerinin görülme sıklığı bütün malign tümörler içinde %0.03-0.05 arasında bildirilmiştir. Skuamöz hücreli karsinom primer trakeal malignitelerinin 1/2-2/3 ünü oluşturur. Diğer skuamöz hücreli karsinomlarda olduğu gibi trakeada da R0 rezeksiyon prognoz üzerinde oldukça etkilidir. Karina ve alt trakeal tümörlerde transsternal transperikardiyal yaklaşımla da R0 rezeksiyon sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Skuamöz Hücreli Karsinom, Trakea, Transperikardiyal yaklaşım

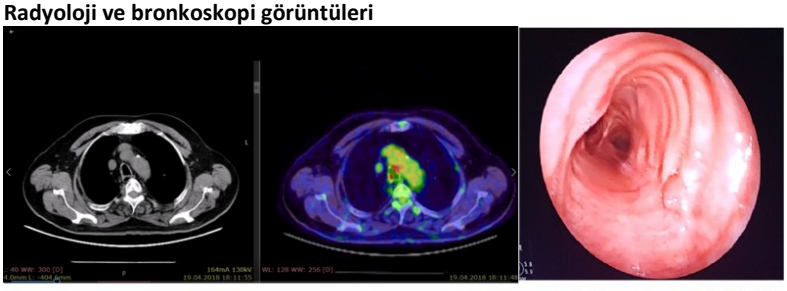
İntraoperatif görüntüler



Resim a: İntraoperatif Görüntü

Resim b: Trakea rezeksiyon materyali

Radyoloji ve bronkoskopi görüntüleri



Resim c: PET CT Görüntüleri

Resim d: Lezyonun bronkoskopik görüntüsü

OK-24

SERVİKAL UZANIM GÖSTEREN SEMPATİK GANGLİYON ORİJİNLİ ÜST MEDİASTENDE LOKALİZE SCHWANNOMA OLGUSUNA CERRAHİ YAKLAŞIM

Türkan Dübüş[1], Gökçe Cangel[2]
[1]SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, İstanbul
[2]SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Böümü, İstanbul

GİRİŞ: Schwannomlar otonom, periferik ve kranial sinirlerin schwann hücrelerinden oluşan solid tümörlerdir. Üst mediastende lokalize ve boyuna uzanım gösterenler hayati organlara bası oluşturması nedeniyle cerrahi yaklaşımlar sırasında risk taşıyabilmektedirler.

OLGU: 16 yaşında, bayan hasta, boyun sağ bölgesinde şişlik şikayetiyle Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvurmuş, boyun USG incelemede tiroid kaynaklı tümör olarak değerlendirilmiş, çekilen boyun MRI da mevcut kitlenin mediastene uzanımlı olduğu farkedilince Göğüs Cerrahisi Bölümü'ne yönlendirilmiştir. Hastaya Toraks BT- Anjiografi çekildi; sağda üst mediasten apikal-antero-posteriorde lokalize sağ subklavian veni, brakiosefalik trunkusu ve sağ subklavian arteri bası ile inceltmiş, trakea ve özofagusu sola yaylandırmış, sağ akciğer apeksine bası ile atelektazi oluşturmuş lobüle kontürlü, kontrastlanma gösteren 71x85 mm boyutunda kitle lezyon tespit edildi (Resim 1). Kitleye yönelik iğne biyopsi sitolojik inceleme sonucu iğsi mezenkimal tümör olarak yorumlandı. Radyolojik olarak tümörün mediastendeki primer lokalizasyonu ayırt edilemediğinden diğer mediastinal kaynaklı tümörler ekarte edilemedi. FEV1 %40 (1,160 L) olan hastaya operasyon kararı verildi. Sol lateral dekubitus pozisyonunda yatırılarak 45 derece sağa yakın pozisyon verilen hastanın sağ boyun bölgesinin de operasyon sahasında olması sağlandı. Önce sağ anterolateral torakotomi ile 4. interkostal aralıktan sağ plevral boşluğa girildi. Sağ akciğer söndürüldükten sonra yapılan eksplorasyonda sağ toraks apikalini tamamen dolduran, sağ tiroid alt polünü iterek boyunda şişlik oluşturan, posterior mediasteni kaplayarak göğüs duvarına yaslanmış, anterior mediastene kadar uzanan, vena kava süperior, subklavian arter ve ven, özofagus ve trakeayı iten, sağ akciğer üst lobun apikaine bası ile atelektaziye sebebiyet vermiş, bilobüle görünümlü solid kapsüllü kitle görülür hale getirildi (Resim 2). Etraf dokulardan künt ve keskin disseksiyonlarla tümör kısmi olarak serbestleştirildi. Tümör orijininin sempatik sinirden kaynaklandığı görüldü. Sağ supraklaviküler bölgeden 5 cm kadar transvers cilt kesisi yapıldı. Pleksus sinir ağı, damarlar korunarak tümörün apikal kısmı da serbestleştirilerek bilobüle olan kitle komplet eksize edildi. Postoperatif takiplerinde harhangi bir komplikasyon saptanmadı. Hasta postoperatif 6. gün taburcu edildi. Histopatoloji sonucu sellüler schwannoma olarak raporlandı. Hastanın genel durumu stabil olup poliklinik takipleri devam etmektedir.

SONUÇ: Apikal mediasten lokalizasyonlu schwannomaların hayati organlara komşuluğu ve sınırlı vasküler bağlantıları olması dolayısıyla cerrahi tedavisi risk teşkil etmektedir. Tümörün lokalizasyonuna uygun cerrahi yaklaşım, hekimin anatomiye hakimiyeti ve tecrübesi cerrahi olarak kürü olağan kılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Schwannoma, mediasten, torakotomi, transservikal cerrahi

Resim 1. Toraks BT-Anjiografi

Resim 2. Ameliyattan bir kesit

OK-25

TORAKS DUVARI LİPOSARKOMLARINDA YENİ İNSİZYONTEKNİĞİ

Fatoş Kozanlı[1], Hasan Çakar[2], Ali Arıkan[3], Ali Türk[4]
[1]Fatoş Kozanlı, Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Kahramanmaraş
[2]Hasan Çakar, Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Kahramanmaraş
[3]Ali Arıkan, Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Kahramanmaraş
[4]Ali Türk, Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, Kahramanmaraş

GİRİŞ: Liopsarkomlar, çoğunlukla düşük grade tümörler olup lipoblastlardan oluşurlar. Tedavilerinde geniş cerrahi rezeksiyon gereklidir. Lokal nüks tesbit edilmesi halinde, tekrar cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

OLGU: Yetmiş yaşında erkek hasta, boyun ve omuzda şişlik şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede; sağ submandibular bölgeden başlayıp, sağ supraklavikular bölgenin anterioruna ve skapulanın posterioruna kadar uzanım gösteren sınırları net değerlendirilemeyen kitle palpe edildi. Hasta gerekli radyolojik incelemenin ardından, Kulak Burun Boğaz ekibi tarafından opere edildi.

Kitlenin histopatolojik doku tanısı; liposarkom olarak raporlandı. Takiplerinde çekilen bilgisayarlı boyun ve toraks tomografisinde; sağ posterior servikal üçgen ve infraklaviküler bölgeden başlayarak, posterior toraks duvarı sağ yarısı paraskapular alan uzanım gösteren lezyon tesbit edildi (resim 1). PET/ CT 'de tanımlanan lezyona uyan lokalizasyonda artmış metabolik yoğunluk (suvmax 6,5) mevcuttu. Kitlenin yerleşim yeri alışılageldik tümör lokalizasyonlarından oldukça farklı idi. Göğüs cerrahisinin standart kesilerinden hiçbiri, tümörü total olarak rezeke etmeye olanak sağlamamakta idi. Daha önce de geçirdiği cerrahiler de göz önüne alınarak mümkün olan en az insizyonla opere edebileceğimiz, yeni bir kesiye ihtiyaç duyuldu. Hasta ameliyat masasına supin pozisyonda yatırıldı. Sağ omuz desteklenerek eleve edildi, baş 90 derece açı ile sola çevrildi, sağ kol abduksiyona getirilerek klavikulanın gövdeden uzaklaşması sağlandı (resim 2). Sağ klavikulanın 2 cm inferiorundan, klavikulaya paralel yaklaşık 6 cm'lik kesi oluşturuldu. Diseksiyon sırasında karşımıza çıkan subklavian arter ve ven, kalp damar cerrahisi ekibi tarafından ekarte edildi. Künt ve keskin diseksiyonlar ile tümöre ulaşıldı ve hiçbir güçlük çekilmeden göğüs duvarı posterioruna kadar uzanım gösteren tümör total olarak rezeke edildi.

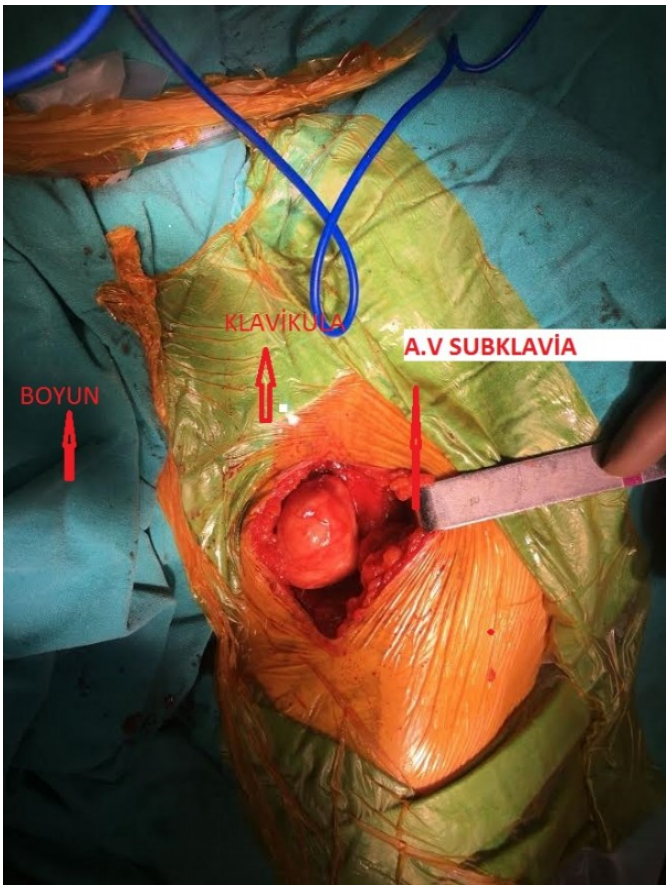
SONUÇ: Liposarkomların tedavisinde en etkili yöntem cerrahidir. Lokal nüks olması durumunda, tekrar cerrahi tedavi yapılması gerekir. Yapılacak cerrahi, rezidü tümör dokusu bırakılmayacak şekilde olmalıdır. Olgumuzda, posteror yaklaşımla yapılacak cerrahide, hem skapulanın ekate edilmesinde, hem de anteriora uzanım gösteren tümörün total olarak rezeke edilmesinde güçlük çekileceği öngörüldüğünden,tümor dokusu kalmayacak şekilde en uygun ekposure sağlayacak,yeni bir insizyon tekniği uygulayarak tümörü total olarak çıkardık. Olgunun takiplerinde, 6 aydan bu yana nüks ve metastaz tesbit edilmemiştir.

Anahtar Kelimeler: liposarkom, toraks duvarı, yeni insizyon

resim 1

liposarkomun yerleşim yeri

resim 2



yeni insizyon tekniğimiz

OK-26

BRONŞEKTAZİ CERRAHİSİNDE SINIRIMIZ NE OLMALI?

Hakkı Ulutaş, İlham Gülçek, Mehmet Ağar, Muhammet Reha Çelik
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Bronşektazi; solunum yollarında irreversibl değişiklikler yapan süpüratif bir hastalıktır. En sık tekrarlayan enfeksiyonlar ile karşımıza çıkan bu hastalıkta hemoptizi nedeniyle de cerrahi planlanmaktadır. Bronşektazi cerrahisinde asıl amaç, semptomların tamamen ortadan kalkması ve hastanın yaşam kalitesinin artmasıdır. Cerrahi rezeksiyonda sınırımız ne olmalı konusunda tartışılması gereken bir olgu sunuldu.

Uzun yıllar içinde tekrarlayan enfeksiyonları yanında, 3 gündür yarım çay bardağı kadar hemoptizi nedeniyle kliniğimize başvuran 34 yaşındaki bayan hasta müracat ettiği acil serviste değerlendirildi. Çekilen PA akciğer grafisinde; sol alt lobda ve lingulada bronşektazik değişiklikler saptandı. Bilgisayarlı toraks tomografisinde; sol alt lob, lingula ve üst lob post da tübüler bronşektazi ve peribronşiyal kalınlaşmalar saptandı (Resim 1). Hemoptizi medikal tedavi ile kontrol altına alınan olgu elektif şartlarda Sol SIVATS (single incision VATS) ile alt lobektomi, lingulektomi ve üst lob posterior segmentektomi operasyonu yapıldı. Solda 2 segment kalan olguya atelektazi için postoperatif dönemde solunum fizyoterapisi ve iki kez bronkoskopi uygulandı. Ek komplikasyon gelişmeyen hasta 10. günü externe edildi (Resim 2).

Bronşektazi cerrahisinde en etkin tedavi komplet rezeksiyon olmalıdır. Preoperatif değerlendirme ve postoperatif yönetimi iyi yapılan olgularda agresif cerrahiden kaçınılmamalıdır. Özellikle VATS ile iyi seçilmiş olgularda 2 segment bırakılarak kür sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, SIVATS, Segmentektomi

Resim 1.

Preoperatif Bilgisayarlı Toraks Tomografisi

Resim 2.

Taburcu PA akciğer grafisi

OK-27

ÖKSÜRÜĞE BAĞLI KABURGA KIRIKLARI: 34 HASTALIK SERİ

Mehmet Oğuzhan Özyurtkan[1], Zeliha Arslan Ulukan[2], Esin Çeliker[2]
[1]Medicana International İstanbul Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul
[2]Medicana International Istanbul Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Bu çalışma öksürük sonrası kaburga kırığı (KK) meydana gelen hastaları ve genel özelliklerini incelemek amacıyla yapılmıitır.

MATERYEL VE METOD: Ocak 2011- Temmuz 2018 arasında hastanemize öksürük sonrası gelişen göğüs ağrısı şikayetiyle gelen hastalar retrospektif olarak incelendi ve aralarından KK saptanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri ve kırıkların özellikleri incelendi.

SONUÇLAR: Onsekiz kadın (%53), 16 erkek (%47) hastanın ortalama yaşı 59±18'di. Sekiz hastada (%24) KK, uzun süreli öksürük (≥3 hafta) sonucuydu. Öksürük etiyolojisi 12 hastada (%35) KOAH, 10 hastada (%29) pnömoni, 7 hastada (%21) üst solunum yolu enfeksiyonu ve 5 hastada (%15) astım idi. KK 4 hastada (%12) akciğer grafisi, 30 hastada (%88) toraks tomografisi ile saptandı. Hastalarda toplam 61 KK görüldü. Onsekiz hastada (%53) tek, 16 hastada (%47) birden fazla KK vardı. Birden çok KK yaşlı hastalarda (64 yaş vs 54 yaş, p=0.03) daha sıktı. KK 24 hastada (%71) sağ, 9 hastada (%26) sol taraftaydı ve bir hastada (%3) bilateraldi. KK en çok kemiğin lateral kısımda görüldü (n=16, %47). En sık 8 (%18) ve 9 (%18) numaralı kaburgalarda kırık meydana gelmişti. Lateral KK olan hastalar daha gençti (51 yaş vs 66 yaş, p=0.01). Oniki hastada (%35) bilinen kemik metabolizma rahatsızlığı (osteoporoz, paratiroid hormon ve d-vit bozuklukları) vardı. Bu hastalarda birden çok kırık genelde daha fazlaydı (p=0.09), ayrıca KK anlamlı şekilde kemiğin anterior veya posterior kısmındaydı (p=0.05). By-pass sebebiyle antikoagülan kullanan bir hastada müdahale gerektirmeyen kontüzyon ve hemotoraks görüldü, diğer hastalarda ek sorun yoktu. Tüm hastalara uygun analjezik tedavi uygulandı. Takipte hepsinde ağrı şikayeti kayboldu.

TARTIŞMA: Öksürük sonrası göğüs ağrısı meydana gelen hastalarda KK akla gelmelidir. Yaşlı hastalarda öksürük sonrası daha fazla sayıda KK görülebilir. Kemiğin lateral kısmındaki kırıklar sıklıkla gençlerde görülürken, yaşlı veya kemik metabolizması bozukluğu olanlarda anterior veya posterior kısım daha çok kırılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Öksürük, Kaburga Kırığı, Osteoporoz

OK-28

GEBELİKTE FARKEDİLEN DEV AKCİĞER VE KARACİĞER KİST HİDATİK OLGUSUNA YAKLAŞIM NASIL OLMALI?

Türkan Dübüş[1], Gökçe Cangel[2]
[1]SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, İstanbul
[2]SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Kist hidatik daha çok karaciğer ve akciğerde görülmekle birlikte tüm organlarda rastlanabilen paraziter bir hastalıktır. İnsanlara bulaşması genellkle köpeklerden olmaktadır. Gebelikte görülmesi anne ve bebeği açısından oldukça riskli olup gerek medikal gerekse cerrahi tedavisinin zorlukları yanında annenin sağlığı açısından gebeliği sonlandırmaya kadar gidebilmektedir. Kist hidatik gebelik döneminde hücresel immün supresyon ve plasentadan salgılanan steroidlere bağlı olarak hızla büyüyebilmektedir. Gebelik sırasında büyüyen kist rüptüre olup anaflaksi hatta kanama ve ölümle sonuçlanması mümkündür (1).

OLGU: 24 yaşında kadın hasta, nefes darlığı, göğüs ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 2 ay önce normal doğum öyküsü olan hastanın, gebeliğinin 2. ayında çekilen batın USG' de tesadüfen farkedilen karaciğerde lokalize 123 mm çapında kistik lezyon tespit edilmiş, ardından kist hidatik IHA testi 1/320 (+) gelmesi üzerine kist hidatik tanısı konularak genel cerrahi kliniğine yönlendirilmiş olduğu öğrenildi. Hastanın ilk trimesterde olması dolayısıyla albendazol tedavisi önerilmemiş, cerrahi tedaviyi de hastanın kabul etmediği tespit edildi. Kırsal kesimde yaşayan hasta rutin takiplerine de devam etmediğini belirtti. Hastaya toraks - batın BT çekildi. Sağ hemitoraksın hemen tamamını kaplayan (130x104x125 boyutlarında) dev kist hidatik, karaciğerde de yine (113x129x152 mm boyutlarında) dev kist hidatik ile uyumlu lezyon tespit edildi. Genel Cerrahi kliniği ile ortak değerlendirilen hastanın ciddi solunum sıkıntısı (fev1: % 58) nedeniyle öncelikli olarak akciğere yönelik operasyon, ardından farklı bir seansta karaciğere yönelik operasyonunun uygun olacağı kararı alındı. Hastaya sağ torakotomi uygulanarak kistotomi-kistektomi- wedge rezeksiyon-kapitonaj uygulandı. Hastanın postoperatif 1 gün yoğun bakım ünitesi, 5 gün serviste takip ve tedavileri sürdürüldü. Takiplerinde herhangi bir komplikayon görülmedi. Genel Cerrahi tarafından 4-6 ay sonra karaciğere yönelik operasyon planlandı. Hastaya, Albendazol tedavisi 10 mg/kg/gün) başlandı. Postoperatif 1ci ayda poliklinik kontrolünde genel durumu stabil olan hastanın rutin takipleri ve tedavisi devam etmektedir.

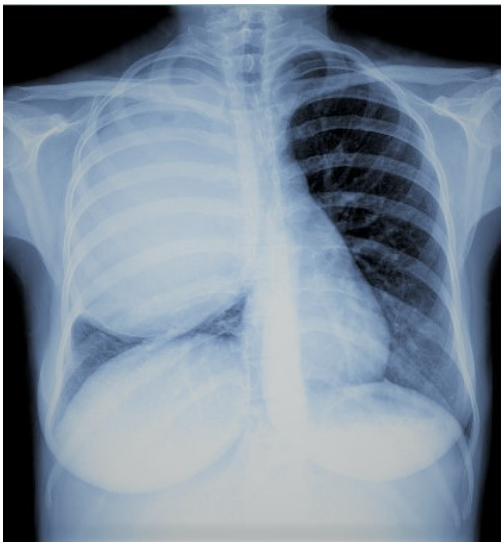
SONUÇ: Hastamızda her ne kadar herhangi bir komplikasyon yaşanmadan doğum gerçekleşmiş olsa da nadir bir durum söz konusudur. Gebelik süresince kist hidatik tanısı almış anne adayına çok ciddi bir risk taşıdığı, mutlaka rutin hekim kontrollerini bırakmaması gerektiği belirtilmeli, hayati tehlikeye karşılık gebeliğin sonlandırılmasının da söz konusu olabileceği ifade edilmelidir.

Kaynaklar:

1. Saher F, Srour MD, Joel Sayfan MD. Echinococcosis of the spleen during pregnancy. IMAJ 2001; 3: 290-1

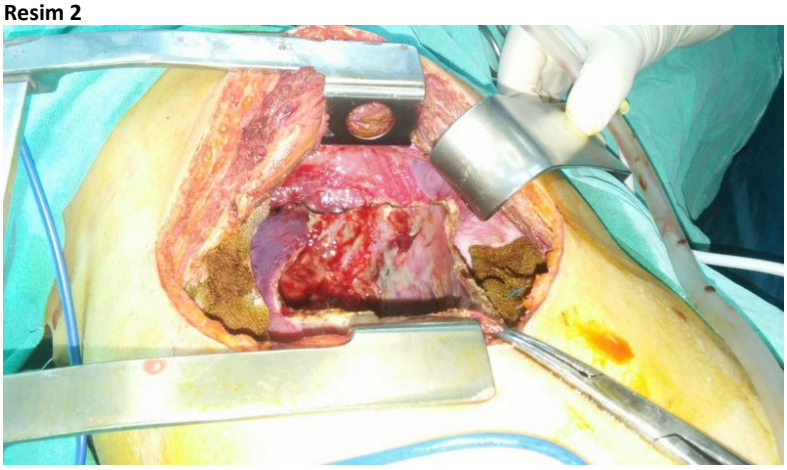
Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, akciğer,karaciğer, gebelik, cerrahi

Resim 1



Ameliyat öncesi Akciğer Grafi

Resim 2



Ameliyattan bir kesit: dev akciğer kisti çıkartıldıktan sonra kaviter alanın görüntüsü

OK-29

SEPTORİNOPLASTİ SONRASI SAPTANAN SPONTAN ŞİLOTORAKS OLGUSU

Murat Yaşaroğlu, Deniz Ezgi Mahmutoğlu, Kübra Çetinkaya, Semih Buluklu, Eyüp Halit Yardımcı, Mehmet Sait Ersöz, Mehmet Yıldırım
Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

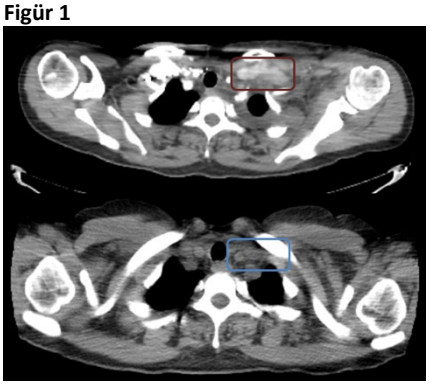
GİRİŞ:Şilotoraks, duktus torasikus ve dallarında meydana gelen obstrüksiyon veya yaralanma nedeniyle plevral boşlukta şiloz sıvının birikmesidir. Şilotoraks plevral efüzyonun nadir rastlanan ancak önemli bir sebebidir. Daha çok cerrahi bir uygulama sonrası komplikasyon olarak ortaya çıkmakla beraber travmatik, tümöral, enfekiyon, venöz tromboz ve konjenital sebeplerden de kaynaklanabilir.

OLGU: 35 yaşında kadın hastanın, 14 yıldır Hashimato tiroiditi tanısı dışında belirgin medikal öyküsü bulunmuyor. Yaklaşık bir hafta önce dış merkezde septorinoplasti operasyonu sonrası nefes darlığı ve sol boyunda şişlik şikayeti gelişmiş olup yapılan görüntüleme tetkikleri sonrası plevral efüzyon saptanan hastanın plevral katater uygulanma öyküsü mevcut. Beyaz süt görünümündeki sıvının trigliserit içeriği 338 mg/dL olması üzerine şilotoraks tanısı konulmuş. Üç gün sonrasında tarafımıza danışılan hastanın servise yatışı yapıldı. Konservatif tedavisi oral alımın kesilip somatostatin dozu günlük 6 mg olacak şekilde başlanarak düzenlendi. Toraks BT'deki şüpheli görüntü nedeniyle çekilen Doppler USG'de sol subklavian vende venöz tromboz düşünülerek başlanan antikoagülan tedavisi sürdürüldü, on günlük klinik takibi sonrasında görüntüleme tetkiklerinde sıvı birikimi izlenmedi. Bir gün sonra yapılan kontrol Doppler USG'sinde tromboz izlenmedi. Cerrahi girişim gereksinimi olmadan kontrol grafisi doğal olan hasta, hastane yatışının 10. gününde eksterne edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Şilotoraks tedavisinde üzerinde fikir birliği olan ideal bir tedavi şekli bulunmamaktadır. Etiyolojiye yönelik yaklaşım tedavinin esasıdır. Sunulan olgu venöz tromboz ve toraks içi basınç artışına sekonder duktus torasikus hasarı sonrası gelişen spontan şilotoraks olarak yorumlandı ve tedavide ilk tercih konservatif yaklaşım oldu. Konservatif tedavide temel prensip sıvının drene edilmesi ve destek tedavisidir. Kaçakların %25-50'si spontan kapanırken, %50-75'inde cerrahi girişim gerekebilmektedir.

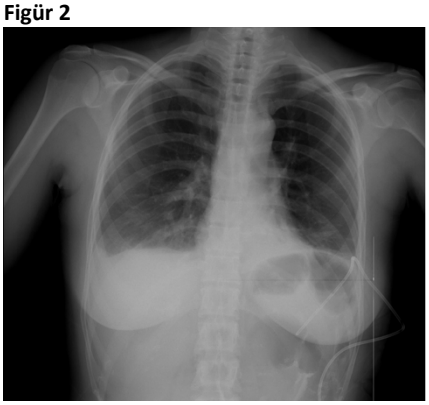
Anahtar Kelimeler: İdiyopatik şilotoraks, konservatif tedavi, venöz tromboz, somatostatin

Figür 1



Venöz tromboz öncesi ve sonrası BT görüntüleri

Figür 2



Plevral katater sonrası kontrol PA akciğer grafisi

OK-30

SERVİKAL VİDEO YARDIMLI TORAKOSKOPİK CERRAHİ (C-VATS); İLK KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

Hvolkan Kara, Ömer Faruk Sağlam, Ezel Erşen, Akif Turna
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Servikal Video Yardımlı Torakoskopik Cerrahi (C-VATS); İlk klinik deneyimlerimiz

Servikal Video Yardımlı Torakoskopik Cerrahi (C-VATS) servikal insizyon ile unilateral ve/ veya bilateral plevral, akciğer patolojilerine yönelik uygulanan tanısal ve tedavi edici minimal invazif bir işlemdir.Servikal mediastinoskopi ile video yardımlı cerrahi (VATS) ın kombinasyonu olan bu işlemde interkostal insizyon olmadan mediastinal ve veya plevral alanlarda cerrahi uygulamalar yapılabilir. Tercihen fleksible torakoskop ile plevral alana girilerek tanı ve /veya tedavi edici işlemler (biopsi, örnekleme ve akciğer kama rezeksiyonu, kist-kitle eksiyonu) yapılabilir.

Kliniğimizde mevcut videomediastinoskopi tecrübemizi ve VATS deneyimimizi biraraya getirdiğimiz ilk 3 Servikal Video Yardımlı Torakoskopik Cerrahi (C-VATS) deneyimimizi olgularımızla sunmaktayız.

OLGU 1: 52 yaşında erkek.Solda küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanılı sağ akciğerde PET pozitif nodülü mevcut hasta. Video yardımlı mediastinal lenf adenektomi (VAMLA) ve sağ hemi toraksa C-VATS ile nodül eksizyonu uygulandı.

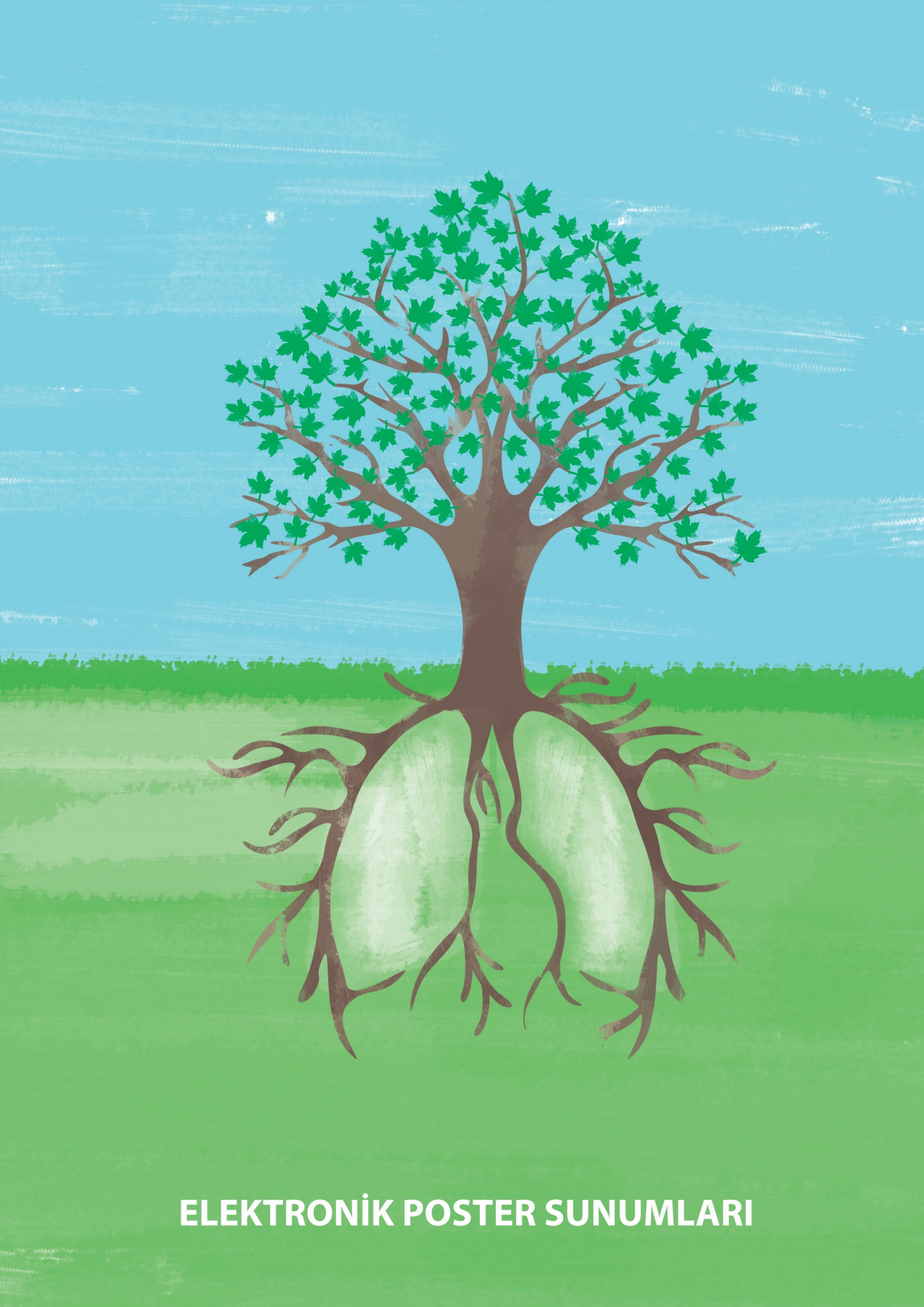
OLGU 2: 44 yaşında kadın. Sağ ana bronş komşuluğunda bronkojenik kist ön tanısıyla sağ hemi toraksa C-VATS ile kist eksiyonu uygulandı.

OLGU 3: 60 yaşında kadın. Bilinen meme invasive duktal karsinom tanısıyla takibinde mediastinal lenf adenomegali ve akciğerde bilateral akciğer nodülleri nedeniyle sağ hemi toraksa C-VATS akciğer kama rezeksiyonu uygulandı.

Tüm olgularda tanı elde edildi. Olgularda mortalite izlenmedi. İkinci olguda eksiyon tamamlandıktan sonra ortaya çıkan kanama nedeniyle parsiyel sternotomi ve damar onarımı yapılması gerekti. Hastaların post operatif ağrı skorları (VAS) ve analjezik tedavi ihtiyacı düşük izlendi.

C-VATS lezyon yerleşimi uygun olan seçilmiş bir grup hastada uygulanabilir.İnterkostal alan kullanılmadığı için ağrı açısından daha makul bir seçenek olmasının yanısıra, mediastinal lenf nodu ve akciğer lezyonlarının birlikte olduğu durumlarda tek insizyonla cerrahinin tamamlanabilmesine de imkan tanır. Teknik ekipmanın uygunluğu ve çalışılan anatomik bölge ile ilgili tecrübenin ve bu konuda gerçekleştirilen vaka sayısının artmasıyla uygulanan işlem çeşitliliği artacaktır.

Anahtar Kelimeler: Servikal Video Yardımlı Torakoskopik Cerrahi, C-VATS, akciğer, rezeksiyon, mediasten, lenf adeno megali



ELEKTRONİK POSTER SUNUMLARI

EP-001

KONDROSARKOM ÇOK İYİ CERRAHİYE RAĞMEN METASTAZ YAPABİLİR

Fatih Meteroğlu[1], Mehmet Kurt[2], Yazgül Kaya[2]
[1]Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı\ Diyarbakır
[2]Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Hemşiresi\ Diyarbakır

GİRİŞ: Kondrosarkom mezenkimal orijinli tümör hücreleri tarafından kıkırdak matrikste üretilen malign bir tümördür. Yavaş büyüyen, metastaz yapmayan lezyonlardan, çok agresif, metastaz yapan lezyonlara kadar değişen özellikler gösterebilir. Klinik davranış genellikle lezyonun histolojik yapısı ile uyumludur. Histolojik olarak hücre atipisi ve sellülaritesi gibi özelliklerine göre tanımlanır. Tanıda direkt grafi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme sık kullanılan yöntemlerdir. Temel tedavisi geniş cerrahi rezeksiyondur. Cerrahi uygulanamayan, metastatik hastalarda ise kemoterapi, radyoterapi uygulanabilir.

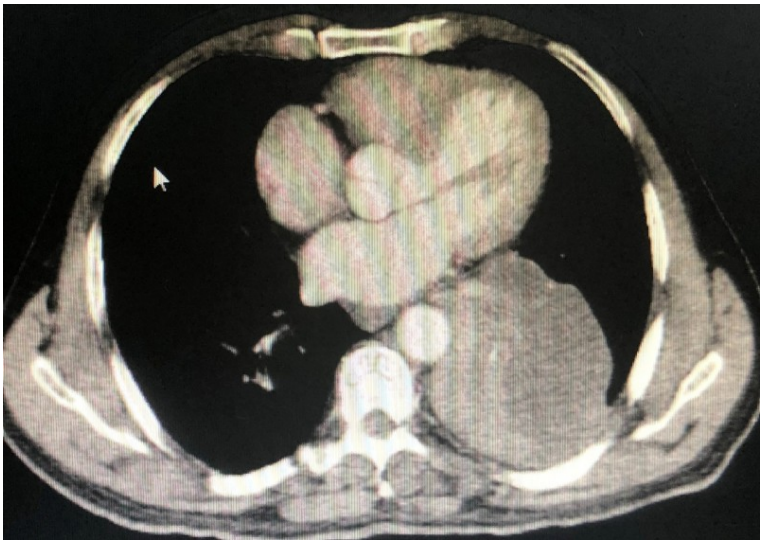
OLGU: Öksürük, nefes darlığ, sol yan ağrısı şikâyetiyle kliniğimize başvuran 74 yaşındaki erkek hasta yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde sol hemitoraks ön-arka taraf 4. kotun altından itibaren akciğer seslerinin alınmadığı, perküsyonda matite alındığı tespit edildi. Dış merkezde çekilen PET-CT' de sol alt lobun tamamı kitle olduğu (Suvmax: 4.5), sol alt lob bronşun girişine kadar lezyon olduğu görüldü (Resim 1). Özgeçmişinde; yaklaşık 10 yıl önce sağ ayak 4. parmakta kitle nedeniyle parmağın ampute edildiği ve patoloji raporunun kondrosarkom olduğu anlaşıldı. Hasta sağ ayak 4. parmakta opere olduktan sonra KTR aldığını ifade ediyordu. Sol akciğerdeki kitle için fiberoptik bronkoskop ve tru-cat biyopsisi yapıldı sonuca gidilemedi. Cerrahi konseyinde görüşülen hastaya cerrahi planlandı. PET-CT' de başka yerde metastaz olmadığından intra-operatif frozen çalışıldı, ancak kesin tanı verilemedi. Bunun üzerine sol alt lobektomi + mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı (Resim 2). Patoloji raporunda cerrahi sınır negatif, lenf nodları (5,6,7,9,10) negatif olduğu, sol alt lobun ise yüksek dereceli (grade 3) kondrosarkom metastazı olduğu anlaşıldı.

TARTIŞMA: Kondrosarkoma malign kemik tümörleri içinde osteosarkomdan sonra ikinci sıklıkta rastlanmaktadır (1,2). Kondrosarkomların %75'ini primer kondrosarkomlar oluşturur. Bu grupların içinde dörtte üçlük bir oranda primer kondrosarkom diye adlandırılan gruba rastlanılmaktadır (3,4). Kondrosarkom radyoterapi ve kemoterapiye duyarlı olmadığı için tedavinin esasını cerrahi teşkil eder (5). Kondrosarkomlu olguların izlem sonuçlarını tahmin edebilmek hala güçlüklerle doludur. Literatürde diğer tümöral yapılarda olduğu gibi kondrosarkom olgularında da başta, çabuk ve doğru tanı, tümör lokalizasyonun tam olarak tayini ve komple çıkarılmasına bağlı olduğu bilinmektedir. Lee ve ark.200'den fazla hastayı retrospektif olarak taramışlar, klinik başarılarını en üst seviyeye çıkarabilmek için tümöral dokudan oluşan bir kılıf içinde geniş rezeksiyon ile çıkartılmanın gerekli olduğunu vurgulamışlardır (6,7).

SONUÇ: Malign hastalıklara yapılan cerrahi sonrası kür sağlansa dahi uzun yıllar takip edilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

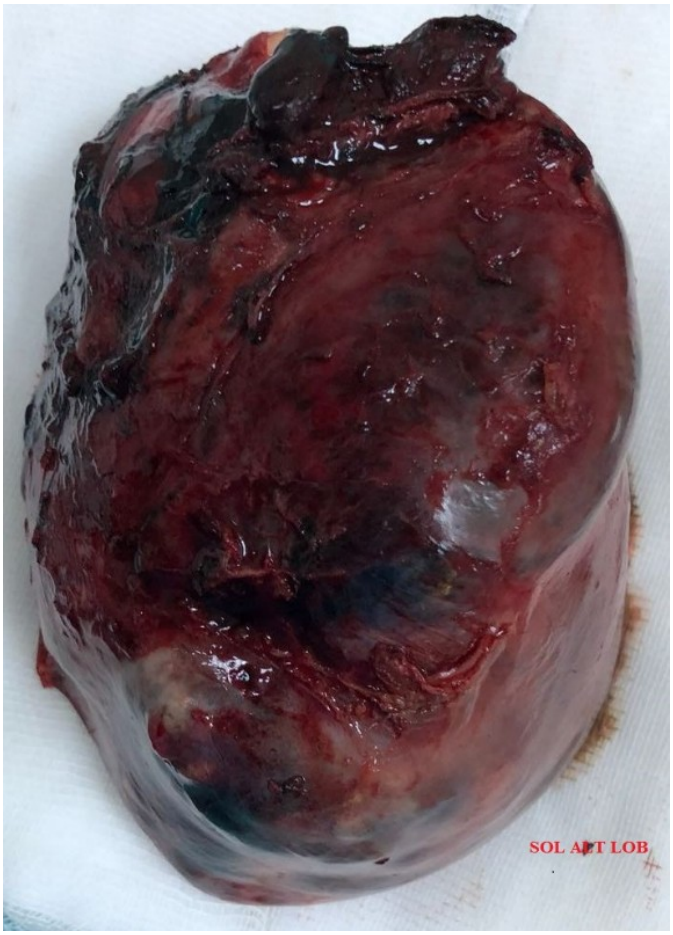
Anahtar Kelimeler: Kıkırdak, kondrosarkom, tümör

Resim1



PET-CTgörüntüsü

Resim2



Çıkartılansolaltlob

EP-002

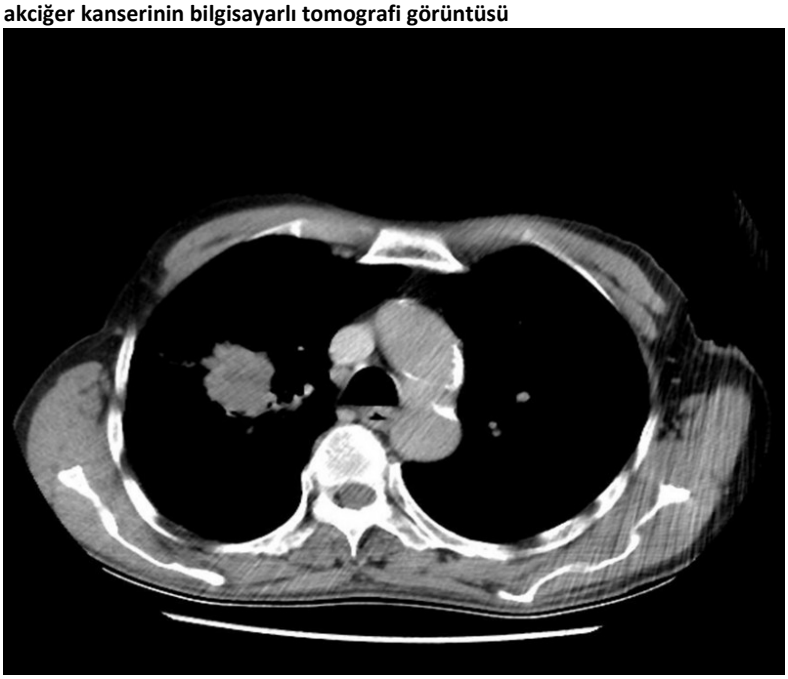
SKUAMÖZ HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE LESER TRELAT BULGUSU

Ali Erol[1], Betül Öğüt[2], Ahmet Uluşan[3], Çağlar Soysal[4]
[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,Gaziantep
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,Patoloji Anabilim Dalı,Gaziantep
[3]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı,Gaziantep
[4]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,Dermatoloji Anabilim Dalı,Gaziantep

Leser Trelat,visseral kanserlere eşlik eden aniden ortaya cıkan multipl seboreik keratozların olduğu bir paraneoplastik sendromdur.Literatürde akciğer malignensiyle birlikteliği bulunan yirmi civarında olgu vardı.Daha çok gastrointestinal sistem malignensilerine eşlik etmektedir.Bizde bu nadir birlikteliği vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: leser trelat, akciğer kanseri, paraneoplastik

akciğer kanserinin bilgisayarlı tomografi görüntüsü



paraneoplastik sendromun etyolojisinde yer alan kitlenin bilgisayarlı tomografi görüntüsü

seboreik keratoz

seboreik keratozlar hastanın sırtında fizik muayene bulgusu

EP-003

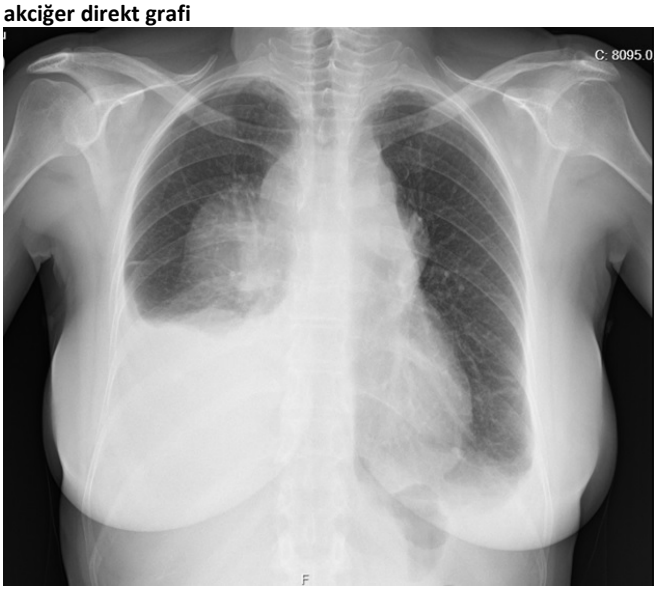
VENA CAVA SUPERİOR SENDROMU İLE BAŞVURAN LENFOMA OLGUSU

Esra Bahçivan, Aysu Sinem Koç, Gürsel Çok
Ege Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

44 yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hasta 1 haftadır merdiven çıkarken nefes darlığı ve boyunda şişkinlik şikayeti ile önce dış merkeze başvurmuş ve orada çekilen Boyun Bilgisayarlı Tomografi (BT): Üst mediastenden başlayarak sternum posteriorunda ön-orta mediastene dek uzanım gösteren, 13x9x11 cm lik çevre vasküler yapıları saran ve vena cava superiorda ileri derecede basılanmaya neden olmuş lobüle konturlu iyi sınırlı santralinde nekrotik alanlar içeren heterojen opaklaşma göstermiş kitle saptanmış hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla tarafımıza yönlendirilmiş. Hastaya Deksametazon ve furosemid tedavisi başlandı. Çekilen PET BT:Mediastende çapları 1.2-2.2 cm arasında değişen yüksek SUV (min:6.7-max:11.7) tutulumlu multiple mediastinal lenf bezleri ve tüm orta/ön mediasteni dolduran 10x13.7 cm (SUV max:28) boyutunda kitle saptandı.Hastaya USG eşliğinde mediastendeki kitleden trucut biyopsi yapıldı, patoloji sonucu diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak saptandı. Hastaya Hematoloji tarafından kemoterapi başlandı.Tedavisi halen sürmektedir.

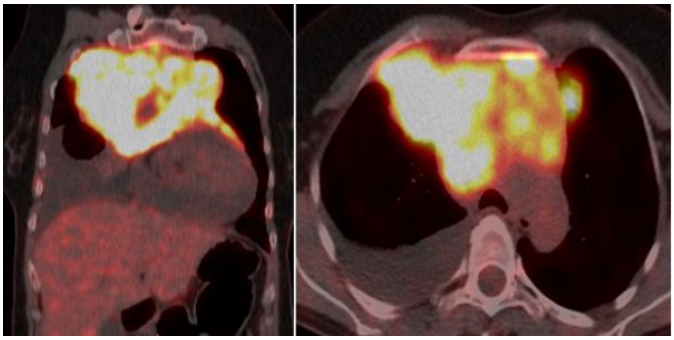
Anahtar Kelimeler: lenfoma, vcss, mediastinal kitle

akciğer direkt grafi



akciğer direkt grafi

PET BT



Mediastinal kitlenin yüksek FDG tutulumu

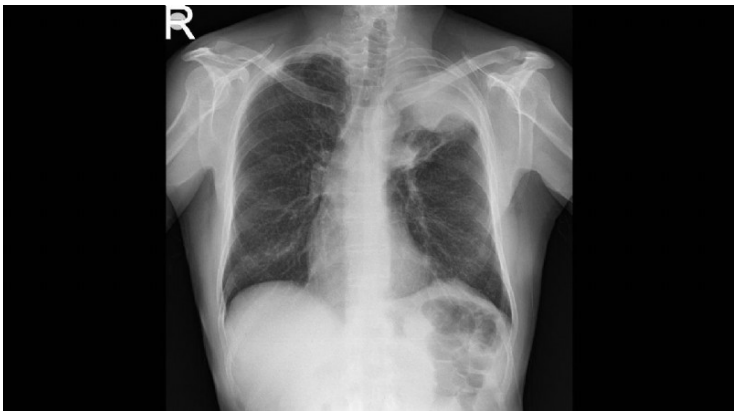
EP-004

KEMİK METASTAZIYLA SEYREDEN PRİMER PULMONER SİNOVİYAL SARKOM

Kadir Burak Akgün[1], Mukadder Çalıkoğlu[1], Rabia Bozdoğan Arpacı[2], Pınar Ergen[2]
[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Mersin
[2]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Mersin

Sinovyal sarkom agresif bir neoplazmdır ve tüm yumuşak doku sarkomlarının% 5-10'unu oluşturur. Ergenlerde ve gençlerde yüksek oranlarda bulunur. Mikroskopik görüntü, epitelyal markırlarda pozitif boyama ve moleküler çalışma ile doğrulanır. Sinovyal sarkomun 10 yıllık hastalıksız sağkalım oranı %50'dir.Primer pulmoner sinovyal sarkom nadir görülür ve 44 yaşında travma hikayesinden sonra primer pulmoner sinovyal sarkom tanısı alan bir erkek hastayı sunuyoruz
Anahtar Kelimeler: sinoviyal sarkom, pulmoner, travma

resim 1

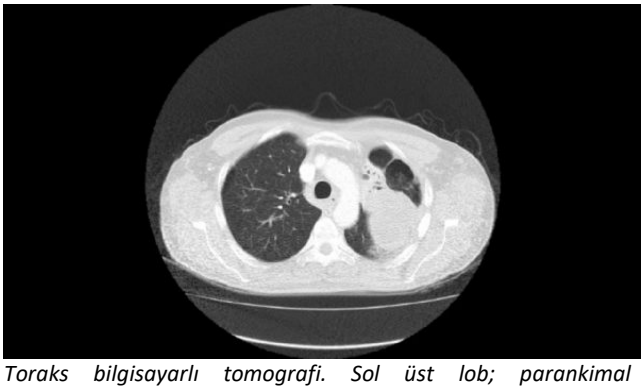


başlangıç postero-anterior göğüs grafi

resim 2

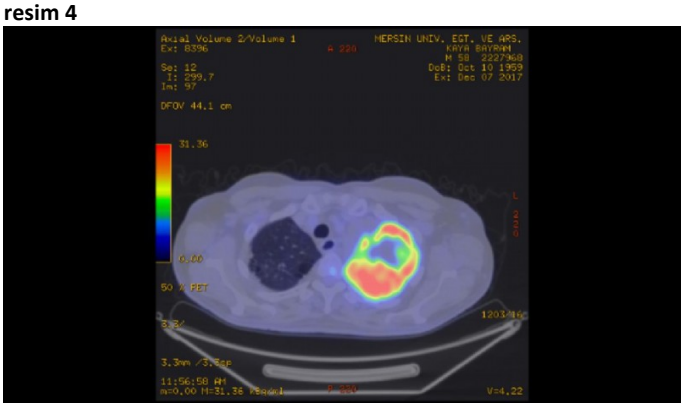
antibiyoterapi sonrası kontrol göğüss grafi: lezyonda büyüme

resim 3



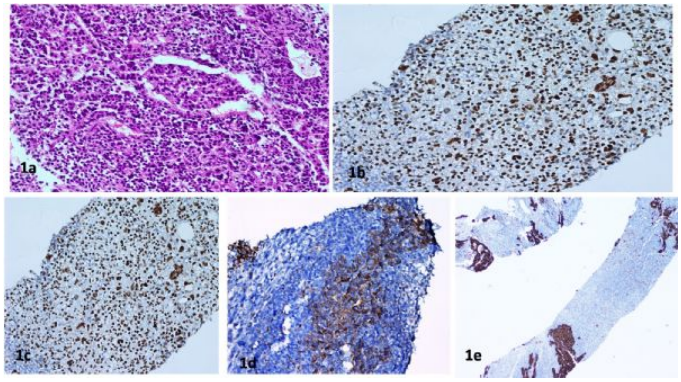
Toraks bilgisayarlı tomografi. Sol üst lob; parankimal konsolidasyon ve geniş düzensiz hipodens bölge

resim 4



PET / CT: 15x12x14 santimetre düzensiz kitle lezyonu, içinde hipometabolik alanlar

resim 5



Şekil 5a: Bifazik malign tümör, glandüler patern ve kordolan gösteren pleomorpik nükleuslu iç ve epitelyal hücreleri içermekte (H&EX200) â€¢ Şekil 5b: Tümör hücreleri TLE-1 ile nükleik boyama göstermekte (TLE-1x100) â€¢ Şekil51c: Tümör hücreleri CD99 ile membranöz boyama göstermekte (CD99x200) â€¢ Şekil 5d: Tümör hücreleri BCL2 ile membranöz boyama göstermekte (BCL2x200) â€¢ Şekil 5e: Tümör, epitelyal bileşende Sitokeratin AE1 / AE3 ile sitopazmik boyama göstermekte (Sitokeratin AE1 / AE3, x40)

EP-005

SARKOMATOİD PLEVRAL MEZOTELYOMA OLGUSUNDA UYGUNSUZ ADH SALINIMINA BAĞLI HİPONATREMİ

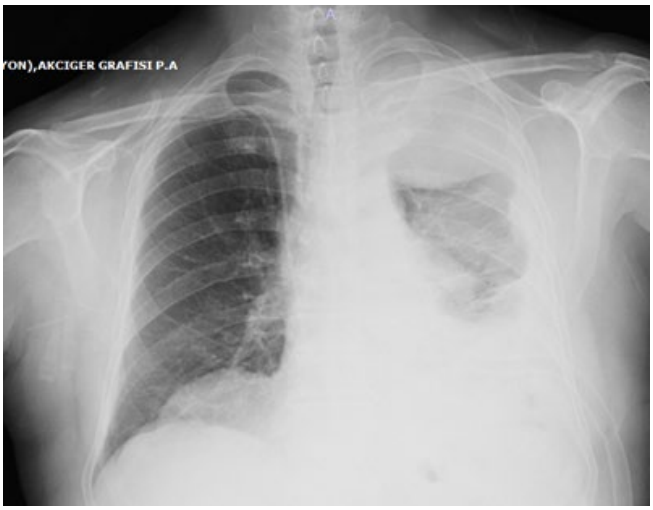
Zeynep Ümmü Tursun[1], Semra Bilaçeroğlu[1], Zekiye Aydoğdu[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerr. Eğit. ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hast. Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerr. Eğit. ve Araştırma Hastanesi,
Patoloji Ünitesi

Altmış yedi yaşında erkek hasta 2 haftadır süregelen nefes darlığı, öksürük, uyuklama yakınmalarıyla hastanemize başvurdu, ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Özgeçmişinde 120 paket.yıl sigara öyküsü mevcuttu; sistemik hastalık, sürekli ilaç kullanımı, mesleki ve çevresel maruziyet belirtmedi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik bakıda: nabız 110/dk, ritmik, solunum sayısı 20/dk idi. Solunum sistemi bakısında sol hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı, perküsyonda matite saptandı. Bunun dışındaki tüm sistem muayeneleri normal sınırlardaydı. Laboratuvar bulgularında lökosit: 19500/mm3, glukoz: 311 mg/dl, kreatinin, üre ve ürik asit normal sınırlarda idi. Serum sodyum: 109-120 mg/dL, potasyum: 4.2-4.8 mg/dL, albumin: 2.97 gr/dL, idrar dansitesi: 1016, idrarda sodyum: 197 mg/24st ve serum vazopressin düzeyi yüksekti (15pg/mL). Adrenal, böbrek, kalp, tiroid ve hipofiz yetmezliğini düşündüren klinik, görüntüleme ve laboratuvar bulgusu saptanmadı. Plevral sıvı hemorajikti ve biyoşimik olarak eksudatif vasıftaydı, kültüründe üreme saptanmadı. Sıvının sitolojisi benign, plevra trucut biyopsisi "sarkomatoid tipte malign mezotelyoma" olarak değerlendirildi. Akciğer grafisinde sol hemitoraksta apikal ve subapikal alanı kaplayan, 9x6 cm boyutlarında kitle düşündüren dansite artışı, sol hemidiyaframdan hilusa dek uzanan ve üst sınırında parabolik hat gösteren radyoopasite ve kalpte sola deviasyon izlendi. PET/BT'de sol hemitoraksta apeksten bazale dek, yer yer loküle, yaygın plevral effüzyon, plak tarzında ve nodüler kalınlaşmalar ve apikal-subapikal alanı kaplayan ekstrapulmoner kitlede malignite düzeyinde artmış 18-FDG tutulumu ve sakrumda metastaz düşündüren hipermetabolik odak izlendi. Kontrastlı kranial BT'de patoloji saptanmadı. Tedavide oksijen inhalasyonu, parenteral nütrisyon, transtorasik kapalı sualtı drenajı, plöredez uygulandı. Hiponatremi için sıvı kısıtlaması, hipertonik NaCl solüsyonu ve vasopresin reseptör antagonisti verildi. Hasta, bu semptomatik tedavilerden kısmen yarar gördü ancak başvurusundan 1 ay sonra kardiovasküler kollaps ile eksitus oldu. Malignitelerde, farklı paraneoplastik sendromlar izlenebilmektedir. Bunlardan biri olan antidiüretik hormon (ADH)'un ektopik üretimine bağlı gelişen uygunsuz ADH sendromudur. Bu sendrom, akciğer kanserini de içeren çeşitli malignitelerde tümörün kendisine, komplikasyonlarına veya tedaviye bağlı olarak gelişebilmektedir ve kötü prognoz göstergesi olarak bildirilmiştir. Malign mezotelyomada hiponatremi nadir olmamakla birlikte önemi ve prognostik rolü çok iyi bilinmemektedir (1,2). Bu olguyu, mezotelyomada uygunsuz ADH salınımı ve buna bağlı hiponatreminin prognostik önemini vurgulamak amacıyla sunduk.

(1)Hudson et al. J Gen Practice 2016, 4: 245. doi:10.4172/2329-9126.1000245).
(2)Siafakas NM, et al. Thorax 1984;39:872-873.

Anahtar Kelimeler: mezotelyoma, hiponatremi, uygunsuz ADH salınımı, paraneoplastik sendrom

AKCİĞER GRAFİSİ



PET-BT

EP-006

NADİR AKCİĞER KANSERİ OLGUSU: AKCİĞERİN PLEOMORFİK KARSİNOMU

Dr Ali Fırıncıoğluları[1], Dr Melahat Uzel Şenel[1], Dr Sertan Bulut[1], Dr Özlem Sönmez[1], Dr Nesrin Gürçay[2], Op Dr Seray Hazer[1], Op Dr Selim Şakir Erkmen Gülhan[1], Dr İhsan Atilla Keyf[1]
[1]T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbı Patoloji Anabilim dalı

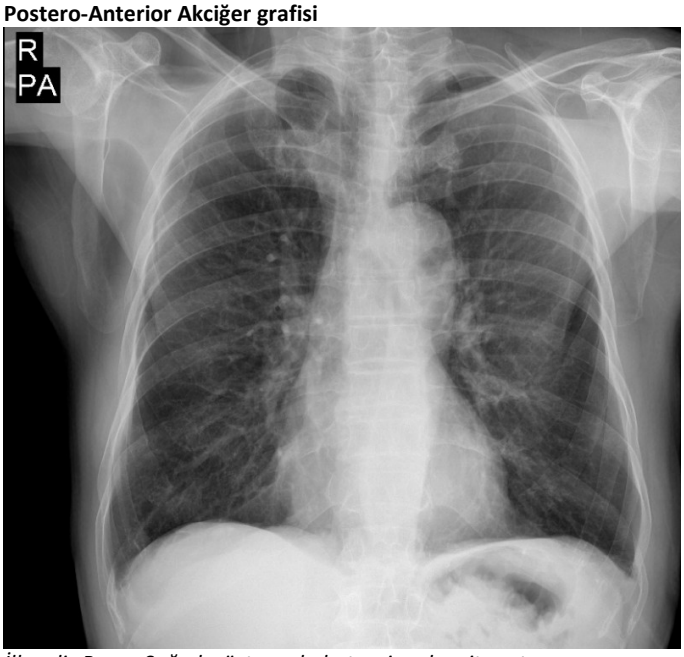
GİRİŞ: Pleomorfik karsinom (PK) nadir görülen, kötü prognoza sahip malign epitelyal tümördür. Tüm malign akciğer tümörlerinin % 0.1-0.4' ünü oluşturur.Bu gruptaki tümörler sarkoma veya sarkoma benzeri (spindle ve/veya dev hücreli) differansiyasyon komponenti içeren çok kötü differansiye küçük hücreli dışı karsinomlardır (KHDAK).Ortalama tanı koyma yaşı 6.dekat olup diğer KHDAK göre erkek kadın oranı daha yüksektir. Pleomorfik karsinomlar akciğer dışında larinks,oral kavite, tiroid,meme,pankreas,böbrek ve mesane'den de kaynaklanabilir ve hepsinde de prognozu genellikle kötüdür. Prognozu kötü olan Pleomorfik karsinom (PK)'da en uygun tedavi şekli eğer uygun evrede tanı konulmuş ise cerrahi tedavidir.Olgu radyolojik görünümü nadir olması nedeni ile sunulmuştur.

OLGU: 72 yaşındaki erkek hasta,yaklaşık 3 aydır devam eden öksürük, balgam miktarında artış nedeni ile başvurdu. Koroner arter hastalığı, hipertansiyonu mevcut idi. Böbrek kisti nedeni ile, sağ böbreğinden opere olmuştu. 40 paket yıl sigara öyküsü mevcut olup 7 yıl önce sigarayı bırakmıştı.Çiftçilik ile uğraşıyordu.Fizik muayenesi doğaldı.Akciğer grafisinde sağ üst zonda kaviter imaj izlendi.Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst lob apikoposterior segmentinde 20x27 mm kaviter lezyon izlendi.Balgam asidoresistan basil tetkikleri negatifti. Kollajen doku belirteçleri ve viral panelleri menfi idi.Solunum fonksiyon testi normal idi. Bronkoskopisi normaldi. Lavaj sitolojisi benignd. Çekilen Pet-BT de sağ akciğer üst lob apikoposteriorda 2.5x2.8 cm boyutlu asimetrik kalın duvar yapısı gösteren düzensiz sınırlı kaviter lezyonda SUVmax '7.90' olarak bulundu. Transtorasik tomografi eşliğinde biyopsiye uygun bulunmadı. Mantar dahil tüm kültürleri de menfi idi. Hastaya göğüs cerrahisine danışılarak sağ torakotomi ve üst lobektomi uygulandı. Patolojisi yaklaşık %80 dev hücre ve iğsi hücrelerden %20'si skuamoz ve adeno kanserden oluşan küçük hücreli dışı karsinom komponneti içeren Pleomorfik Karsinom şeklinde raporlandı. Medikal onkoloji ile konsülte edilerek kemoterapisi planlandı.

SONUÇ: Pleomorfik karsinom akciğerin nadir görülen ve kötü prognoza sahip bir tümörleridir. Genellikle akciğer üst loblarda ve periferik yerleşimli kitle lezyonu şeklinde görülürler. Nadir olarak kavite görünümünde olgularda bildirilmiştir. Bu vakada 'kavite' nedenleri arasında arasında akılda tutulmasını vurgulamak istedik.

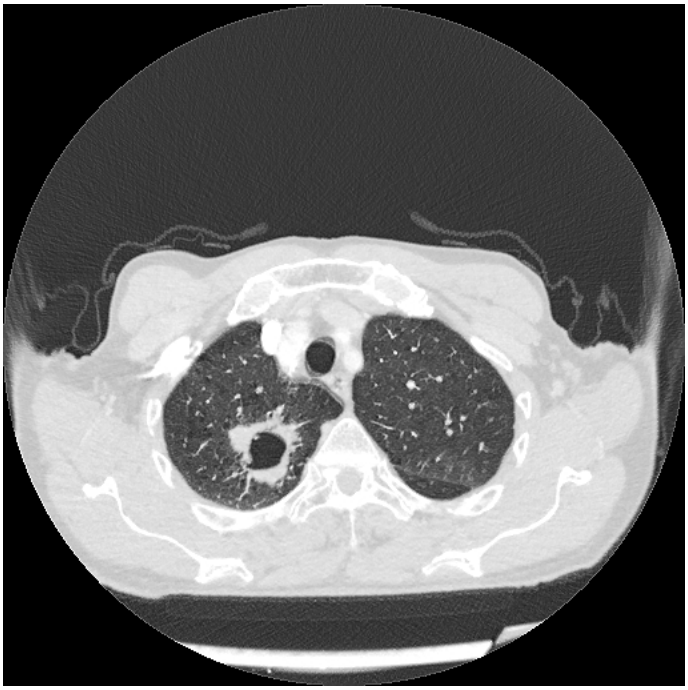
Anahtar Kelimeler: Pleomorfik karsinom, Kaviter lezyon, Dev hücre,İğsi hücre.

Postero-Anterior Akciğer grafisi



İlk geliş Paag: Sağ akc üst zonda heterojen dansite artışı.

Toraks Ct



Sağ akciğer üst lob apiko posteriorda yaklaşık 2.5cm çaplı düzensiz sınırlı kaviter lezyon.

EP-007

UZUN SÜRE SONRA NÜKS EDEN, AKCİĞERİN NADİR GÖRÜLEN NEOPLASMI: ADENOİD KİSTİK KARSİNOM

Tevfik İlker Akçam[1], Önder Kavurmacı[2], Ufuk Çağırıcı[1], Deniz Nart[3]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

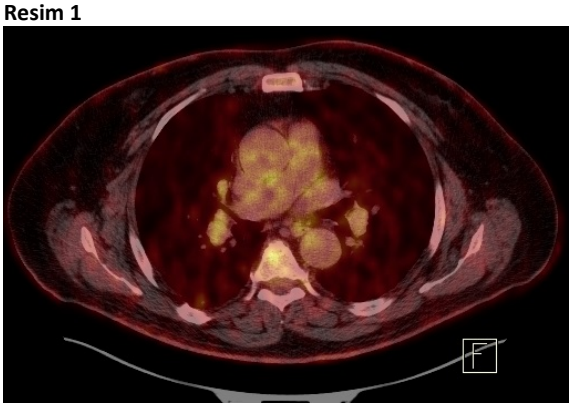
GİRİŞ: Akciğerin primer adenoid kistik karsinomu oldukça nadir görülmekte olup ve tüm primer pulmoner tümörlerin %0.04-0.2'sini oluşturmaktadır. Genellikle trakeobronşiyal ağacın proksimal bölümünde ortaya çıkar ve yavaş büyüyen bir tümör olarak kabul edilir. Çalışmamızda ilk tanıdan 19 yıl sonra, akciğerde nüks gelişimi ile başvuran, primer akciğer adenoid kistik karsinomlu olgu sunuldu.

OLGU: On dokuz yıl önce sağ akciğer üst lobda kitle - primer akciğer adenoid kistik karsinomu- sebebi ile sağ üst lobektomi uygulanan, 61 yaşında erkek hasta bilateral akciğerlerde multipl nodüller ile başvurdu. Hastanın 19 yıllık izlemi sırasında sağ vastus medialis kası içerisinde sinovyal sarkom tanısı ile operasyon hikayesinin olduğu tespit edildi. Pozitron-emisyon tomografisinde bilateral akciğerlerde yeni gelişen, çoğu subsantimetrik, non-metabolik multipl nodüller saptandı (Resim 1 ve 2). Sol akciğere yönelik operasyona alınan olguda 2'si üst lob apikal segmentte biri inferior lingüler segmentte saptanan nodüller wedge rezeksiyonla çıkarıldı. Lezyonların histopatolojik inceleme sonucu "adenoid kistik karsinom" metastazı olarak raporlandı.

SONUÇ: Adenoid kistik karsinomlar genellikle baş ve boyun bölgesinde görülen ve geç nüks eden tümörlerdir. Bu tümörlerin primer akciğerden köken alması ise çok nadirdir. İlk tanıdan 19 yıl sonra nüks ile başvuran akciğer adenoid kistik karsinomlu olgumuzun literatüre katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

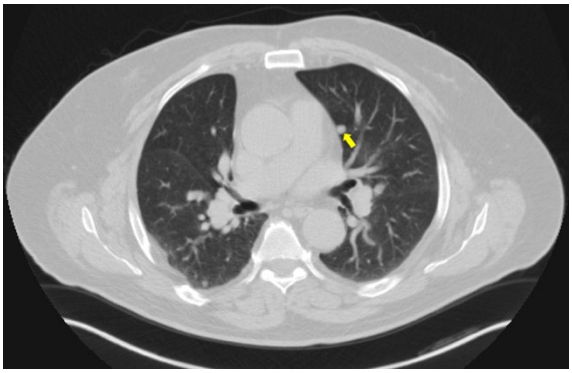
Anahtar Kelimeler: Primer akciğer adenoid kistik karsinomu, geç dönem nüks, göğüs cerrahisi

Resim 1



Pozitron-emisyon tomografisinde bilateral akciğerlerde yeni gelişen, çoğu subsantimetrik, non-metabolik multipl nodüller.

Resim 2



Toraks tomografisinden kesit

EP-008

ENDOBRONŞİAL LEZYON VE HAMARTOM

Figen Aslantaş, Nuri Tutar
Erciyes üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kayseri

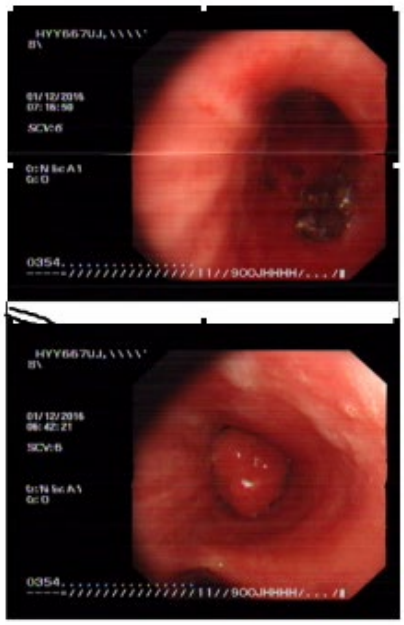
Pulmoner hamartom; akciğerin en sık görülen, yağ, kıkırdak ve kemik ve fibröz doku içeren benign tümörleridir. Primer endobronşiyal hamartomlar ise nadirdir,büyük bronşlardan kaynaklanan polipoid kitleler şeklinde izlenir. Endobronşiyal hamartomlar sıklıkla bronş obstrüksiyonu ve pnömoninin klinik ve radyolojik bulgularına yol açarlar. Tedavisinde bronkoskopik yöntemler ve cerrahi başlıca kullanılan tedavi yöntemlerdir. Bu olguda, 45 yaşında,erkek hasta, 2 aydır artan nefes darlığı ve hırıltılı solunum şikayeti olan hastanın çekilen torax tomografisinde sol ana bronş içerisinde kitle lezyon olması üzerinefob yapılmak üzere merkezimize sevk edilmiş.

Tarafımızca tekrar değerlendirilen hastanın fizik muayenede ve laboratuar incelemesinde anlamlı bulgu saptanmadı. Solunum fonksiyon testi yapıldı. Fev1/fvc: % 74 fev1: %58 fvc: %64 idi. Hastaya fiberoptik planlandı. Fiberoptik sonucu: sol ana bronş girişinden yaklaşık 2-3cm sonra ana bronşu tama yakın tıkayan saplı,hareketli kitle lezyonu izlendi.Öncelikle iiab yapıldı.kanama izlenmemesi üzerine elektrokoterle yakıldı ve çıkarıldı.Kriyo uygulandı, işleme son verildi. (resim2) Histopatalojik inceleme sonunda kitleye endobronşial hamartom tanısı konuldu.Kontrol solunum fonksiyon testi yapıldı. fev1/fvc oranı: % 81
fev1: % 94 fvc:%95 olarak ölçüldü. Hastanın nefes darlığı ve hırıltılı solunumu düzeldi.

Anahtar Kelimeler: Endobronşial kitle, Hamartom, Fleksıbl bronkoskopı

Resim 1: Bilgisayarlı torax tomografisinde sol ana bronş lümeninde polipoid kitle görünümü

Resim 2: fiberoptik bronkoskopi görüntüsü



EP-009

ATİPİK METASTAZLAR İLE SEYREDEN KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ OLGUSU

Ayperi Öztürk, Ceren Yıldız, Zafer Aktaş, Aydın Yılmaz
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, Ankara

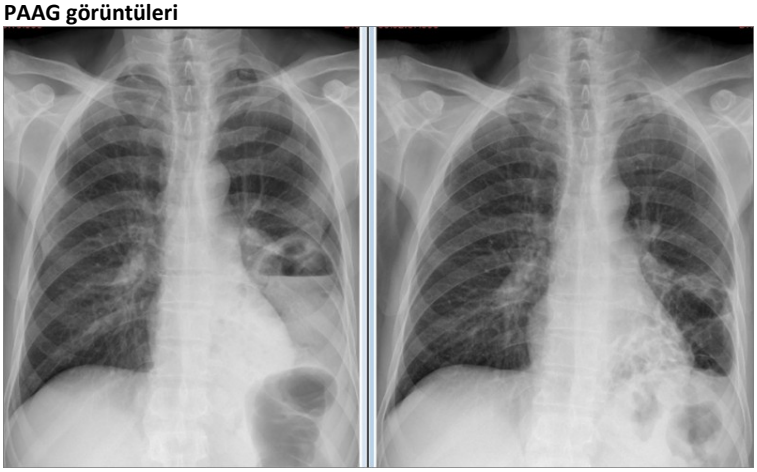
GİRİŞ /AMAÇ: Küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) tüm akciğer tümörlerinin yaklaşık %15'ini oluşturur. Diğer akciğer kanseri tiplerine göre hücre ikilenme zamanı hızlıdır. Bu sebeple uzak metastazları erken gelişir ancak kemoterapi ve radyoterapiye dramatik yanıt verir. Tanı anında yaygın evre KHAK olgusu, atipik metastazları olması nedeniyle sunulmuştur.

OLGU: 54 yaşında erkek hasta 1 aydır devam eden halsizlik ve nefes darlığı şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenesinde sol akciğerde solunum sesleri kaba, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuar bulgularında lökosit 17.000 10e3/µL, CRP 25 mg/dL, ateşi 38,5 derece idi. Postero anterior akciğer grafisinde (PAAG) sol akciğer alt zonda hava sıvı seviyesi veren kalın cidarlı kavite izlenmekteydi. Ek hastalığı olmayan hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğer alt lob bronşunu oblitere eden, kavite içeren lezyon izlendi. Akciğer apsesi ön tanısıyla hastaya antibiyoterapi başlandı. Takipte hastanın enfeksiyon parametreleri geriledi, ateşi düstü ancak radyolojik iyileşme olmaması ve kavite cidarının kalın olması nedeniyle malignite düşünülerek pozitron emisyon tomografi (PET-BT) çekildi. Sol alt lob bronşunu oblitere eden 47x45x46 mm lezyon (SUVmax:10.7), sağ iliak kanat posteriorda cilt altı yumuşak doku (SUVmax:7.9), sol aksiler 1.2 cm lenf nodunda (SUVmax:4) saptandı. Apse drenajı için hastaya rijit bronkoskopi yapıldı; sol alt lob girişini tam tıkayan lezyon argon plazma koagulasyon (APC) ile koagule edilerek nekrotik doku kriyoekstrasyonla çıkarıldı. Bol miktarda pü aspire edildi. İşleme tanı amaçlı endobronşial ultrasonografi (EBUS) ile devam edildi; sol interlober alandaki heterojen hipoekoik kitleye transbronşial iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Aksiler lenf nodu biyopsisi ile antibiyotik tedavisine cevap vermeyen gluteal bölgedeki akıntılı lezyona kesici biyopsi yaptırıldı. Hastanın EBUS ve kriyobiyopsi patolojileri kombine küçük hücreli akciğer kanseri ve büyük hücreli nöroendokrin tümör; aksiller lenf nodu eksizyonel biyopsi ve cilt altı kesici biyopsi patolojisi küçük hücreli kanser metastazı olarak raporlandı. Beyin manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde multiple metastaz tespit edildi. Hastaya palyatif kranial radyoterapi ve palyatif kemoterapi başlandı. Tedavisi devam eden hasta halen takibimizdedir.

TARTIŞMA / SONUÇ: KHAK sıklıkla karaciğer, kemik, beyin, karşı akciğer ve böbrek üstü bezine metastaz yapar. Olgumuzda sık görülen organ metastazlarından beyin metastazının yanı sıra atipik aksiller lenf nodu ve cilt altı yumuşak doku metastazları izlenmiştir. Bildiğimiz kadarıyla literatürde örneği bulunmadığı için bu olgu sunulmuştur.

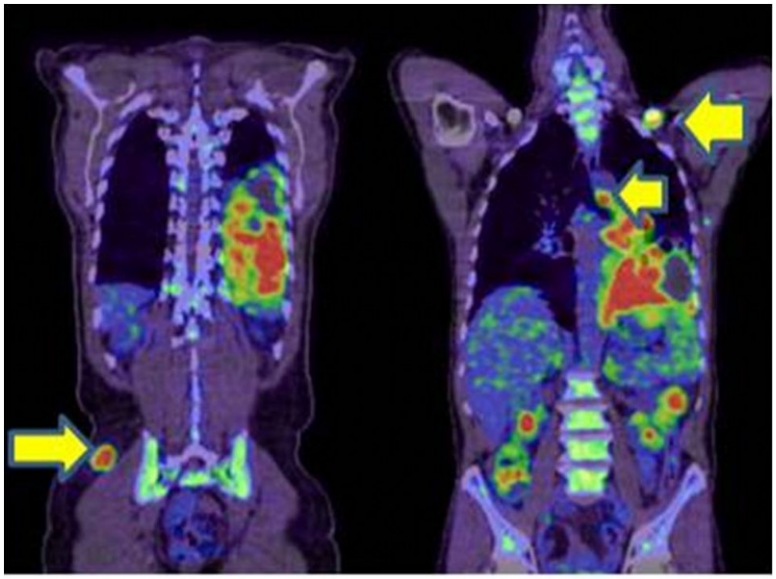
Anahtar Kelimeler: akciğer, küçük hücreli, malignite, metastaz

PAAG görüntüleri



Tedavi öncesi ve sonrası PAAG görüntüleri

PET-BT kesitleri



Atipik metastazların izlendiği PET-BT kesitleri

EP-010

AKCİĞER MALİGNİTELERİNDE BRONŞ LAVAJI SİTOLOJİSİNİN TANISAL DUYARLILIĞI

Elif Dursun, Süreyya Yılmaz
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bu araştırmada; akciğer kanseri tanısında kullanılan bronkoskopik yöntemlerden olan bronş lavajı sitolojisinin tanı duyarlılığı araştırılmıştır.

Araştırma kapsamında 2015 ve 2016 yıllarında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Servisinde akciğer kanseri ön tanısı ile bronkoskopi yapılan ve nihai tanıları malignite olan 242 erkek ve 44 kadından oluşan 286 olgunun bronkoskopi raporu ile endobronşial biyopsi ve bronş lavajı sitoloji raporları retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışma, retrospektif olarak yürütülmüştür. Araştırmada betimleyici istatistikler kullanılarak değişkenlerin frekans değerleri hesaplanmış ve ardından bu değerlere ait grafikler sunulmuştur. Cinsiyet ile tanı arasındaki ilişki Ki-Kare testi kullanılarak incelenmiştir. Kanser tanısı konulan kadın-erkek olguların yaş ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığı ilişkisiz örneklem t-testi ile değerlendirilmiştir. Farklı histolojik tipteki olguların yaş ortalamaları arasında anlamlı bir farlılık olup olmadığını test etmek amacıyla ise tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre bronş lavajı sitolojisinin duyarlılığı % 16,6 gibi nispeten düşük bir oranda saptanmıştır. Bronkoskopik olarak uygulanan diğer bir yöntem olan endobonşial biyopsinin patolojik incelemesi ile %81,1 oranında tanı konulmuştur. Aynı işlemde hem bronş lavajı hem de biyopsi alınan 76 hastadan 1'inde ve bazı kısıtlamalar nedeni ile biyopsi alınamayan 8 hastadan 5'inde bronş lavajı sitolojisi malignite pozitif bulunmuştr. Endobronşial lezyonu olmayan, biyopsi alınmasını kabul etmeyen ya da lezyonu frajil ve kanama riski yüksek olup biyopsi alınmasından çekinilen hastalarda tanı duyarlılığı düşük olsa da bronş sitoloji incelemesi bronkoskopik olarak alınabilecek tek örnek olması nedeni ile önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, bronkoskopi, bronş lavajı, sitolojik inceleme

EP-011

AKCİĞER KANSERLERİNDE KOAGULASYON

Beyhan Çakar
Ankara 7 nolu Verem Savaş Dispanseri

AMAÇ: Akciğer kanserli olgularda plasma fibrinojeni, protrombin zamanı, kanama zamanı ve trombosit sayısını ölçerek koagulasyonu araştırmak.

MATERYAL-METOD: Hastanede yatan yeni teşhis konmuş veya yeni tedaviye başlanmış olan 20 akciğer kanserli vaka ile 20 sağlıklı kişi kontrol grubu olarak alındı. Sonuçlar tek yönlü varyans analizi yöntemi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Akciğer kanserli olguların kadın/erkek oranı 1/19. Ortalama yaş 57.5. Yaş sıralaması 37 ila 78 arasında idi. Olguların 10'u (%50) yassı hücreli kanser, 7 (%15) küçük hücreli anaplastik kanser, 3 (%35) adeno kanserdi. Akciğer kanserli olguların histopatolojik tanıları: 18 olguda bronkoskopide alınan biopsi ile 2 olguda plevra biopsisi ve ponksiyon mayi ile tanı kondu. Olguların plasma fibrinojeni, protrombin zamanı, kanama zamanı ve trombosit sayısını ölçüldü. Sonuçlar tek yönlü varyans analizi yöntemi ile değerlendirildi. Akciğer kanserli olgular ile kontrol grubu karşılaştırıldı. İki grup arasında plazma fibronogeni, protrombin zamanı, trombosit sayısında anlamlı fark bulundu ($p \leq 0,01$). kanama zamanında anlamlı fark bulunmadı. Plazma fibrinogeni akciğer kanserli olgularda kontrol grubuna göre önemli derecede artmış, protrombin zamanı daha uzun, trombosit sayısı daha düşük seviyelerde idi. Tedavi olan akciğer kanserli olgular ile tedavi olmayan akciğer kanserli olgular karşılaştırıldı. Fibrinogen değerleri tedavi olan grubta tedavi olmayan gruba göre daha düşüktü ve fark önemliydi ($p \leq 0,05$).Diğerleri arasında önemli fark yoktu.

SONUÇ: Çalışmamızda akciğer kanserlerinde plazma fibrinogeninin yükseldiği, protombin zamanını uzadığı ve trombosit sayısının kontrol gruba göre düşük olduğunu bu durumun kanda hiperkoabilite oluşturarak trombuslara sebep olabileceği, tedavi olan akciğer kanserlerinde plazma fibrinogenin bariz azaldığı tesbit edildi. Tedavi ile fibrinogenin azalabileceği kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri,koagulasyon,fibronojen

EP-012

DALAK METASTAZI İLE SEYREDEN AKCİĞER KANSERİ TANILI OLGU

Melike Yüksel Yavuz, Ceyda Anar, İbrahim Onur Alıcı, Filiz Güldaval, Melih Büyükşirin
SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir

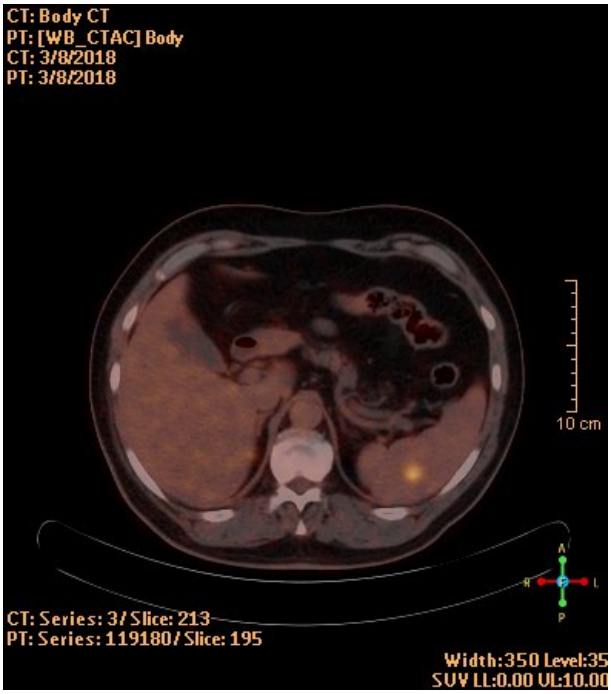
GİRİŞ: Tüm organ maligniteleri içinde dalak metastazı görülme sıklığı %2,3 ile 7,1 oranında saptanmaktadır. Dalak parankiminin metastazlara karşı olan direnci çeşitli teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır. Dalak kapsülünün fiziksel bir bariyer oluşturması, splenik arterin açılı ve kıvrımlı anatomik yapısı, dalağın neoplastik hücrelere karşı immünolojik savunması bu teorilerden bazılarıdır. Akciğer kanserinde de beyin, karaciğer, sürrenal bezler, kemikler ve kemik iliği, karşı akciğer (hematojen ve/veya lenfanjitik yolla) ve böbrekler en sık metastaz görülen organ ve bölgeler olmakla birlikte dalak metastazı oldukça nadirdir.

OLGU: 58 yaşında erkek hasta sağ akciğer üst lobda kitlesel lezyon sebebi ile yapılan transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu adenokarsinom olarak geldi. Evre IB saptanan hastaya sağ üst lobektomi yapıldı. Cerrahi patolojisi de Evre IB ile uyumluydu. Hastanın hemogram ve rutin kan kimyası ve koagülasyon testleri de olağandı. 5 ay sonraki kontrollerinde aktif semptomu ve fizik muayene bulgusu olmayan hastanın toraks BT' de sağ paratrakeal alanda patolojik boyutlarda lenf nodu saptanması üzerine çekilen PET-CT de ek olarak dalak parankiminde yaklaşık 1.3 cm çaplı (SUVmax: 8.9) lezyon saptandı (Resim- 1). Üst batın MR ile verifiye edildiğinde 2.5 cm çaplı,metastaz ile uyumlu, hipovasküler ve T2 hafif hiperintens lezyon ve alt polde 10mm hipovasküler ikinci lezyon da saptandı (Resim- 2). Splenektomi yapılan hastanın patoloji sonucu akciğer adenokarsinom metastazı olarak geldi.

SONUÇ: Dalak metastazı olan hastalar bizim hastamızda olduğu gibi genellikle asemptomatiktir. Semptom verdiğinde ise karın ağrısı, yorgunluk gibi spesifik olmayan semptomlar veya splenomegali komplikasyonları ile gelebilir.Dalak metastazlı hastalara sadece malignite tedavisi açısından değil; ağrı, rüptür, splenik ven trombozu gibi splenomegali komplikasyonlarından koruması sebebi ile de splenektomi önerilmektedir. Akciğer kanserinde çok nadir de olsa görülen dalak metastazlı hastamızı sunduk.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, dalak, uzak metastaz

Resim- 1



PET-CT: Dalak parankiminde yaklaşık 1.3 cm çaplı (SUVmax: 8.9) lezyon

Resim- 2

Üst batın MR: 2.5 cm çaplı,metastaz ile uyumlu, hipovasküler ve T2 hafif hiperintens lezyon

EP-013

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE NADİR TUTULUM:CİLT METASTAZI

Hasan Oğuz Kapıcıbaşı[1], Merve İlçin Güven[2], Pınar Mutlu[2], Nihal Arzu Mirici[2]
[1]Çanakkale Onsekiz Mart üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Çanakkale
[2]Çanakkale Onsekiz Mart üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çanakkale

GİRİŞ: Küçük hücreli akciğer kanseri tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %15 ilk bir kısmıdır.Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerine göre daha agresif seyirli olduğu ve daha erken uzak metastaz yaptığı bilinmektedir.Tanı anında genellikle yaygın evrededirler.Evrelemesinde PET-BT sıkça başvurulan bir yöntemdir. Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde PET-BT nin özgüllüğü %84, duyarlılığı %61 civarındadır.Bu oranların küçük hücreli akciğer kanserinde de benzer olduğu ileri sürülmektedir. Bizim olgumuzda da PET-BT de artmış FDG tutulumlu mediastinel lenf bezleri olan hastanın mediastinoskopi sonuçlarında mediastinel metastaz saptanmadı. Hastanın PET-BT de artmış FDG tutulumu olmayan, daha önce biyopsi yapılan ve sonucu benign olarak raporlanan cilt lezyonlarında büyüme izlenmesi üzerine yeniden biyopsi yapıldı. Patoloji sonucunda hastanın doku tanısı küçük hücreli akciğer kanseri olarak raporlandı. Hasta patoloji sonuçlarıyla onkoloji polikliniğine yönlendirildi takip ve tedavisi devam ediyor.

Small-cell lung cancer accounts for about 15% of all lung cancers. Small cell lung cancers are more aggressive and more prone to metastasize earlier than non-small cell lung cancers. They are commonly widespread at the time of diagnosis. PET/CT is used commonly for staging. For non-small cell lung cancer, specificity of PET CT is 84% and sensitivity is 61%. Also, it is suggested that these rates are similar for small cell lung cancer. In our case, mediastinum metastasis was not detected in the mediastinoscopy results of the patient whose mediastinal lymph nodes show increased FDG uptake on PET/CT. Re-biopsy was performed on skin lesions after detection of expansion of them that previously had been reported as benign and shows no uptake of FDG on PET/CT. As result of pathology examination, tissue diagnosis of the patient was reported as small-cell lung cancer. Patient were directed to the oncology polyclinic with pathology reports. We continue to follow-up and treatment.

Anahtar Kelimeler: küçük hücreli,cilt metastazı,mediastinoskopi

EP-014

BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR

EP-015

NADİR BİR OLGU: TRAKEOBRONKOPATİ OSTEOKONDROPLASTİKA

Ersin Sapmaz, Hakan Işık, Merve Şengül İnan, Özgün Aran, Gökhan Ayberik, Kuthan Kavaklı, Hasan Çaylak, Sedat Gürkök, Alper Gözübüyük, Onur Genç
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi AD, Ankara

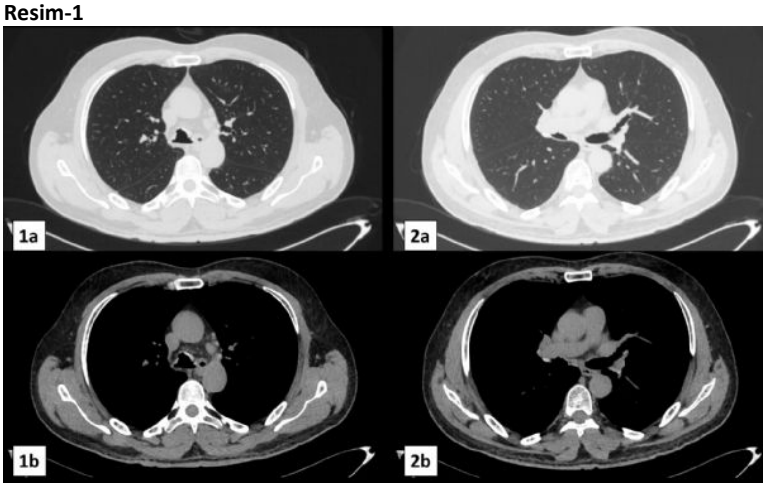
GİRİŞ:
Trakeobronkopati osteokondroplastika (TO) trakea ve bronşların lümeni içine doğru gelişen, metaplastik kemik ve kartilaj dokusu içeren submukozal nodüler uzantılarla tanımlanan, nedeni bilinmeyen nadir bir bozukluktur. Genellikle asemptomatiktir ve benign bir durumdur.

OLGU:
59 yaşında sigara içmeyen erkek hasta nefes darlığı yakınması nedeni ile başvurduğu merkezde KOAH ön tanısı konularak hastaya bronkodilatör tedavi başlanmış. Bronkodilatörlere cevap vermeyen hastaya öncelikle Toraks BT çekildi. Trakeada yer yer daralmalara neden olan nodüler dansiteler ve kıkırdak kalsifikasyonlar gözlendi (Resim-1). Sonrasında Hastaya FOB uygulanarak forceps yardımıyla biyopsiler alındı. Patolojisinde epitel altında kalsifiye nodüler oluşumlar izlenmiş olup hastanın klinik ve laboratuvar örnekleri sonucunda Trakeobronkopati Osteokondroplastika tanısı konulmuş ve hastanın mevcut durumu ile takip kararı verilmiştir.

SONUÇ:
Sonuç olarak, TO nadir görülen bir hastalıktır. Karakteristik BT ve fiberoptik bronkoskopi görünümünün bilinmesi, trakea ve bronşların kalsifik lezyonlarının ayrıcı tanısında ve trakeobronşiyal ağaçta stenoz oluşturacak diğer patolojilerden ayırt edilmesinde yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Trakeobronkopati Osteokondroplastika, benign neoplazm, trakeal darlık, Dispne

Resim-1



Trakeal ve Bronşiyal Lezyonların Bilgisayarlı Tomografik Görüntüsü

Resim-2

Vokal Korddan Karinaya Kadar Bronkoskopik Görüntüsü

EP-016

KARSİNOİD TÜMÖR VE MEDİASTİNAL GRANÜLOMATÖZ LENF ADENİT BİRLİKTELİĞİ

Cengizhan Sezgi, Abdurrahman Şenyiğit, Mahşuk Taylan, Hatice Selimoğlu Şen
Dicle Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD

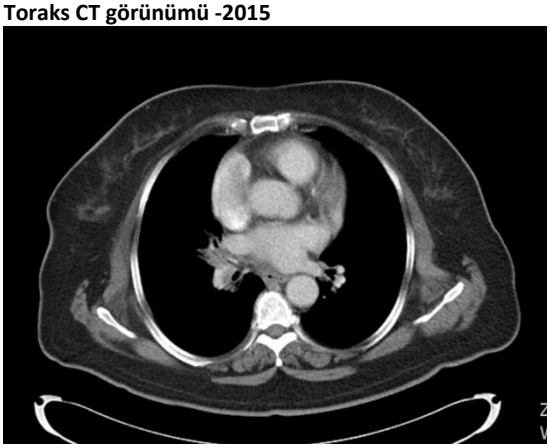
GİRİŞ: Mediastinal lenfadenopatiler (LAP), neoplastik ya da inflamatuar hastalıklarda ortaya çıkan, primer nedenin ayırıcı tanısında sıklıkla zorluk yaşanan yapılardır. Özellikle kanser evrelemesinde mediastinal lenf nodu tutulumunun gösterilmesi tedavi planlanmasında büyük önem taşır. Olgu sunumunda karsinoid tümör ve mediastinal granülomatöz lenf adenit birlikteliği sunulmuştur.

OLGU: Yetmiş dört yaşında bayan hastanın, nefes darlığı ve öksürük şikayetleriyle hastaneye gittiği ve 2015 te yaygın bilateral mediastinal LAP nedeniyle mediastinoskopi ile eksizyonel biyopsi yapıldığı öğrenildi. Hastanın granülamatöz lenadenit (kazeifikasyon içermeyen) tanısı aldığı ve yapılan araştırmalarda başta tüberküloz ile sarkoidoz olmak üzere LAP yapan herhangi bir inflamatuar hastalık saptanmadığı anlaşıldı. Hastanın tedavisiz takibe alındığı görüldü. 2018 yılında polikliniğimize başvuran hastanın çekilen toraks tomografisinde, mediastinal LAP lerde belirgin değişiklik olmadığı ancak sağ hiler bölgede lenf nodlarının kongolomerasyon gösterdiği, sağ akciğer alt lob anterior segmentte kollabs olduğu görüldü. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldığında, sağ ana bronş ve alt lob bronşları dıştan bası ile daralmış, mukozal düzensizlik olduğu görüldü. Alınan biyopsi nörendokrin karsinom (karsinoid tümör ön planda) olarak raporlandı. Hasta Göğüs Cerrahi ile konsülte edilerek operasyon planlandı.

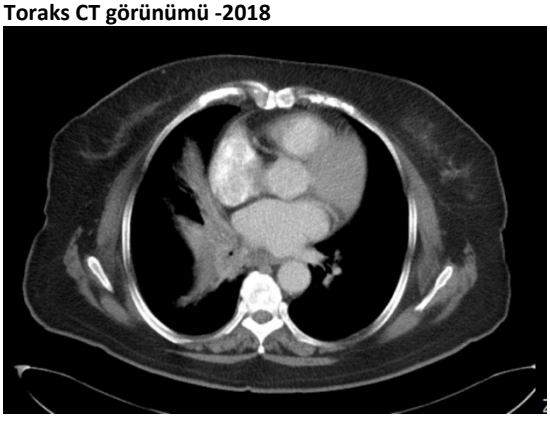
SONUÇ: Neoplastik hastalıklarda granülomatöz inflamasyonun tümöre karşı immünolojik bir yanıt olabileceği belirtilmektedir. Enflamasyon nedeniyle lenf nodlarındaki büyümenin kanser yayılımı kabul edilmesi, aşırı evreleme ve yetersiz tedavilere neden olacaktır. Bu nedenle şüpheli lenf nodları histopatolojik olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz lenfadenit, Mediastinal lenfadenopati, Karsinoid tümör

Toraks CT görünümü -2015



Toraks CT görünümü -2018



EP-017

FARKLI DAVRANIŞ GÖSTEREN BİLATERAL KARSİNOİD TM

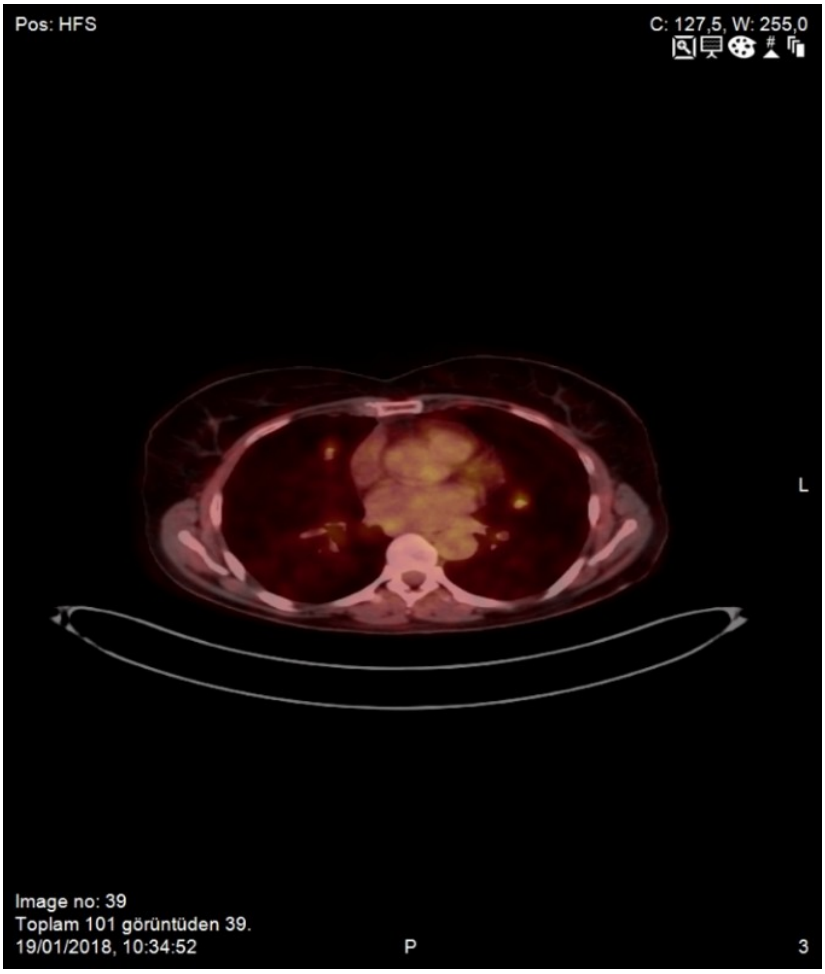
Adil Avcı[1], Galbinur Abdullayev[1], Aykut Eliçora[3], Hüseyin Fatih Sezer[4], Çiğdem Vural[2], Seda Duman Öztürk[2], Salih Topçu[1]
[1]Kocaeli Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD, Kocaeli
[2]Kocaeli Üniversitesi, Patoloji AD, Kocaeli
[3]Bülent Ecevit Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD, Zonguldak
[4]Kastamonu Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Kastamonu

Karsinoid tümörler, epitelyal hücrelerden kaynaklanan akciğerin nöroendokrin tümörleri içerisinde yer alır. Dünya Sağlık Örgütü akciğerin nöroendokrin tümörleri üç ana başlıkta sınıflandırmıştır. Bu sınıflama tümörün diferansiyasyon durumuna göre gruplanmaktadır. Bu gruplar, karsinoid tümör (tipik/atipik), büyük hücreli nöroendokrin karsinom ve küçük hücreli karsinom 'dur. Bu gruplamada mitoz sayısı, histolojik görünüm ve nekroz varlığı kullanılmaktadır.

Bizim sunacağımız vakamızda 64 yaşında bir hemşire hanımın yapılan tetkikleri sonucunda bilateral lezyonu olduğu anlaşılıyor. Sağ orta lobda bulunan lezyonun patoloji sonucu mevcut ve karsinoid tümör olarak yorumlanmış ve fdg Pet-CT de bilateral tutulum mevcut. Hastaya çekilen GA-68 onkolojik Pet de sadece soldaki lezyonda tutulum izlenmektedir. Sol üst loba yapılan TTİİAbx sonucu ise yine karsinoid tm gelmiştir. Hastanın bilateral karsinoid tümörü olmasına rağmen gösterdikleri karakterler farklıdır.

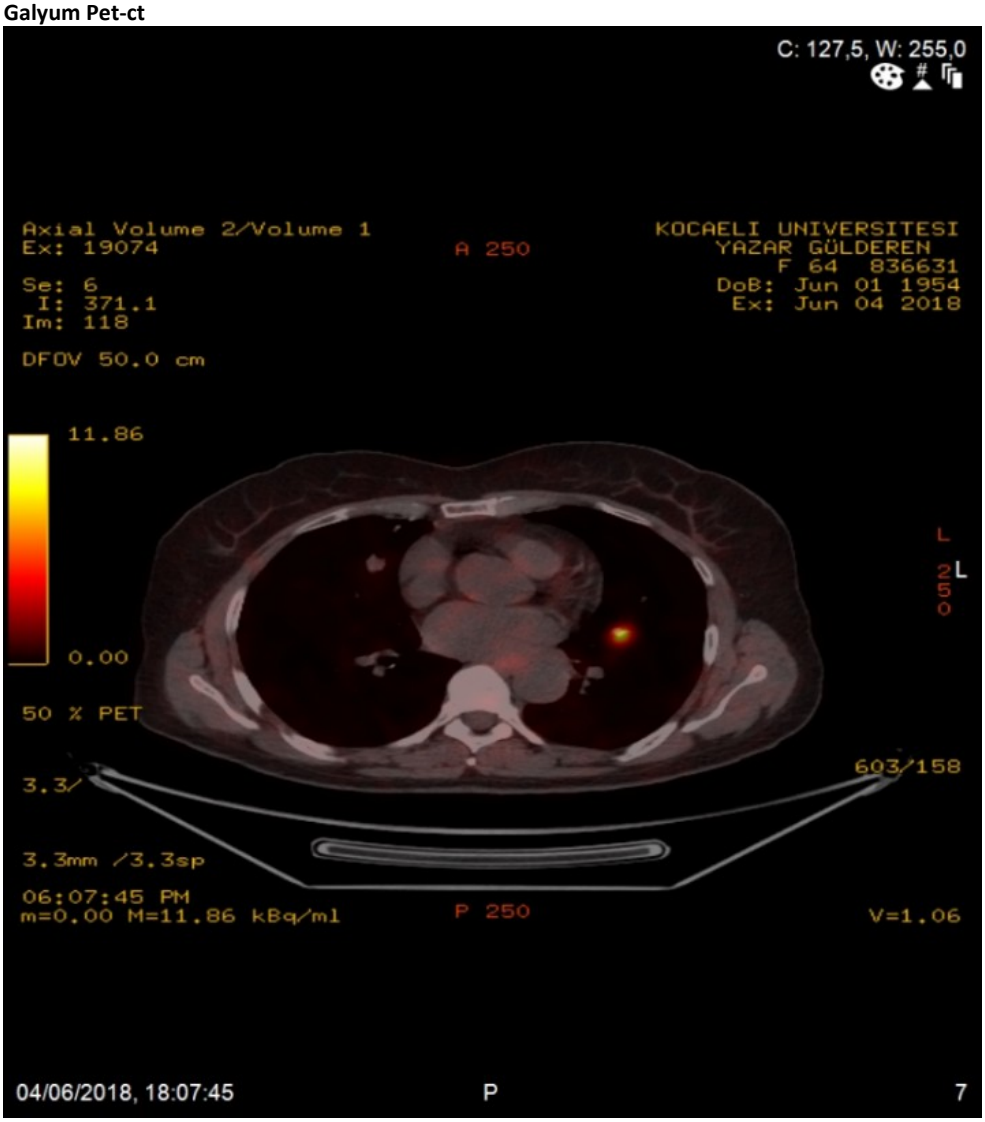
Anahtar Kelimeler: karsinoid, nöroendokrin, tümör

FDG Pet-ct



İlk olarak F-18 FDG Pet çekildi.

Galyum Pet-ct



Ga-68 onkolojik PET

EP-018

AKCİĞER KARSİNOMLARI VE İŞYERİ TARAMASI

Ezgi Çimen Güvenç, Barış Gülmez, Ahmet Üçvet, Özgür Samancılar, Soner Gürsoy
Sbü İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Suam

GİRİŞ: İşyerlerinde yapılan periyodik sağlık taramaları, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. İşçinin o işe uygun olup olmadığının değerlendirilmesi için, işe giriş muayeneleri ile, işe girdikten sonra da, olası bir meslek hastalığının erken tanısı için, 6-12 ay aralıklarla sağlık kontrolleri yapılması yasa ile zorunlu kılınmıştır. Bu çalışmada, akciğer karsinomu nedeniyle opere olan ve işyerinde yapılan periyodik sağlık taramaları sırasında radyopatoloji saptanan hastalarımızı sunmayı amaçladık.

GEREÇLER VE YÖNTEM:Kliniğimizde Ocak 2016-Haziran 2018 arasında akciğer karsinomu nedeniyle opere olan hastalar retrospektif olarak incelendi. Bu hastalardan, akciğer kanseri nedeniyle opere olan, daha önce asemptomatik olup, işyerindeki periyodik sağlık taramaları sonucu araştırılan hastalar çalışmamıza dahil edildi.

BULGULAR: Çalışmaya 19 hasta dahil edildi. Hastaların 17'si (%89,5) erkek ve 2'si (%10,5) kadındı. Yaş ortalaması 48,6 ± 9,8 idi. 13 hastaya torakotomi ile lobektomi, 4 hastaya VATS lobektomi, 2 hastaya toraktomi ile pnömonektomi yapıldı. 8 hasta squamöz cell ca, 11 hasta adeno ca tanısı aldı.

SONUÇ: Akciğer karsinomlarının tedavisinde erken tanı ve cerrahi tedavi sağkalım için önemlidir. Çalışmamızda 19 hastada semptomsuz dönemde tanı konularak, hastalara cerrahi tedavi şansı verilebilmiştir. Bu açıdan bakıldığında, periyodik sağlık taramalarının, insidental akciğer karsinomlarının tanı ve tedavisinde önemli bir yere sahip olduğu kanısına varmaktayız.

Anahtar Kelimeler: işyeri, akciğer karsinomları, erken tanı

EP-019

OLGU SUNUMU: NON-HODGKİN LENFOMADA ENDOBRONŞİYAL TUTULUM

Melis Metin, Betül Cengiz, Neşe Dursunoğlu
Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ: Lenfomalar, bağışıklık sisteminin lenfoid hücrelerinden köken alan malign tümörlerdir. B hücreli, T/NK hücreli ve Hodgkin lenfoma(HL) olarak gruplandırılabilir.Lenfomaların%85-90'ı B hücre kaynaklıdır ve %75'ini non-Hodgkin lenfomalar(NHL),%25'ini Hodgkin lenfomalar(HL) oluşturur. Akciğer parankim tutulumu ve endobronşiyal yayılım nadir görülmektedir.HL'de parankim tutulumu %12, NHL'de %4'tür. Endobronşiyal tutulum,HL'de görece daha sık görülse de NHL'de son derece nadir görülmektedir.

Olgumuz, radyolojik olarak miliyer tüberküloz düşünülen,bronkoskopik endobronşiyal görünümü tüberkülozla uyumlu olan ancak patoloji sonucunda diffüz büyük B-hücreli lenfoma tanısı alan hastadır.

OLGU SUNUMU: 76 yaş erkek hasta,birkaç aydır devam eden öksürük şikayetiyle başvurdu.10 yıldır KOAH tanısı mevcuttu.Ek hastalık olarak Waldenström makroglobulinemisi vardı.2 yıl önce kemoterapi öyküsü olup 2 yıldır tedavisiz hematoloji takibindeydi.Sigara öyküsü 150paket/yıl olarak değerlendirildi.

Fizik muayenede sağ akciğer bazalde ince raller mevcuttu.Solunum sistemi dışında sistem bulguları olağandı.Vital bulgularında; arteriyel tansiyon 120/70mmHg,nabız 80atım/dk,solunum sayısı 18/dk,ateş 36.5derece,oda havasında oksijen saturasyonu%95 saptandı.

Laboratuvar tetkiklerinde; laktat dehidrogenaz(LDH) 264 U/L,eritrosit sedimantasyon hızı(ESH) 68 mm/saat düzeyinde yükseklik saptandı.

PA akciğer grafisinde,sağ alt zonda nonhomojen dansite artışı,bilateral akciğer parankiminde miliyer görünüm izlendi.(şekil-1)

Toraks BT'de;trakea distal kesimde her iki ana bronş içerisine uzanım gösteren ve seviyelenme veren yumuşak doku-sekresyon görünümü,buna ikincil her iki ana bronşta solda daha belirgin olmak üzere daralma görüldü.Alt loblarda daha belirgin,yaygın,miliyer paternde milimetrik parankimal nodüller,tomurcuklanan ağaç görünümleri mevcuttu.(şekil-2)

Öncelikle enfeksiyöz süreçler/sekresyon göz önünde bulundurularak hastaya 500mg/gün levofloksasin tedavisi başlandı.Antibiyotik dozu 7 güne tamamlandı.2 ay sonra çekilen kontrol Toraks BT'de;trakea içerisindeki lezyonun sebat ettiği,parankimal nodüllerde sayı ve boyut artışı olduğu görüldü.Bronkoskopi planlandı.

Bronkoskopide; trakea proksimal kesimden başlayarak tüm bronş sistemine uzanan,mukozadan kabarık düzensiz yerleşimli,farklı boyutlarda yaygın nodüller izlendi.

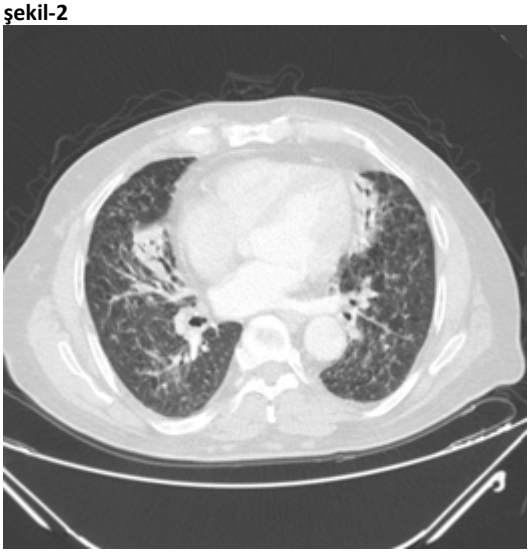
Biyopsi sonucu, diffüz büyük B-hücreli lenfoma olarak raporlandı.Hasta hematolojiye yönlendirilmiş olup halen takip ve tedavisi sürmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Lenfomada,akciğer tutulumları genel olarak mediasten,parankim ve plevra olarak incelenir.NHL'li olgular genellikle bilateral asimetrik mediastinal ve hiler lenfadenopati ile başvururlar.Olgumuzda lenf nodu tutulumu olmaması,tipik bir bulgu olmaması nedeniyle dikkat çekicidir.NHL'nin parankim tutulumu tek veya multiple nodüller olabilir.Nodüller kaviteleşebilir.Hava bronkogramlı konsolidasyon,diffüz retikülonodüler opasiteler görülebilir.Olgumuzda yaygın milimetrik nodüller,atelektazi ve konsolidasyon alanı olarak parankim tutulumu bulunmaktaydı. Hastamızda,radyolojik ve bronkoskopik endobronşiyal görünüm tüberkülozla uyumlu olduğu düşünülmüştür.Ancak,patoloji sonucunda diffüz büyük B-hücreli lenfoma olarak değerlendirilmiştir. Lenfoma tutulumları,farklı biçimlerde görülebileceği akılda tutulması açısından dikkat çekici bir vaka olması nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: endobronşiyal, lenfoma, non-hodgkin

şekil-1

şekil-2



EP-020

GÖĞÜS DUVARINA İNVAZE KİTLE İLE SEYREDEN DİFFÜZ BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMA OLGUSU

Şerife Kaya[1], Nilay Şen Türk[2], Altınışık Göksel[1], Uğurlu Erhan[1]
[1]Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli
[2]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Denizli

Lenfomalar primer torasik neoplazm olmamasına karşın, mediyasten, hilus ve akciğer parankim tutulumu göstermeye eğilimlidir ve torasik yerleşimli lenfomada göğüs duvarı invazyonu %2–5 oranında görülmektedir. Malign lenfoma komşu mediyasteni veya akciğer dokusunu tutmaksızın, izole yumuşak doku kitlesi şeklinde toraks duvarını tutabilir. En yaygın şekli, internal mamarian lenf nodu tutulumu ile beraber ön mediyastenden göğüs duvarına direkt yayılımdır. Lenfomada izole göğüs duvarı tutulumu nadirdir. En sık tutulan bölge ön toraks duvarının pektoral ve subpektoral bölgeleridir.

OLGU: Bir-iki aydır olan sol göğüste ve sol yanda ağrı şikâyeti olan 79 yaşında kadın hasta kliniğimize başvurdu. Bilinen akciğer hastalığı olmayan hastanın multinodüler guatr ve tip 2 diyabeti vardı. Sigara öyküsü ve soygeçmişinde özellik yoktu.

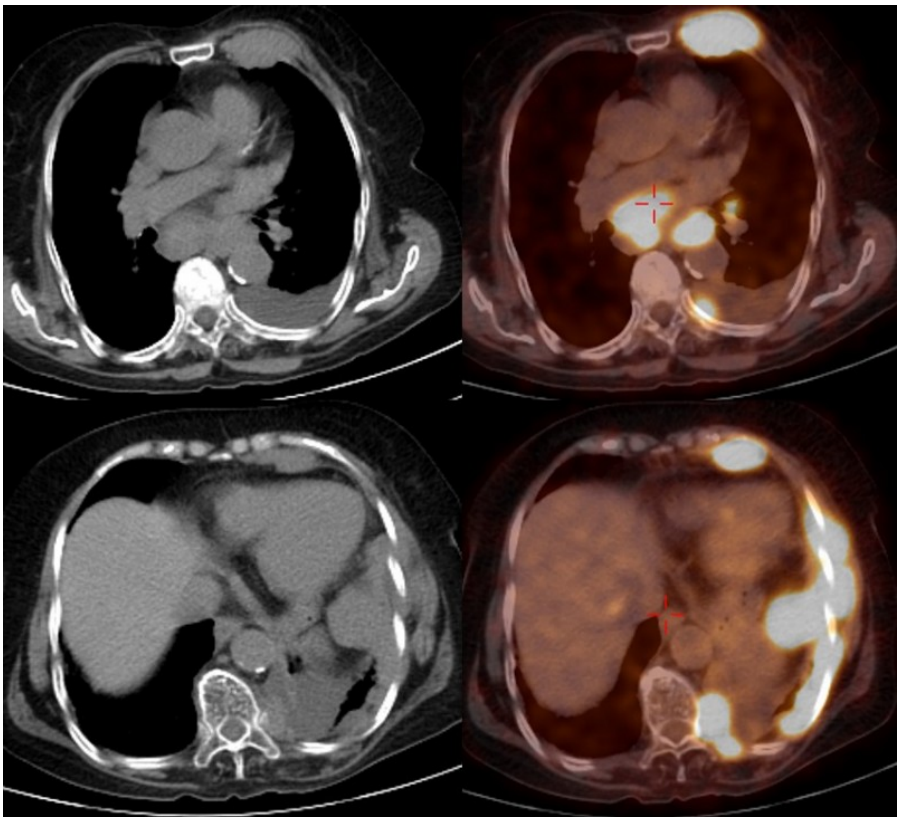
Fizik muayenesi, dinlemekle sağ alt zonda solunum seslerinin azalmış olması dışında olağandı. Vital bulguları normaldi; pulse oksimetre ile oksijen saturasyonu oda havasında %97 ölçüldü.

Ağrısı nedeniyle optimal pozisyonda çekilemeyen Posteroanterior akciğer radyogramında Kardiyotorasik indeks artmıştı; sağ hilus pozisyon nedeni ile değerlendirilemezken sağ orta zonda intratorasik ekstrapulmoner özellikte, periferik, nodüler bir hatta dansite, sol orta zonda heterojen ve sol alt zonda homojen dansite artışları görüldü. Sağ altta hemidiafram sınırı net ayırt edilemedi.

Son 3 ayda kilo kaybı (%10) ve halsizliği de olan hastaya malignensi kuşkusu nedeniyle ileri incelemeler yapıldı. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de sol göğüs ön duvarında ana pulmoner arter hizasında yumuşak doku dansitesi, sol altta plevrada lobülasyon şeklinde görülen nodüler kalınlaşma ve mediastinal yumuşak doku dansiteleri görüldü (Resim 1). PET BT'de sağ hemitoraksta, 2. ve 3. kot komşuluğunda, solda sol meme posterior kesiminde pektoral kası ve interkostal kasları invaze eden ayrıca sol hemitoraks boyunca yaygın, multipl yerleşimli, sınırları birbirinden net ayırt edilemeyen, interkostal alanları, kotları ve çevresindeki yumuşak doku ve kas dokuları invaze eden multipl hipermetabolik lezyon alanlarında yüksek
SUV değerli tutulumlar saptandı (Resim 1).
Tanısal bronkoskopi yapılamadı. BT eşliğinde sol göğüs duvarına invaze kitleden transtorasik trucut biyopsisi yapıldı.
Patolojik tanısı diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak raporlandı (Resim 2).
Sonuçta; lenfomanın göğüs duvarı ve akciğer, plevra tutulumları olabileceğini gösteren bu olgumuzu, özellikle göğüs duvarının seyrek rastlanan bir tutulum olması nedeniyle ayırıcı tanıda akılda bulundurulmasını vurgulayarak sunuyoruz.

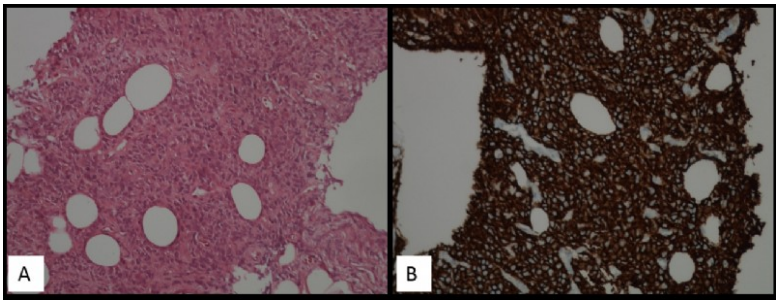
Anahtar Kelimeler: diffüz büyük B hücreli lenfoma, göğüs duvarı, invazyon

resim 1



BT, PET-BT ve FDG görüntüleri: Sol göğüs ön duvarı, mediasten, subkarinal yumuşak doku ve solda plevral nodüler tutulum

resim 2



Fibroadipö dokuda iri neoplatik lenfoid hücrelerin diffüz infltrasyonu (X200, H&E), B. Neoplastik lenfoid hücrelerde CD20 ekspresyonu (X200).

EP-021

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ NEDENİYLE UYGULANAN NEOADJUVAN TEDAVİ PROTOKOLLERİNİN POSTOPERATİF MORTALİTE VE SAĞKALIMA ETKİSİ

Çağrı Cemaller
Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinin (KHDAK) yaklaşık %20'si evre IIIA ve diğer %20'si ise evre IIIB olarak tanı almaktadır. Evre IIIA için ortalama 12 aylık bir sağkalım süresi ve 5 yıllık sağkalımı %15-20 iken, Evre IIIB için ortalama 8 aylık bir sağkalım süresi ve 5 yıllık sağkalımı %0-5 arasında kötü bir prognoz bildirilmektedir. Sınırlı (birden fazla istasyon ve extranodal olmayan) N2 veya T3/T4 hastalığa sahip bu gruplar için neoadjuvan kemoterapi ve/veya radyoterapi sonrası cerrahi tedaviden oluşan multimodaliter tedavi yaklaşımı sağkalımda dramatik iyileşmeler göstermektedir.

Bu çalışmada; Evre IIIA ve IIIB KHDAK teşhisi konmuş ve neoadjuvan tedavi protokollerinden (kemoterapi ve/veya radyoterapi) biriyle tedavi aldıktan sonra opere edilen hastaların cerrahi sonrası morbidite, mortalite ve sağkalımları incelendi.

BULGULAR: Çalışma zamanında KHDAK sebebiyle neoadjuvan kemoterapi, kemoradyoterapi ve radyoterapi sonrasında cerrahi tedavi uygulanan 48 hasta incelendi. Çalışmaya dahil edilen 48 hastanın yaş ortalaması 56,25±6,54 (42-72) ve cinsiyet dağılımı 7 kadın, 41 erkek hasta şeklindedir. Hastalar 7. TNM'ye göre evrelendirilmiş olup hastaların neoadjuvan öncesi 12 tanesi T2, 29 tanesi T3 ve 7 tanesi T4 evresinde idi. Neoadjuvan sonrası cerrahi tedavi uygulanan hastalar patolojik evrelemesine göre 22 tanesi T0, 10 tanesi T1, 5 tanesi T2, 11 tanesi T3 evresinde oldukları tespit edildi. cT ve pT skorlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Hastaların neoadjuvan öncesinde 18 tanesi N0 ve 30 tanesi N2 evresindeyken neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi uygulanan hastaların 39 tanesi N0, 3 tanesi N1 ve 6 tanesi N2 idi. cN ve pN skorlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Çalışmamızda ortalama yaşam süresi 60,26 ay, 5 yıllık sağkalım %69,2 olarak saptanmıştır. Histopatojinin "adenokarsinom" olması ölüm olasılığını 10,1 kat arttırmaktadır ve bu da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,026$).

SONUÇ ve TARTIŞMA: Neoadjuvan KRT ve neoadjuvan KT tedavi protokollerinin sağkalım açısından birbirine üstünlüğü tespit edilmemiştir. Evre III KHDAK hastalarına uygulanan neoadjuvan tedavi protokolleri sayesinde lokal kontrol, tümör downstaging sağlanıp hastalık cerrahi tedaviye uygun hale gelebilmektedir ve bu multimodaliter tedavi yaklaşımı sayesinde sağkalımda olumlu değişimler sağlanabilmektedir.

Rezeksiyon yapılırken olabilecek en daraltılmış anatomik rezeksiyon tercih edilmelidir. Fakat pnömonektomi gerektiren vakalarda da cerrahi tedavinin içinde bulunduğu multimodaliter tedavi yaklaşımı ile sağkalıma katkı sağlanabilmektedir..

Anahtar Kelimeler: Neoadjuvan Tedavi, Akciğer Kanseri, Sağkalım

EP-022

BRONKOSKOPİ SONUCU AKCİĞER KANSERİ VE TÜBERKÜLOZ TANISI KONULAN OLGU

Osman Yakşi, Emine Özsarı, Mehmet Ünal, Hacı Ali Kılıçgün
Bolu Abant İzzet Baysal Ünv. Tıp Fakültesi

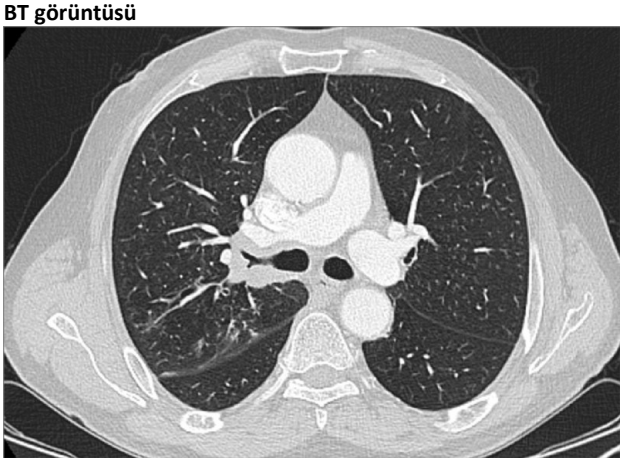
GİRİŞ: Akciğer kanseri akciğerin kronik hastalıkları ile birlikte sık görülmekte ve nadiren aktif tüberküloz ile birlikte görülebilmekte. Tüberküloz kliniği ve radyolojik görünümü akciğer kanseri bulgularını maskeleyebilir, buna bağlı tümör tanısı konulmasında gecikmeye neden olabilir. Tüberköloz daha çok skuamoz hücreli kanser tipi ile birlikte görülmekle birlikte akciğerin diğer maling tümörleri ile birlikte de görülebilir. Akciğer kanseri ve tüberküloz birlikteliğinde tedavi algoritması net olmamakla birlikte tümöre yönelik tedavinin ilk plana alınması genelde tercih edilir. Biz bu olgumuzda sağ ana bronşta kitlesi olan hastaya tanı amaçlı yapılan bronkoskopi sonucu tümör ve tbc tanısı konulan hastayı sunduk.

OLGU: 68 yaşında erkek hasta. Öksürük etyoloji araştırma amacıyla çekilen toraks bt de sağ ana bronş distalinden başlayıp üst lob bronşunu saran en geniş yerinde 27 mm lik kalınlığa ulaşan kitle imajı izlendi. Hastaya tanı amaçlı yapıla bronkoskopik biyopsi de skuamoz hücreli karsinom tanısı konulmuş. Aynı seansta yapılan lavaj kültüründe mikobakteri üremesi olmuş. Hastaya başlanılan 3 haftalık tüberküloz tedavisi sonrası primer tümöre yönelik tedavi başlandı.

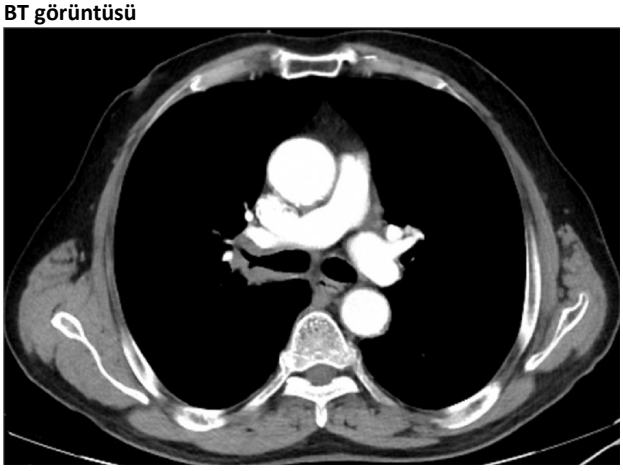
Tartışama: Tüberköloz hastalarında parankimde gelişen metaplazi sonrası akciğer kanseri gelişebileceği yada akciğer kanserinde gelişen immün sistem zayıflamasına bağlı tümör gelişebileceği unutulmamalı. Hastalarda genelde tümöre yönelik tedavinin ilk plana alınıp tedavilerinin multidisipliner bir hastanede yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer ca, Tüberküloz, Bronkoskopi

BT görüntüsü



BT görüntüsü



EP-023

NADİR BİR OLGU: EKTOPİK TİROİD DOKUSUNDA TİPİK KARSİNOİD TÜMÖR

Abdurrahman Yılmaz, Cansel Atinkaya, Murat Kavas, İrfan Yalçınkaya, Sibel Boğa, Ayçim Şen
sağlık bilimleri üniversitesi süreyyapaşa göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi

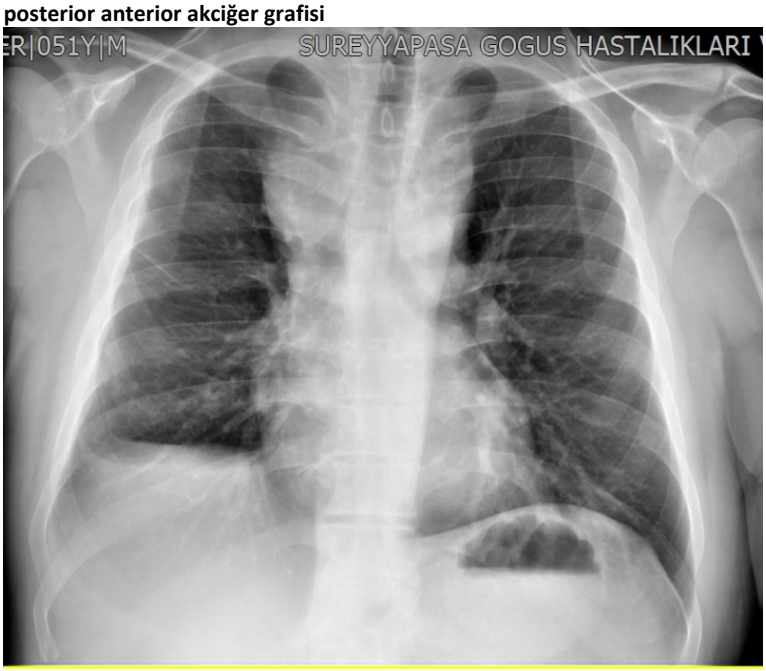
GİRİŞ: Primer mediastinal ektopik guatr, guatrlı olguların %1'den daha azında rastlanan oldukça nadir görülen bir durumdur. Diffüz veya nodüler büyümesi sonucu çevre organlara bası yaparak venöz obstrüksiyon, trakea basısına bağlı öksürük, nefes darlığı gibi klinik semptomlara neden olabilmektedir. Ayrıca ektopik tiroid dokusundan kanser de gelişebilmektedir. Bu olguda son derece nadir bir durum olan ktopik troid dokusundan gelişen maligniteli bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: 51 yaşında erkek hasta hastanemize öksürük ve nefes darlığı şikayetiyle merkezimize başvurdu yapılan fizik muayenesinde solunum sesleri doğal idi. Çekilen pa akciğer grafisinde üst mediastende genişlemiş olarak görüldü. Sol hilus dolgun görünümde sağ hilus aşağıya doğru yer değiştirmişti. dış merkezde çekilen toraks BT de ön mediastende kitlesel lezyon görüldü. hastaya mediastinoskopi planlandı. hastaya yapılan mediastinoskopide alınan insizyonel biyopside ektopik troid dokusunda tipik karsinoid tümor nodülü ve diğer lenf bezi biyopsisinde fibroadipoz bağ doku içinde nöroendokrin neoplastik hücre infiltrasyonu tespit edildi.

SONUÇ: Mediastinal ektopik guatr nadir gözlenen bir durumdur. Ektopik tiroid dokusundan malignite nadiren gelişebilmektedir. literatür taramasında ektopik troid dokusundan karsinoid tümor gelişimi ile son derece nadir bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: mediastinal kitle, ektopik guatr, karsinoid tümör

posterior anterior akciğer grafisi



üst mediastende paratrakeal alanda genişlemeye neden olan kitlesel lezyon

EP-024

ENDOBRONŞİYAL TİMOMA

İclal Hocanlı, Abdullah Emre Nayman, Şerif Kurtuluş, Zafer Hasan Ali Sak, Mahmut Ülger
Harran Üniversitesi,Göğüs hastalıkları Ana Bilim Dalı,Şanlıurfa

Nefes darlığı şikayeti ile polikliniğe başvuran yirmialtı yaşındaki kadın hastanın fizik muayenesinde; sağ akciğerde solunum sesleri hiç alınmadı, perküsyonda aynı tarafta matite mevcuttu. Hastaya çekilen posteroanterior akciğer grafide sağda total opasite,trakeanın sağa deviasyonu mevcuttu (Şekil 1). Akciğer malignite ve/veya atelelektazi ön tanılarıyla hastaya kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi (bt) çekildi. Sağ akciğerde 70x65 mm boyutunda mediasten ve kalp arasındaki yağ planını silen, heterojen kontrastlanan hipodens alanlar içeren ve sağ ana bronş dallarını oblitere eden, pulmoner arteri basılayan ktlesel lezyon mevcuttu (Şekil 2). Hastaya fiberoptik bronkoskopi uygulandı.Sağ ana bronşu total tıkayan endobronşiyal lezyon olması nedeniyle göğüs cerrahi ile birlikte hastaya rijit bronkoskopi kararı alındı. Rijit bronkoskopi ile sağ ana bronşu tıkayan lezyon forceps yardımıyla tama yakın rezeke edildi. Sağ akciğer orta ve alt lob açık ancak üst lob tıkalı idi. Patolojiye gönderilen biyopsi materyali, timoma olarak yorumlandı. Timomalar, timus bezinin glanduler epitelinden köken alan ve erişkinlerde anterior mediastende bulunan en yaygın primer neoplazmdır. Boyundan diyaframa kadar herhangi bir lokalizasyonda olabilirler. Başlıcaları; boyun, trakea, tiroid, kalp, perikard, akciğer ve plevradır. Nadiren akciğer periferinde veya hilusunda intrapulmoner olarak ektopik timomalar bulunabilir. Primer olarak pulmoner yerleşim gösteren olgu sayısı çok azdır. Postero-anterior çekilen akciğer grafisi ile timik kitleler saptanabilir, kalp ve büyük damarlar ile silüet gösteren bir kitle şeklinde görülebilir. Bilgisayarlı tomografi teşhise yardımcı olur. Radyolojik olarak intrapulmoner yerleşim gösteren timomalar akciğer kanseri izlenimi verebilir. Hastalardaki semptomlar primer lezyona, lokalizasyonuna, komşu organlara bası, invazyon ve endokrin sisteme ait yan etkilerine bağlı farklılıklar göstermekle birlikte hastaların yaklaşık 2/3 ünde çoğunlukla solunum sistemi ile ilgili semptomlar olup, en çok izlenen semptomlar göğüs ağrısı, öksürük ve nefes darlığıdır. Olguyu; literatürlerde ilk endobronşiyal timoma olma özelliği nedeni ile sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal, İntrapulmoner, Mediasten, Nefes Darlığı, Timoma

Şekil 1:posteroanterior göğüs grafisi

Şekil 2: Toraks bt

EP-025

BENİGN METASTAZ YAPAN LEİOMİYOM

Celal Satıcı, Mustafa Asım Demirkol, Gizem Köybaşı, Burcu Arpınar Yiğitbaş, Özkan Saydam, Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar, Nihat Karabulut
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Benign metastaz yapan leiomyom(BML), uterin leiomyom öyküsü olan hastalarda ortaya çıkan ekstrauterin yerleşimli ve metastazı en sık akciğerlerde görülen neoplazmdır. Oldukça nadir görülmektedir. 1939 dan beri literatürde toplam 100 kadar olgu tanımlanmıştır.

OLGU: 45 yaşında total abdominal histerektomi öyküsü olan kadın hasta, şiddetli nonproduktif öksürük şikayetiyle hastanemize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde sağ akciğerde iki adet pet pozitif nodül görüldü. Hastanın bronkoskopisinde endobronşial lezyon görülmedi. Ön tanı olarak BML düşünülen hasta göğüs cerrahisi tarafından opere edildi. Patolojik tanısı multipl benign hücresel metastatik leiomiyom ile uyumlu geldi.

Bu olgumuzda, çok nadir bir antite olmasına rağmen miyomektomi anamnezi olan özellikle reprodüktif çağdaki kadın hastalarda akciğerlerde nodüler lezyon tespit edildiğinde BML'nin de akılda tutulması gerektiğini, tanı ve tedavi amaçlı ilk planda cerrahinin düşünülmesi gerektiğini belirtmek istedik.

Anahtar Kelimeler: leiomiyom, histerektomi, metastaz

şekil 1

EP-026

PULMONER KONSOLİDASYON AYIRICI TANISINDA LEPİDİK PATERNLİ ADENOKARSİNOM: İKİ OLGU NEDENİYLE

Mahşuk Taylan, Cengizhan Sezgi, Melike Demir, Süreyya Yılmaz, Abdurrahman Şenyiğit
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

Pulmoner konsolidasyon; pnömoni, tüberküloz, kardiyojenik veya non kardiyojenik akciğer ödemi, BOOP, eozinofilik pnömoni, alveoler proteinozis gibi birçok nedenlerle oluşur.

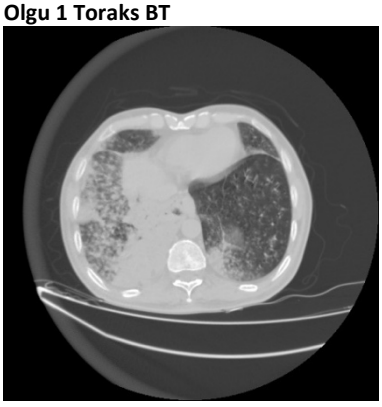
Nadir görülmesi ve pulmoner konsolidasyonun ayırıcı tanısında önemli bir yer tutması nedeniyle bu sunumda lepidik paternli adenokanrsinom tanısı konan iki olgu tartışıldı.

Olgu 1. Altmış dört(64) yaşında erkek hasta, üç aydan beri olan öksürük, sağ göğüs ağrısı ve halsizlik şikayetleriyle yatırıldı. Hikayesinde pnömoni öntanısıyla 2 aydır antibiyoterapi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde sağ hemitoraks bazalinde ral vardı. Akciğer grafisinde sağda daha yoğun olmak üzere bilateral orta ve alt zonlarda hava bronkogramları içeren konsolide infiltrasyonlar, Toraks BT tetkikinde bilateral alt lob posterior ve sağ alt lob lateral segmetlerde konsolidasyon ve nodüler infiltrasyon alanları görüldü (Resim 1). Kronik tablo, antibiyoterapiye yanıtsızlık, ARB yaymalarının negatif gelmesi nedeniyle pnömoni ve tb tanıları öncelikli olarak düşünülmedi. Kardiyovasküler muayene bulguları ve ekokardiyografinin normal olması nedeniyle akciğer ödeminden uzaklaşıldı. Bronkoskopisinde endobronşiyal lezyon görülmedi. Sağ alt lob bronkoalveoler lavaj ARB yaymaları negatif geldi, alveoler proteinozis ve eosinofilik pnömoni dışlandı. Transbronşiyal biyopsi histopatolojisi Lepidik patern invaziv adenokarsinom geldi.

Olgu 2. Yetmiş dört (74) yaşında kadın hasta, 2 aydır halsizlik, öksürük ve balgam şikayetleriyle pnömoni, boop ön tanılarıyla yatırıldı. Radyolojik tetkiklerinde (Resim 2) bilateral bazal anterior segmentlerde buzlu camın da eşlik ettiği konsolidasyon saptandı. Bronkoskopik TBB histopatolojisi Lepidik paternli invaziv adenokarsinom olarak geldi. SONUÇ: Tedaviye yanıt vermeyen pnömoni veya akciğerlerde uzun süreli devam eden konsolidasyon ların ayırıcı tanısında lepidik yayılımlı adenokarsinom gözardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner konsolidasyon, histopatoloji, lepidik patern adenokarsinom

Olgu 1 Toraks BT



Bilateral alt lob posterior ve sağ alt lob lateral segmetlerde konsolidasyon ve nodüler infiltrasyon alanları

Olgu 2 Toraks BT

Bilateral anterobazal segmentlerde buzlu camın da eşlik ettiği konsolidasyon alanları

EP-027

SOLİTER PULMONER NODÜL AYIRICI TANISINDA ARTERİYOVENÖZ MALFORMASYONLAR: DÖRT OLGU

Cengizhan Sezgi, Mahşuk Taylan, Süreyya Yılmaz, Hatice Selimoğlu Şen, Melike Demir
Dicle Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

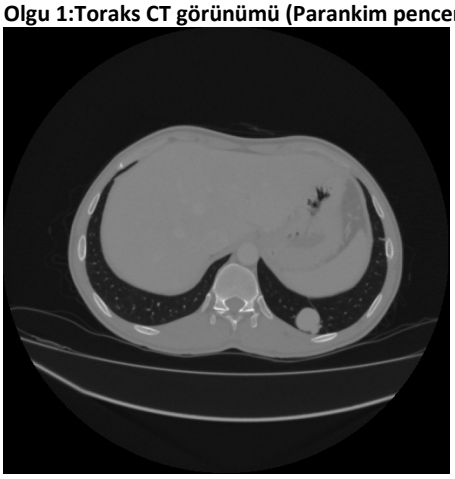
GİRİŞ: Pulmoner arteriyovenöz malformasyonlar (PAVM) anormal kapiller gelişiminden kaynaklanan, pulmoner arter ile pulmoner venler arasındaki direkt bağlantılardır. Lezyonlar genellikle radyolojik olarak 1-5 cm çapında, yuvarlak veya oval kitle/nodül opasitesi şeklinde görülürler. Bu olgu sunumunda soliter pulmoner nodül ön tanısı ile ileri tetkik yapılan ve PAVM tanısı alan dört olgu sunulmuştur.

OLGU: 41-53 yaş arasında, preoperatif değerlendirme ya da raslantısal çekilen filmlerde soliter pulmoner nodül imajı görülen dört hasta ayrı ayrı değerlendirildi. Çekilen toraks tomografilerinde iki olguda sol alt lob posterior, birinde orta lob birinde ise sol üst lob anteriorda lokalize oldukları görüldü. Lezyonlardan üçü yuvarlak ya da oval, biri ise birleşmiş damar yapıları şeklindeydi. İki olgunun tanısı oluşturulan rekonstrüktif görüntü ile, birisi dinamik tomografi ile, diğeri ise manyetik rezonans anjiyografi ile kesin tanı aldı. Olgulardan sadece birine bronkoskopi yapıldı ve endobronşial lezyon görülmedi. Bir hastada yapılan PET-CT de tutulum belirgin düşüktü (SUV max 2,1)

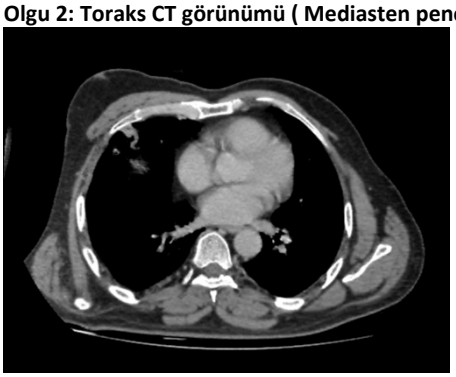
SONUÇ: Soliter pulmoner nodül ayırıcı tanısında, AVM ler dikkat edilmesi gereken beningn lezyonlardır. Oval ya da yuvarlak olan, ileri radyolojik tetkiklerle damar yapılarıyla ilişkisi gösterilen olgularda bu tanı düşünülmeli, agresif cerrahi işlemlerden kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Solite pulmoner nodül, Arteriyovenöz malformasyonlar, akciğer kanseri

Olgu 1:Toraks CT görünümü (Parankim penceresi)



Olgu 2: Toraks CT görünümü (Mediasten penceresi)



EP-028

MEDİASTİNAL LENF BEZİ BÜYÜMESİ AKCİĞER KANSERİ PROGRESYONU MU TÜBERKÜLOZ LENFADENİTİ Mİ?

Esma Yılmaz, Bahar Kurt, Melek Cihanbeylerden, Çise Tüccar
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

GİRİŞ

Tüberküloz(Tb), Mycobacterium Tuberculosis mikobakteriler tarafından oluşturulan, kronik kazeifiye nekrotizan granülomatöz bir enfeksiyon hastalığıdır.Tb basili ile karşılaşan konakçıda basile karşı oluşan hücresel immünite ve gecikmiş tipte aşırı duyarlılık reaksiyonları patogenezin esasını oluşturur.Tb en sık akciğeri tutsa da, tüm tb olgularının yaklaşık %15-25 akciğer dışı tüberkülozdur.Tb lenfadenit, ekstrapulmoner tüberkülozun en sık görülenleri arasındadır.İzole periferal tb lenfadenopati genellikle primer tb enfeksiyonu sırasında hematojen tutulan bir bölgedeki hastalığın reaktivasyonundan kaynaklanır. Burada akciğer malignitesi nedeniyle kemoterapi alan bir hastada,immunsupresyon nedeniyle geliştiği düşünülen lenf nodu tb olgusu sunuldu.

VAKA

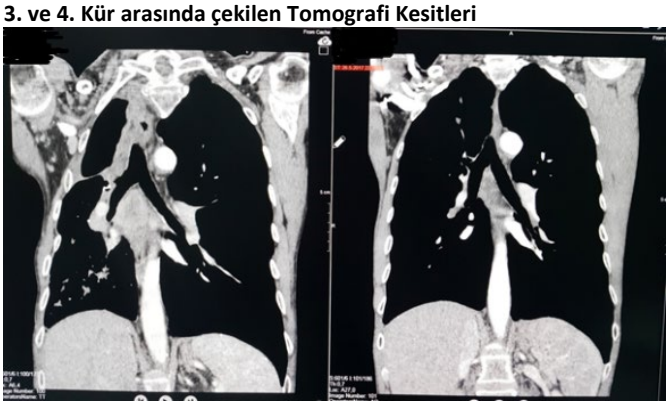
Bilinen ek hastalık ve ilaç kullanımı olmayan, 40 paket-yıl sigara kullanan 53 yaşındaerkek hasta; Nefes darlığı, göğüs ağrısı şikayetiyle başvuruyor çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde (Toraks BT); sağ akc üst lob posterior segmentte 43*35 mm boyutlu spiküle konturlu kitlesel lezyon ve subkarinal 15 mm lenf nodu saptandı. Transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsi(TTİİABx) sonucu adenokarsinom ile uyumlu geldi Evre 2A olarak evrelendirilen hastaya video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) sağ üst lobektomi+lenf nodu diseksiyonu ve total dekortikasyon yapıldı. Yaklaşık 9 ay sonra progresyon düşünülerek çekilen PET/BT de Evre 4B ye progrese olan hastaya KT başlandı. Mediastende büyüğü subkarinal alanda 37*31 mm, %100 boyut artışı saptandı. Hastada halsizlik, gece terlemesi, iştahsızlık, efor dispnesi şikayetleri mevcuttu. Hasta kaşektik görünümde idi BCG skarı yoktu. Balgam asidorezistan basil(ARB) 3 kez negatifdi. Tb, nonspesifik enfeksiyon, malignitede progresyon ön tanıları ile endobronşial ultrasonografi (EBUS) yapıldı. Subkarinal lenf nodundan biyopsisinde tb polimeraz zincir reaksiyonu(PCR) pozitif gelmesi üzerine hastaya dörtlü antitüberküloz tedavi başlandı. Hastamız şu an dörtlü antitb tedavi altında takip edilmektedir.

SONUÇ

Ülkemiz tb açısından endemik olduğu için; hücresel immuniteyi baskılayan kemoterapi, diabetes mellitus, uzun süreli steroid kullanımı, malnutrisyon, HIV/AIDS, silikozis, sigara, Anti- TNF-Alfa ilaç kullanımı, diğer immunsupresif ilaçların kullanımı gibi durumlarda enfeksiyonların ayırıcı tanısında tb mutlaka akılda bulundurulmalı, gerekli tanı-tedavi yöntemleri uygulanmalıdır.

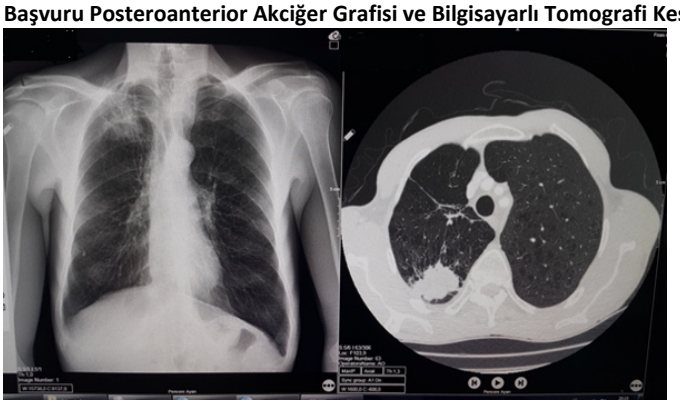
Anahtar Kelimeler: Akciğer, kanser, mediastinal, lenf, lenfadenit, tüberküloz

3. ve 4. Kür arasında çekilen Tomografi Kesitleri



Hastanın 3. ve 4. kür arasında çekilen bilgisayarlı tomografi kesitlerinde subkarinal lenf nodunda büyüme dikkat çekmektedir.

Başvuru Posteroanterior Akciğer Grafisi ve Bilgisayarlı Tomografi Kesiti



Hastanın ilk başvuru anında çekilen akciğer grafisi ve tomografi kesiti.

EP-029

MULTİPL KİSTİK METASTAZLA SEYREDEN BÜYÜK HÜCRELİ NÖROENDOKRİN KARSİNOMA OLGUSU

Erdal Tatlıdil, Dilek Ernam, Makbule Özlem Akbay, Ülkü Aka Aktürk
Süreyyapaşa göğüs hastalıkları ve cerrahisi eğitim araştırma hastanesi

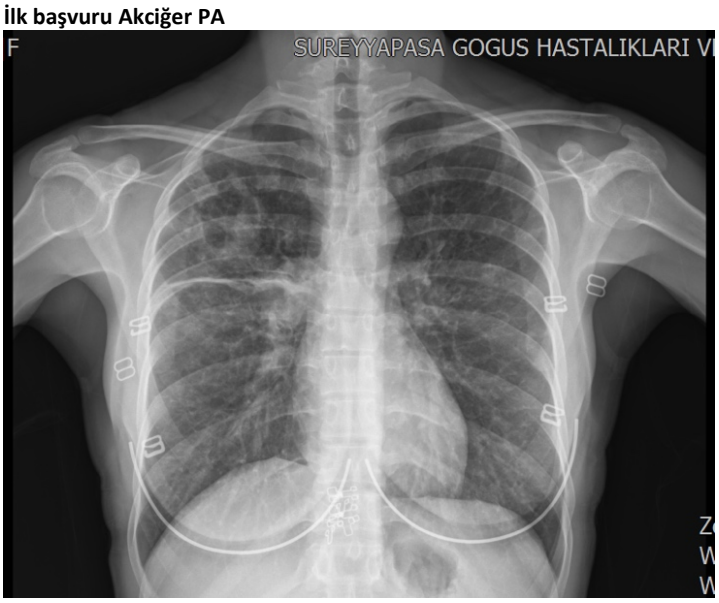
GİRİŞ
Büyük hücreli nöroendokrin karsinomu (BHNEK), nadir görülen, nöroendokrin kanserlerin yüksek gradeli bir türüdür. Tüm akciğer kanserleri içerisinde %3-4 olarak görülür. Genellikle erkek cinsiyet, ağır tütün kullanımı ve ileri yaşla ilişkili olup sıklıkla periferik tutulum gösterirler. Klinik ve prognoz açısından küçük hücreli akciğer karsinomuna benzediğinden erken evrede tespit edilse dahi cerrahi yeterli olmayıp adjuvan kemoterapi önerilmektedir. Alışılmışın dışında özellikte bir hastada görülmesi ve literatürde örneğine rastlamadığımız şekilde kistik metastaz yapması nedeniyle olgumuzu sunuyoruz.

OLGU
33 yaşında kadın hasta, ev hanımı olup 2 aydır olan halsizlik, ara sıra hemoptizi ve göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran hastanın çekilen PA Akciğer grafisinde sağ üst zonda kaviter lezyon, sağ hiler bölgede dolgunluk, sağ üst-orta zon sınırında lineer atelektazi ve bilateral her iki akciğerde retikülonodüler dansite artışı tespit edildi. Hasta aktif içici olup sigara öyküsü 20 p/yıl idi. Soygeçmişinde amca ve babada Akciğer ca nedeniyle exitus öyküsü mevcuttu. Tüberküloz ön tanısıyla istenen 2 balgam ARB menfi gelmesi üzerine kontrastlı bilgisayarlı toraks tomografi istendi.Tomografide sağ üst zonda iç cidarı düzensiz yaklaşık 5x5 cm büyüklüğünde kaviter lezyon, sağ hilusta sağ ana bronşu saran 4,6x4cm büyüklüğünde kitlesel lezyon ve bilateral bazallerin nispeten korunduğu multipl ince ve kalın duvarlı-kistik lezyonlar mevcuttu. Hasta tbc, malignite, vaskülit, eozinofilik granülom vb hastalıklar açısından incelemeye alındı. İstenen ANCA ve TİT menfi geldi, vaskülit bulgusu saptanmadı. FOB planlandı; sağ sistem üst lob ayrım karinasına oturmuş endobronşiyal lezyon görüldü, biyopsi ve lavaj örnekleri alındı. Bronş lavaj ARB menfi geldi. Patoloji sonucu yüksek dereceli büyük hücreli nöroendokrin karsinom olarak raporlandı. PET-BT istenen hastanın kistik lezyonlarında da anlamlı düzeyde FDG tutulumu olması üzerine bunun kistik metastaz yapan büyük hücreli nöroendokrin karsinomu olduğu düşünüldü. Kistik metastazların bilateral olması üzerine evre-4 Akciğer ca kabul edilip takip ve tedavisinin devamı için onkoloji polikliniğine yönlendirildi.

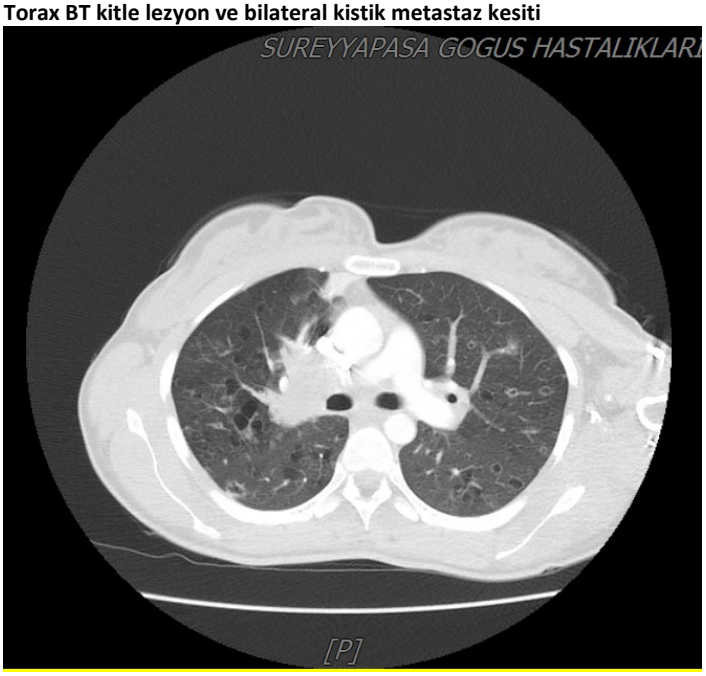
SONUÇ
Genellikle ileri yaş erkek hastalarda, periferik tutulum ile seyreden BHNEK'lar gençlerde ve kadın hastalarda da görülebilmektedir. Nadir görülmesi nedeniyle hakkında yeterince çalışma yapılamamış ve tedavisi için net bir görüş birliğine varılamamış olan BHNEK'nın kistik metastazlar yapabileceğine dikkat çekip, kistik hastalık ayırıcı tanısı yapılırken nadir görülen malignitelerin de göz önünde bulundurulmasını öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: kistik, metastaz, nöroendokrin, karsinoma

İlk başvuru Akciğer PA



Torax BT kitle lezyon ve bilateral kistik metastaz kesiti



EP-030

İNQUİNAL BÖLGE METASTAZI YAPMIŞ MALİGN MELANOMA OLGUSU

Yusuf Başer
yusuf başer

Malign mezotelyoma plevradan kaynaklanan öldürücü bir hastalıktır. Hastalığın seyri sırasında lenf bezi metastazı oldukça seyrektir. Burada hastalığın bir döneminde, sol inquial bölgede kitle saptanmış, eksize edilmiş bir olgu sunulmaktadır. Malign mezotelyoma gibi hızlı ilerleyen ve mortal seyreden hastalıklarla mücadelede erken tanı ve tedavinin önemi büyüktür. Plevral kalınlaşma ile İnguainal lenfadenopatiler saptandığında çok seyrek olmakla birlikte malign mezotelyomada hatırlanmalıdır.

Benzer şekilde hastalığın ilerlemesi sonucu ölen olguların otopsilerinde aksiller ve supraklavikuler lenf bezi metastazlarına rastlanmaktadır. 4 Literatürde sadece bir olguda MM'nın milier yayılımı bildirilmektedir. 5 MM'nin ileri evrelerinde ise mediastinal ve servikal lenf nodu metastazına rastlanabilmektedir. R. S, erkek hasta, 50 yaşında, 5 aydır Nefes darlığı ve sağ yan ağrısı şikayetii olan hasta Cisplatin –pemetrexed 'li 6 kür kemoterapi planlandı ve uygulandı. Tedavi bitimi pet- ct ile değerlendirme de tam yanıt elde edildiği görüldü.Takipleri devam ederken 03/02/2016 da USG de sool inquinal 42z 27 mm LAP? Kitle? Tespit edildi.

17/02/2016 tarihli sol inquinal bölge eksizyonu sonucu: Malign Mezotelyoma Eptelo,d tip, Anhjolenfatik invazyon (-), Periferik sinir invazyonu (-), Nekroz: %5 pozitif, İHK: Neoplastik hücrelrde kalretinin (+), HBME -1 (+), CK 5/6 (+), WT-1(-), MOC-1(-), BerEp4 (-), S100(-) 29/03/2016 PET- CT de diafragma altı pelvise kadar uzanan tüm pertionela bolşkukta masif effüzyon ve nodüller ile kitleler tespit edildi.hastaya tekrar aynı a ajanla kemoterapi planlandı ve 6 kür olarak uygulandı.

Tedavi bitimi yine PET-CT ile yapılan değerlendirmede sol supraklavikuler fossada LAP, sağ alt posterior diafragmada, mediastinal bilaterl LAP lar, paraaortik LAP ve infradiafragmatik tutulum tespit edildi, Hasta 30/08/2016 da exitus olmuştur. Hasta toplam 26 ay yaşamıştır. Asbest ve erionit'in inhalasyonla alınmasına bağlı olarak MM sıklıkla plevrada görülür. En sık semptomlar nefes darlığı ve göğüs ağrısıdır.[1,6] Nefes darlığı, erken evrede masif efüzyona bağlı iken ileri evrede tümörün akciğeri sarması ve parankim invazyonuna bağlıdır.[1] Hastalarda semptom başlangıcından ilk başvuruya kadar geçen süre birkaç hafta ile birkaç ay arasında değişmekle birlikte ortalama üç aydır.[1]

Epiteliyal tip, tüm MM'lerin %50-60'nı oluşturur.

Malign mezotelyomada; erkek cinsiyet, 75 yaş üzerinde olmak, sigara içme öyküsü, ileri evrede konulan tanı, KPS <70, trombositoz, lökositoz ve serum LDH düzeyinin 500 U/L'nin üzerinde olması, kötü prognoz göstergesi olarak bildirilmiştir.[1]

Anahtar Kelimeler: mezotelyoma, inquinal bölge,

EP-032

MULTİPLE AKCİĞER LEZYONLARI İLE BAŞVURAN PRİMER TÜKRÜK BEZİ ADENOİD KİSTİK KARSİNOM OLGUSU

Reyhan Yıldız, Meltem Ağca, Tülin Sevim
SBÜ, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Adenoid kistik karsinom (ACC) tükürük bezi karsinomlarının yaklaşık %15 -25' ini oluşturmaktadır. Tipik olarak ACC yavaş büyüyen tümörlerdir. En çok metastaz yaptığı organlar; akciğer, kemik ve yumuşak dokulardır. Akciğerin primer adenoid kistik karsinomu ise oldukça nadir görülmekte olup primer akciğer tümörlerinin yaklaşık %0,1-1,0 'ini oluşturur.

OLGU: Elli yaşında erkek hasta nefes darlığı, öksürük, kanlı balgam ve kilo kaybı ile başvurdu. Bilinen hipertansiyon dışında sistemik hastalığı olmayan hastanın 50 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Şikayetleri son 1 aydır olup 20 kilo kaybetmişti. Solunum sesleri bilateral doğal olup submandibular hareketli ele gelen şişliği mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral yaygın irili ufaklı,düzenli sınırlı lezyonlar saptandı (Resim 1). Akciğerin bilgisayarlı tomografisinde en büyüğü sağ alt lobda 46x47 mm olmak üzere çok sayıda metastatik nodül ve kitle görünümü, mediastende en büyüğü 16 mm olan lenfadenopatiler mevcuttu (Resim 2). Sağ alt lobdaki büyük kitlenin transtorakal biyopsisi tükrük bezinin primer adenoid kistik karsinomu (primer? metastaz?) olarak rapor edildi. PET-BT'sinde ağız tabanı sol lateralinde yaklaşık 30x15 mm boyutlarında, lobule kontürlü hipodens lezyon (SUDmaks: 8,1), sol submandibuler hipermetabolik lenfadenopatiler, her iki akciğerde metastaz lehine değerlendirilen lezyonlar ve diğer alanlarda da yaygın metastatik tutulumlar saptandı. Onkoloji birimine yönlendirilen hastanın submandibüler yoğun fdg tutulumu gösteren gland eksizyonu solid, yüksek gradeli adenoid kistik karsinom olarak raporlandı. Başvurduğu birim tarafından ağız tabanı sol lateralindeki lezyondan diğer preperatlarla karşılaştırmak üzere biyopsi önerildi; ancak hasta kabul etmediği için yapılamadı. Hastaya onkoloji biriminde kemoterapi başlandı ve takibe alındı.

SONUÇ: Akciğerin primer tükürük bezi karsinomu daha çok santral ve bronş orijininde yer almaktadır. Olgumuzda ise yaygın metastaz görünümü mevcuttu. Akciğerdeki lezyonların primer ya da metastaz olduğuna dair net bir patolojik tanıya varılamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, tükrük bezi tümörü, yaygın metastaz

Resim 1

Resim 2

EP-033

GERİLEMEYEN PNÖMONİK KONSOLİDASYON; PRİMER AKCİĞER LENFOMASI

Reyhan Yıldız, Meltem Ağca, Tülin Sevim
SBÜ, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Primer akciğer lenfoması üç ayda ekstrapulmoner tutulum olmadan bir ya da her iki akciğerlerin ve/veya bronşların malign klonal bir lenfoproliferasyonudur.

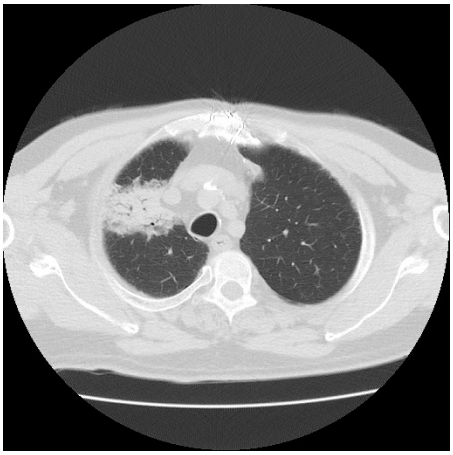
OLGU: 73 yaşında erkek hasta, bir ay önce öksürük,balgam,yüksek ateş yakınması ile dış merkeze başvurmuş ve antibiyotik tedavisi sonrası sağ akciğer üst zonda gerilemeyen konsolidasyon nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiştir. Özgeçmişinde sigarayı bıraktığı, 8 yıl önce prostat kanseri operasyonu geçirdiği, koroner bypass öyküsü olduğu öğrenildi. Beş yıl önce linguladan transbronşial biyopsi (fibrozis) yapıldığı ve o dönem ateş nedeniyle 6 ay antitüberküloz tedavi aldığı öğrenildi. Akciğer filminde sağ üst zonda düzensiz buzlu cam görünümde bir konsolide alan, sol diyafragmada elevasyon, sol alt zonda plate atelektazi ve bypassa ait izler saptandı (Resim 1). Hastanın geçmişe yönelik akciğer grafilerinde sağ üstteki konsolide alanın olmadığı görüldü. Toraksın bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst lob apikal ve anteriorda hava bronkogramları içeren konsolide alan saptandı (Resim 2). Bronkoskopide endobronşial lezyon saptanmadı. ARB negatif, nonspesifik kültürde üreme olmadı. PET-BT'de sağ akciğer üst lob apikal-üst lob posterior segmentte, paramediastinal-subkostal mesafede yerleşimli, malign hipermetabolik görünümlü (SUDmaks:6,8), hava bronkogramları içeren yoğun dansite artışı saptandı. Transtorakal biyopsisi lenfoproliferatif lezyon- extranodal marjinal zon lenfoma (Bronchus-associated lymphoid tissue;- BALT) olarak rapor edildi. Hematolojiye refere edilen hastanın kemik iliği biyopsisi sonrası extrapulmoner tutulumunun olmadığı ve göğüs cerrahisine yönlendirildiği, cerrahi sonrası tedavisiz izleme alındığı öğrenildi.

SONUÇ: Geç gerileyen konsolidasyonlarda primer akciğer lenfomasını da akılda tutmak gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Geç gerileyen pnömoni, Primer akciğer lenfoması, cerrahi

Resim 1

Resim 2



EP-034

AKCİĞER TUTULUMU İLE TANI ALAN İZOLE MULTİPLE MYELOM VAKASI

İlknur Koç, Merve Özdoğan, Yılmaz Bülbül, Tevfik Özlü
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

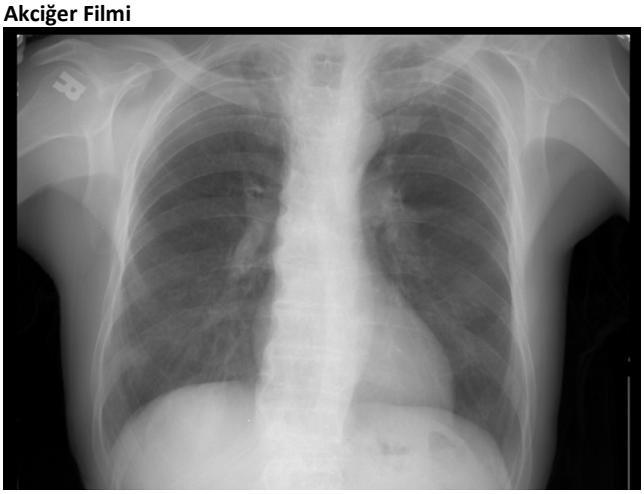
GİRİŞ: Multiple Myelom(MM), primer olarak kemik iliğini ve medüller sistemi etkileyen, plazma hücrelerinin klonal proliferasyonu ve multiple osteolitik lezyonlarla giden bir hastalıktır. Plazmasitomlar nadiren ekstramedüller sistemi etkiler, ki bunların çoğunluğunu da baş ve boyun bölgesindeki tutulumlar oluşturur. Multiple Myelom akciğer tutulumu oldukça nadirdir. Olgumuzu, izole akciğer tutulumu yapması ve Multiple Myelom tanısını akciğer tutulumu ile alması sebebiyle sunduk.

OLGU: 75 yaşında erkek hasta, öksürük, balgam ve hapşırma şikayeti ile gittiği gittiği dış merkezde, akciğer grafisinde sağ alt zonda nodüler infiltrasyon alanı görülmesi üzerine çekilen tomografisinde; sağ akciğer alt lob posterobazalde düzensiz sınırlı, malignite şüpheli lezyon, bilateral alt lob laterobazallerde opasite alanları ve multiple mediastinal lenfnodlarında büyüme saptanması ile tarafımıza başvurdu. Ek olarak hastanın KOAH ve Hepatit B sebebiyle takip edilmekteydi. Son iki ayda istemsiz 6 kilo kaybı mevcuttu. 50 paket yıl sigara öyküsü mevcuttu ve 10 senedir sigara içmiyordu. Hastaya akciğer kanseri ve malignite ön tanısı ile PET-CT ve Transtorasik Akciğer Biyopsisi planlandı. Çekilen PET-CT'de sağ akciğer alt lob posterobazalde yaklaşık 34x29mm, düzensiz sınırlı semi-solid lezyonda malignite şüpheli artmış FDG tutulumu(SUVmaks 5.09),bilateral akciğer alt lob laterobazal segmentte düşük dansiteli opasite alanlarında minimal FDG tutulumları,mediastende aortikopulmoner, bilateral paratrakeal, pre-subkarinal ve bilateral hiler bölgede büyüğü yaklaşık 15x8 mm olan hafif-orta düzeyde hipermetabolik lenf nodları (SUVmaks 4.34) saptandı. Hastanın yapılan Transtorasik Akciğer Biyopsisi patoloji sonucu "Lambda monotipili neoplastik plazma hücre infiltrasyonu" olarak raporlandı. Hasta Multiple Myelom akciğer tutulumu tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amacıyla hematoloji polikliniğine yönlendirildi. Hematoloji tarafından yapılan ileri tetkiklerden bilateral iliac kemik iliği aspirasyon biyopsisi patoloji sonucu normoselüler kemik iliği olarak raporlandı. Kemik iliği moleküler sitogenetik analizi normal saptandı. Hastaya Multiple Myelom akciğer tutulumu açısından lezyonlara yönelik radyoterapi planlandı. Hematoloji polikliniğinde takiplerine devam edildi.

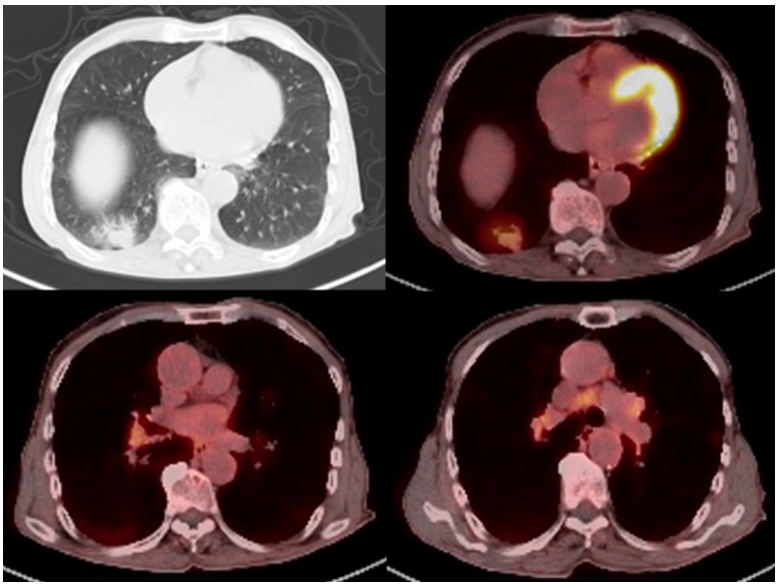
SONUÇ: Olgumuz akciğerde malignite ön tanısı ile tetkik edilen olgularda, hematolojik malignitelerin akciğer tutulumu yapabileceğini, nadiren Multiple Myelom akciğer tutulumunun görülebilmesinin yanında yine daha nadiren izole akciğeri tutabileceğinin ve akciğer biyopsisi ile tanı alabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Multiple Myelom, Normoselüler Kemik İliği, Sitogenetik Analiz, Transtorasik Akciğer Biyopsisi

Akciğer Filmi



PET-CT



EP-035

YAVAŞ BÜYÜYEN BİR SOLİTER PULMONER NODÜL: BİR AKCİĞER ADENOKARSİNOM OLGUSU

Esra Karabiber[1], Atilla Güven Atıcı[2], Aylin Çapraz[3]
[1]Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erişkin İmmunoloji ve Allerji Bölümü, Şanlıurfa
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun
[3]Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Amasya

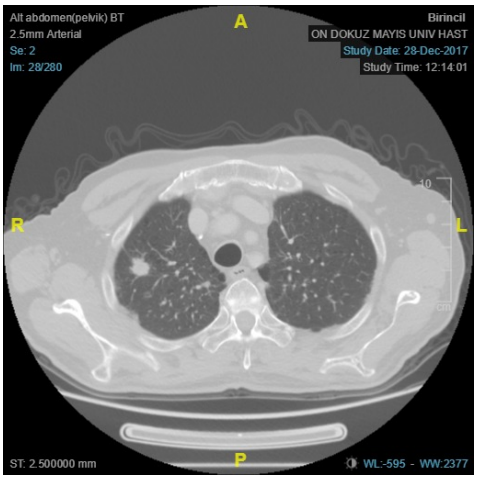
GİRİŞ: Yavaş ilerleyen akciğer adenokarsinom olgularının sanıldığı kadar nadir olmadığı bildirilmektedir. Akciğer adenokarsinomlarının tümör ikilenme zamanı genellikle diğer histolojik tiplere göre daha uzundur. Biz de bir hastamızda tesadüfi olarak saptanan ve yavaş gelişen akciğer adenokarsinomunu sunuyoruz.

VAKA: Yetmişdört yaşındaki erkek hasta, 1 yıldır devam eden beyaz küre ve lenfosit sayısı yüksekliği nedeniyle yapılan tetkiklerinde Kronik Lenfositer Lösemi (KLL) tanısı konulması üzerine tarama amaçlı çekilen Toraks BT'de sağ akciğer üst lob apikal segmentte 13x14 mm boyutunda düzensiz kontürlü nodül saptanması üzerine bölümümüzde değerlendirildi (Resim 1). Önceki yıllarda sigarayı bırakmış olan hastanın kan biyokimya değerleri normaldi. Tam kan sayımında beyaz küre 14000 / mm3 ve lenfosit sayısı 10000 / mm3 idi. Hastanın öyküsünde 6 yıl önce mesane üroepitelyal karsinom nedeniyle ameliyat olduğu ve intrakaviter BCG tedavisi aldığı öğrenildi. O dönemde (2012 yılı) çekilen Toraks BT'de sağ üst lobda aynı lokalizasyonda 4x6 mm boyutta solid nodülün mevcut olduğu görüldü (Resim 2). Geçen 6 yıllık dönemde büyümüş olan bu nodül için çekilen PET BT'de artmış FDG tutulumu saptanması üzerine yapılan transtorasik biyopsi ile adenokarsinom tanısı konuldu. Hastaya Evre I akciğer adenokarsinomu tanısı ile sağ üst lobektomi yapıldı. Remisyonda KLL ve geçirilmiş mesane Ca nedeniyle bir sorunu olmayan hasta, akciğer adenokarsinomu için takibe alındı.

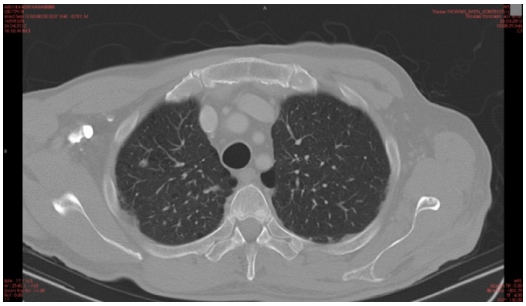
TARTIŞMA: Malign bir akciğer nodülünün erken dönemde saptanması tedavi ve prognoz açısından çok önemlidir. Günümüzde geçerli olan kılavuzlar bir akciğer nodülünün takibinde boyut ve büyüme hızını ana göstergeler olarak bildirmektedir. Ancak özellikle akciğer adenokanserlerinde oldukça yavaş ilerleyen vakalar bildirilmektedir. Bir akciğer nodülünün değerlendirilmesinde nodülün morfolojik özellikleri yanında hastanın malignite açısından klinik risk faktörleri de dikkatle incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: soliter pulmoner nodül, akciğer kanseri, yavaş büyüyen adenokarsinom

resim 1



resim 2



EP-036

NADİR BİR OLGU: PULMONER İNFLAMATUAR MYOFİBROBLASTİK TÜMÖR

Kerim Tülüce, Gökçen Sevilgen, Hasan Türüt
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ: Pulmoner inflamatuar myofibroblastik tümör (PİMT) tüm pulmoner tümörlerin %0.04-1.2 ini oluşturmaktadır. Cinsiyet yönünden bir eğilim göstermeyen, her yaşta ve vücudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkabilen bu tümör nonspepsifik klinik özellikler ve radyolojik bulgular gösterebilir. Klinik olarak seyir genellikle asemptomatik olmakla birlikte öksürük, hemoptizi, dispne, ateş gibi nonspesifik semptomlar görülebilmektedir. Genellikle benign olup lokal agresif seyirde gösterebilmektedir. Kesin tanı rezeksiyon materyaliyle konulabilmektedir.

OLGU: Elli sekiz yaşında erkek hastada göğüs hastalıkları polikliniğinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı sebebiyle yapılan takiplerinde altı ay ara ile çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde bir önceki tomografisinde olmayan sol akciğer üst lobda 15 mm çapında spiküler özellik gösteren lezyon tespit edilmiş. Olguya çekilen pozitron emisyon tomografisinde lezyonda SUV max:5.6 olarak tespit edilmiş ve başka bir alanda tutulum saptanmamış. Bronkoskopik tanı alınamayan ve şüpheli malign SPN ön tanısıyla transtorasik biyopsiye uygun görülmeyen hastaya operasyon kararı verildi. Sol mini-torakotomi eşliğinde wedge rezeksiyonla çıkarılan lezyon frozen inceleme için patolojiye gönderildi. Şüpheli malignite düşünülen hastaya sol üst lobektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. İmmünohistokimyasal inceleme sonrası pulmoner inflamatuar myofibroblastik tümör tanısı konuldu.

SONUÇ: Doğu Karadeniz bölgesi gibi tüberküloz insidansının yüksek olduğu popülasyonlarda bu lezyonlar gözden kaçabilir. Hastaların yönetiminde wedge rezeksiyon yeterli olmakla birlikte frozen incelemesinde çok hassas davranılması gerektiği rezeksiyon kararın verilmesinde en kritik noktalardan biridir.

KAYNAKLAR

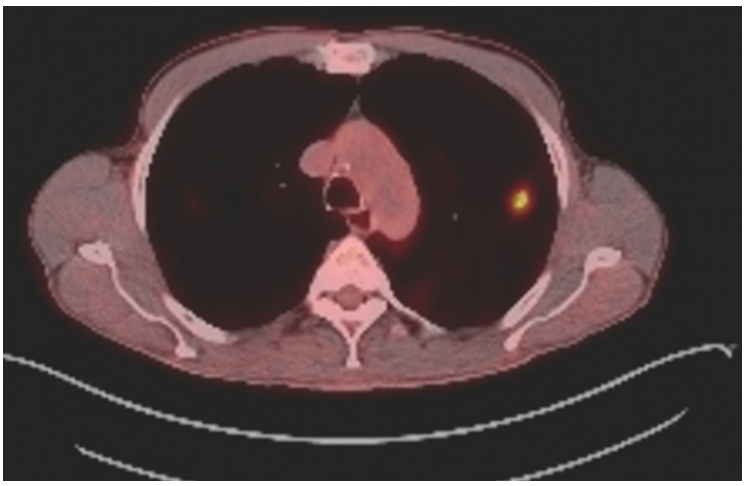
1. Okuda K1, Watanabe T1, Oda R1, Sakane T1, Kawano O1, Haneda H1, Moriyama S1, Nakanishi R1. Pulmonary inflammatory myofibroblastic tumor with TPM4-ALK translocation. J Thorac Dis. 2017 Nov;9(11):E1013-E1017.
2. Zuo T1, Fu J1, Ni Z2, Chen B3. Pulmonary inflammatory Myofibroblastic tumor indistinguishable from tuberculosis: a case report in a five-year-old child with hemoptysis. J Cardiothorac Surg. 2017 Dec 8;12(1):112
3. Schweckendiek D1, Inci I2, Schneiter D2, Weder W2. Inflammatory Myofibroblastic Tumor of the Lung: Two Progressing Pulmonary Nodules in a 25-Year-Old Adult With a Moraxella catharalis Infection. Ann Thorac Surg. 2015 Dec;100(6):e123-4.
4. Elkiran O1, Karakurt C, Erdil N, Disli OM, Dagli AF. An unexpected cause of respiratory distress and cyanosis: cardiac inflammatory myofibroblastic tumor. Congenit Heart Dis. 2013 Nov-Dec;8(6):E174-7.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, pulmoner inflamatuar myofibroblastik tümör, rezeksiyon

Resim-1

Olgunun bilgisayarlı tomografide lezyonun görünümü

Resim-2



Olgunun PET/Ct'de lezyonunun görünümü

EP-037

MULTİPL PULMONER NODÜLLER BİR OLGU NEDENİ İLE: UTERUS LEİYOMYOSARKOM METASTAZI

Mihrican Yeşildağ, Bengü Özkan Bakdık
S.B.Ü Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

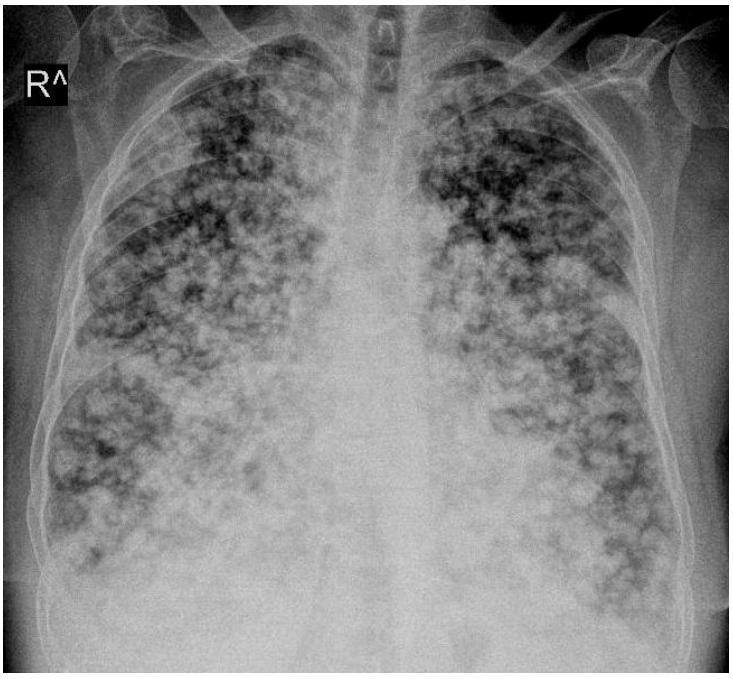
AMAÇ: Solunum sıkıntısı nedeni ile başvuran, radyolojik olarak multipl nodüller tesbit edilmiş bir olguyu multipl pulmoner nodüllerde ayırıcı tanı ve radyolojik demonstrasyon açısından sunuyoruz.

OLGU: 72 yaşında bayan hasta nefes darlığı yakınması ile acil başvurusunda çekilen akciğer grafisinde multipl nodüller saptanması üzerine kliniğimize yatırıldı. Hastanın öz geçmişinde bir yıl önce uterus leiyomyosarkomu nedeni ile opere olarak tedavi aldığı öğrenildi. Daha sonra son bir haftaya kadar şikayetinin ve hastane başvurusunun olmadığı öğrenildi. Hasta dispneik, takipneik idi. Oksijen satürasyonu %80, taşikardik (120/dk)ve hipotansif (100/60) olarak tesbit edildi. Arteriyel kan gazı.ph 7.38 mmhg, pCO2 47.4 mmhg, pO2 48,4mmhg, sO2 %81.1 ve rutin laboratuvar bulgularında bir özellik yoktu. Hastanın akciğer grafisinde her iki tarafta sayısız, düzgün sınırlı nodüler opasiteler mevcuttu. (Resim 1). Toraks BT' de her iki akciğerde dağınık yerleşimli, değişik boyutlarda çok sayıda nodüler dansiteler izlendi (Resim 1). Hasta uterin leiyomyosarkom metastazı kabul edildi. Hastaya PET-CT ve akciğer periferik büyük nodüllerden biopsi önerildi. Hasta kabul etmedi. Hastaya genel durumunun bozulması ve solunum sıkıntısının artması üzerine yoğun bakım desteği verildi ancak hasta kısa sürede kaybedildi.

TARTIŞMA: Akciğerler ekstrapulmoner kanserlerin önde gelen metastaz yerleridir. Ancak metastatik kanserlerin %4 'ünde primer lokalizasyon saptanamamaktadır. Multipl akciğer nodüllerinin en sık nedeni metastatik hastalık olmasına rağmen sarkoidoz, enflamatuvar süreçler, tüberküloz, nokordiazis ve septik emboliler de ayırıcı tanıda yer alırlar.Uterus sarkomları; uterus malignitelerinin %3-9' unu, tüm jinekolojik malignensilerin %1' inden azını oluşturur. Uterus sarkomlarının %40' ını leiyomyosarkom (LMS) oluşturur. Uterus sarkomlarının klasik tedavisi; Total Abdominal Histerektomi ve Bilateral Salpingooofe-rektomidir(TAH+BSO). Histerektomi, metastazı bulunan olgularda bile, faydalı olduğundan tavsiye edilmektedir. Ancak tümörün histopatolojisine ve taşıdığı prognostik faktörlere bağlı olarak radyoterapi, kemoterapi ve hormonoterapi ilave olarak kullanılılabilir. LMS 'larda mortalite %9.09-%70 olarak bildirilmektedir ve pulmoner metastazlar teşhis esnasında görülebilir. Bizim hastamızda pulmoner nodüller teşhisten yaklaşık bir yıl sonra solunum sıkıntısının artması üzerine acil başvurusu esnasında tesbit edildi. Hastamız sayısız pulmoner metastazlar ile solunum yetmezliğinden kaybedildi. Biz burada sayısız metastatik nodülleri olan bir metastatik leiyomyosarkom olgusunu radyolojik demonstrasyon açısından sunduk.

Anahtar Kelimeler: Leiyomyosarkom, Metastaz, Multipl Akciğer Nodülleri

Resim 1



Akciğer Grafi'sinde sayısız, değişik boyutlarda pulmoner nodüller.

Resim 2

Toraks BT'de sayısız,değişik boyutlarda tüm akciğer alanlarını kaplayan nodüller.

EP-038

PERİKARDİYAL TAMPONAD İLE TANI KONULAN TİMOMA

Mücahit Fidan, Berna Kömürcüoğlu, Aysen Evkan, Bilge Salık, Nihal Akdeniz
SBÜ İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

24 yaşında erkek hasta nefes darlığı ve öksürük yakınmalarıyla başvurdu. İki aydır nefes darlığı yakınması olan hasta, verilen semptomatik tedavilerden yarar görmemesi üzerine çekilen PA grafisi üzerine hastanemize sevk edilmiş. Fizik muayenesinde TA: 100/60, kalp hızı 120 /dk hafif taşikardik olarak değerlendirildi. Hasta efor dispnesi dışında ECOG 0 idi. PA akciğer grafisinde: üst ve orta mediasten geniş ve KTO oran artmış olarak izlendi. Hastaya ön mediastinal kitle ? ön tanısı ile Toraks BT çekildi. Toraks BT de ön mediastinal kitle ve masif perikardial efüzyon saptanan hasta acil olarak kardioloji konsültasyonu istendi. EKO da sol ventrikül fonksiyon bozukluğuna neden olan perikardiyal sıvı saptanması üzerine tamponad olarak değerlendirildi ve acilen perikardiyosentez ile 800 cc seröz sıvı boşaltıldı. Sıvı transudatif ve benign olarak raporlandı. Önmediastinal kitleden Bt eşliğinde true-cut biyopsi yapıldı ve Timoma B2 olarak rapor edildi. Göğüs cerrahi ile konsulte edilen hasta cerrahiye nakil verildi.

Anahtar Kelimeler: perikardial tamponad, timoma, tanı

EP-039

MİKRONODÜLLER AKCİĞER METASTAZI İLE SEYREDEN TİROİD MEDÜLLER KARSİNOMU: OLGU SUNUMU

Eda Bayramiç, Melike Yüksel Yavuz, Ceyda Anar, Melih Büyükşirin, Filiz Güldaval, İbrahim Onur Alıcı
SBÜ. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir

GİRİŞ

Uzak organ metastazları tüm akciğer kanserlerinin %5'inden daha azını oluşturmaktadır. Primer akciğer kanserleri dışında akciğer parankimini tutan diğer tümörler sıklık sırasına göre; meme kanseri,gastrointestinal tümörler, renal kanserler, melanom,sarkomlar, lenfoma ve lösemiler, germ hücreli tümörler ve seyrek olarak over kanserleridir. Tiroid medüller karsinom, parafolliküler hücreler veya C hücrelerinden köken alan nöroendokrin bir tümördür. Uzak metastazlar genellikle kemik, akciğer ve karaciğere olur. Literatürde diğer formlardan bahsedilse de akciğer metastazları genellikle makronodüller formdadır. Burada genç bir hastada saptanan tiroid medüller karsinomunun mikronodüller formda seyreden akciğer metastazından bahsedilecektir.

OLGU

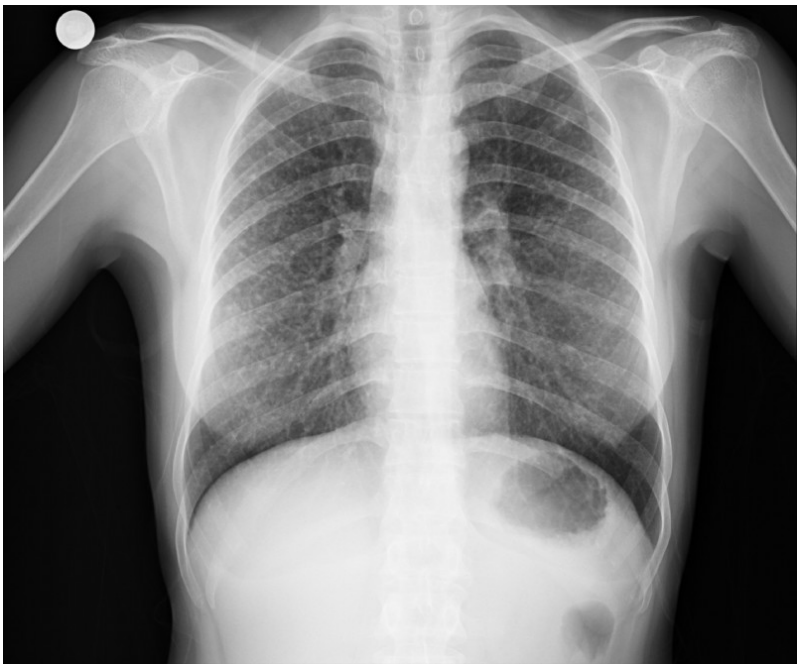
29 yaşında kadın hasta iş başvurusunda istenen akciğer grafisinde bilateral yaygın retikülo-nodüler opasite artışları mevcuttu (Resim-1). Çiftçilik – hayvancılık ile geçim sağlayan hastanın, ek hastalık ve ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Fizik muayenesi, rutin hemogram ve kan biyokimyası olağan idi. Toraks bilgisayarlı tomografide her iki akciğer alt ve üst loblarda yaygın periferik ve santral bölgelerde çok sayıda milimetrik nodüller ile patolojik boyutlarda mediastinal ve subkarinal lenfdenopati izlendi (Resim-2). Milier tüberküloz ön tanısı ile yapılan tüberkülün cilt testi endürasyon çapı 6 mm ölçüldü. Hastaya balgam örneği verememesi üzerine bronkoskopi yapıldı. Her iki bronş sistemi olağandı. Bronkoalveolar lavaj yapıldı, ek bulgu yoktu. Tüberküloz kültürü ve non-spesifik kültürde üreme olmadı. Sitolojiler benign olarak geldi. Hastaya lenf nodu örneklemesi amaçlı endobronşial ultrasonografi yapıldı ve sol alt paratrakeal, subkarinal ve sol hiler lenf nodunda adenokarsinom metastazı saptandı. PET-CT görüntülemede sol akciğer alt lob santralinde 3.5x2.3cm (SUVmax:3.9) boyutlu dansite artımı (primer odak ?), tiroid glandı sağ lobunda 1x1.5cm (SUVmax:3.5)boyutlu nodüler lezyon (primer?), akciğerde parankim yerleşimli multiple nodüllerde malignite düzeyinde artmış 18FDG tutulumu izlendi. Tiroid nodülünden ince iğne biyopsisi yapılan hastanın patoloji sonucu adenamatöz nodül olarak geldi. Mikronodüller paternde radyolojik bulguların olması üzerine başka organ metastazını düşünmemeiz nedeniyle, hasta primer odak açısından biyopsi alınması amacı ile göğüs cerrahisine danışıldı. Hastaya VATS ile sol üst ve alt lob wedge rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucu tiroid meduller karsinom metastazı lehine yorumlandı.Hasta medikal onkoloji bölümüne yönlendirildi.

SONUÇ

Genç hastalarda yaygın mikronodüler lezyonların ayırıcı tanısında başta tüberküloz olmak üzere enfeksiyöz granülomlar ve hamartomlar; sarkoidoz, romatoid artrit tutulumları gibi benign sebepler ön planda düşünülse de akciğerin primer kanserleri ve/ veya metastatik lezyonları da mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: mikrondüller, metastaz, tiroid

Resim- 1



PA akciğer grafisinde bilateral yaygın retikülo-nodüler opasite artışı izlenmekte

Resim- 2

Toraks BT' de her iki akciğer alt ve üst loblarda yaygın periferik ve santral bölgelerde çok sayıda milimetrik nodüller izlenmekte

EP-040

TİMİK HİPERPLAZİ OLARAK PREZENTE OLAN PRİMER MEDİASTİNAL SEMİNOM OLGUSU

Fatma Benli Tanrıkulu[1], Funda Demirağ[1], Selim Şakir Erkmen Gülhan[2]
[1]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara
[2]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

Primer mediastinal seminomlar genellikle anterior mediastende ve 20-40 yaş erkeklerde görülen nadir bir ekstragonadal germ hücreli neoplazmdır. Mediastinal seminomlar yavaş büyürler ve göğüs ağrısı, nefes darlığı ve ses kısıklığı gibi semptomlar ortaya çıkmadan önce büyük kitleler haline gelebilirler. 20 yaşında timik hiperplazi düşünülerek timektomi yapılan bir hastada tesadüfen ortaya çıkan " timik seminom" vakası sunulmuştur.

OLGU:
20 yaşında sigara kullanmayan erkek hasta baş dönmesi şikayetiyle başvurduğu dış merkez acil serviste yapılan PA akciğer grafisinde ön mediasten yerleşimli kitle varlığı gözlenmesi üzerine Timik hiperplazi ön tanısıyla hastanemiz göğüs cerrahisi kliniğine timektomi yapılması amacıyla yönlendirilmiş. Göğüs cerrahisi tarafından gönderilen materyalin 13x12x3 cm ölçülerinde 95 gram ağırlığındaki sarı beyaz renkli dokunun makroskopik kesitlerinde 8x7x6 mm ölçülerinde gri-beyaz renkli sert kıvamlı sınırları düzensiz nodüler lezyon izlendi. Bu alana ait histopatolojik incelemede hiperplazik timüs dokusu içerisinde fibröz bantlar ile çevrili iri, nükleolleri seçilebilen poligonal nukleuslu, berrak sitoplazmalı hücrelerin oluşturduğu tümör dokusu izlendi. İnce fibröz septumlar bazı alanlarda lenfosit infiltrasyonu içeriyordu. Germ hücreli tümörler, timoma ve lenfoproliferatif hastalıklar açısından immünhistokimyasal inceleme yapıldı. Tarif edilen tümör hücrelerinde CD117 ile diffüz, PLAP ile fokal pozitif boyanma saptandı. CD30, Pan CK,CD3, CD20 ve CD1a ile boyanma olmadı.Olgu seminom olarak rapor edildi.

SONUÇ:
Primer mediasten kistleri ve kitleleri her yaş grubunda görülmekle birlikte, en sık 20-30 yaş grubunda ve erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Hastalardaki semptomlar çoğunlukla solunum sistemi ile ilgili semptomlar olup, en çok izlenen semptomlar göğüs ağrısı, öksürük ve nefes darlığıdır. Histopatolojik olarak lenfoproliferatif hastalıklar, timik karsinom,paraganglioma, timik karsinoid tümör arasında ayırıcı tanıya gidilmelidir, olguya bu açıdan immünhistokimyasal boyalar çalışılmış ve seminom için anlamlı olan CD117 ve PLAP ile pozitif boyanma izlenmiştir. Vücudunun başka bir yerinde primer odak saptanmayan hasta primer mediastinal seminom olarak kabul edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Primer mediastinal seminom, germ hücreli tümör, mediasten

EP-041

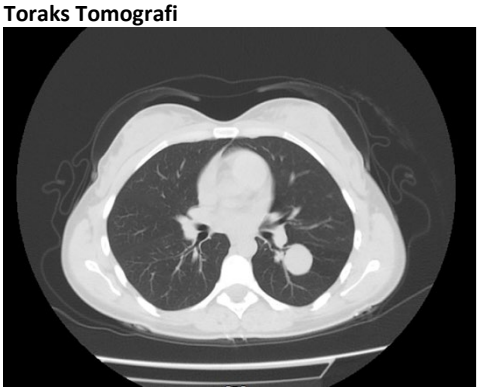
SOLİTER FİBRÖZ TÜMÖR OLGUSU

Eliz Oyman[1], Sibel Arınç[1], Feride Yaman[1], Hakan Yılmaz[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Aktif solunumsal şikayeti olmayan, 26 yaşında kadın hasta, evlilik için başvuru öncesi çekilen akciğer grafisinde sol hiler bölgede yaklaşık 2 cm'lik noduler lezyon izlenmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Yapılan hemogram ve biyokimya tetkikleri normal idi. Fizik muayenede anormal bulgu saptanmadı. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sol akciğer alt lob süperior segmentte 25x24 mm boyutlarında nodul izlendi. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Sağ ve sol bronşial sistemde endobronşial lezyon izlenmedi. Sol alt lob süperior segmentten lavaj alındı. Lavaj arb negatif izlendi. Lavaj sitolojisinde alveolar makrofaj ve inflamatuar hücreler izlendi. Hastaya pet ct çekildi. Pet ct'de sol akciğer alt lob süperior segment fissür komşuluğunda 25*25*26 mm boyutlarındaki lezyonda artmış fdg tutulumu (suv max:22,1) izlendi. Hasta göğüs cerrahisine konsulte edildi. Sol alt lobektomi yapılan hastanın patoloji incelemesinde makroskopik olarak, bronş cerrahi sınıra 1 cm mesafede parankimde, peribronşial alanda yerleşmiş 3x2.5x2 cm ölçüsünde düzgün sınırlı, kirli beyaz, açık sarı renkte, balık eti kıvamında solid kitlesel lezyon izlendi. Plevraya 5 mm mesafede olduğu görüldü. Mikroskopik incelemede artmış mitotik aktivite ve nekroz izlenmedi. Yapılan immünohistokimyasal çalışmada tümör hücreleri CD 34 ile negatif, SMA ile negatif, vimentin pozitif, KI67 %12 pozitif boyandı. Patolojk tanı soliter fibröz tümör olarak raporlandı. Aktif şikayeti olmayan hasta radyolojik takibe alındı. Plevranın soliter fibröz tümörü oldukça yavaş büyüyen ve nadir görülen submezotelyal bağ dokusu orjinli bir tümördür. Bu olguyu nadir bir intratorasik tümör olması nedeniyle sunduk.

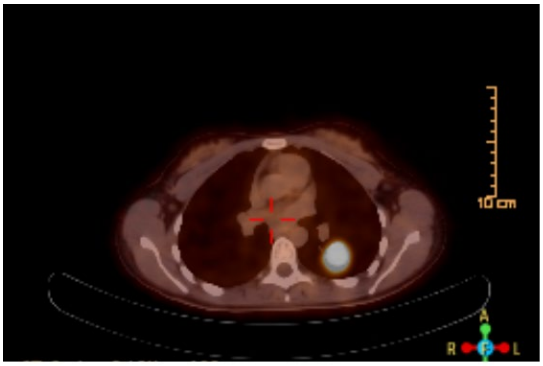
Anahtar Kelimeler: akciğer, cerrahi, soliter fibröz tümör

Toraks Tomografi



Sol alt lob süperior segmentte 25x24 mm boyutlarında noduler lezyon

PET CT



Sol akciğer alt lob süperior segment fissür komşuluğunda izlenen nodulde artmış fdg tutulumu (suv max:22.1)

EP-042

AKCİĞER KANSERİNDE NADİR BİR BAŞVURU NEDENİ PNÖMOTORAKS

Ece Yasemin Emetli, Yunus Aksoy, Yaşar Sönmezoğlu, Cemal Aker, Celal Buğra Sezen, Özkan Saydam, Muzaffer Metin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

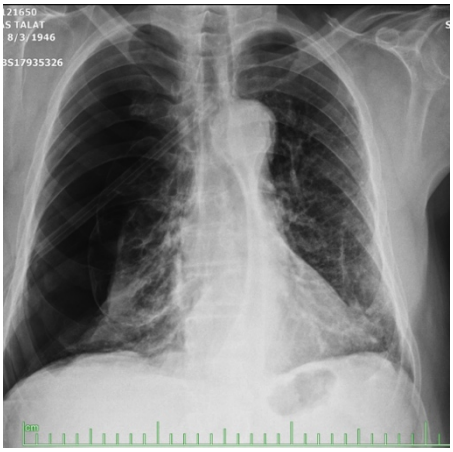
GİRİŞ: Spontan pnömotoraks en sık apikal bölgedeki bleplerin rüptürü sonucu gelişmesine rağmen bazen altta yatan ikincil bir akciğer hastalığına (amfizem, tüberküloz,eozinofilik granülom ve nadiren de akciğer karsinomuna) bağlı gelişebilir. Bizde bu olguda akciğer kanseri zeminde gelişen pnömotorkas olgusunu literatür eşliğinde değerlendirdik.

OLGU: 72 Yaşında erkek hasta,bilinen hipertansiyon ve gut hastalığı mevcuttur. 1 yıl önce sol akciğer de pnömotoraks gelişmesi sonrasında tüp torakostomi uygulanmıştır. Hasta nefes darlığı şikayeti ile dış merkeze başvurmuştur. Hastanın pnomotoraks saptanması üzeirne tüpo torakostomi uygulanmış ve ileri tetkik amacıyla tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastanın bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ akciğer apikal alanda bül formasyonları ve amfizematöz akciğer alanları saptanmıştır. Uzamış hava kaçağı olması nedeniyle VATS büllektomisi sınrasında nihai patolojisinde primer akciğer adenokarsinom infiltrasyonu olarak saptanmıştır. Hasta onkolojik takibe alınmıştır.

SONUÇ: Büllöz akciğer nedeniyle opere edilen vakalarda patolojik tanı açısından akciğer kanseri birlikteliği göz önünde bulundurulmalıdır.

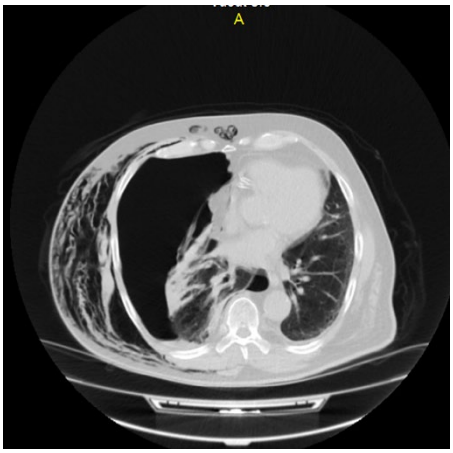
Anahtar Kelimeler: Adenokarsinom, Pnömotoraks, Akciğer Kanseri, Sublober Rezeksiyon

Resim 1



Posteroanterior akciğer grafisinde sağ akciğerde pnomotoraks hattı mevcuttur.

Resim 2



Toraks BT: Sağ akciğer apikal alanda büllöz akciğer alanları mecuttur.

EP-043

ENDOBRONŞİYAL LENFOMA; BİR OLGU ÖRNEĞİ

Ayşe Sinem Durna, Ali Çetinkaya, Mehmet Atilla Uysal, Elif Yelda Niksarlıoğlu, Cengiz Özdemir
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

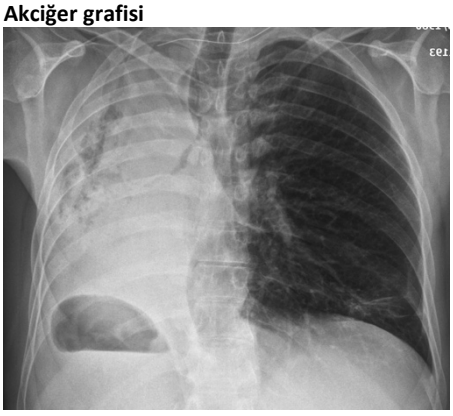
GİRİŞ: Primer akciğer lenfomaları nadirdir, tüm akciğer lenfomalarının %0,3-0,5'ni oluşturdukları bildirilmiştir. Sekonder lenfomalar ise daha çok Hodgkin lenfomalardır. Lenfomalar daha sık olarak mediastende tutulum yapmakla beraber, parankimal, endobronşiyal, plevral tutulum da yapabilir. Hodgkin lenfomaların endobronşiyal yayılımları nadir görülmemesine rağmen, endobronşiyal non-Hodgkin lenfomalar oldukça nadirdir. Biz de hem endobronşiyal hem de parankimal tutulumu olan ve akciğer tübekülozu, akciğer mantar enfeksiyonları, diğer akciğer kanserleri ile karışabilecek olan 38 yaşında diffüz büyük B hücreli bir Non-hodgkin lenfoma olgusunu paylaşmak istedik.

OLGU: 38 yaşında erkek hasta, bilinen kronik hastalığı yok. Hasta nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleri ile değerlendirilmiş. Hastanın beş ay önce sağ akciğerde alt lob süperiorda kaviter lezyon nedeni ile bronkoskopisi ve transtorasik iğne aspirasyonu ile örneklemeler yapılmış, mikrobiyolojik tetkikleri alınmış. Ancak tanısal bir sonuca ulaşılmaması üzerine o dönemdeki şikayetleri ile klinik ve radyolojik olarak tüberküloz tedavisi başlanmış. Hastanın anti tüberküloz tedavisinin beşinci ayında akut solunum yetmezliği ve göğüs ağrısı tablosu ile tekrar değerlendirildi. Akciğer grafisinde solda total opasite izlendi ve sağdaki kavitesi regrese olmuş. Yapılan bronkoskopisinde sol ana bronş boyunca lümende karnıbahar şeklinde nekrotik dokular ile sol ana bronş obstrükte izlendi. Hastanın alınan biyopsilerinde diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı kondu.

SONUÇ: Lenfomanın akciğer tutulumları ön planda mediastinal tutulum şeklinde beklenirken bizim olgumuzda da görüldüğü üzere endobronşiyal ve parankimal tutulum da yapabilir. Ayrıca bu olguda tartışabileciğimiz bir başka özellik de 5 ay önce sağ tarafta görülen kaviter lezyonun anti tüberküloz tedaviyle nerdeyse tama yakın regresyon göstermesi. Burda spontan lenfoma regresyonu da olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner lenfoma, endobroşiyal lenfoma, lenfoma

Akciğer grafisi



Bronkoskopik görünüm

EP-044

SEKONDER MALİGNİTE İÇEREN DEV MEDİASTİNAL TERATOM

Burçin Çelik[1], Yurdanur Süllü[2], Volkan Yılmaz[1], Halil Kolcu[1], Caner İşevi[1]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi,Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi,Patoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ: Teratomlar üç germ tabakasından köken alan tüm mediastinal tümörlerin %5-10 unu oluşturan tümörlerdir. Erkek ve kadınlarda benzer sıklıkta görülür ve çoğu asemptomatiktir. Mediastinal teratomların %95 i ön mediastende büyük damarların kalpten çıktığı bölgeye lokalize iken, nadiren orta-arka mediastende görülür. Görülen 3 histolojik tipi; matür teratom,immatür teratom,malign transformasyon gösteren teratomdur. En sık görülen malign neoplazi, sarkom-genellikle angiosarkom ya da rabdomyosarkom ve adenokarsinomdur. Bu çalışmada öksürük nedeniyle tetkik edilirken tesadüfen tespit edilen sekonder malignite içeren dev mediastinal teratom olgusu sunulmuştur.

OLGU: Geçmeyen öksürük nedeniyle tetkik edilen 56 yaşındaki erkek hastanın çekilen Toraks BT incelemesinde; anterior mediastende, prevasküler alanda santralde ana pulmoner arter, sol pulmoner arter, üst lob pulmoner arteri ile yakın komşuluğu bulunan içinde hava-yağ dansiteleri ile kalsifikasyon bulunduran düzgün kenarlı lobüle konturlu 10x7,5 cm ebadında kitle tespit edildi. Sol anterolateral torakotomi uygulandı ve eksplorasyonda; anterior mediastende parakardiak alanda perikarda,frenik sinire, üst lob anterior segmente, mediastinal plevraya ve toraks duvarına sıkı yapışık sert lobüle kitlesel lezyon tespit edildi. Parsiyel perikardiyektomi ve kitleye komşu sol akciğer üst lob anterior segmente wedge rezeksiyon yapılarak kitle total olarak eksize edildi. Postoperatif 5.gün taburcu edilen olgu histopatolojik olarak adenokarsinom tipinde sekonder malignite içeren teratom (prostat adenokarsinomu metastazı?) tanısı aldı. Postoperatif dönemde belirginleşen hematüri şikayeti ve patoloji sonucu ile üroloji kliniğine yönlendirildi. PSA yüksekliği ve Batın MR da prostat hiperplazisi saptanan hastaya TURS-Biyopsi planlandı.

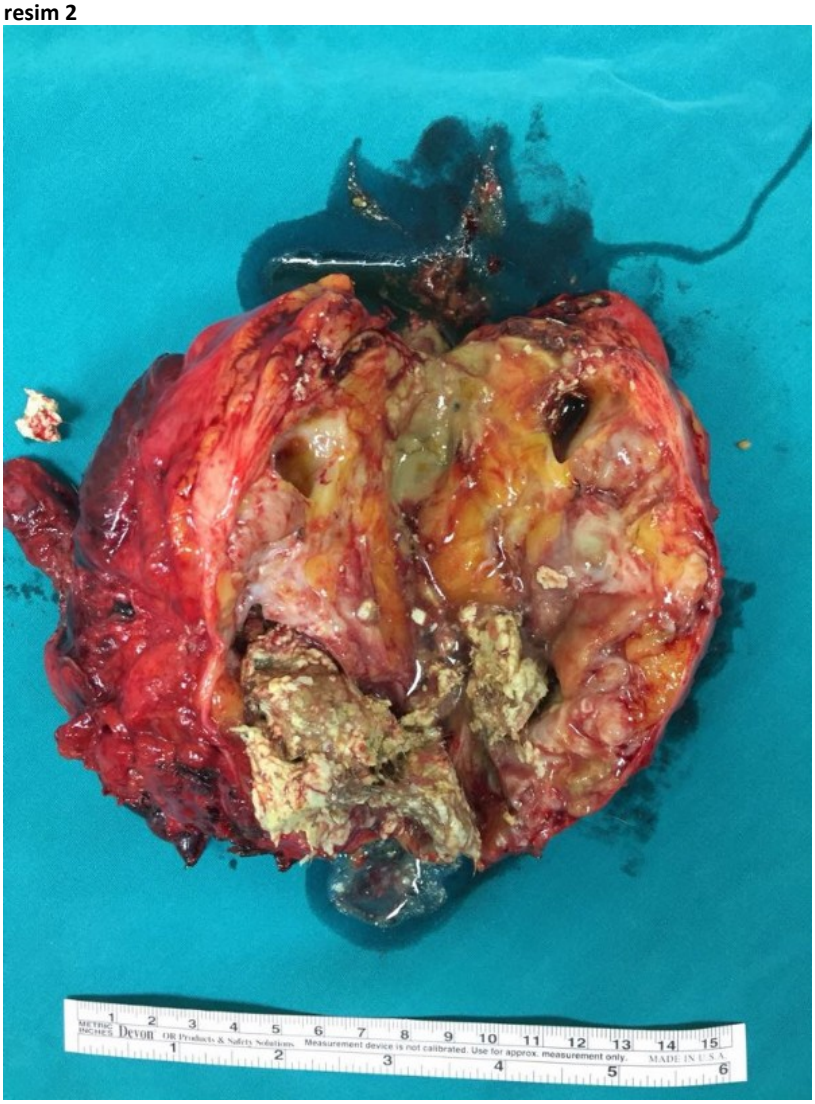
TARTIŞMA: Mediastinal teratom çok büyük boyutlara ulaşabilmektedir ve bununla birlikte ektopik doku hücreleri içeren, adenokarsinomaya malign transformasyonu olan az sayıda mediastinal teratom olgusu bildirilmiştir. Tanıya yönelik tetkikleri devam eden bu olgunun literatüre katkısı olacağını düşünerek sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: malignite, mediasten, sekonder, teratom

resim 1

Preop toraks bt aksiyel kesit

resim 2



kitle spesmen görünümü

EP-045

ONALTI YILDIR YAŞAYAN EVRE IIIB AKCİĞER KANSER OLGUSU

Talat Kılıç
İnönü Üniversitesi,Tıp Fakültesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Malatya

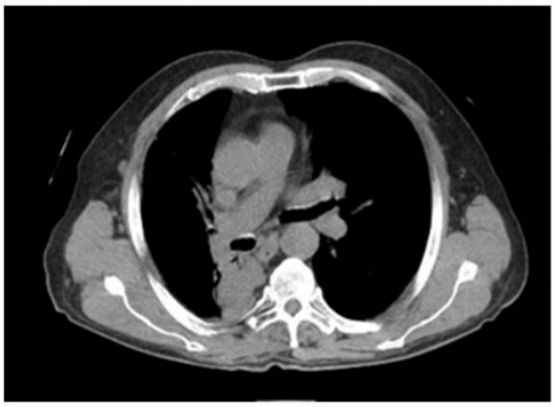
Akciğer kanseri tüm dünyada ve ülkemizde en sık görülen ve en çok mortaliteye neden solid organ kanserleridir. Evre III akciğer kanserinde 1 yıllık sağkalım %35 iken 5 yıllık sağkalım sadece %10'dur.

Yetmişüç yaşında erkek hasta yaklaşık 16 yıl kadar önce öksürük, hemoptizi ve göğüs ağrısı şikâyeti ile göğüs hastalıkları polikliniğe başvurmuştu. Özgeçmişinde 40 paket-yıl sigara öyküsü olan hastanın yapılan fiziki muayenesinde sağda solunum sesleri azalmış olarak tespit edilmişti. Solunum fonksiyon testi obsrüktif özellikte idi. Hemogram ve biyokimya değerleri normal olan hastanın çekilen PA akciğer grafiğinde sağda volüm kaybı ve hiler bölgede düzensizlik tespit edilmişti. Çekilen toraks BT'de sağda hiler bölgede kitle lezyonu izlenmişti (Resim 1). Daha sonra yapılan fiberoptik bronkopide endobronşial lezyon izlenmesi üzerine endobronşial biopsi alındı. Alınan biopsinin patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak raporlanmıştı. Evrelemeye yönelik yapılan alt- üst batın BT, beyin BT ve kemik sintigrafisi sonucu uzak metastaz saptanmamıştı. Mevcut evreleme tetkikleri neticesinde Evre IIIB (16 yıl önceki güncel TNTM evreleme sistemine göre) olarak değerlendirildi. Yine güncel rehberlere uygun olarak hastaya kemoradyoterapi uygulanmıştı. Şikâyetleri ve kitlesi belirgin gerileyen hasta yaklaşık 16 yıldır sağlıklı bir şekilde yaşamaktadır.

SONUÇ: Akciğer kanserinde 16 yıllık sağkalım son derece nadir bir durum olduğundan bu olguyu paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, sağkalım,mortalite

Resim1



Toraks BT de sağda hiler bölgede kitle lezyonu.

EP-046

AKCİĞERDE BİLATERAL MULTİPL YAYGIN KARSİNOİD TÜMÖR OLGUSU

Argün Kış[1], Ümit Aydoğmuş[1], Göksel Altınışık Ergur[2], Ferda Bir[3]
[1]Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Denizli
[2]Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli
[3]Pamukkale Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

Pulmoner karsinoid tümörlet (<5mm) ve karsinoid tümörler (>5mm) boyutsal olarak birbirinden ayırtedilen lezyonlardır. Her ikisi de nöroendokrin hücre proliferasyonun görüldüğü, diffüz idiyopatik nöroendokrin hücre hiperplazisi (DİPNECH) yapan nadir bir sendroma neden olurlar. Radyolojik olarak Genellikle akciğer parankiminde multipl nodüller, buzlu cam alanları olarak saptanırlar.

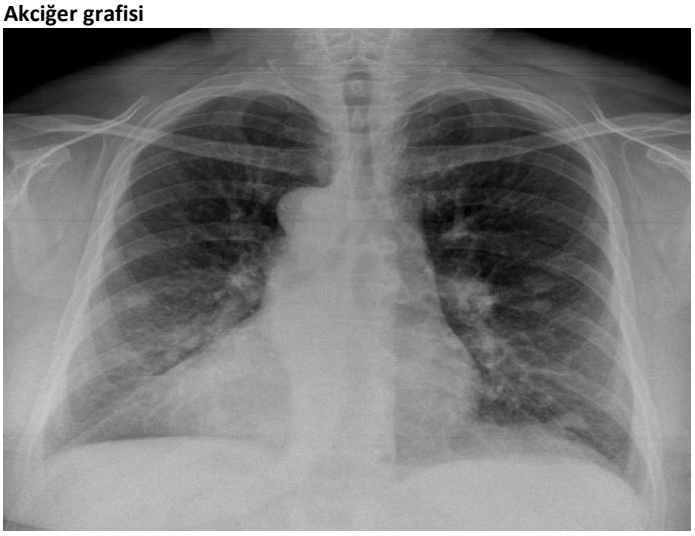
Elliyedi yaşındaki kadın hasta öksürük ve nefes darlığı şikayetleri nedeni ile başvurmuş. Bu şikayetlerle inhaler steroid ve bronkodilatatör tedavi düzenlenmiş. Akciğer grafisi ve toraks BT incelemesinde akciğer metastazını düşündüren bilateral multipl nodüller izlenmiş. PET-BT'de tutulum saptanmamış. FVC:1680ml %62, FEV1: 1020ml %44. Hastaya tanısal amaçlı sağ alt ve orta loblardan videotorakoskopik wedge rezeksiyon yapıldı. Tanısı en küçüğü 0,2 cm çapında olmak üzere yedi odakta tümörlet ve karsinoid tümör olarak bildirilmiş.Nekroz ve mitoz saptanmamış. Hastaya takibi devam etmektedir.

Özellikle bilinen bir malignitesi olan hastaların takibi sırasında veya raslantısal olarak çekilen akciğer grafisinde bilateral multipl nodüller metastatik lezyonlar olarak değerlendirilmektedir. Bu olguda da olduğu gibi bu lezyonlara tanısal işlem mutlaka yapılmalıdır. Nöroendokrin hücre hiperplazisi preneoplastik bir lezyondur, sıklıkla tümörlet ve karsinoid tümör ile ilişkilidir. Ancak prognozu iyi olan lezyonlardır. Genellikle takiplerinde stabil seyreder. Nadiren endokrin senromlara sebep olurlar.

DİPNECH obliteratif bronşiolit ve nöroendokrin hücre hiperplazisinin görüldüğü ve solunumu baskılayan ve genelde obstrüktif tip yetmzliğe sebep olan nadir bir durumdur. Hastalarda nefes darlığı ve kuru öksürük olarak klinik oluşturur.Akciğerde izlenen multipl nodüllerin malignite veya metastaz olabileceği gibi benign lezyonlar ya da karsinoid nodüller olma olasılığı da vardır. Tanısal işlem mutlaka yapılmalıdır.

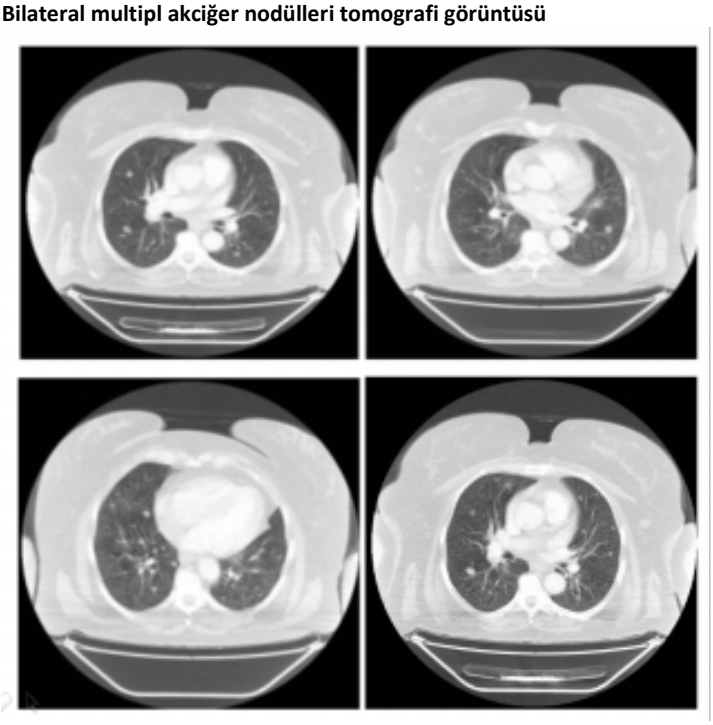
Anahtar Kelimeler: Diffüz idiyopatik nöroendokrin hücre hiperplazisi,Karsinoid tümör,Multipl akciğer nodülleri, Tümörlet,Videotorakoskopi

Akciğer grafisi



Bilateral nodüller izleniyor.

Bilateral multipl akciğer nodülleri tomografi görüntüsü



EP-047

ACİL TANI VE KEMOTERAPİ İLE REGRESE OLAN DEV MEDİASTİNAL KİTLE

Ayşen Taslak Şengül[1], Necmiye Temel[1], Caner İşevi[1], Mehmet Turgut[2], Ahmet Başoğlu[1]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi,Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi,Hematoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ: Mediastinal kitlelerin büyüklüğüne(sıklıkla 10 cm üzeri) ve çevre dokulara yayılmasına bağlı olarak öksürük, nefes darlığı, yutma güçlüğü, ses kısıklığı, plevral effüzyon, perikardiyal effüzyon ve tamponat izlenebilir. Mediastende dev tümörler ile nadiren karşılaşılmakta ve bu tümörlerin tedavisinde çoğu zaman multidisipliner yaklaşımı gerekmektedir. Mediastinotomi ile Primer mediastinel B hücreli lenfoma(PMBHL)tanısı alan ve acil kemoterapi ile regrese olan dev mediastinal kitleli olgumuzu sunduk.

OLGU: Nefes darlığı, gece terlemesi ve öksürük şikayeti ile dış merkezde pnömoni, plevral effüzyon tedavisi ile şikayetleri gerilemeyen mortal obez hasta kliniğimize yönlendirildi. Toraks BT'sinde sol anterior süperior yerleşimli vasküler yapılardan sağa deviasyona neden olan mediastinel girişten diyafram seviyesine kadar uzanan yaklaşık 98x124x145 mm olan homojen dansiteli kısmen kontrastlanan solid dansiteli lezyon izlendi.Trucut biyopsiden tanı alınamayan ve Lenfoma öntanısı olan hastaya mediastinotomi ile insizyonel biyopsi alındı. Mediastinotomi sonucu ekstübe edilemeyen olgu entübe şekilde yoğun bakımda takibe başlandı. Patolojik incelemesi hizlandirilarak gerçeklestirildi. diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak raporlandı. Entübe hastaya acil CHOP protokol tedavisi uygulandı. Uzamış entübasyon nedeni ile hastaya postoperatif 8. günde trakeostomi açıldı. Po13.günde CPAP uygulanmaya başlayan hastanın kliniğinin düzelmesi rahat rejim almaya başlamasıyla PO21.gününde hematoloji servisine devir edildi ve R-EPOCH protokol tedavisine geçildi.

SONUÇ: PMBHL, timik B hücrelerden köken alır, sıklıkla 30-40 yaş arası kadınlarda izlenir ve non-hodgkin lenfoma olgularının %2-4'ünü oluşturur. Nadir görülmesi ve çok hızlı progrese olması mediastende olusan dev kitle nedeniile solunum sıkıntısına yol açabilen bir hastalıktır. Kemoterapi ve radyoterapi ile 5 yıllık yaşam beklentisi %90 olup tanı ve tedavi süreci olabildiğince hızlı olmalıdır. Tanı ve tedavide ki gecikme mortal seyredebilir.

Anahtar Kelimeler: dev kitle, dispne, B hücreli lenfoma, kemoterapi

resim 1

Preop PAAG de dev kitle

resim 2

KT sonrasında belirgin regresyon

EP-048

PULMONER EPİTELOİD HEMANJİOENDOTELYOMA OLGUSU

Halit Çınarka[1], Burcu Babaoğlu[1], Barış Demirkol[1], Elif Tanrıverdi[1], Efsun Gonca Uğur Chousein[1], Özkan Saydam[2], Halide Nur Ürer[3], Erdoğan Çetinkaya[1]
[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul
[3]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

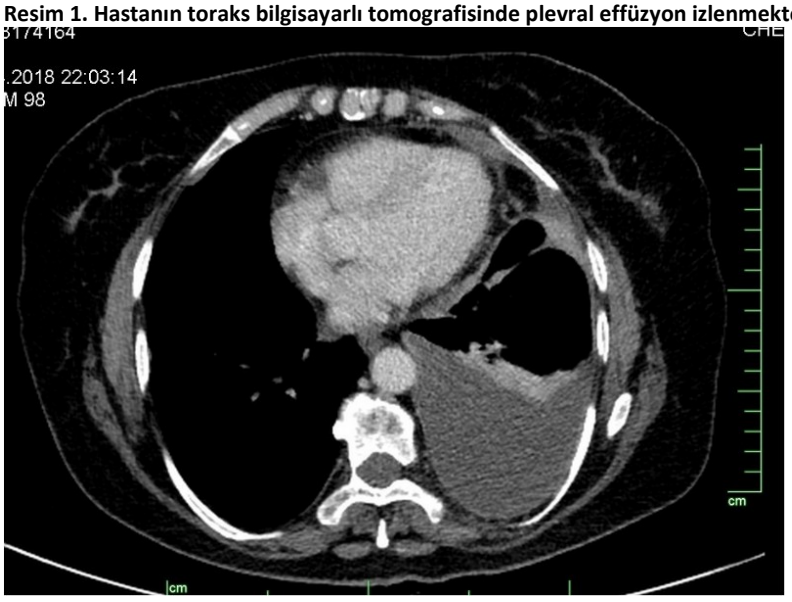
GİRİŞ: Pulmoner Epithelioid hemanjioendotelyoma (PEH), değişken karakter gösteren epiteloid ve histiositoid görünümü olan, iyi diferansiye, nadir bir vasküler tümördür. Pre-endotelyal veya vasküler endotelyal hücrelerden kaynaklanır, tüm vasküler neoplazmların % 1'inden azını temsil eder. İlk kez 1975 yılında Dail ve ark. tarafından pulmoner epiteloid hemanjioendotelyoma (PEH) olarak tanımlanmıştır. Hastalığın oldukça nadir olduğu iyi bilinmektedir; PEH'in tahmini prevelansı 1/1.000.000'den azdır. Karaciğer tutulumu olabilir, ancak sistemik metastazlar nadirdir. Histopatolojik tanısı imunohistokimyasal boyama ile doğrulanır. PEH prognozu belirsizdir ve etkin bir tedavi bulunmamaktadır.

OLGU: Bir haftadır devam eden göğüs ağrısı, terleme, iştahsızlık şikayetleri ile acile başvuran 68 yaşında kadın hastanın, Tip 2 DM haricinde bilinen hatalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde nabız 103/dk, ateş 36,3*C, kan basıncı 120/70 mmHg, solunum sayısı 18/dk, oda havası oksijen saturasyonu 98% idi. Oskültasyonda solunum sesleri sol bazalde azalmıştı. CRP: 44mg/ L olması dışında diğer laboratuar tetkikleri normaldi. Postero-anterior akciğer grafisinde sol kostafrenik sinüs künt ve diafragma eleve olarak izlendi. Toraks USG sinde sol bazalde 11cm sıvı saptanması üzerine torasentez yapıldı. Plevral sıvısı eksuda vasfında, ADA:39.3 U/L (N:0-30) idi. Tüberküloz temas öyküsü olan hastaya TBC plörezi tanısı ile antitüberküloz tedavi başlandı. Hasta yan etkileri sebebiyle tedaviye devam edemedi. Bu dönemde plevral sıvının sitolojik incelemesinde atipik epitel hücreleri görüldü. Kontrastlı toraks bt incelemesinde solda üst orta ve alt zonlarda kalınlığı 55 mm ye ulaşan plevral mayii,solda orta ve alt zonlarda atelektatik akciğer sahası, sağda orta zon süperiorda kalsifik büyüğü 5 mm çaplı dens nodüler görünüm mevcuttu. Sağda orta zonda yine plevral kalsifikasyon olan hastanın her iki akciğerde amfizematöz değişiklikler izlendi. PET-CT'de kostal, mediastinal, diyafragmatik ve interfissürel plevral yüzeylerde yaygın, plevral kalınlaşma alanlarında yer yer yoğun şekilde izlenen FDG tutulumları saptandı(SUVmax:17.3). Sağda parasternal lokalizasyonda subsantimetrik boyutlu lenf nodunda artmış FDG tutulumu görüldü(SUVmax:9.5). Bronkoskopisinde endobronşial lezyon izlenmedi. VATS eşliğinde plevra biyopsisi yapıldı. İmmünhistokimyasal boyanma paterni ve morfolojik görünümü ''malign epiteloid hemanjioendotelyoma'' lehine yorumlandı.

SONUÇ: Olgumuz akciğerin nadir görülen tümörlerinden olması sebebi ile sunuldu.

Anahtar Kelimeler: akciğer, epiteloid hemanjioendotelyoma, PET/CT

Resim 1. Hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde plevral effüzyon izlenmektedir



EP-049

ETRAFINDA BUZLU CAM HALOSU OLAN SOLİTER PULMONER NODÜLLE SEYREDEN SKLEROZAN PNÖMOSİTOMA OLGUSU

Elif Tanrıverdi[1], Efsun Gonca Uğur Chousein[1], Binnaz Zeynep Yıldırım[1], Barış Demirkol[1], Burcu Babaoğlu[1], Halit Çınarka[1], Muzaffer Metin[2], Nural Ören[3], Erdoğan Çetinkaya[1]
[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul
[3]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

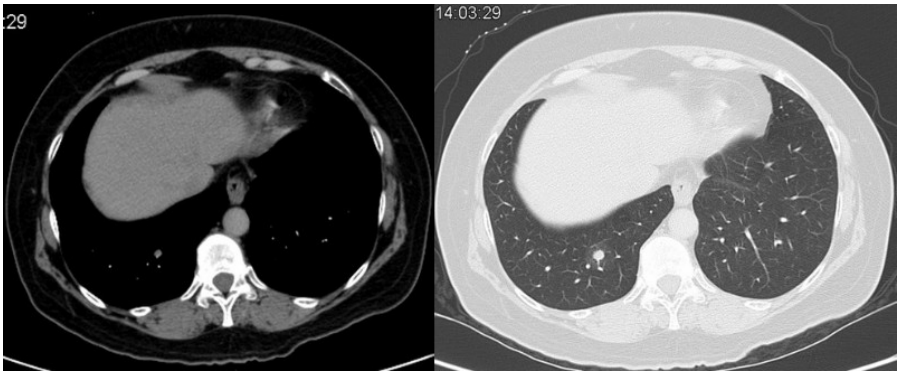
GİRİŞ: Sklerozan pnömositoma akciğerin nadir görülen ve yavaş büyüyen bening tümörüdür. Sıklıkla orta yaş kadınlarda, sağ akciğerde soliter nodül olarak saptanır. Spesifik radyolojik bulgusu olmayan lezyonlarının maligniteden ayrımı ancak histolojik olarak mümkündür. Etrafında buzlu cam halosu olan soliter pulmoner nodülü ile takip edilen ve cerrahi wedge rezeksiyon sonucu ile soliter plazmositom tanısı alan hasta sunuldu.

OLGU: Göğsünün ve sırtının sol tarafında, sol kolunda ağrı ve boynunun sol tarafında şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvuran 53 yaşında kadın hastanın 3 paket/yıl sigara içme öyküsü mevcuttu. Başvurusunda genel durumu iyi, koopere oryante, solunum muayenesinde solunum sesleri doğal idi. Kan basıncı 120/70 mmHg, solunum sayısı 16/dk, nabız: 98/dk, oda havasında parmak ucu oksijen saturasyonu % 98 idi. Tam kan sayımında normaldi. Biyokimya parametreleri CRP 6.3 mg/L olması dışında normaldi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki pulmoner arter distal dallarda parsiyel şüpheli dolum defektleri, sağda alt lob süperior ve posterior segment bileşke seviyesinde 10 mm çaplı nonkalsifik pulmoner nodül ve nodülün çevresinde buzlu cam yoğunlukları izlendi. Oral antikoagülan tedavisi başlanan hastadan nodülü için PET/CT istendi. Nodülde FDG tutulumu yoktu, hasta takibe alındı. Takibinin 6. ayında nodülün sebat ettiği görüldü ve nodül etrafındaki buzlu cam alanı belirginleşmişti. Fiberoptik bronkoskopisi normal olan hastaya sağ alt wedge rezeksiyon yapıldı. Histopatolojik incelemesi sklerozan pnömositoma ile uyumlu idi.

SONUÇ: Bir çoğu rastlantısal olarak çekilen radyolojik tetkiklerle tespit edilen sklerozan pnömositoma maligniteyi taklit etmesi sebebiyle histolojik tanı gerektirmektedir. Tedavisi cerrahi olan hastalığın prognozu iyidir ve tedavi sonrası nüksü/rekürrensi izlenmez.

Anahtar Kelimeler: akciğer, sklerozan pnömositoma, soliter pulmoner nodül

Resim 1. Toraks BT'de etrafında buzlu cam halosu olan soliter nodül izlenmektedir



EP-050

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE İNFLAMATUAR PARAMETRELERİN PROGNOSTİK ÖNEMİ

Aysen Evkan, Berna Kömürcüoğlu, Eylem Yıldırım, Günseli Balcı
SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi SAUM

Sistemik inflamasyon hem kanser etiyopatogenezinde rol oynar hem de kanser hücrelerinde onkojenik değişikliklerden aktiflenebilir. Ayrıca insan vücudunda inflamasyon parametreleri; kanser kaşeksi, anoreksiya, ağrı gibi birçok kansere bağlı durumlarda yükselebilir. Kanserde sistemik infilamatuar belirteçler yüksek riskli hastaları belirlemede, hastalığın progresyonunu öngörmede kullanılabilen, üstelik rutin laboratuvar veriler kullanılarak kolay hesaplanabilir ve ucuz verilerdir.

MATERYAL-METOD: Hastanemizde Ocak 2013-Şubat 2018 tarihleri arasında 3. göğüs hastalıklarında tanı alan küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) 256 olgu retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya alınan hastaların rutin hemogram ve biyokimya tahlilleri + 3 hafta içinde olup tüm veriler tedavi öncesi kabul edildi. Olguların tedavi öncesi CRP(C-reaktif protein), nötrofil, lenfosit ve seruım albümin değerlerine ulaşılan 35 olgu çalışmaya alındı. Olgular TNM 8'ye göre evrelendi.

Hastaların NLR (nötrofil lenfosit oranı), CRP ve serum albümin ile IPI (inflamatuar prognostik indexi) değeri hesaplandı. IPI değerinin CRPxNLR/ serum albümin formülüne göre hesaplandı. Bulunan değerler progresyonsuz sağkalım ve genel sağkalım ile karşılaştırıldı.

BULGULAR:Çalışmamıza alınan 35 hastanın 2 kadın, 33 erkekti. Olguların yaş ortalaması 60.514+ 11.07 idi (min 38, max 81). Hastaların 23 tanesi evre 4, 3 olgu ise evre evre 3C, 1 olgu Evre 3A ve 1 olgu evre 2B idi.

NLR için minimum 1.9, maximum değer 46.33 olarak hesaplandı. IPI değeri için minumum 0.25, maksimum 84.88 olarak hesaplandı. Olgulardan 1 tanesi tanıdansonra 2 hafta içinde exitus olduğu için çalışma dışında bırakıldı. Çalışmaya alınan 3 olguda progresyon saptanmadı. Progresyonsuz sağkalım (PFS) değeri için çalışmanın bittiği tarih PFS olarak kabul edildi. 6 olgu çalışmamızın sonlandırıldığı tarihte sağ olduğu için genel sağkalım(OS) için çalışmamızın sonlandıldığı tarih alındı.

Olguların IPI değeri PFS ve OS değerleri ve istatistiksel verileri hesaplandı. (sonuçları kongrede sunulacaktır)

Anahtar Kelimeler: küçük hücreli akciğer kanseri, inflamatuar parametreler, prognoz

EP-051

SOLUNUM YOLU HASTALIĞINDA MOLEKÜLER ALERJİ TANISI: FIRINCI ASTIMI OLGUSU

Aşkın Gülşen
University Hospital Schleswig-Holstein, Lübeck, Germany

Mesleki astım (MA) ve rinit, meslek ortamında toz ve alerjenlere maruz kaldıktan sonra gelişen edinsel hastalıklardır. Fırıncı astımı, yüksek moleküler ağırlıklı antijenlerin neden olduğu immünoglobulin E (IgE) aracılı MA'nın önde gelen etyolojisidir ve fırıncıların %4 ila %25'inde meydana geldiği bildirilmiştir. Fırıncının astımına katkıda bulunan en önemli alerjen, hava kaynaklı tozlardır (Buğday, çavdar, şerbetçiotu, yulaf, arpa, mısır, pirinç ve un tozu gibi).Bununla birlikte, son on yılda, modern gıda sanayi uygulamalarında kullanılan fungal enzimlerin (örneğin a-amilaz, ksilanaz, selülaz ve glukoamilaz) rolünün, fırıncının astımına katkıda bulunduğu da bildirilmiştir. Bu enzimler, hamur kalitesinin ve veriminin arttırılması, kızartılması, pişirmeye hazırlanması, kabartılmasında ve nihai ürünün raf ömrünün arttırılması için endüstride kullanılmaktadır.

Burada, bir fırında çırak olarak çalışmaya başladıktan sonra 3 yıl içinde işte bir inhalasyon sebepli alerjik belirtiler geliştiren ve bilinen bir polen alerjisi olan genç bir hastayı sunuyoruz. Hastanın semptomlar tatil sırasında düzelmiştir. İmmünoCAP kullanarak alerjen kaynaklarına ve tek alerjenlere karşı spesifik IgE-antikorlarının araştırılması huş, kızılağaç, fındık, ağaç karışımı, ev tozu karışımına karşı yüksek bir hassasiyet gösterdi. Buğday unu, arpa unu, çavdar unu, yazılmamış, fırıncı mayası ve acı bakla tohumlarına karşı hafif bir hassasiyet izlendi. Fırıncı astımı için spesifik olan tek buğday alerjenlerine (Tri a 12, Tri a 27, Tri a 28, Tri a 29, Tri a 32 ve Tri a 39) spesifik IgE antikorları negatiftir. Bununla birlikte, serum, glukoamilaza (IgE: 2.46 kU / L) spesifik IgE reaktivitesi gösterdi.

Bunun bir sonucu olarak, klinik ilgiyi kanıtlamak için fırıncılarda ve şeflerde iş kaynaklı alerjik semptomların varlığında bu fungal enzimlerine karşı duyarlılığın araştırılması da önemlidir. Ek olarak, bu durumun önemi, moleküler alerjinin tanısal değerinde yatmaktadır.

Anahtar Kelimeler: alerjenler, astım, fırıncı, meslek hastalıkları, mantar enzimi

Figure 1

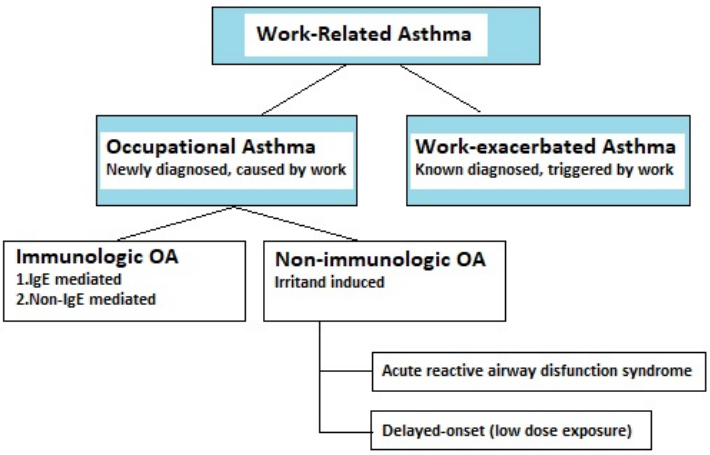


Figure 1. Classification of work related-asthma modified from Muñoz X et al (5).

Classification of work-related asthma

Tablo 1

Allergen Source	Allergen Component	IgE-concentration [kU/l]	RAST-Class
Wheat (Triticum aestivum)	rTri a 12	0.12	0
Wheat (Triticum aestivum)	rTri a 27	0.08	0
Wheat (Triticum aestivum)	rTri a 28	0.11	0
Wheat (Triticum aestivum)	rTri a 29	0.10	0
Wheat (Triticum aestivum)	rTri a 32	0.10	0
Wheat (Triticum aestivum)	rTri a 39	0.12	0
Cross-reactive Carbohydrate Determinant		0.12	0
Glucoamylase		2.46	2
Alpha-amylase		0.12	0
Xylanase I		0.26	0

In vitro alerji tanı testi: fırıncının astımı ve buğday unu alerjisi için spesifik IgE-antikor tespit sonuçları (ImmunoCAP)

EP-052

OBEZ OLAN VE OLMAYAN ASTIM HASTALARININ EGZERSİZ KAPASİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ayşen Canan, Ayşenur Çetinkaya, Seda Saka, Güneş Yavuzer, Nur Tunalı
Haliç Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Başta kardiovasküler ve endokrin sistem olmak üzere vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli bozukluklara ve hatta ölümlere yol açabilen obezite, hem çocuklarda hem de yetişkinlerde astım için önemli bir risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda, obez ve normal vücut kitle indeksine (VKİ) sahip popülasyonlar astım prevelansı açısından karşılaştırılmış ve obezitenin astım riskini artırdığı gösterilmiştir. Astım ve obezitenin egzersiz kapasitesine etkileri bilinmekte birlikte çalışmamızda, obez astım hastaları ile obez olmayan astım hastalarının egzersiz kapasitelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çapa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından astım tanısı konulmuş 18-70 yaş arasında, 20 katılımcı gönüllülük esasına göre dahil edilmiştir. Katılımcıların 10' u obez (Grup 1), 10' u normal VKİ' ye sahip (Grup 2) bireylerden oluşmuştur. Tüm katılımcıların demografik bilgileri sorgulanmıştır. Ayrıca egzersiz kapasitesini değerlendirmek için 6 dakika yürüme testi (6DYT) uygulanmıştır. Çalışmanın veri analizinde SPSS Version (22.0) istatistik programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen katılımcıların demografik verileri benzerdi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. 6DYT ile değerlendirilen egzersiz kapasitelerine göre, obez olan astımlı katılımcıların yürüme mesafeleri (426,80±24,352), obez olmayan astımlı katılımcılara(473,10±99,634) göre daha az bulunsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p:0,496) (Tablo 1).

SONUÇ VE TARTIŞMA: Bu çalışmada obez astım hastalarının egzersiz kapasiteleri obez olmayan astım hastalarına göre daha düşük bulunmuş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların egzersiz alışkanlıklarının sorgulanmaması ve katılımcı sayısının az olması çalışmamızın kısıtlılığıydı. Katılımcı sayısı artırılıp, egzersiz alışkanlıklarının sorgulandığı ileri çalışmaların, obezite rehabilitasyonuna verilen önemi artıracağını ve sağlık masraflarını düşürmeye yönelik adımlardan biri olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Astım, egzersiz kapasitesi, obezite

Tablo: Katılımcıların Demografik Verileri

	Grup 1 (ort±ss)	Grup 2 (ort±ss)	p
Yaş (yıl)	51,90±12,90	53,50±4,16	0,652
VKİ (kg/m²)	36,37±7,59	26,1910±36,36	0,00
Sigara içme süreleri(yıl)	8,20±13,34	14,22±17,18	0,37
6DYT (m)	426,80±24,35	473,10±99,63	0,496

EP-053

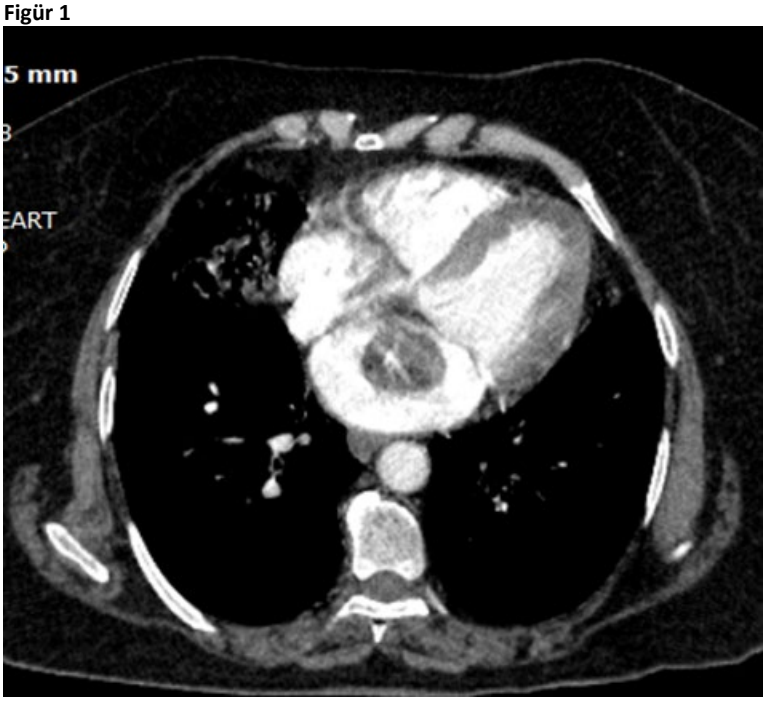
ASTIMI TAKLİT EDEN KARDİAK MİKSOMA OLGUSU

Mualla Elif Bayındır[1], Semra Bilaçeroğlu[1], Burcu Uludağ Katırcı[2]
[1]Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerr. Eğitim ve Araşt. Hastanesi, Göğüs Hast. Servisi, İzmir
[2]Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerr. Eğitim ve Araşt. Hastanesi, Kardiyoloji, İzmir

Yetmiş altı yaşında ev hanımı, bayan hasta son 1 haftadır giderek artan nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile hastanemize başvurdu. Yaklaşık 10 yıldır astım ve bronşiektazi tanısı ile evinde bronkodilatatör kullandığını ifade etti. Öz geçmişinde başkaca özellik yoktu, sigara hiç içmemişti. Soy geçmişi de özellik arzetmiyordu. Fizik bakı- kan basıncı: 130/85 mmHg, nabız: 120/dak, ritmik, ateş: 36.5oC. Obez yapıda, solunum sistemi bakısında- bilateral hemitoraksta ronküsler duyuldu, bilateral pretibial 1+ ödem mevcuttu. Laboratuar bulgularında- hemogram ve rutin biokimya testleri normal sınırlardaydı. Kan gazında- pO2: 62, pCO2: 45 mmHg; proBNP: 304 pg/mL. Solunum fonksiyon testlerinde restriktif bozukluk (FEV1: %46, FVC: %59, FEV1/FVC: %89). Elektrokardiografide- kardiak atım:110/dak, ritmik, p mitrale ve sol ventrikül hipertrofi bulguları. Posteroanterior akciğer grafisinde bilateral parakardiak alanda yamasal lezyonlar, toraks anjio bilgisayarlı tomografisinde akciğer orta lob ve lingula inferior segmentte tübüler ve sakküler bronşiektaziler içeren atelektazi alanları; sağ atriumda yerleşimli 3x2.5 cm boyutunda atrium duvarına bağlantılı, içerisinde kontrastlanma odağı bulunan miksoma ile uyumlu hipodens kitlesel lezyon izlendi (Figür 1). Kardiyoloji konsültasyonu- ekokardiografisinde sol atrium dilate ve sol atrium içinde septumdan köken alan 28x34 mm çaplarında hareketli kitle ve sol ventrikül hipertrofisi saptandı. Bu bulgularla bronkodilatör tedavi kesildi; diüretik, profilaktik antikoagülan ve oksijen tedavisi verildi. Hasta, bu tedaviden belirgin yarar gördü. Kalpteki miksomanın cerrahi tedavisi için, bir kalp-damar cerrahisi birimine başvurması önerilerek taburcu edildi. Bu olguyu, kardiak miksomanın nadir görülmesi ve astım tanısı konurken kalp hastalıklarının (kardiak miksoma, vb.) da ayırıcı tanıda akla getirilmesi gerektiğini vurgulamak için sunduk.

Anahtar Kelimeler: aastım bronşiale, astım kardiale, kalp hastalığı, kardiak miksoma

Figür 1



Toraks anjioBT'de, sol atrium içinde miksoma izleniyor.

EP-054

ASTIM TEDAVİSİNDE KULLANILAN İNHALER İLAÇLAR ATAK SIKLIĞINI AZALTMADA NE KADAR ETKİLİ?

Hülya Bulut, Enver Yalnız
SBÜ.İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Astım, solunum yollarında ataklarla seyreden kronik inflamatuar bir hastalık olup, geri dönüşümlü hava yolu tıkanıklarına neden olan bronşların kasılması, aşırı mukus salgılanması, mukus ödemi ve hava yolunun kronik inflamasyonu ile karakterizedir. Kronik inflamasyon, aynı zamanda hava yollarının değişik uyaranlara karşı duyarlılığının artmasına, yani bronş hiperaktivitesine neden olmaktadır.

Güncel astım tedavisinin ana hedefi astım kontrolünün sağlanmasıdır. Astım kontrolünün iki ayağı vardır: Astım atağının kontrolün sağlanması ve gelecek risklerin önlenmesi, semptomların olmaması, solunum fonksiyon testlerinin normal olması, rahatlatıcı kullanım gereksinimi ve aktivite kısıtlanmasının olmaması ile belirlenir. Gelecek risklerin önlenmesi ise hastanın durumunun stabil olması, atak geçirmemesi, ilaç yan etkilerinin olmaması ve solunum fonksiyon kaybı olmamasını içermektedir.Astımın kişisel veya toplumsal olarak kontrol altına alınmasında hastanın hastalığı algılama biçimi ve geliştirdiği tutumlar önemlidir.Çalışmamızdaki amacımız; astım tedavisinde inhaler ilaçların kullanan hastaların ilaçlarını doğru ve etkin kullanmaları sonucunda kurumumuza tekrarlı başvuru yapıp yapmadıklarının tespiti yapılacaktır. Hastanın astım tedavisinde için kullandığı inhaler ilaçların kullanımından fayda görüp görmedikleri tespit edilecektir.Çalışmamız retrospektif bir araştırmadır. 01.01.2016 yılı ve 30.09.2017 tarihleri arasında Astım polikliniğine gelen 315 gönüllü hasta çalışmamıza dâhil edilmiştir. Hastalarla yüz yüze değil, telefon ile görüşülmüş ve kendi ifadeleri ölçüsünde sonuçlar değerlendirilmiştir.Astım tanılı hastaların kullandıkları inhaler ilaçlar, atak sıklığını azaltmada ne kadar etkili olduğunu tespit etmek amacıyla düzenlenen anket soruları sorulmuştur. Hastaların verilen inhaler ilaçları doğru kullanıp/ kullanmadıkları ve kullanımından fayda görüp/görmedikleri sorgulandı.Araştırmaya katılan hastaların %66,3' ü erkek, %82,2'si ilkokul mezunu, %9,5'i işçi, %67,9'u emekli, %68,6'sı sigarayı bırakmıştır. %54,6'sı hastaneye kışın ve %47,9'u akşam saatlerinde hastaneye geldiğini, %43,8'si 7-9 kez atak geçirdiğini, %69,8'i viral hastalık öncesi astım atağı geçirdiğini, %79'u 4-5 yıldır astım ilacı kullandığını belirtmiştir.Çalışmamızın sonucunda hastaların %67,9'u son bir yıl içinde astım atağı tanısı ile hastaneye yattığını, %51,1'i ilaç eğitimi aldığını ifade etmiştir. Sonuçta hastaların yarısına yakını ilaç eğitimi almamıştır. Hastaların, doğru ilaç kullanmaları neticesinde kuruma tekrar başvuru sayısında azalma olabileceği, akılcı ilaç kullanımı sonucunda ilaç zayiatlarında azalmalar olacağı, dolayısıyla ilaç maliyetlerinin azalabileceği ve bu nedenle de kurumun etkin ve yeterli bir tedavi/bakım verebileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda astım tedavisi için inhaler ilaçları kullanan hastaların ilaçlarını doğru ve etkin kullanmadıkları ve inhaler ilaç eğitimine ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Astım, İnhaler İlaçlar, Atak Sıklığı

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	106	33,7
	Erkek	209	66,3
Öğrenim Durumu	İlkokul	259	82,2
	Ortaokul	23	7,3
	Lise	22	7,0
	Üniversite	6	1,9
	Yüksek Lisans/Doktora	5	1,6
Meslek	İşçi	30	9,5
	Memur	5	1,6
	Çalışmıyor	66	21
	Emekli	214	67,9
Yaşadığı Yer	Köy/Kasaba	5	1,6
	İlçe	3	1,0
	İl	307	97,5
Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyorum	23	7,3
	Hiç Kullanmadım	76	24,1
	Kullanıyordum Bıraktım	216	68,6
Toplam		**315**	**100**

Tablo 2. Hastaların Klinik Özellikleri

KLİNİK ÖZELLİKLER		n	%
Hastaneye gelme zamanı	Kış	172	54,6
	İlkbahar	11	3,5
	Yaz	10	3,2
	Sonbahar	122	38,7
Hastaneye Gelinen Zaman Dilimi	Gece	139	44,1
	Sabah	12	3,8
	Öğlen	13	4,1
	Akşam	151	47,9
Astım Atağı Sayısı	1-3 kez	94	29,8
	4-6 kez	79	25,1
	7-9 kez	138	43,8
	10 ve ↑	4	1,3
Viral Hastalık Öncesi Atak	Evet	220	69,8
	Hayır	95	30,2
SFT Yaptırma	Evet	275	87,3
	Hayır	40	12,7
Ailede Başka Astım Tanılı Kişi Durumu	Evet	114	36,2
	Hayır	201	63,8
Gıda ve Kimyasal Kokulara Alerji Durumu	Evet	240	76,2
	Hayır	75	23,8
Evcil Hayvan Durumu	Evet	45	14,3
	Hayır	270	85,7
İlaç Eğitimi Aldınız mı?	Evet	154	48,9
	Hayır	161	51,1
Astım İlacı Kullanma Süresi	0-5 ay	23	7,3
	6 ay-1 yıl	18	5,7
	2-3 yıl	17	5,4
	4-5 yıl	249	79,0
	6 yıl ve ↑	8	2,5
İlaçları Düzenli Kullanım	Evet	293	93
	Hayır	22	7
Astım İlaçlarını Kullanım Yararlı Oldu Mu?	Evet	302	95,9
	Hayır	13	4,1
Toplam		315	100

EP-055

BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR

EP-056

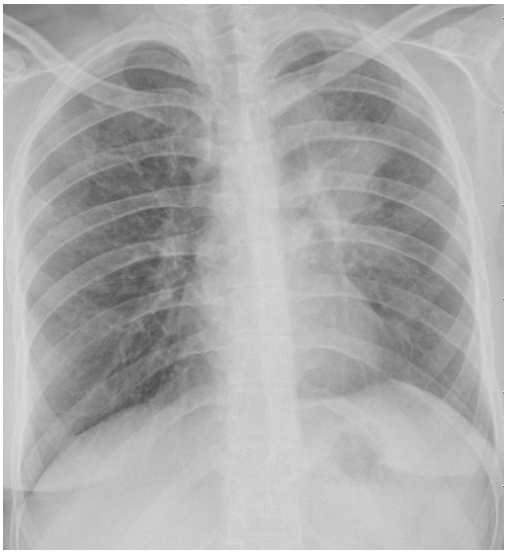
OMALİZUMAB İLE TEDAVİ EDİLEN BİR ABPA OLGUSU

Yusuf Akyüz, Yakup Arslan, Deniz Doğan, Nesrin Öcal, Cantürk Taşcı, Ergün Uçar
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

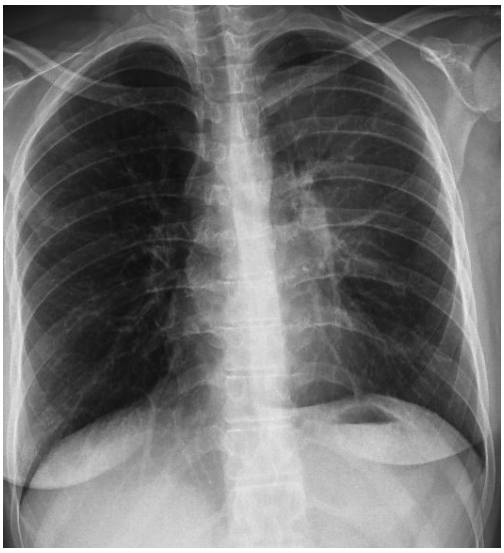
23 yaşında bayan hasta, öksürük, nefes darlığı, zamanla yükselen ateş yüksekliği nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Şikâyetleri yaklaşık bir yıldır mevcutmuş. Bu nedenle dış merkezde tetkik edilmiş ve ABPA tanısı konulmuş. Uzun süreli ve aralıklı oral kortikosteroid tedavisi (prednizolon 30-40mg/gün) kullanmış. Poliklinikte yapılan tetkikleri ile bronşiektazisi, astımı görüldü. IgE yüksekliği (1500-2500 IU/ml) mevcuttu. Yüksek doz bronkodilatör (İKS+LABA) tedaviye ilaveten oral kortikosteroid tedavi de kullanan hasta, ağır persistan astım olarak değerlendirildi. Allerji deri testinde (mold mix-rhizopus,aspergillus,bortisera) ve tekli yapılan aspergillus pozitif saptanması üzerine hastaya Omalizumab 150mg 1x4 iki haftada bir olacak şekilde başlandı. 6 ay süreyle tedavi sonrası takiplerinde klinik, laboratuvar ve radyolojik düzelme olduğu gözlendi. Halen 4mg/gün prednizolon tedavisi almakta olup astım atak tablosu yaşamamıştır.Genç hastalarda astım ve buna bağlı gelişebilen enfeksiyon durumlarında IgE'ye selektif olarak bağlanan, rekombinant DNA türevi, insan monoklonal antikoru olan Omalizumab'ın kullanımının hayat kurtarıcı rolünün olduğu değerlendirilmektedir. ABPA'lı hastalarda da kullanımı etkili olduğuna dair gördüğümüz olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Astım, Allerjik bronkopulmoner aspergillozis, Omalizumab

İLK PAAG



SON PAAG



EP-057

MESLEK İLİŞKİLİ ASTIM: 2 OLGU

Metin Keren, İsmet Bulut, Cihan Örçen, Tuğçe Yakut, Selver Seda Mersin
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, İmmunoloji ve Alerji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Astım meslek ilişkisi bazı hastalar için hem tanı hem de takipte önemli bir faktördür. Burada meslek ilişkili 2 olgu sunulmaktadır.

OLGU1: 37 yaşında erkek hasta. 2 yıldır kokularla ve tozlu ortamda nefes darlığı öksürük nöbetleri tanımlıyor. 25 yıldır otoboyacılığı ile uğraşıyor. İş yerinde de özellikle maruziyet sonrası yakınması artıyor. Muayene ve laboratuar testleri normal. Deri prick testi negatif. Hastaya metakolinle yapılan nonspesifik bronşprovakasyon testi 2.23 mg/ml pozitif bulundu. Spesifik provakasyon testi yapılamadı. Beklametazon+formeterol ile tedavi başlandı. Kendi iş yerinde işten mümkün olduğu kadar uzaklaştı.8 aylık takibinde astımı kontrol altında.

OLGU 2: 30 yaşında erkek hasta. 1.5 yıldır rinit, son 3 aydır öksürük, hırıltı ve balgam yakınmaları var. Gündüz daha çok bazen gece yakınması artıyordu. 15 yıldır pastanede imalatta çalışıyor. Hastaya metakolinle yapılan nonspesifik bronşprovakasyon testi 0.66 mg/ml pozitif bulundu. Buğday unu ile deri prick testi pozitif bulundu. Hastaya formeterol+budesonid başlandı. İş yerinde pozisyonu değişti. Astımı kontrol altında.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Astım hastaların tanısında ve takibinde mutlaka meslek anamnezi ve buna yönelik testler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu hastaların takibini ve tedavisini kolaylaştıran bir faktördür.

Anahtar Kelimeler: astım, mesleki astım, un alerjisi

EP-058

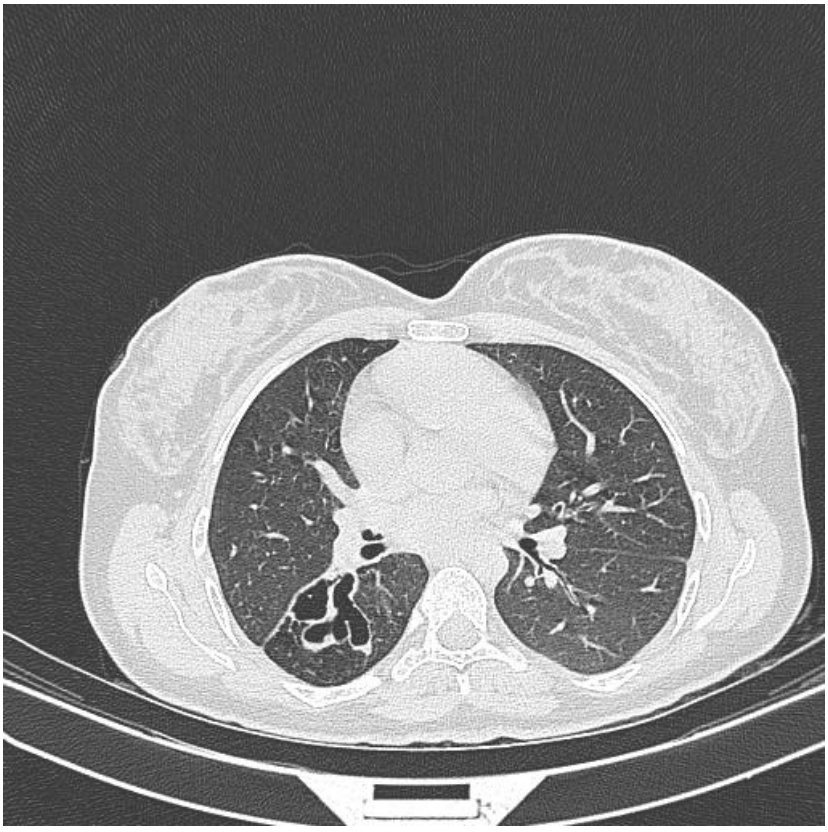
OMALUZİMAB VE ITRAKANAZOL TEDAVİSİNE CEVAP VEREN BİR ABPA OLGUSU

Bilge Salık[1], Berna Kömürcüoğlu[2]
[1]Bilge Salık S.B.Ü. Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahsisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Berna Kömürcüoğlu S.B.Ü. Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahsisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Alerjik bronkopulmoner aspergillozis Aspergillus fumigatus antijenlerinin allerjik geç faz enflamatuar yanıtı sonucunda oluşan, akciğerin bir hipersensitivite hastalığıdır.Astım öyküsü, kanda eozinofili, aspergillusa karşı antikor reaksiyonu, cilt testi pozitifliği, yüksek total IgE, spesifik IgE ve G yüksekliği, santral bronşektazi major tanı kriterleridir. 24 yaşındaki kadın hasta 5 yıl önce başlayan nefes darlığı ve astım öyküsü ile başvurmuştu.Yapılan fizik muayede bilateral ekspiratuar ronküsler, solunum fonksiyon testlerinde ağır obstüriktif bozukluk, çekilen HRCT'de sağ akciğer alt lobta bronşektazik değişiklikler mevcuttu ve olgunun Total IgE değeri 1150 bulundu.Yüksek doz inhaler kortikosteroid,uzun etkili beta2 agonist, desloratadin,montelukast sodyum, yavaş salınımlı teofilin,gerektiğinde kısa etkili beta 2 agonist ve oral steroid kürleri kulanan hasta kontrol altına alınamakta ve sık atak geçirmekteydi. Yapılan deri prick testinde A.fumigatus duyarlılığı ve kanda aspergillus spesifik IgE pozitifliği saptandı. Bronşektazi varlığı ile beraber kanda eozinofilisi olan hastaya ABPA tanısı kondu. Hastaya önce omalizumab (ayda iki defa 600mg) ve Itrakanazol tedavisi başlandı. Hastanın 1. 3. ve 6. ayda yapılan kontrollerinde klinik bulgularda düzelme,Total IgE düzeyinde düşme (874 IU/ml), solunum fonksiyon değerlerinde FEV1 ve FVC değerlerinde %15-20 artış saptandı ve tedaviye anlamlı yanıt olarak değerlendirildi. Tedaviye anlamlı yanıt olduğunu düşündüğüz vakayı sunmayı uygun gördük.

Anahtar Kelimeler: ABPA,Itrakanazol,Omaluzimab

RADYOLOJİK BULGULAR



EP-059

ASTIM TANISIYLA TAKİP EDİLEN YABANCI CİSİM ASPİRASYON OLGUSU

İclal Hocanlı, Mahmut Ülger, Şerif Kurtuluş, Zafer Hasan Ali Sak
Harran Üniversitesi,Göğüs hastalıkları Ana Bilim Dalı,Şanlıurfa

Yabanci cisim aspirasyonu (YCA) tüm yaş gruplarında görülmekle beraber özellikle bebekler ve çocuklarda daha sıktır. Yetişkinlerde ise proksimal hava yollarında obstrüksiyon ve asfiksi şeklinde ya da distal hava yollarına kadar inen yabancı cisimle¬rin semptomlarının haftalar veya yıllar sonra ortaya çıkmasıyla görülmektedir. Yabancı cisim aspirasyon öyküsü olan hastaların %90'ında öksürük, whezing ve solunum sisteminin muayenesinde akciğer seslerinde tek taraflı azalma, dispne gibi semptom ve bulguların bir veya birden fazlası bir arada bulunabilir. Tanıda anamnez, radyolojik tetkikler ve rijit/fiberoptik bronkoskopi çok önemlidir.28 yaşında erkek hasta öksürük, sağ yanda bıçak saplanır tarzda ağrı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Uzun süredir astım tanısı olan hastanın vital bulguları stabil, dinlemekle her iki akciğerde bilateral yaygın ronkus, sağ bazalde ral mevcuttu. Laboratuvar bulguları; beyazküre:16000, crp:1.18 mg/l, sedim 16 mm/h, posteroanterior akciğer (pa ac) grafide sağ alt lobda konsolidasyon mevcuttu.solunum fonksiyon testinde FEV1/FVC:%78, FEV1:2.06 lt (%50),FVC:2.64 lt (%54), DLCO:8.92 mmol/kPa/min (%79), TLC: 3.83 lt (%57) idi. Hastaya kliniğe interne edilerek pnömoni ve astıma yönelik tedavi düzenlendi, bir haftalık tedavi sonra kliniği düzelen hasta externe edildi ancak yaklaşık 4 hafta sonra ateş, öksürük şikayetiyle tekrar polikliniğe başvuran hastanın pa ac grafide konsolidasyonda artma olması üzerine tüberküloz? pnömoni ? ön tanılarıyla tekrar kliniğe interne edildi (şekil 1). Kontrastlı toraks bt çekildi, sağ ac alt lob bronşu düzeyine hiperdens yabancı cisime ait lezyon,sağ ac alt lobda hava bronkogramı içeren konsolide alan ve kavitasyon mevcuttu (şekil 2). Balgam kültüründe pseudomonas aeruginosa üredi. balgam arb ve kültür negatif geldi. Hastaya fiberoptikbronkoskopi yapıldı, sağ ac alt lobda üzeri nekroze doku ile örtülü yabancı cisim görüldü. Rijit bronkoskopi ile yabancı cisim (fıstık kabuğu) çıkarıldı.Hastanın yoğun sorgulanmasına rağmen aspirasyonla ilgili bilgi alınamadı. Takiplerde dramatik şekilde kliniği düzelen hasta taburcu edildi.

Trakea ve bronşlara yabancı cisim aspirasyonu tanısı, akut yakınmaların veya aspirasyon öyküsünün varlığında kolaylıkla konur. Aksi takdirde yabancı cisimler uzun yıllar saptanamayabilirler. Bu grup yabancı cisimler, akciğer kanseri ve astım gibi hastalıkları taklit edebilir veya bronşektazi, tekrarlayan pnömoni ve granülasyon dokusu oluşumu gibi komplikasyonlara neden olabilirler. Bu nedenle, kronik ve tekrarlayan semptomlarda tedaviye direnç mevcut ise yabancı cisim aspirasyonu akla getirilecek ön tanılardan biri olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Astım, Bronkoskopi, Pnömoni, Yabancı cisim

EP-060

YABANCI CİSİM, (İĞNE) ASPİRASYONU BİR YAŞINDA DA OLUR MU?

Fatih Meteroğlu[1], Halil İbrahim Kaval[2]
[1]Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı\Diyarbakır
[2]Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Hemşiresi\ Diyarbakır

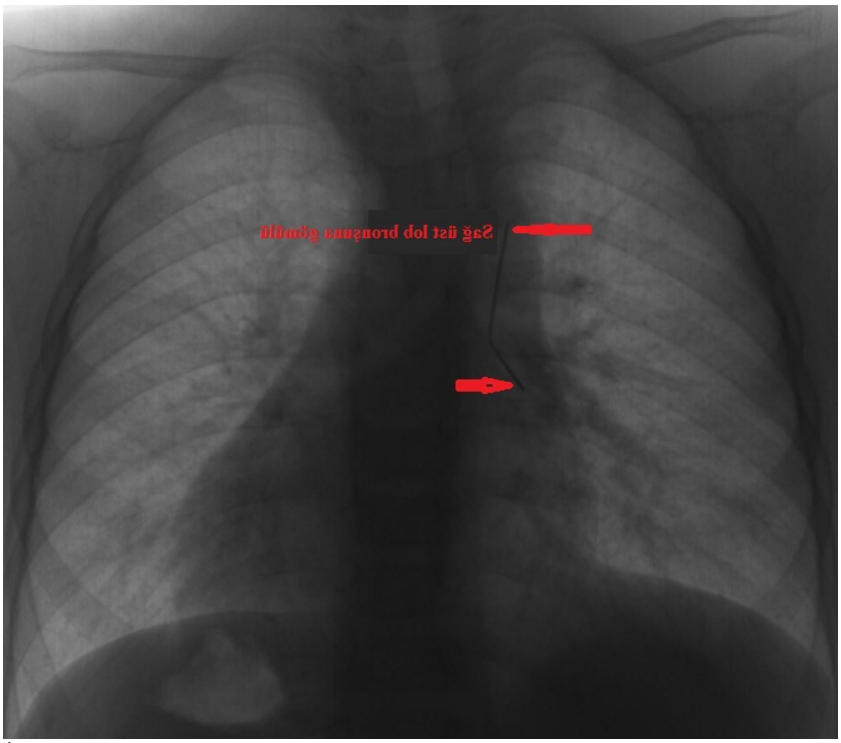
GİRİŞ: Trakeobronşial sisteme yabancı cisim aspirasyonu ciddi sonuçlara ve bazen de morbidite ve mortaliteye neden olan çoğu zaman tanısı zor bir durumdur. Bu nedenle bazen astma veya tekrarlayan akciğer enfeksiyonu nedeni ile tedavi edilir, bu da tanının gecikmesine ve granülom oluşmasına neden olur. Yabancı cisim aspirasyonu 1 yaş altında daha nadir olmakla birlikte genellike 3 yaş altındaki çocuklarda görülür. Yabancı cisimler genellikle sağ bronş ve dallarına kaçarken her iki bronşa da kaçabilir. Sıklıkla ayçiçek kabuğu, fındık, fıstık, oyuncak parçaları aspire edilir. Olgumuzda ise ilginç olarak iğne aspirasyonu rastlantı sonucu tespit edilmiş. Fizik muayene bulgusu olarak öksürük ve tutulan akciğerde solunum seslerinin azalması idi. Yabancı cisim aspirasyonu tedavi edilmezse ciddi sekel, tekrarlayan akciğer enfeksiyonu, ölüme neden olabilir, bu nedenle erken tanı ve tedavi önemlidir. Bu yaşta nadir görüldüğü için sunmayı amaçladık.

OLGU: Geçmeyen öksürük şikayetiyle başka hastaneye müracaat eden 1 yaşındaki erkek çocuk yatırıldı. Ayrıca Dış merkezde yapılan rijit bronkoskopta sağ akciğer üst loba yakın granulasyon dokusu ve yabancı cisim görülmeyince kliniğimize yönlendirilmişti. Hastanın yakınları aspirasyon öyküsünü vermiyorlardı. Hastanın genel durumu iyi. Fizik muayenesinde sağ alt önde 4. ve 6. kotlar arasında arkada ise skapulanın hemen altından itibaren akciğer seslerinde yer yer ral, ronküs mevcuttu. Laboratuarında bir özellik yoktu. Çekilen iki yönlü akciğer grafiğinde sağda üst lob girişinden alt lob girişine uzanan açılı pozisyonda iğne görüldü (Resim; 1,2). Hastaya tarafımızca rijit bronkoskopi yapıldı. Görünümde üst lob girişinden itibaren granulasyon dokusu mevcuttu. Granulasyon dokusu biyopsi forsepsi ile temizledikten sonra iğnenin ucu üst lob düzeyinde bronşa açıdan dolayı sıkı yapıştığı görüldü. İğne ucu kontrollü bir şekilde biyopsi forsepsi ile tutularak kontrollü bir şekilde çıkartıldı.

TARTIŞMA: Başörtüsü iğnesinin yetişkin bayanlarda sık gördüğümüz bir durumdur. Ancak 1 yaşında ise daha çok oyuncak ve yemek aspirasyonunu görmekteyiz. Nadirde olsa böyle vakaların görülebileceğini eğer rijit bronkoskopla çıkarılması mümkün olmadığından ise cerrahiye hazırlıklı olmak gerektiğini düşünmekteyiz.

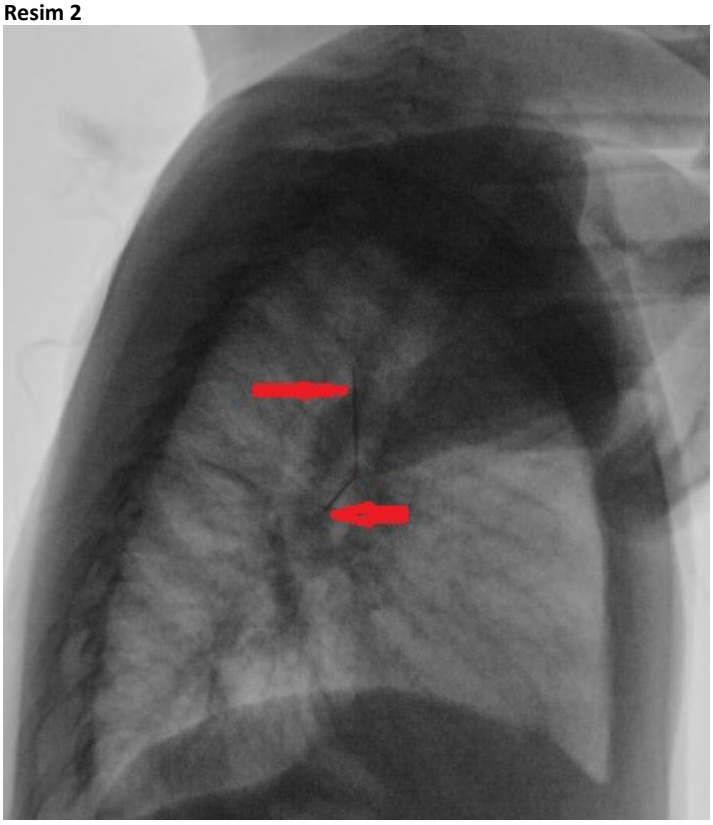
Anahtar Kelimeler: Bronş yabancı cisim, granulasyon dokusu, toplu iğne,

Resim 1



İğnenin sağ üst lob girişinden alt lob girişine kadar olan iğnenin görünümü

Resim 2



İğnenin yan grafideki görünümü

EP-061

HAVA EMBOLİSİ VE AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ BİRLİKTELİĞİ OLGUSU

Cebrail Azar[1], Mustafa Safa Papele[2], Vedat Dağ[2], Bahadir Çağlar[2], Onur Taşar[3], Yavuz Aydemir[4], Murat Kılıç[5], Sefa Şenol[6]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Elazığ
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ve Travmatoloji, Elazığ
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji, Elazığ
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,Radyoloji, Elazığ
[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,Göğüs Cerrahisi, Elazığ
[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,Kalp Damar Cerrahisi, Elazığ

GİRİŞ: Hava embolisi, venöz/arterial kateterizasyon, nöro/vasküler/ kardiyak vb. cerrahi girişimler, gastroenterolojik prosedürler, pulmoner barotravma ve invazif akciğer prosedürleri sonrası gözlenebilir.Çok küçük bir miktarda hava hiç sorun oluşturmazken büyük miktarda hava solunum distresi ve ölüme yol açabilir. Sıklıkla rastlanan şikayetler olarak; dispne, substernal göğüs ağrısı, baş dönmesi/sersemlik hissi sayılabilirken; takipne, solunum yetersizliği, siyanoz, hipotansiyon, taşikardi, şok, sağ kalp yetmezliği bulguları, mental değişiklikler, fokal nörolojik defisit, yüzeyel damarlar üzerinde krepitasyon, retinal arterler üzerinde kabarcıklar, saptanan fizik muayene bulgulardır.Tanısal görüntüleme metotları arasında bilgisayarlı tomoğrafi, MR ve EKO yer almaktadır. Tedavide; destek tedavisine derhal başlanılması, hava/gaz geçişinin durdurulması önemlidir. Havanın absorbe edilmesine fırsat tanımak, embolizasyon riskini azaltmak amacı ile, hastaya; sol lateral dekübit, trendelenburg, veya sol lateral dekübit baş aşağı pozisyonları verilir.Her yıl milyonlarca hasta,hava embolisi semptomlarına benzer muhtemel Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI) semptomları ile acil servislere başvurmakta olup büyük çoğunluğunda AMİ bulunmamaktadır. AMİ teşhisinde yaşanan gecikmeler ise yüksek morbitite ve mortaliteye neden olmaktadır.

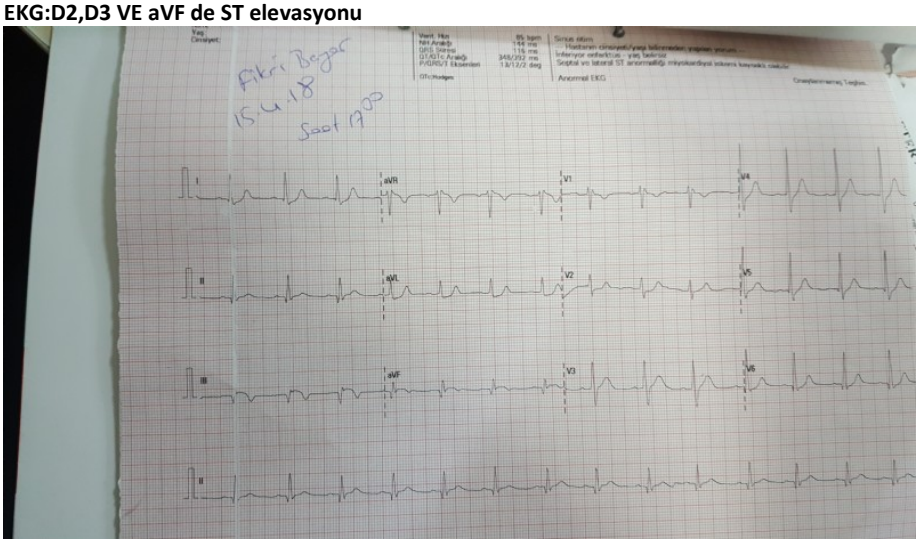
OLGU: 47 yaşında erkek hasta, 5 gün önce sırt ağrısı nedeniyle kalçadan IM analjezik enjeksiyon öyküsü olup sabah başlayan ani göğüs ağrısı ve terleme ile acil servise başvurdu.Hastanın EKG, troponin,EKO, D-dimer tetkiklerinde patolojik bulgu yoktu.Sat02:%96 Tansiyonu:90/60 mmHg NB: 56/dk.Kardiyoloji konsultasyonunda EKG,troponin ve EKO ile değerlndirilip kardiyak patoloji düşünülmemesi üzerine hastaya çekilen CTPA'da ana pulmoner arter kökünde hava-sıvı seviyesi ile uyumlu görüntü olması üzerine hastada Hava Embolisi tanısı konuldu (1.RESİM).Hastaya semptomatik ve konservatif tedavi verildi.Kalp Damar Cerrahisi ve Göğüs Cerrahisi görüşü alındı.Cerrahi/kateter ile hava dekomresyonu önerilmedi.Hastanın takiplerinde 3.kez bakılan troponin değerinde anlamlı yükselme ve EKG: D2, D3 ve aVF de ST elevasyonu (2.RESİM) olması üzerine hastaya koroner anjiografi yapıldı.Anjiografide: Sağ ana koroner arter ve sirkumfleks arter trombüs ile tıkalı izlendi. AMI tanısı ile hastaya başarılı bir şekilde perkütan koroner işlem yapıldı.Hastanın anjiografi sonrasında vital bulguları düzeldi.İki gün sonra taburcu edildi.

TARTIŞMA: Her ne kadar hastaların bakılan ilk tetiklerinde EKG, d-dimer, troponin ve EKO' su normal sınırlarda da olsa mortalite ve morbiditesi yüksek olan AMI tanısını dışlamak için kontrol EKG ve troponin değerlerine bakmak önem arzetmektedir. Hava embolisi ve AMI birlikteliği nadir olup her iki hastalığın benzer şikayetlerle prezente olmaları nedeniyle ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Hava embolisi, Akut miyokard infarktüsü, Troponin

BT ANJİO KESİTİ:HAVA EMBOLİSİ

EKG:D2,D3 VE aVF de ST elevasyonu



EP-062

FARKLI YAŞLARDA FARKLI SİSTEM TUTULUMU İLE BELİRTİ VEREN BEHÇET HASTALIĞI

Ömer Araz[1], Adem Karaman[2], Elif Yılmazel Uçar[1], Leyla Sağlam[1], Metin Akgün[1]
[1]Atatürk Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzurum
[2]Atatürk Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

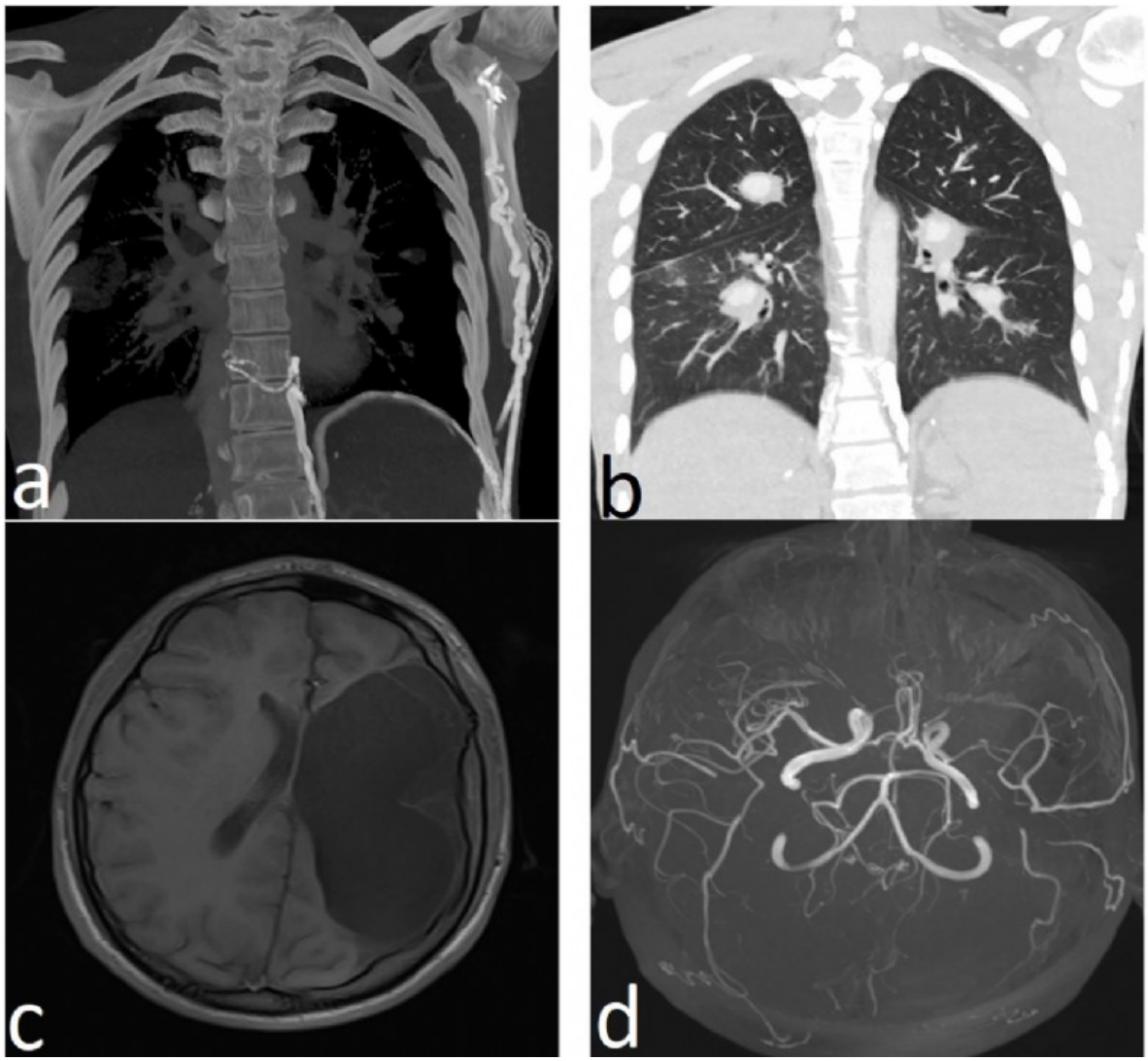
GİRİŞ: Behçet hastalığı pek çok sistemi tutabilen inflamatuar bir hastalıktır. Daha sık deri ve göz bulguları ile seyreden bu hastalık pulmoner ya da nörolojik sistemleri tutarak ciddi bulgular oluşturabilir. Hastalık her yaşta görülebileceği gibi daha çok 20-40 yaşlarında ağırlıklı olarak seyreder.

VAKA TAKDİMİ: 23 yaşında erkek hasta: Nefes darlığı, öksürük, göğüs ağrısı ve hemoptizi şikâyetleri ile kliniğimize yatırıldı. Doğum sonrası tespit edildiği ifade edilen zekâ geriliği ve hemiplejisi olan hasta mevcut şikâyetleri 20 gün önce başlamış. Yapılan muayenede sağ hemiplejisi var olan hastanın, genital bölgede ve ağıza ülsere lezyonları vardı. Solunum sistemi muayenesinde dinlemekle bazalde yer yer inspiratuar raller mevcuttu. Hafif-orta mental retardasyonu olan hastanın takipleri boyunca hemoptizi hiç olmadı. 24. ve 48.'inci saatte paterji testi pozitifliği, genital ve oral ülsere lezyonları olan hastaya toraks tomografisi çekildi. Tomografide bilateral pulmoner arter anevrizmalarının ve pulmoner trombusu olan hastanın bu bulguları behçet hastalığı ile uyumlu olduğu düşünüldü (Figure 1a, b). Nörölojik tutulum açısından çekilen beyin manyetik rezonans görüntülemede; beyin sapı sol yarısında ve solda serebral hemisferde hemiatrofik görünüm izlendi. Ayrıca sol lateral ventrikül ile ilişkili porensefalik kist formasyonu ve porensefalik kist komşuluğunda parankimal kistik ensefalomalazik ve gliotik değişiklikler saptandı (Figure 1c). TOF 3D manyetik rezonans anjiografide solda medial serebral arterde (MCA) kalibrasyonun sağa kıyasla belirgin azaldığı tesbit edildi (Figure 1d). Mevcut bulguları ile Romatolojiye konsültasyonu yaptırılan hastaya "yüksek olasılıklı behçet hastalığı" düşünüldü. Üç gün art arda 1 gram steroid tedavisi verilen hastaya 60 mg'dan steroid ile idame tedavisi sağlandı. 21 günde bir verilmesi planlanan endoxan tedavisinin ilk dozu yapıldı. HLA B5 pozitifliği mevcuttu.

SONUÇ: Behçet semptomları her yaşta başlayabileceği gibi 20-40 yaşında ağırlıklı olarak başlar ancak bazı tutulumları doğuştan itibaren semptom oluşturabilir. Bizim vakamızda da olduğu gibi görülen bu semptomlar doğuştan santral sinir sistemi gelişimini etkileyen ve genç erişken iken pulmoner sisteminde de etkilenme görülen farklı sistemlere ait semptomlar farklı yaşlarda ortaya çıkabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, Santral sinir sistemi tutulumu, Pulmoner sistem tutulumu

Resim 1a*d



Olgunun pulmoner sistem ve santral sinir sitemine ait tomografi ile MR anjio görüntüleri

EP-063

AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİ VE KAN TÜKÜRME NEDENİ İLE HOSPİTALİZE EDİLEN OLGULARDA PULMONAR EMBOLİ TANISI

Aysel Elman Aslanova, Gulzar Aliyeva, Aziz Musaev, Hadiya Hasratova, Aynur Gambarova, Zaur Hacımemmedli, Camal Abbasov, İlham Gasimov, Nazila Murguzova
Azerbaycan Cumhurriyeti Göğüs Hastalıkları Eğitim Araşdırma Hastanesi

GİRİŞ VE AMAC: Pulmonar emboli sık görülen bir hastalıkdır. Pulmoner emboli çoğunlukla altta yatan bazı nedenlere bağlıdır. Her yaş grupunda özellikle obezite, doğum ve her hangi ameliiyat sonrası durumlarda öncelikli olarak düşünülmelidir. Pulmoner emboli öncelikle klinik bulgular ve hastanın taşıdığı riskler dahilinde düşünülmesi gereken bir tanıdır.

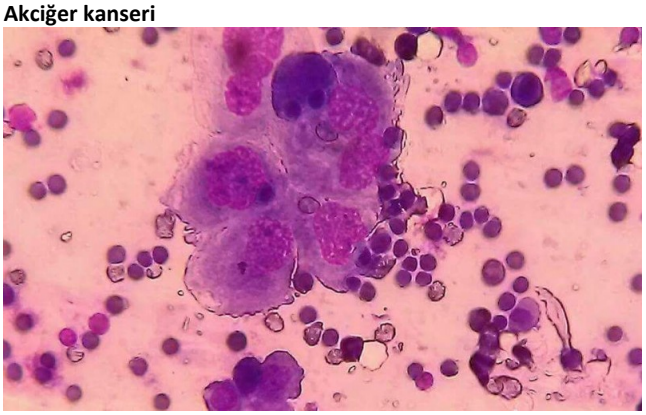
YÖNTEM: Hastanemize baş vuran 48- 67 yaş ortalamalarında olan hastaların dosyalarının (N= 28 dosya) incelenmesi zamanı farklı yaklaşım ve farklı tedavilerle rastlaşdık. Bu nedenle tarafımızdan hastaların klinik şikayetleri ve tüm müayineler hususa alınmakla diagnostik inceleme yapıldı.

BULGULAR: 28 hastanın 24-u kadın 4-ü erkek olmakla hastanemize- öksürük, kanlı balğam, akut solunum yetmezliği, toraks boyu şiddetli ağrı, kilo kaybı nedeniyle baş vurmuşlar. 24 kadından 3 kadın doğum sonrası akut solunum yetmezliği nedeni ile hastanaye yatırılmışdır- pulmoner emboli söz konusu. Tüm olgularda laboratuvar tahliller ve Bilgisayar Tomografi (BT) çekimleri yapılmış ek olarak tüberkülöz tanısı için Gen Xpert moleküler üsul ön olarak yapılmışdir. Tahlil sonucu olarak 5 hastada Tüberküloz tanışı gerçekleşmiş- GenXpert moleküler üsulla RİF SENSİTİV kayd edilmişdir, Pulmonar embol nedenile D-Dimer ve kontrastlı BT yapılmış 17 hastada klassik "POLO MİNT SİGN" gorunumu saptanmış, 2 hastada akciğer kanseri biopsi sonuçu olarak tarafımızdan saptanmışdır.

TARTIŞMA və SONUÇ:Araşdırmamızda hüsusi dikkata alınacak akut solunum yetmezliği ve balğamda kanın olması nedeni ile baş vuran hastaların klinik değerlendirilmesinde Pulmoner Emboli tanısı ilk olarak düşünülmeli ve acıl tedaviye başlanılmaldır.

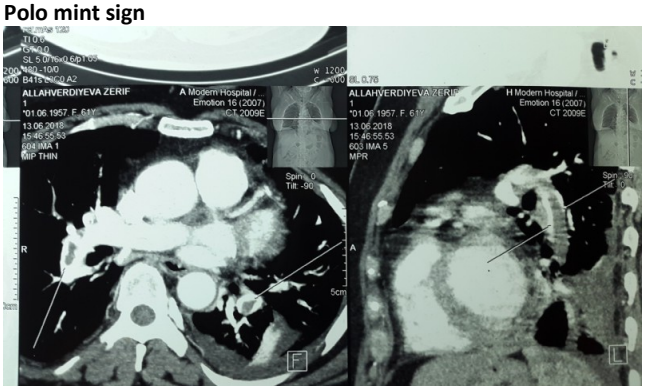
Anahtar Kelimeler: Polo Mint Sign, pulmonar emboli, GenXpert, akciğer kanseri

Akciğer kanseri



kanlı öksürük nedenile hastadan alınmış balğam incelenemesinde kanser hücreleri

Polo mint sign



EP-064

YAYGIN SENTRİLOBÜLER NODÜLLERİN NADİR BİR SEBEBİ: GOODPASTURE SENDROMU

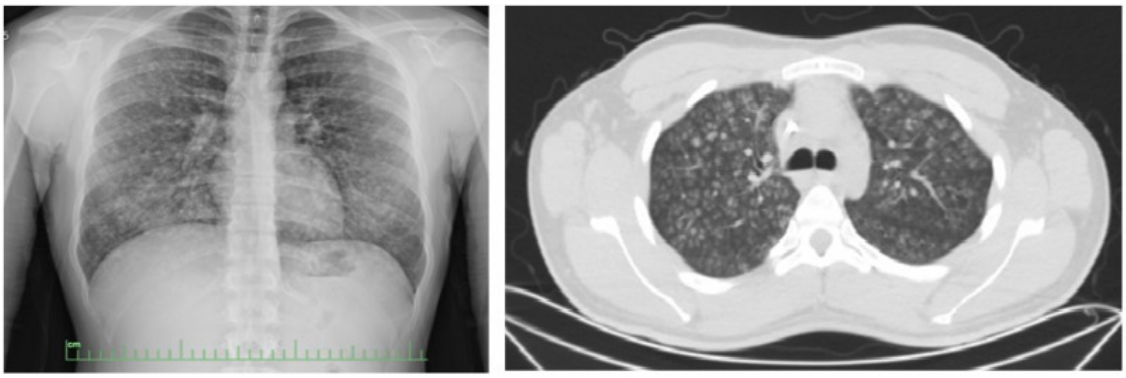
Celal Satıcı, Sibel Yurt, Arzu Deniz Aksan
İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,istanbul

Goodpasture sendromu(GPS) hızlı ilerleyen glomerulonefrit,antiglomerüler bazal membran antikorlarının varlığı ve eşlik eden difüz alveolar hemoraji ile karakterizedir. Yaygın sentrilobüler nodüller ile prezente olan GPS'li olguyu nadir görülmesi sebebi ile paylaşmayı uygun bulduk.

OLGU: 21 yaşında erkek hasta,ağızdan kan gelme şikayeti mevcut. Konvansiyonel akciğer grafisinde orta ve alt zonda daha çok olmak üzere nonhomojen retikulonoduler infiltrasyon saptandı. Toraks BT'de tüm zonlarda sentrilobüler buzlu cam nodülleri saptandı (resim1,resim2). Bronkoskopi ile yapılan BAL sonucu alveolar hemoraji ile uyumlu görüldü. İdrar mikroskopisinde hematüri saptandı. Anti-GBM antikorlarının pozitif saptanması ile hastaya nefroloji tarafından GPS tanısı konuldu. Hastaya 1 g /gün pulse metilprednisolon (3 gün) ve idame 1 mg/kg oral metilprednisolon, takibinde cyclophosphamde 1 g/gün (pulse) ve plazmaferez tedavisi uygulandı. Tedavi sonrası akciğer grafisinde lezyonların tamamen gerilediği görüldü.Bu olgu ile; hemoptizi ile beraber sentrilobüler buzlu cam nodüllerin varlığında, erken dönemde tanı konulup tedavi başlanmaması durumunda mortal seyredebilecek GPS tanısının akılda tutulması gerektiğini belirtmek isteriz.

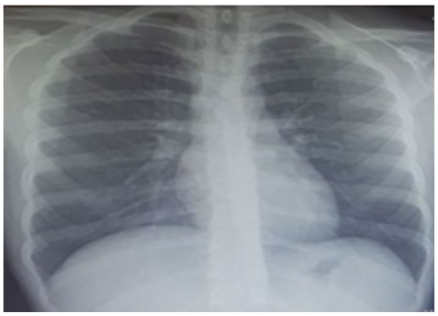
Anahtar Kelimeler: Alveolar hemoraji, Goodpasture sendromu,,Sentrilobüler nodüller

Resim 1



Başvuru Akciğer Grafisi ve BT Kesiti

Resim 2



Tedavi sonrası kontrol grafisi

EP-065

HİPERSENSİVİTE PNÖMONİSİ

Volkan Bozkurt, Arif İşcan, Meltem Yılmaz, Nejat Altıntaş, Levent Cem Mutlu, Nevin Fazlıoğlu
Namık Kemal Üniversitesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

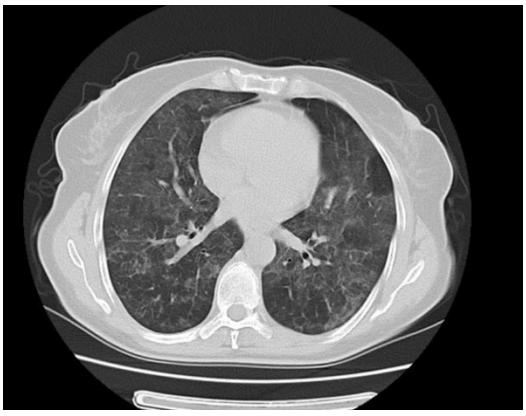
GİRİŞ:Hipersensitivite pnömonisi(HP), antijenik ajanların yoğun ve tekrarlayan inhalasyonları sonucu gelişen, interstisyel ve parankimal dokuları etkileyen inflamatuar bir hastalıktır. Seyrek görülmesi ve tipik bir semptomu olmaması nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Biz burada nefes darlığı ve kuru öksürük semptomları ile başvuran detaylı anamnezinde papağan besleyicisi olduğunu söyleyen ve HP tanısı alan olguyu ele aldık.

OLGU:52 yaşında kadın hasta, 1 yıldır devam eden nefes darlığı son 4 ayda artış göstermiş.Bu semptomlarla dış merkezde pnömoni ve astım ön tanıları ile defalarca tedavi gören hastanın şikayetlerinin devam etmesi üzerine Thorax CT çekilmiş olup buzlu cam görüntüsü sebebi ile hipersensivite pnömonisi ön tanısı konarak tarafımıza yönlendirilmiş.Ek bir semptomu bulunmayan hastanın solunum sistemi muayenesinde bilateral bazallerde belirgin olmak üzere krepitan ralleri mevcuttu.Geliş oksijen saturasyonu 91, solunum fonksiyon testinde FVC:1.80(%75,0) FEV1:1,40(%68,9) FEV1/FVC: %77,7,DLCO: %68,4,DLCO/VA: 61,5 ölçüldü. Hastanın posterioranterior akciğer grafisinde bilateral orta ve alt zonlarda daha belirgin olmak üzere tüm zonlarda buzlu cam tarzında dansite artışları izlendi. Hastanın dış merkezde çekilen kontrastsız Thoraks CT'sinde her iki akciğerde yaygın buzlu cam dansitesi izlendi.Detaylı anamnezi alınan hastanın 2 yıl önce evine papağan alması sonucu son 1 yılda belirgin olmak üzere nefes darlığı başlamış. Kuru öksürük ve nefes darlığı şikayetleri mevcut olan hastanın dış merkezde 3. kuşak sefalosporin grubu antibiyotik,inhale kortikosteroid ve bronkodilatatör tedavi verilmiş.Mevcut klinik ve labaratuar değerlendirilmesi yapılan hastaya hipersensivite pnömonisi ön tanısı ile prednol 40 mg sistemik olarak başlandı.Hastanın kortikosteroid dozu azaltılarak 2 ay boyunca tedavi edildi.Hastanın ilk hafta sonucunda mevcut şikayetleri azalmakla birlikte SFT ve DLCO'da iyileşme ile beraber posterior anterior akciğer grafisinde buzlu cam alanlarında azalmalar mevcuttu.Hastanın 2 aylık tedavi sonrasında Thorax CT'si,SFT ve DLCO' su normal olarak saptandı.Hasta tedavisiz izleme alındı.

SONUÇ:Solunumsal yakınmalarla başvuran hastalarda anamnez ve fizik muayene özellikle göğüs hastalıkları hekimi için bir numaralı tanı koydurucu yöntemler olup geri kalan tüm labaratuvar ve görüntüleme ön tanıları destekler nitelikte olmalıdır.

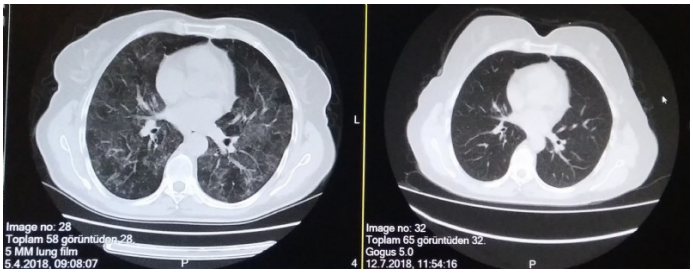
Anahtar Kelimeler: kuş besleyicisi,hipersensivite pnömonisi,diffüz parankimal akciğer hastalıkları

Resim 1



Hastanın geliş Thoraks CT'sindeki yaygın buzlu cam görüntüleri

Resim 2



Hastanın tedavi öncesi ve sonrası Thoraks CT'sinin karşılaştırılmalı görüntüsü

EP-066

NARGİLE İÇİMİ VE LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZİS: OLGU SUNUMU

Ahmet Çağın, Bahadır Can Karan, Nesrin Öcal, Cantürk Taşçı
SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

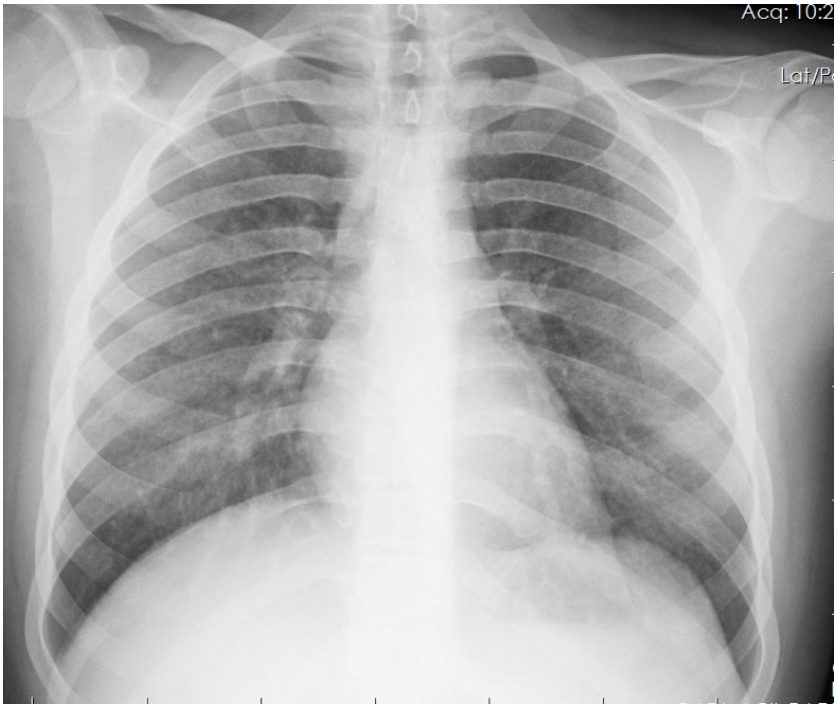
Langerhans hücreli histiositozis, etyolojisi tam olarak bilinmeyen akciğerlerde langerhans hücrelerinin fokal proliferasyonu ve infiltrasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Toraksın yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografisi(hrct) tanıda temel incelemedir, bronkoalveler lavaj(bal) enfeksiyonları ve infiltrasyonla seyreden diğer akciğer hastalıklarını dışlamak için yararlıdır. Kesin tanı için akciğer biyopsisi ve patolojik inceleme gereklidir.

OLGU: Bir aydır devam eden öksürük, koyu renkli balgam, 3 - 4 dakika yürüme mesafesinde nefes darlığı ve gece terlemesi olan 20 yaşında erkek hasta dış merkezde akciğer infiltrasyonu tanısı ile yatırılarak nonspesifik antibiyoterapi ile tedavi edilmiş. şikayetleri geçmeyen hasta servisimize yatırıldı. genel durumu iyi, spo2:%92 ve diğer vitalleri normaldi. normal fiziki muayenesi olan hastanın özgeçmişinde 2 paket/yıl sigara ve 2 yıl nargile kafede çalışma(nargile açımı yapmış-hazırlama aşaması) hikayesi vardı. labaratuvar değerlerinde wbc:13000 ve h-crp:31 olması dışında değerleri normaldi. akciğer grafide bilateral mikronodüler opasiteler vardı. hrct bulgularında, bilateral üst ve lingular loblarda sentrilobuler buzlu cam dansitesinde nodüller ve sağ apikalde daha fazla olan 5 mm'den küçük kistler izlendi. yapılan solunum fonksiyon testinde; fev1/fvc:%83, fev1:%65, fvc:%71, dlco:%53, dlco/va:60 restriktif patoloji saptandı. alınan akg'de ph:7.35 pao2:65mmhg paco2:41mmhg hco3:22,7meq/l sao2:%93 hastaya tanısal bronkoskopi yapıldı, bronkoalveolar lavaj ve transbronşial biopsi alındı. bakılan yaymasında arb görülmedi ve pcr negatif geldi. bal kültüründe pseudomonas aeruginosa üremesi oldu. kültür antibiyograma göre tedaviye devam edildi.patolojisinde; interstisyumda fokal odaklar halinde histositler ile az sayıda eozinofiller, goblet hücre hiperplazisi, alveol lümeninde hemosiderin yüklü makrofajlar bulunmakta olup infiltrat içerisindeki histiyositlerde s100 ve cd1a ile kuvvetli immünboyanma izlendi. histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular öncelikle 'langerhans hücreli histiositozis' erken dönem ile uyumlu olarak raporlandı. sistemik tutulum açısından endokrinoloji tarafından değerlendirilen hastada ek patoloji düşünülmedi. hastada pulmoner langerhans hücreli histiositozis tanısı ile sigara bırakılması ve iş değişikliği önerildi. genel durumu iyi ve aktif yakınması olmayan hastaya ek medikal tedavi düşünülmedi.

SONUÇ: Langerhans hücreli histiositozis, 20-40 yaşlarında, yoğun miktarda sigara içenlerde görülen, hrct' de tipik olarak üst lobları tuatan ve alt loblar ile sinüs kostodiafragmatikusların korunduğu nodüler ve kistik lezyonlar görülen, çoğunlukla benign seyirli bir hastalıktır. Yanlışlıkla farklı tanılar ile tedavi verilebilir. Tedavisi sigaranın bırakılmasıdır. İleri evre vakalarda ise transplantasyon gerekebilir. Bizim olgumuzda bronşit astım gibi farklı tanılarla takip edilmiş. Merkezimizde tanı aldı.

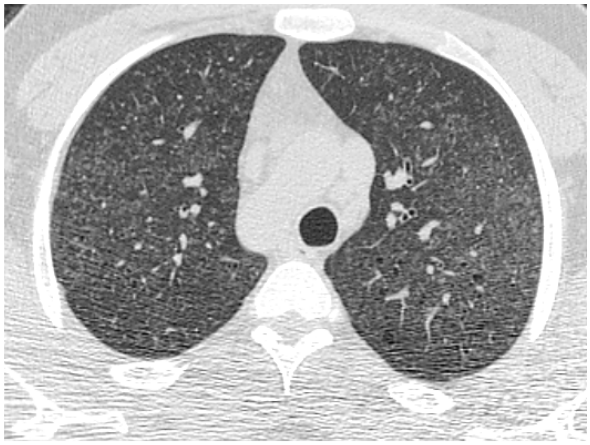
Anahtar Kelimeler: genç erkek, langerhans hücreli histiositozis, nargile, sigara

akciğer grafisi



olgunun ac grafisinde mikronodüler patern izlenmekte

hrct



olgunun HRCT görünümünde mikronodül ve kistik görünüm mevcut

EP-067

AKUT HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİ OLGUSU: İYİ ANAMNEZ, ERKEN TANI, UYUMLU HASTA HAYAT KURTARIR

Betül Cengiz, Göksel Altınışık Ergur
Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

HP veya ekstrensek alerjik alveolit çeşitli organik partiküllere tekrarlayan temas sonrası duyarlı kişilerde akciğer parankiminde ve küçük hava yollarında immünolojik reaksiyonla ilişkili inflamasyona bağlı olarak ortaya çıkan heterojen bir grup hastalıktır.

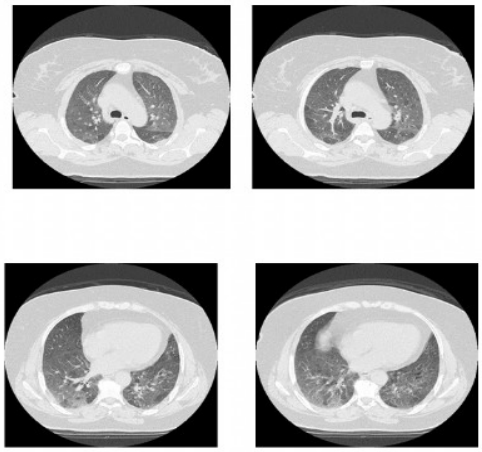
Seyrek görülmesi ve tipik bir semptomu olmaması nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Bu olgu, 3 aydır devam eden öksürük, nefes darlığı, sabahları balgam çıkarma gibi nonspesifik yakınmalar ile başvuran hastada maruziyet öyküsü almanın, uyumlu klinik ve radyolojik bulgular ile erken tanıya katkısına dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: Öksürük, nefes darlığı, sabahları balgam çıkarma yakınmaları 3 aydır süren 51 yaşındaki kadın hastanın polikliniğimize başvurmadan önce çeşitli merkezlerde astım olarak değerlendirilip inhale kortikosteroid-bronkodilatör tedavisi aldığı halde düzelmediği öğrenildi. Toraks Bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde mozaik perfüzyon ile uyumlu görünüm, sağ orta lob lateral segmentte 4mm iki adet sekel nodül saptanarak danışılmak üzere tarafımıza yönlendirilmişti (Şekil 1).

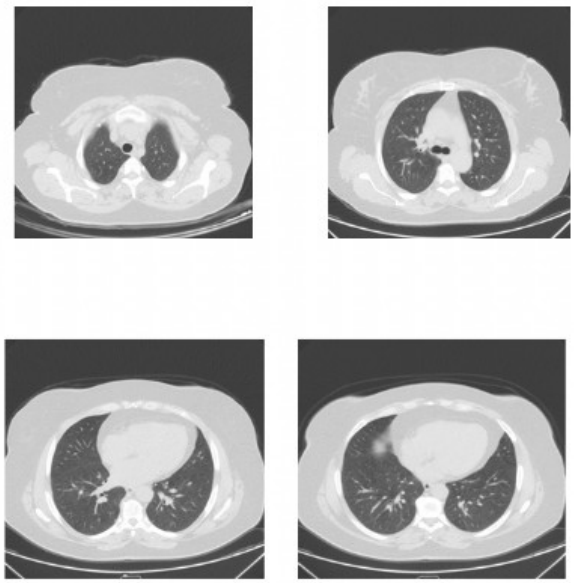
Fizik muayenede patolojik bulgu olarak sol akciğer alt zonda inspiratuar velcro raller saptandı. Hipoksemi yoktu. Sigara içmemişti. Yeni tanı astım dışında ek hastalık veya ilaç kullanım öyküsü yoktu.Rutin kan tetkikleri normaldi. Solunum fonksiyon testinde patolojik patern saptanmadı, CO difüzyon kapasitesi normaldi. TLC: 4.08 lt (%104bek), RV/TLC:%63 bulundu.Hobileri detaylı olarak sorgulandığında 7 aydır evde muhabbet kuşu beslediği öğrenildi. Uyumlu klinik ve radyolojik bulgular ile birlikte sorumlu temas HP olasılığını güçlendirdi. Hastanın muhabbet kuşu ile doğrudan ve dolaylı temasının kesilmesi, hiçbir tedavi almadan yakın izlenmesi durumunda yakınmaların kaybolması hastanın da yapılmasına sıcak bakmadığı girişimsel yöntemlere gerek kalmadan tanıyı kesinleştirmeye yeteceği için bu yaklaşım seçildi.İki ay sonundaki kontrolünde temas kesildikten kısa süre sonra yakınmalarının tamamen geçtiği öğrenildi.Velkro raller belirgin azalmıştı. TLC 3.43 lt (%88bek),RV/TLC:%38 ile hava hapsinin de düzeldiği görüldü. Toraks BT'de sekel iki nodül dışında parankimin normale döndüğü görüldü (Şekil 2). Başvurusundan 1,5 yıl sonra hasta sorunsuz olarak izlenmektedir. İleri inceleme gerektirmeden ve özellikle de Kronik HP gelişmeden erken tanı almasının sağlanması ayrıntılı anamnez ve kararlılıkla temasın sonlandırılması sayesinde olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Akut, Hipersensitivite,Pnömoni,

Şekil 1



Şekil 2



EP-068

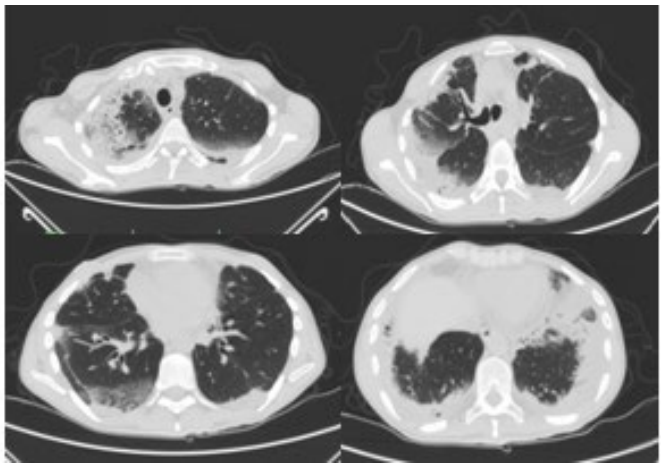
TESTİS SEMİNOMU TANILI HASTADA BLEOMİSİNE BAĞLI ORGANİZE PNÖMONİ

Esma Nur Aktepe, Demet Turan, Binnaz Zeynep Yıldırım, Efsun Gonca Chousein, Elif Tanrıverdi, Mehmet Akif Özgül, Erdoğan Çetinkaya
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Bleomisin özefagus, serviks, baş boyun kanserleri, germ hücreli tümör, hodgkin ve non-hodgkin lenfoma gibi geniş bir alanda kullanımı olan kemoterapötik bir ajandır. Bleomisin tedavisinin en önemli toksisitesi yaşamı tehdit edebilen akciğerde intertisyel fibrozistir.Bleomisin kullananlarda sıklığı %10'lara kadar varmaktadır. Organize pnömoni(OP) ve hipersensitivite pnömonisi daha az görülen toksisiteleridir.Otuzaltı yaşında erkek hasta 2018 Ocak ayında testis seminomu tanısı ile opere edildikten sonra Bleomisin, Etoposid ve Sisplatin tedavisi almış. Kemoterapinin 2.ayında başlayan öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurduğu dış merkezde pnömoni ön tanısı ile antibiyoterapisi tamamlanmış. Buna rağmen şikayetlerinde artış olması üzerine hastanemize yönlendirilen hastanın fizik muayenesinde; genel durumu orta, takipneik, solunum sesleri bilateral azalmış olarak izlendi. Laboratuvar bulgularında WBC: 9900, CRP:79 olması dışında ek özellik yoktu. Hastanın oda havasında PaO2: 55, PCO2: 48, pH: 7.48 idi. Posteroanterior Akciğer Grafisinde(PA AG) bilateral efüzyon ile birlikte bilateral tüm zonlarda dağınık yerleşimli buzlu cam dansiteleri ve retiküler dansite artışı mevcuttu. Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT) sağda üst zonda atelektatik akciğer sahası,bilateral üst zonlarda buzlu cam dansiteleri,bilateral orta ve alt zonda bronşiektatik görünümler,solda lingular segmentte bronşiektatik görünüm,fissürlerde belirginleşmeler,peribronşial duvar kalınlaşmaları izlendi.Yine sağda orta ve alt zonlarda subplevral retiküler dansite artışları,bilateral orta ve alt zonlarda atelektatik akciğer sahaları izlendi.Fiber optik bronkoskopide(FOB) endobronşial lezyon izlenmedi. Bronkoalveoler lavajda %85 makrofaj, %8 lenfosit, %7 nötrofil saptandı. Kollajen doku markerları negatif saptandı. Genel anestezi altında rigid bronkoskopi ile kriyobiyopsi planlandı. Sağ intermedier bronşa balon yerleştirildi.Önce sağ alt lob superior segmentten 1 kez, lateral segmentten 1 kez skopi eşliğinde 5 sn süre ile kriyo TBB yapıldı.Sonra sağ üst lob apikoposterior segmentten 2 kez skopi eşiliğinde 5 sn süre ile kriyo TBB yapıldı. Herhangi bir hemoraji izlenmedi. Ön planda bleomisine bağlı akciğer toksisitesi düşünülen hastada klinik progresyon olması üzerine 3 gün 500 mg/gün pulse steroid uygulandı. Kriyo TBB sonucu hasta organize pnömoni tanısı alması üzerine 80 mg/gün prednol tedavisi ile 1 ay sonra kontrole çağrılan hasta solunum sıkıntısı ile 40 gün sonra acile başvurdu. Çekilen Toraks BT de hastada mediastinal amfizem geliştiği izlendi.Bununla beraber parankimdeki infiltrasyonlarda belirgin regresyon olduğu saptandı.Hastanın takibi devam etmektedir.Bleomisine bağlı OP nin temel tedavisi steroidlerdir. Fibrozis gelişmemiş hastalarda akciğer bulguları reversibl olabilmektedir

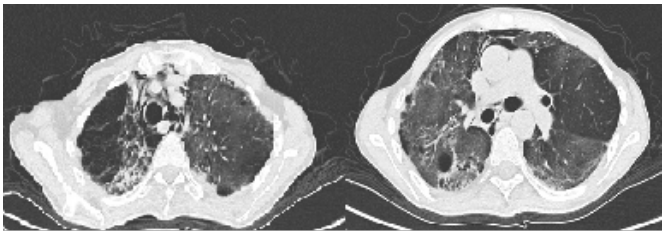
Anahtar Kelimeler: Seminom, Bleomisin, Organize pnömoni

Resim 1



Bilateral akciğerde dağınık yerleşimli yamalı konsolide alanlar ve buzlu cam dansiteleri

Resim 2



Tedavinin 1. ayında yeni gelişen mediastinal amfizem ile birlikte hastanın infiltrasyonarında belirgin regresyon izlenmekte

EP-069

ORAL ANTİKOAGÜLASYONDA YENİ NESİL, YENİ DENEYİMLER

Sahinur Aycan Alkan, Pınar Mutlu, Nihal Arzu Mirici
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Çanakkale

Pulmoner tromboembolizm(PTE) bacak derin venleri başta olmak üzere tüm venlerde oluşabilen trombüslerden oluşan parçaların pulmoner arterleri veya dallarını tıkakayarak oluşturdukları ciddi bir hastalıktır.Tedavi edilmemiş olgularda PTE'nin mortalitesi yaklaşık %25-30 iken, tedavi edilenlerde mortalite %2-8'e kadar düşer.Standart antikoagülasyon süresi en az 3 aydır. Vitamin K antagonistleri (VKA'lar) 50 yıldan uzun süredir antikoagülasyon tedavisinin temel dayanağı olmuştur. Ancak gıda ve ilaç etkileşimleri gibi kısıtlılıklar, kanama komplikasyonları, sürekli INR takibi gerekliliği bilim insanlarını direkt oral antikoagülanlara yönlendirmiştir Halihazırda elde edilen kanıtlar, direkt oral antikoagülanların (DOAC) varfarinle kıyaslandığında benzer veya geliştirilmiş etkililik ve güvenlik sonuçları olduğunu göstermektedir Biz atriyal fibrilasyon (af) ve serebrovaskuler olay (svo)öyküsü bulunan hastamızda uzun dönem asatilsalisilik asit kullanımı sonrası rivaroksabana geçişin 1. ayında pulmoner emboli ve kanama (hematüri ve hemoptizi) komplikasyonun beraber izlenmesinden yola çıkarak yeni nesil oral antikoagülanların etkililik ve güvenilirliklerini tartışmayı planlıyoruz.

Anahtar Kelimeler: atriyal fibrilasyon, pulmoner embolizm, rivaroksaban, yeni nesil oral antikoagülasyon,

EP-070

PULMONER ALVEOLER MİKROLİTYAZİS OLGUSU

Gözde Kalbaran Kısmet, Oğuzhan Okutan
SBÜ Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ:Pulmoner alveoler mikrolityazis (PAM) etyolojisi bilinmeyen ailesel yatkınlık olduğu bilinen genellikle her iki cinste eşit oranlarda ve hemen hemen her yaşta görülebilen alveollerde kalsiyum fosfat çökeltilerinin(mikrolit) birikimiyle karakterize nadir görülen bir hastalıktır.Sıklıkla dördüncü dekada kadar asemptomatik seyrettiği bilinmektedir.Kesin tanısı akciğer dokusunda yada sitolojik incelemelerde kalsiyum fosfat yapılarının gösterilmesine dayanır.Ancak radyolojik görünümün tipik olması nedeniyle bazı olgularda tanı radyolojik bulgular ile konabilir.Biz de yazımızda radyolojik olarak PAM tanısı alan bir olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU: 51 yaşında üç yıldır KOAH tanısıyla takipli erkek hasta eforla ve sırt üstü yatmakla artan nefes darlığı şikayeti ile tarafımıza başvurdu.Özgeçmişinde 5 paket/yıl sigara öyküsü (20 yıldır eksmoker) mevcuttu.Fizik muayenesinde vital bulguları stabil,oda havasında satürasyonu %84 idi.Solunum sistemi muayenesinde inspeksiyonla her iki elde clubbing,iki ekstremitede de pretibial ödem ve dinlemekle solunum seslerinde belirginleşme mevcuttu.Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde apeksten bazallere kadar tüm alanlarda yaygın mikronodüler görünüm ve kostalar ile tutulmuş akciğer parankim kesimleri arasında ince lineer çizgilenmeler saptandı.(Resim-1)Toraks bilgisayarlı tomografik incelemesinde her iki akciğerde tüm lob ve segmentlerde yaygın milimetrik boyutlu kalsifikasyonlar izlendi.(Resim-2)Hastanın evde hayvan besleme,toksik gaz inhalasyonu,mesleki veya iç ortam maruziyeti ve tüberküloz temas öyküsü yoktu.SFT'de restriktif patern saptandı.(FEV1:%59-1.90 L, FVC:%53-2.08 L, FEV1/FVC:%91.3)Rutin laboratuar tetkikleri normaldi.Ekokardiyografik incelemesinde sağ yüklenme bulguları(ileri TY,spab:90 mmHg,sağ boşluklar dilate) olan hastaya diüretik tedavi başlandı.Teknesyum-99m işaretli metilen difosfat ile yapılan tüm vücut kemik sintigrafisinde her iki akciğer parankimi içerisinde diffüz yaygın radyofarmasötik tutulumu izlendi,ekstrapulmoner tutulum saptanmadı.(Resim-3)Hastaya kliniği ile birlikte değerlendirildiğinde radyolojik görünümün tipik olması nedeniyle PAM tanısı kondu ve takibe alındı.AKG'da hipoksisi olan hastaya USOT verildi.

SONUÇ: Sodyum bağımlı fosfat taşıyıcıyı kodlayan SL-C34A2 genindeki mutasyonun hastalığın gelişiminden sorumlu olduğu düşünülmektedir ve O.R kalıtımlı bir hastalıktır.Akciğer grafilerindeki ''kum fırtınası görünümü'' nedeniyle tanı konmaktadır.Hastalık kronik ilerleyici bir seyre sahiptir ve akciğer fonksiyonlarındaki kayıp yavaş olur.Akciğer fonksiyon testlerinin sonuçları interstisyel fibrozisin bulunup bulunmayışına bağlı olarak değişir.Etkin spesifik bir tedavisi olmayan PAM'da hastalarda zamanla kor pulmonale ve solunum yetmezliği gelişebilir.Akciğer transplantasyonu,hastalığın ileri dönemlerinde uygulanabilecek bir tedavi seçeneğidir.Akciğer grafilerinde diffüz retiküler görünümün bulunması nedeniyle miliyer tbc ile karışır.Akciğerde yaygın radyolojik tutuluma rağmen bazen subklinik de seyredebilen; Türkiye'de dünyaya oranla daha sık görülmesi nedeniyle,mediyal,inferior ve subplevral yoğunluklu kalsifik pulmoner mikronodülleri olan hastalarda PAM düşünülmeli ve aile anamnezi iyi sorgulanmalıdır.

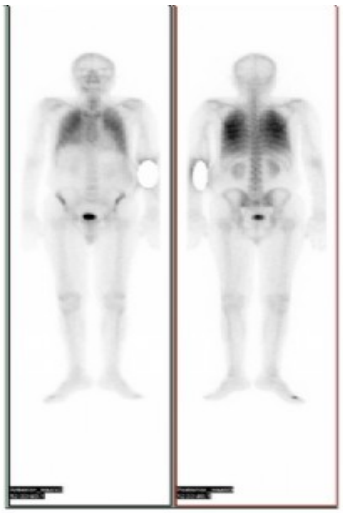
Anahtar Kelimeler: Kalsifikasyon, Mikrolit, Mikronodül

Resim-1 ve Resim-2

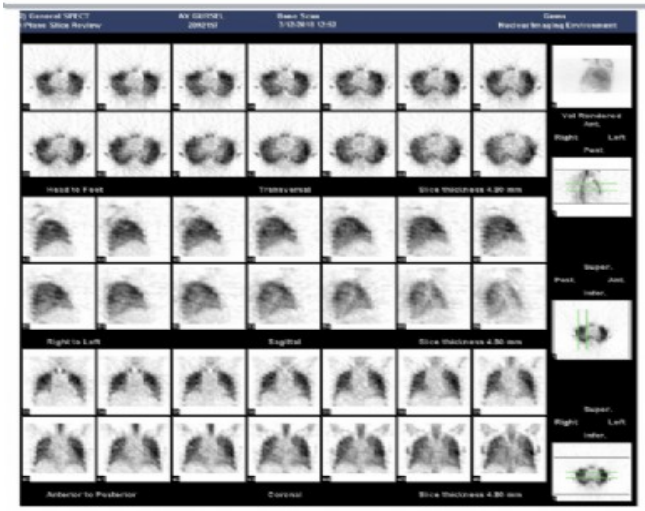
RESİM-1: Hastanın PA Akciğer Grafisi

RESİM-2: Hastanın Toraks Bilgisayarlı Tomografisi

Resim-3



Tc99m MDP ile tüm vücut kemik sintigrafisi: Radyofarmasötiğin kemik yapı içerisinde biodağılımı normal sınırlarda izlenmektedir. Her iki akciğerde diffüz Tc-99m MDP tutulumu gözlenmiştir.



Tc99m MDP ile kemik SPECT çalışma:
Her iki akciğerde diffüz yaygın radyofarmasötik tutulumu izlenmektedir. Toraks BT'de izlenen yaygın kalsifikasyon alanları ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

EP-071

ATİPİK PREZENTASYON: ALVEOLER FORM SARKOİDOZ

Songül Özyurt, Semih Altunsoy, Bilge Yılmaz Kara, Dilek Karadoğan, Ünal Şahin
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

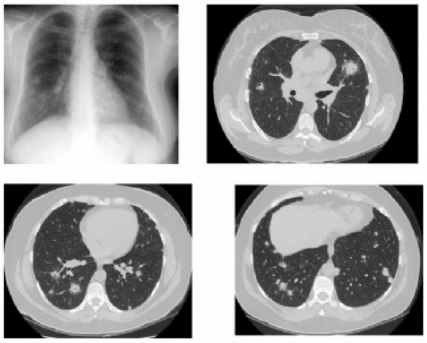
Sarkoidoz, nedeni bilinmeyen, sıklıkla genç erişkinlerde görülen, genellikle hiler lenfadenopati, akciğer infiltrasyonu, göz ve deri lezyonlarıyla seyreden bir hastalıktır. Olgularının yaklaşık %20-25'i atipik radyolojik bulgular ile ortaya çıkabilmektedir. Bu durum tanı ve tedavi gecikmesine yol açabileceğinden atipik radyolojik bulguların tanınması ve erken tedavisi kalıcı organ hasarını engelleyebilmektedir. Burada havabronkogramı içeren multiple konsolidasyonlarla başvuran bir olguyu sunduk.

OLGU: 40 yaşında, Kadın hasta, 1aydan beri devam eden kuru öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı, halsizlik şikayeti ile başvurdu. Öz geçmişinde bilateral hiler LAP nedeniyle 1 yıl önce EBUS ile sarkoidoz tanısı konulduğu ve takip önerildiği öğrenildi. Solunum sistemi muayenesi doğaldı. Laboratuar bulgularında crp 0,4 mg/dl, sedimantasyon 23mm/h, WBC: 9690 U/l, serum ACE düzeyi 87,75 U/L, DLCO:%84, SFT normal ve diğer biyokimyasal tetkikleri normaldi. PA akciğer grafisinde her iki orta-alt zonda infiltratif alanlar saptandı. Olgunun toraks BT tetkikinde her iki akciğerde alt loblarda daha belirgin olmak üzere hava bronkogramları içeren infiltrasyon ve mediastende subkarineal alanda 34X27 mm LAP mevcuttu. Hastanın daha önce sarkoidoz tanısı olması üzerine klinik ve laboratuar bulguları ile alveoler sarkoidoz olarak düşünüldü. 40 mg /gün KS tedavisi sonrası 1. Ay kontrolde akciğer bulgularının kaybolduğu görüldü. Hasta düşük doz KS ile takip edilmektedir.

SONUÇ: alveoler sarkoidoz, sarkoidozun atipik formlarından biri olup sınırları belirsiz, hava bronkogramı içeren alveoler opasiteler şeklinde karşımıza çıkar. Olguların yaklaşık %10-20 sinde görülür. Daha çok periferik ve orta zonda yer alırlar. Havabronkogramı ve büyük opasitelerin çevresinde küçük uydu nodüller eşlik edebilir (sarkoid galaksi).

Anahtar Kelimeler: sarkoidoz, radyoloji, atipik prezentasyon

Resim1



AC grafisinde orta alt zonlarda infiltrasyon, BT de hava bronkogramı içeren infiltrasyonlar gözlenmekte

EP-072

CROHN HASTALIĞINA BAĞLI ORGANİZE PNÖMONİ: OLGU SUNUMU

Melike Yüksel Yavuz, İbrahim Onur Alıcı, Filiz Güldaval, Ceyda Anar, Melih Büyükşirin
İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir

GİRİŞ: Beraberce inflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH) olarak adlandırılan Crohn hastalığı (CH) ve ülseratif kolitli (ÜK) bireylerin yaklaşık % 30'nda bağırsak dışı belirtilerden en az bir tanesi görülmektedir. Pulmoner komplikasyonlar İBH'nın ekstraintestinal komplikasyonları olarak geliştiği gibi kullanılan ilaçlara bağlı olarak da gelişebilir. Organize pnömoni (OP) etiyolojide kollajen doku ve vasküler hastalıklar, ilaç reaksiyonları, immünolojik bozukluklar, infeksiyonlar, toksik inhalasyon hasarı ve organ transplantasyonları gibi çeşitli faktörler suçlanmakla birlikte olguların çoğunda neden saptanamamaktadır. CH ve OP birlikteğinin sıklığı tam olarak bilinmemekte ve olgu serileri ile literatürde yer almaktadır.

OLGU:53 yaşında kadın hasta, yaklaşık 4 haftadır devam eden plöretik tipte yan ağrısı, non- prodüktif öksürük ve efor dispnesi mevcuttu.. Fizik muayenede bilateral inspiratuar krepitan raller mevcuttu. Rutin kan tetkiki sonuçları olağan sınırlardaydı. HRCT' de, her iki akciğerde yaygın, alt loblarda birleşme eğilimi gösteren, hava bronkogramları içeren konsolidasyon alanları izlendi. Bulgular pönmoni ile uyumluydu (Resim- 1). Fleksible bronkoskopi ile bakısında mikrobiyolojik, patolojik anlamlı bulgu saptanmadı. VATS ile wedge rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucu OP ile uyumlu idi. Kortikosteroid tedavisi ile regresyon sağlanan hastanın, doz azaltımı ile lezyonlarında progresyon saptanması tipikti.Takibinin 9. ayında hasta karın ağrısı ile başvurusunda CH tanısı aldı. Kortikosteroid tedavisi kesildi. 6. ay kontrollerinde CH' na yönelik mesalazin başlanan hastanın lezyonlarında belirgin regresyon mevcuttu (Resim- 2).

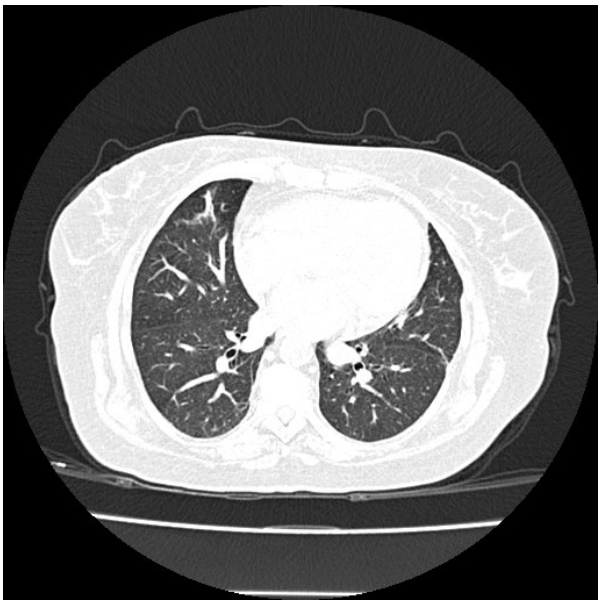
TARTIŞMA:Sonuç olarak OP tanısı ile izlenen hastalarda altta yatan neden zaman içerisinde ortaya çıkabileceğinden, her görüşmede etiyolojiye yönelik çıkarımlarda bulunulması gerektiği klinisyenler için önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: crohn hastalığı, organize pnömoni, etiyoloji

Resim -1

Tanı anındaki HRCT: her iki akciğerde yaygın, alt loblarda birleşme eğilimi gösteren, hava bronkogramları içeren konsolidasyon alanları

Resim -2



Tedavi sonrasındaki HRCT' de lezyonlarda belirigin regresyon izlenmekte

EP-073

BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR

EP-074

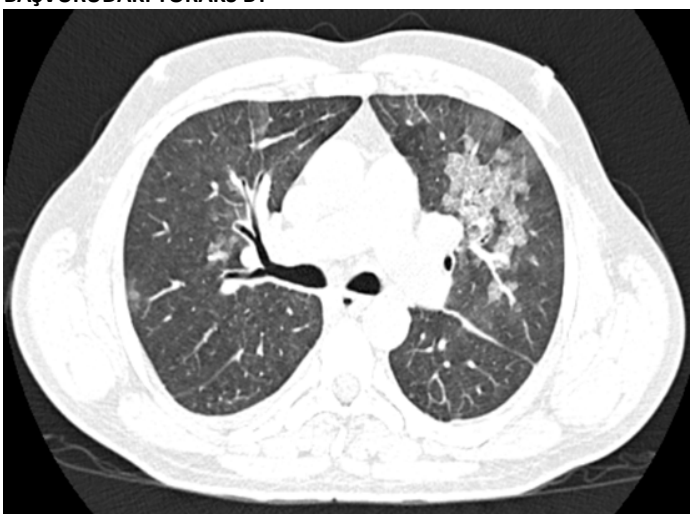
KALP YETMEZLİĞİNE BAĞLI AKCİĞER ÖDEMİNDE "CRAZY PAVİNG" PATERNİ

Görkem Vayısoğlu Şahin[1], Semra Bilaçeroğlu[1], Ahmet Maviş[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerr. Eğit. ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hast. Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerr. Eğit. ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Ünitesi

Otuz sekiz yaşında erkek hasta, 2 aydır süregelen nefes darlığının artması ve kanlı balgam şikâyeti ile hastanemize başvurdu, yatırıldı. Özgeçmişinde 30 paket.yıl sigara içimi mevcuttu; bilinen hastalık, maruziyet veya sürekli ilaç kullanım öyküsü tanımlamadı. Soy geçmişinde özellik yoktu. Solunum sistemi bakısında bilateral hemitorakslarda raller duyuldu. Vital bulgular ve diğer sistem bakıları normal sınırlardaydı. Laboratuvar bulgularında hemogram, rutin biyokimya testleri ve CRP normal sınırlarda bulundu. Arteriyal kan gazında pH:7.48, pO2:65, pCO2:29 mmHg, HCO3:24mmol/Lt, O2 sat:%94; pro BNP:1607 (N:0-125) idi. EKG'de kalp atım sayısı 75/dk, ritmikti. Ekokardiyografide sol ventrikül EF:%55, sol atrium dilate, SPAP:50 mmHg, mitral kapaklar kalın, fibrotik, hareketleri kısıtlı bulundu (orta-ciddi düzeyde mitral darlık). Solunum fonksiyon testinde FEV1:%83 FVC:%83 FEV1/FVC:%82 idi. Akciğer grafisinde bilateral orta ve alt zonlarda parakardiyak alandan perifere dek uzanan konsolidasyon ve buzlu cam alanları, bilateral kostofrenik sinüslerde küntleşme izlendi. Hastanemize başvurusundan önce dış merkezde çekilmiş olan toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral akciğerlerde apeksten bazallere kadar yamasal, "crazy paving"(CP), buzlu cam ve konsolidasyon paterninde diffüz lezyonların yanı sıra, bilateral plevral efüzyon görüldü. Bu bulgular ile hastaya diüretik, antikoagülan ve oksijen tedavisi uygulandı. Bir hafta sonraki akciğer grafisinde parankimal lezyonlar ve plevral efüzyonlarda belirgin regresyon izlendi. Elektif mitral balon komissurotomi için, bir kardiyoloji birimine başvurusu önerilip, diüretik ve anti agregan reçetesiyle taburcu edildi. Bir ay sonraki toraks BT'sinde patolojik lezyon izlenmedi. Bu olguyu CP paterninin, kalp yetmezliğine bağlı akciğer ödeminde çok az tanımlanmış olması, bu paternin birçok hastalıkta görülebileceğini ve ayırıcı tanıda sorunlar yaratabileceğini (1) vurgulamak için sunduk. Toraks BT'de izlenebilen CP paterni, interlobüler septal kalınlaşmalar ve geri plandaki buzlu cam opasitelerinin aynı alanda ve üst üste bulunduğu bir görünümdür. Tutulmuş alanlar, normal alanlardan keskin sınırlarla ayrılır. CP paterni, başlangıçta alveoler proteinozise spesifik düşünülmüş olsa da, daha sonraları bu paternin bir çok hastalıkta izlenebileceği ortaya çıkmıştır. CP'in saptandığı akut hastalıklar arasında pulmoner ödem, ARDS, pulmoner hemoraji, pnömoni, kronik/subakut hastalıklar arasında ise alveoler proteinozis, vaskülitler, sarkoidoz ve maligniteler sıralanabilir.1. Şentürk A ve ark. J Clin Imaging Sci. 2013; 3: 30.

Anahtar Kelimeler: crazy paving, konjestif kalp yetmezliği, ayırıcı tanı

BAŞVURUDAKİ TORAKS BT



Sol üst lopta crazy paving görünümü

KONTROL TORAKS BT

Diüretik tedavi sonrası lezyonların bilateral tam rezolüsyonu

EP-075

BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR

EP-076

HEMOPTİZİ İLE BAŞVURAN İDİYOPATİK PLÖROPARANKİMAL FİBROELASTOZİS OLGUSU

Fadime Keleşoğlu[1], Şule Gül[1], Mehmet Atilla Uysal[1], Neslihan Akanıl Fener[2], Hasan Akın[3], Güngör Çamsarı[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

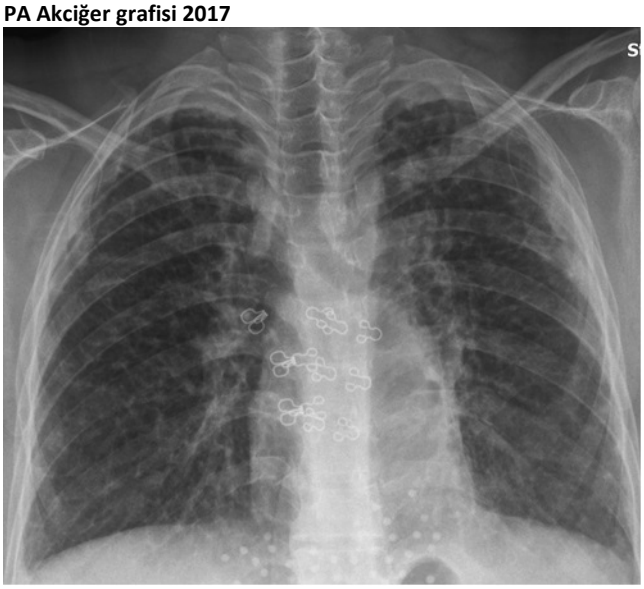
GİRİŞ:Plöroparankimal Fibroelastozis (PPFE) ilk olarak Franke ve arkadaşları tarafından tariflenen interstisyel pnömonilerin nadir bir formudur. American Toracic Society (ATS) ile European Respiratory Society (ERS) tarafından 2002 yılında yayınlanan ortak konsensusun 2013 güncellemesiyle idiopatik interstisyel pnömonilerin nadir görülen tipi olarak sınıflamaya dahil edilmiştir. Radyolojik olarak üst loblarda tutulum daha sıktır.Tanı klinik radyolojik şüphelenilen olguda patolojide, plevra ve subplevral homojen elastozisin parankime doğru intraalveolar ve alveol septaları boyunca yayılımın elastika van Gieson (EVG) boyasıyla gösterilmesiyle konulur. İnterstisyumda inflamasyon ve fibroblastik fokus nadir görülür. Genellikle idiopatik olmasına rağmen ailesel olabileceği gibi altta yatan hastalık, çevresel maruziyetlere bağlı da olabilir. Nadir görülmesi ve hemoptizi ile başvurması nedeniyle olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU:42 yaşında Suriyeli bayan hasta, 4 yıldır aralıklı olan hemoptizi yakınması ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde tüberküloz teması, sigara kullanımı, ilaç kullanımı, kimyasal gaz maruziyeti yoktu. Fizik muayene, vital bulgular ve laboratuar bulguları normal idi. PA akciğer grafisinde üst ve orta zonda plevra komşuluğunda daha yoğun olan dansite artışı mevcut idi (Şekil 1). Hastanın 3 yıl önce de hemoptizi yakınması ile polikliniğe başvurduğu, tüberküloz şüphesi ile değerlendirildiği ve balgam örneğinde patojen saptanmadığı öğrenildi. Daha sonra kontrole gelmeyen hastanın PA akciğer grafisinde radyolojik progresyon olduğu gözlendi. Çekilen Thorax bilgisayarlı tomografisinde; üst ve orta zonda belirgin olmak üzere tüm zonlarda subplevral interlobüler septalarda kalınlaşma, yaygın retiküler patern ve plevrada kalınlaşma izlendi (Şekil 2). Serum ACE, ANCA ve kollagen doku belirteçleri negatif idi. Hemoptizi nedeniyle fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Sol Ana bronş boyunca posteromedial duvarda fibröz bant şeklinde oluşum mevcuttu. Bronş lavaj sitolojisinde malignite bulgusu saptanmadı. Lowenstein kültürü negatif idi ve PCR ile mycobacteri DNA`sı saptanmadı. Hastaya tanısal amaçlı video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) ile sol üst lob Wedge rezeksiyon yapıldı.Patolojik incelemede; plevra ve alveol duvarında Elastic Van Gieson (EVG) ile elastik lif depolanması tespit edildi ve bu bulgularla ön planda ''Plöroparankimal Fibroelastozis'' düşünüldü. Etyolojik neden saptanmayan hastaya Idiopatic PPFE tanısı kondu ve akciğer transplantasyonu için ilgili merkeze yönlendirildi.

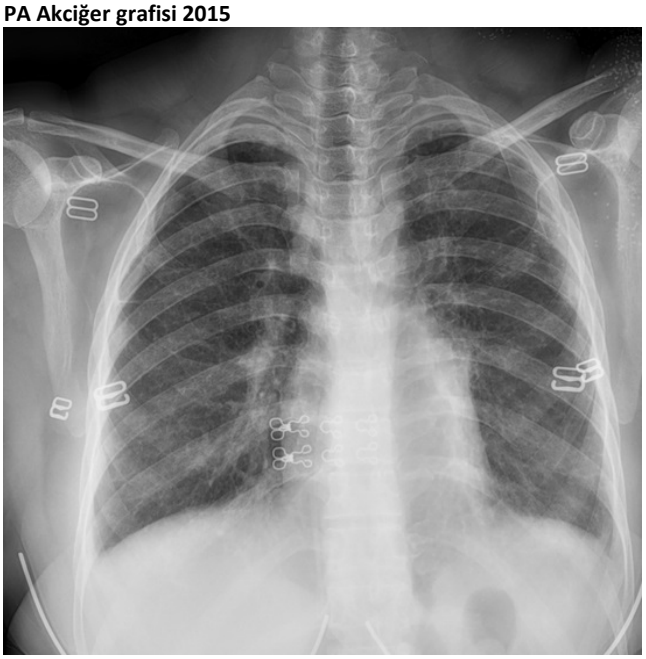
SONUÇ:PPFE nadir görülen idiyopatik interstisyel pnömoni formudur. Progresif ve hayatı tehdit edici bir hastalıktır. Farkındalığın artmasıyla tanı konulan vaka sayısında artış olacağı ve efektif tedavi geliştirilmesine katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: hemoptizi, idiyopatik interstisyel pnömoni, Plöroparankimal Fibroelastozis

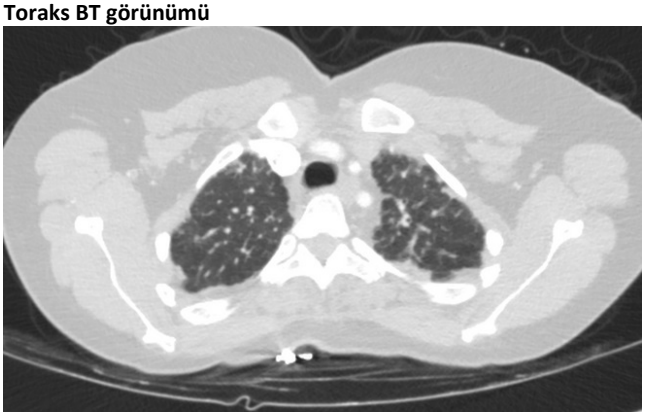
PA Akciğer grafisi 2017



PA Akciğer grafisi 2015



Toraks BT görünümü



EP-077

NADİR BİR İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI NEDENİMİ?; İDİOPATİK PORTAL HİPERTANSİYON

Savaş Gegin[1], Ahmet Cemal Pazarlı[2], Deniz Çelik[3]
[1]Samsun Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun
[2]Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Tokat
[3]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: İntertisyel akciğer hastalığı (İAH) kronik inflamatuar bir hastalıktır.Etiyolojik sebepler arasında kronik karaciğer hastalıklarıda yer almakta olup en sık birliktelik pirimer biliyer sirozla (PBS) görülmektedir. İAH ile PBS arasındaki ilişki bilinmekte olmasına rağmen olgumuzda literatürde saptanmayan idiopatik portal hipertansiyona bağli kronik karaciğer hastalığı varlığı saptanmış ve ender bir durum olması nedeni ile sunulmuştur.

OLGU: Otuz dört yaşında işçi olarak çalışan erkek hasta,on yıl önce trombositopeni nedeni ile tetkik edilmiş ve hastada portal hipertansiyon tespit edilmiş.Hastada etiyolojiye yönelik, enfeksiyöz metabolik veya immünolojik sebep bulunamamış. Karaciğer biyopsisinde spesifik bulgu saptanamamasına ragmen portal ve septal fibrozis ile uyumlu bulgular izlenmiş ve hasta idiyopatik portal hipertansiyon tanısı ile tedavisiz izleme alınmış.Takiplerde stabil olan hastanın yıllar içerisinde ilerleyen dispne şikayeti başlamış. Çomak parmağı olan hastanın kardiyovasküler sistem değerlendirmesi doğaldı.Öz geçmişinde belirgin bir mesleki maruziyet ve sigara öyküsü olmayan hastanın akciğer grafisinde (posteri-anterior) bilateral alt zonlarda nonhomojen dansiteler izlendi (Şekil 1). Laboratuar bulgularında trombositopeni dışında anormallik izlenmedi. Arter kan gazında hafif hipoksemi (PO2: 66mmHg) ve solunum fonksiyon testinde restriksiyonla uyumlu bulgular mevcuttu.Yüksek çözünürlüklü akciğer BT'de her iki akciğerde alt loblarda belirgin interlobüler septal kalınlaşmalar, buzlu cam alanları ve bal peteği görünümü izlendi (Şekil 2).Trombositopeni ve hastanın kabul etmemesi nedeni ile invaziv tanısal işlem yapılamadı. İAH etiyolojisi idiopatik portal hipertnasiyona bağlı kronik karaciğer hastalığına sekonder düşünülen hasta klinik ve radyolojik takibe alınarak taburcu edildi.

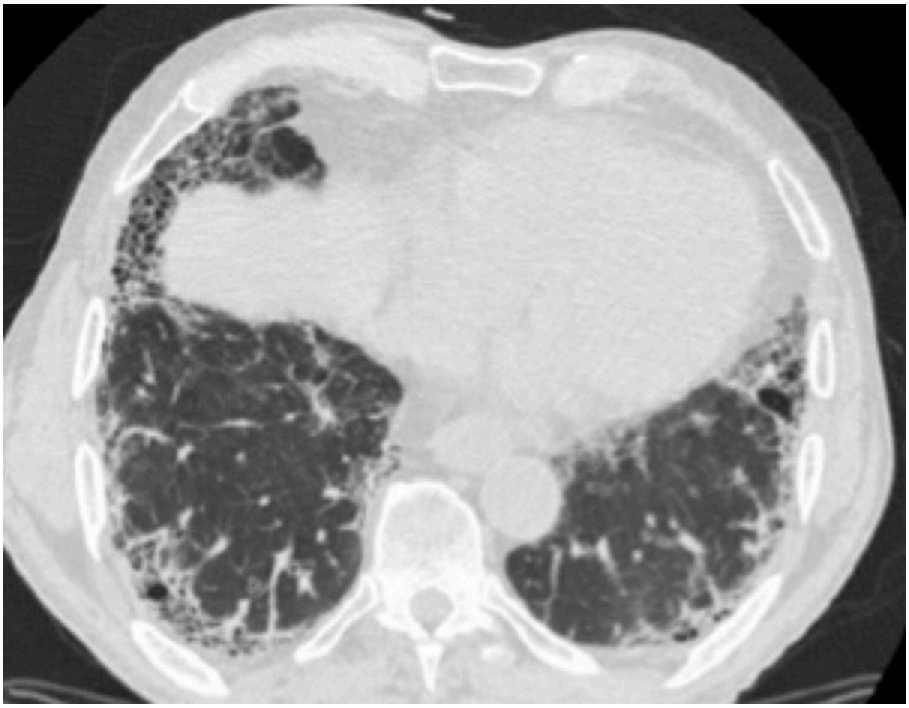
TARTIŞMA: Kronik karaciğer hastalığı ile interstisyel akciğer hastalığı birlikteliği, yayınlanan vakalarda primer biliyer siroz ile birlikte görülmüş, kliniğimizde tespit edilen vakada ise klinik ve radyolojik olarak İAH tanısı konmuş ve öyküsünde idiyopatik portal hipertansiyon saptanmıştır. Literatür taramasında idiyopatik portal hipertansiyon ve İAH birlikteliği saptanmaması iki hastalığın birbirinden bağımsız olarak geliştiğini yada kronik karaciğer hastalığına neden olabilen idiyopatik pulmoner hipertansiyonunda İAH etyolojiye sebep olabileceğine dair araştırmaların yapılması gerektiği kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İntertisyel akciğer hastalığı, idiyopatik portal hipertansiyon, pirimer biliyer siroz

Resim 1

Posterio-anterior akciğer grafi: Bilateral alt zonlarda daha belirgin nonhomojen dansite

Resim 2



Torkas BT: Bilateral alt loblarda interlobüler septal kalınlaşmalar, buzlu cam alanları ve bal peteği görünümü

EP-078

PİRFENİDONA BAĞLİ AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ OLGUSU

Asiye Kanbay[1], Sabahat Alışır Ecder[2], Halil İbrahim Yakar[1], Banu Şahin Yıldız[2], Canan Gedik[1], Şeyma Özkanlı[3], Erkan Ceylan[1]
[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ABD
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji ABD
[3]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji ABD

İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF), ileri yaşta görülen, tanı anından itibaren ortalama sağ kalımı 3-5 yıl arasında olan, kronik ilerleyici bir akciğer hastalığıdır. Bu vaka takdimi ile İPF hastalığında tedaviye bağlı gelişen sıradışı bir komplikasyon olan pifenidona bağlı böbrek yetmezliği gelişen bir olguyu sunduk.66 yaşında erkek hasta 1 haftadır başlayan nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikâyetleri ile hastaneye başvurdu. 2 ay öncesinde İPF tanısı konularak pirfenidon tedavisi başlanan hastanın bunun dışında bilinen bir hastalığı yoktu. Yakınmalarına yönelik yapılan tetkiklerinde kreatinin değeri 3,1 mg/dl olan ve idrar çıkışında azalma olan hasta Akut böbrek yetmezliği (ABY) ön tanısıyla Nefroloji kliniğine yatırıldı. ABY etyolojisi araştırılan hastanın Abdominal ve Pelvik ultrasonografisinde her iki böbrek korteks ekosu grade 2 (renal parankimal hastalık) olarak saptandı. 24 saatlik idrar incelemesinde protein düzeyi 2,65 gr/dl (>150 mg/dl) olarak izlendi. Kan tetkiklerinde C3, C4 düzeyleri normal, ANA, c- ANCA, anti-GBMA düzeyleri negatif sonuçlanan hastanın p- ANCA düzeyi düşük titrede pozitif geldi. Mikroskopik PAN, Wegener Granülamatozisi açısından sorgulanan hastada anlamlı bulguya rastlanılmadı. Bilgisayarlı tomografi ile nazofarenks ve toraks incelemelerinde de akciğerde İPF bulguları dışında herhangi bir patolojiye rastlanılmadı. 2 ay önce İPF ön tanısı ile yapılan bronkoskopik biyopsisi tekrar incelendi. Vaskülit bulgusu saptanmadı. ABY nedeni aydınlatılmak üzere böbrek biyopsisi yapılan hastanın bulguları İnterstisyel nefrit ile uyumlu geldi. Kullandığı ilaçlar gözden geçirildiğinde pirfenidon dışında rutin bir ilaç saptanmadı. Takipleri sırasında 1000 mg pulse steroid tedavisi başlanan hastaya aralıklı hemodiyaliz uygulandı. Steroid tedavisi ve hemodiyalize yanıt veren hasta 40 mg/gün prednisolon idame tedavisiyle ve pirfenidon kullanmaması önerilerek taburcu edildi.

Pirfenidon, antifibrotik özelliği olan İPF hastalığında ümit veren bir tedavi ajanıdır. Bulantı, diyare, fotosensivite ve nadiren döküntüdür. Şimdiye kadar Pirfenidona bağlı böbrek hasarı raporlanmamıştır. Literatür dikkatli incelendiğinde İPF hastalığı dışı nedenlerle uygulanan pirfenidon tedavisi sırasında az sayıda uygunsuz ADH sendromu rapor edilmiştir. Bu vaka takdimi ile pirfenidon tedavisi verilen olguların böbrek fonksiyonları açısından da yakın takip edilmesine dikkat çekilmek istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İdiopatik Pulmonmer Fibrozis, Pirfenidon, Akut Böbrek Yetmezliği

EP-079

TEKARLAYAN ORGANİZE PNÖMONİ, OLGU SUNUMU

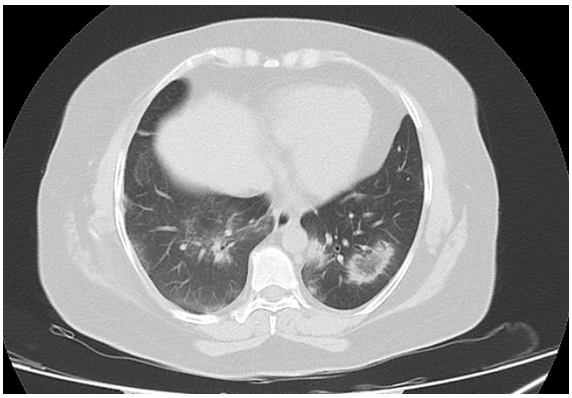
Özlem Sönmez, Sertan Bulut, Melahat Uzel Şenera, Ezgi Gürel Akan, Atilla İhsan Keyf
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Göğüs Hastalıkları A. B. D., ANKARA

Organize pnömoni, akciğer hasarına histopatolojik bir yanıttır; bu durum sekonder yada idiopatik olabilir. Alveolar hasara sekonder bronşiolit görülebilir. Relaps oranı yüksek olmasına karşın iyi prognozludur. Olgumuz relapslar ile seyreden Organize Pnömoni vakasıdır.Olgumuz, 47 yaşında bayan hasta; 2010 yılında 1 yıldır devam eden persistan öksürük şikayeti ile başvurdu. Öz ve soy geçmişinde özellik saptanmadı. Sigara öyküsü yoktu. Fizik muayenede patoloji saptanmadı. Posteroanteriyor akciğer grafide bilateral alt zonlarda düzensiz infiltrasyon saptandı (Resim 1). SFT ve DLCO normaldi. Kollogen doku markırları normaldi. Toraks BT de bilateral alt ve üst zonlarda infiltrasyonlar saptandı (Resim 2). Bronkoskopide patoloji saptanmadı. Transbronşiyal biyopsi alındı ancak tanısal olmadı. Wedge rezeksiyon ile alınan patoloji materyali bronşiolitis obliterans_ organize pnömoni olarak raporlanıldı. Hastaya idiyopatlk organize pnömoni tanısı konularak kortikosteroid başlanıldı. Tedavi sonrası yanıt alınan hastanın tedavisi 1yıla tamamlanıldı. Tedavi tamamlanıldıktan 6 ay sonra relaps görüldü. Tedaviye ikinci kez başlanıldı. Tedavi cevabı olan hastanın tedavisi tamamlanıldı. Takiplerinde hastanın üçüncü, dördüncü ve beşinci kez relapsları oldu; hala beşinci relapsı için tedavi altında.

SONUÇ: Organize pnömoni %60 relapslar ile seyreden bir hastalık olarak literatürlerde görülmektedir. Ancak bizim olgumuz birden fazla relaps olması ve sık tekrar etmesi nedeni ile sunulmuştur.

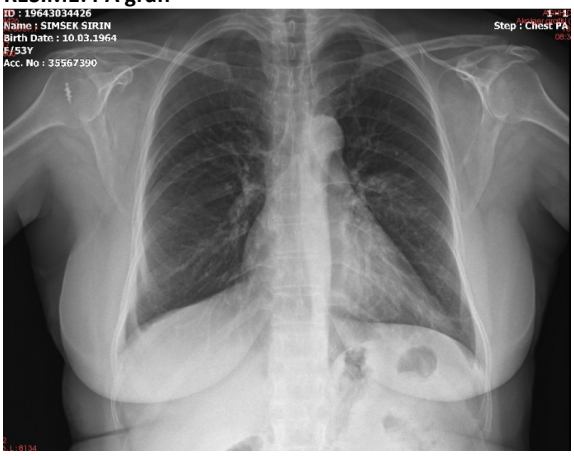
Anahtar Kelimeler: Organize, Pnömoni, Relaps

Resim 2:Toraks BT



Bilateral alt ve üst zonlarda dağınık konsolide alanlar

RESİM1: PA grafi



Bilateral alt zonlarda infiltrasyonlar

EP-080

ÜÇ İDİYOPATİK PULMONER FİBROZİS DÖRT FARKLI PNÖMOTORAKS OLGUSU

Merve Erçelik, Pınar Yıldız Gülhan, Salih Özenç, Ege Güleç Balbay, Peri Meram Arbak
Düzce Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce

GİRİŞ; Idiopatik pulmoner fibrozis (IPF) en sık görülen interstisyel akciğer hastalıklarından biridir. IPF'li hastalar enfeksiyon, pulmoner emboli ve pnömotoraks gibi akut pulmoner komplikasyonlara açıktırlar. Pnömotoraksa subplevral bölgedeki bal peteği kistlerin patlamasının neden olabileceği düşünülmektedir.

OLGU 1; 72 yaşında erkek hasta. 15 pkt/yıl sigara öyküsü var, 39 yıldır içmiyor. Emekli,reklam işiyle uğraşmış. Bilinen IPF tanılı hasta 01.05.2018 günü acil servise nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Oda havasında bakılan parmak ucu saturasyonu %84 idi. Oksijen tedavisine rağmen desatürasyonu düzelmeyen hastaya inspratuvar pozitif hava yolu basıncı (IPAP):15 mmHg, ekspiratuvar pozitif hava yolu basıncı (EPAP):5 mmHg, Tidal volüm (TV):420 lt ayarlarında Bi-level Positive Airway Pressure (BPAP-ST) başlandı. Hastanın 2 gün sonra göğüs ağrısı olması üzerine çekilen posteroanterior akciğer grafisinde (PAAC) bilateral pnömotoraks saptandı ve hastaya tüp torakostomi uygulandı.

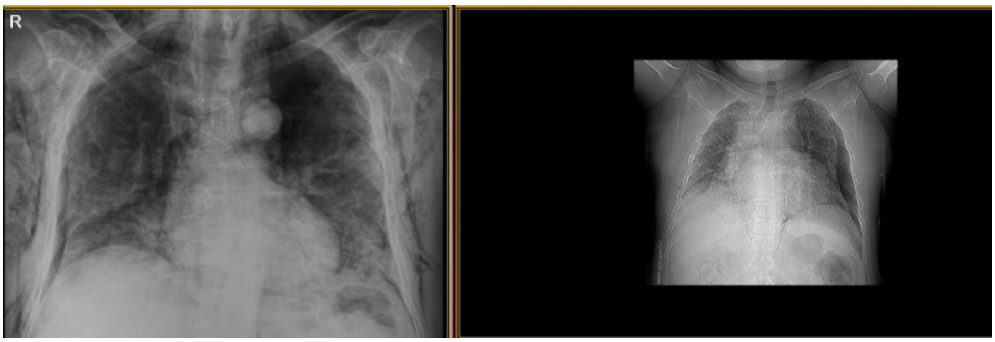
OLGU 2; 76 yaşında kadın hasta sigara hiç içmemiş, ev hanımı idi. 2012 yılında çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) yaygın bal peteği görünümü olması üzerine yapılan açık akciğer biyopsisi ile usual interstisyel pnömoni tanısı almış. Kontrol muayenesinde yapılan SFT sırasında ani bir göğüs ağrısı olması üzerine çekilen PA AC grafisinde pnömotoraks saptandı. Solunum yetmezliği gelişmesi nedeniyle Temmuz'da tekrar yatırıldı, oksijen desteğine rağmen saturasyonları düşük seyreden hastaya average volume-assured pressure support (AVAPS) modunda EPAP:5 mmHg, IPAP min:13 mmHg, IPAPmax:15 mmHg, TV: 350 ml olacak şekilde uygulandı; non-invazif mekanik ventilasyon (NIMV) uygulaması sürecinde tip 2 solunum yetmezliği gelişen kan gazında ph: 7,09 pco2:113mmHg so2:99,5 % olması üzerine hasta entübe edildi, hacim- senkronize aralıklı zorunlu ventilsyon modunda EPAP:5 IPAP:15 Tidal volüm:350 ml başlandı. Hastanın çekilen kontrol PAAC'de bilateral pnömotoraks izlendi.

OLGU 3; 60 Yaşında bilinen IPF tanılı erkek hasta.60 pkt/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Mesleği pazarcılık. Hasta polikliniğimize 2 gündür nefes darlığının şiddetlenmesi ve 15 gündür olan kuru öksürük şikayeti ile başvurdu. Tip 1 solunum yetmezliği olan hastanın çekilen PAAC 'de pnömotoraks saptandı.

SONUÇ; Pnömotoraks IPF'li hastalarda saptanan yaygın bir komplikasyondur. Hastalar semptomsuz olabileceği gibi dispne ve/veya göğüs ağrısı ile de başvurabilirler ve tanıda BT yardımcı olabilir. Erken saptanan pnömotoraks hastada potansiyel yaşamını tehdit edebilecek komplikasyonların önlenmesini sağlar.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik pulmoner fibrozis, Pnömotoraks, Solunum Yetmezliği

Resim 1



Olgu 1 ve Olgu 3'ün pnömotoraks saptanan PAAC grafileri

Resim 2

Olgu 2'nin 1. ve 2. kez olan pnömotoraks grafileri

EP-081

ANTİFİBROTİK TEDAVİ BAŞLANAN İDİYOPATİK PULMONER FİBROZİS OLGULARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ

Dilan Zorlu, Nazan Bayram, Alper Şimşek, Aybike Yurdadoğ, Ayten Filiz
Gaziantep Üniversitesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Gaziantep

GİRİŞ:Pulmoner fibrozis, bir dizi spesifik interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ile ilişkilidir ve akciğer fonksiyonunda ilerleyici düşüşe, yaşam kalitesinin bozulmasına ve nihayetinde erken ölüme neden olabilir. En sık görülen fibrotik İAH olan idiyopatik pulmoner fibrozis (İPF) yaşlı bireyde ilk tanıyı takiben 3 ila 5 yıl arasında değişen ortalama bir sağkalım gösterir. Antifibrotik ajanlardan pirfenidonun progresyonsuz sağkalımı artırdığı tespit edilmiştir.

METOD:Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından 2013 – 2018 yılları arasında IPF tanılı olup, pirfenidon kullanan 14 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistik metodu kullanıldı.

BULGULAR:Değerlendirilen 14 hastanın 12'si erkek, 2'si kadın olup, yaş ortalamaları 67.7± 8.0 olarak belirlendi. Hastaların 8'inde 20 paketyılın üstünde sigara kulanım öyküsü mevcuttu. Hastaların 5'inde nefes darlığı şikayeti mevcutken 6 hastada öksürük kalan 2 hastada nefes darlığı ve öksürük şikayetleri vardı. Hastaların ortalama şikayet süresi 20.4±24.9 ay olarak belirlendi.Tedavide, pirfenidon dozu ilk hafta için 3×1 tablet başlanıp hasta tolere ettiği sürece haftalık artırılarak maksimum doza ulaşıldı. Kontroller için hastalar tedavinin birinci ve ikinci haftalarda sonrasında birinci, üçüncü, altıncı, dokuzuncu ve onikinci aylarda değerlendirildi.Tedavi alan 2 hastanın el derisinde soyulma meydana gelirken, 1 hastada bulantı, 1 hastada hemoptizi meydana geldi. Kalan 12 hastada herhangi bir ilaç yan etkisi görülmedi. Mide bulantısı ve hemoptizi gelişen hastalarda tedavi sonlandırıldı. Kalan 10 hastanın, tanı tarihleri farkı dolasıyla 6 aylık tedavi sonrası değerleri analize alındı. Pirfenidon tedavisi öncesinde ortalama FVC % 81.4±13.8 tedavi sonrası ortalama FVC % 81.1±17.4 (p=0.68) olarak, tedavi öncesi ortalama DLCO %45.2±16.0 tedavi sonrası ortalama DLCO % 48.0±27.9 (p=0.59) olarak bulundu. İstatistiksel olarak tedavi öncesi ve sonrasında anlamlı bir fark tespit edilemedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Pirfenidonun, İPF'li hastalarda akciğer fonksiyonundaki düşüşü azalttığı ve egzersiz toleransını artırdığı gösterilmiştir. TGF-β yolağını inhibe ederek, fibroblastların proliferasyonunu ve miyofibroblastlara diferansiyasyonu engelleyerek etki ettiği düşünülmektedir. Gastrointestinal yan etkiler ve cilt reaksiyonları en sık görülen yan etkiler arasındadır. Çalışmamızın sonucunda pirfenidonun hastaların şikayetlerinde azalma sağladığını, fonksiyonel kapasitede azalmayı yavaşlattığını ve hastalar tarafından iyi tolere edildiğini gözlemledik.

Anahtar Kelimeler: Antifibrotik tedavi,İdiyopatik Pulmoner Fibrozis,Pirfenidon

EP-082

KRİPTOJENİK ORGANİZE PNÖMONİ OLGUSU

Gülistan Karadeniz, Fatma Uçsular, Gülru Polat, Enver Yalnız
Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,İzmir

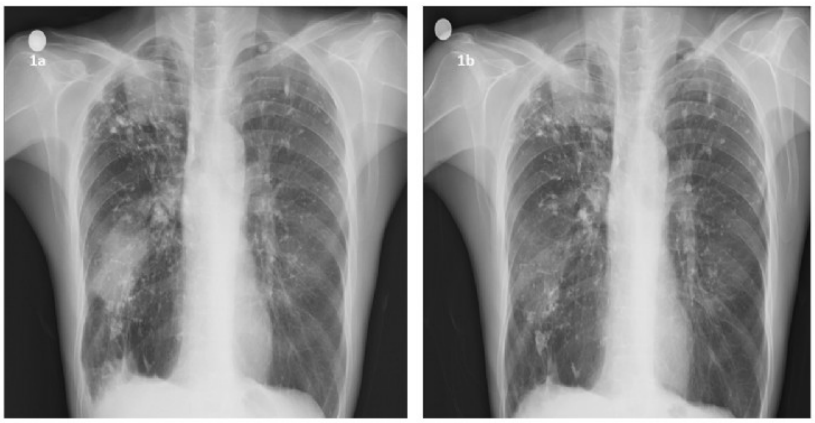
GİRİŞ: İdiyopatik interstisyel pnömoniler alt grubunda olan kriptojenik organize pnömoni(KOP) akciğer parankiminde sıklıkla periferik ve alt zonlarda, tek veya multipl konsolidasyon, buzlu cam, küçük noduler opasiteler ve kitle görünümlerine sebep olmaktadır. Tanı, histopatolojik olarak alveoller ve alveoler duktuslarda fibroblastlar, kollajen ve fibrinli eksudadan oluşan granulasyon dokusunun görülmesi ile konmaktadır. Bağ doku hastalıkları, ilaçlar, malignite, enfeksiyonlar gibi nedenler dışlandığında kriptojenik organize pnömoni(KOP) denmektedir.

OLGU: 54 yaşında erkek hasta nefes darlığı, öksürük ve balgam yakınmalarında 2 haftadır artış olması nedeniyle acil servisimize başvurmuş. Özgeçmişinde; ex-smoker, tüberküloz öyküsü, KOAH ve nöbet geçirme nedeniyle valproik-asit kullanma öyküsü mevcuttu. Dispneik takipneik olan hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri azalmış, ekspiryum zorlu idi. Lökosit: 12200/uL, Hb: 13.1 gr/dl, trombosit: 353000/uL, CRP: 21 mg/dl, biyokimyasal parametreleri olağan olup kan gazında pH: 7.39, pO2: 40 mm/Hg, pCO2: 70 mm/Hg, sat: %77 idi. Akciğer grafisinde; bilateral amfizematöz havalanma artışı ve üst zonlarda daha belirgin milimetrik kalsifiye sekel nodüler opasiteler ve sağ üst zon ile sağ alt zonda yaklaşık 4-5 cm kitlesel opasiteler(Resim 1a) olması üzerine KOAH+ solounum yetmezliği olan hasta akciğerde kitle tetkik nedeniyle interne edildi. Oksijen inhalasyonu, BPAP, bronkodilatatör, nonspesifik antibiyotik tedavileri verildi. Balgamda asidorezistan basil(ARB) görülmedi, kültüründe üreme olmadı. Toraks BT; bilateral amfizem, sekel kalsifik milimetrik nodüller, sağ üst lob apikoposteriorda 2x4 cm kalsifikasyonlar içeren iyi sınırlı granülomatöz kitle lezyonu, çevre parankimde skatrisyal bronşektaziler-sekel fibrotik lezyonlar ile sağ alt lob postero-bazal nekrotik komponentleri olan 3 cm kitle lezyonu ve çevresinde konsolidatif infiltrasyon, subkarinal-sağ hiler 1.5 cm LAP mevcuttu(Resim 2). Bronkoskopide endobronşial lezyon olmayıp bronş aspirasyon nonspesifik kültürde üreme olmadı, ARB görülmedi-kültüründe üreme olmadı. Bronş aspirasyon ve fırça sitolojileri benigndi. PET/BT; sağ alt lobda 4.5x5.2 cm öncelikle konsolidatif değişiklik düşünülen yumuşak doku lezyonunda artmış(SUVmax:8.6), sağ üst lobda 5 cm uzun akslı olmak üzere her iki akciğerde yaygın kalsifik parankimal lezyonlarda çevre doku ile eş düzeyde, subkarinal 1.5 cm LAP'da hafif artmış(SUV max:3.7) FDG tutlumu izlendi. Sağ alt lobdaki lezyonun TTİİAB sonucu 'organize pnömoni' olarak geldi. Radyolojik regresyonu olmayan hastaya 32mg metilprednizolon başlandı. 1.ay kontrolde tama yakın regresyon izlendi(Resim 1b).

SONUÇ: KOP radyolojik olarak farklı görünümlerde olup, sekonder nedenler dışlandıktan sonra histopatolojik olarak tanı konur. Tedavide genellikle kortikosteroidler önerilmektedir.

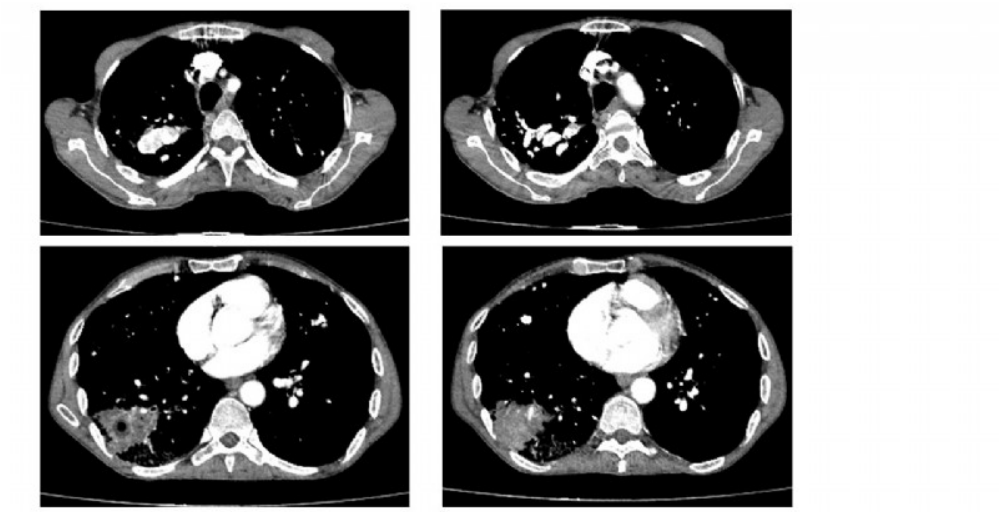
Anahtar Kelimeler: kortikosteroid tedavi, kriptojenik organize pnömoni, interstisyel akciğer hastalığı

Resim 1a-1b



Akciğer grafisi 1a: Bilateral amfizematöz havalanma artışı ve üst zonlarda daha belirgin milimetrik kalsifiye sekel nodüler opasiteler ve sağ üst zon ile sağ alt zonda yaklaşık 4-5 cm kitlesel opasiteler. Akciğer grafisi 1b: Kortikosteroid tedavisinin 1.ayında kontrol grafisinde üst zonlarda daha belirgin olan sekel değişiklikler stabil olup sağ alt lobdaki yumuşak doku dansitesinde tama yakın regresyon.

Resim 2



Toraks BT; bilateral amfizem, sekel kalsifik milimetrik nodüller, sağ üst lob apikoposteriorda 2x4 cm kalsifikasyonlar içeren iyi sınırlı granülomatöz kitle lezyonu, çevre parankimde skatrisyal bronşektaziler-sekel fibrotik lezyonlar ile sağ alt lob postero-bazal nekrotik komponentleri olan 3 cm kitle lezyonu ve çevresinde konsolidatif infiltrasyon, subkarinal-sağ hiler 1.5 cm LAP mevcuttu.

EP-083

AKCİĞER KANSERİNİN EŞLİK ETTİĞİ PULMONER EMBOLİ HASTALARINDA MORTALİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sinem Nedime Sökücü, Seda Tural Önür, Cengiz Özdemir, Özlem Kahya
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Kanser hastalarında inflamasyon belirteçlerinde artış gözlenmektedir. Bu hastalarda eşlik eden birçok hastalığın tanısında zorluk yaşanmaktadır. Akciğer kanserinin eşlik ettiği yada etmediği pulmoner emboli vakalarındaki biyokimyasal parametrelerin karşılaştırılması ve aynı zamanda bu parametrelerin mortalite ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

METOD: 2014 Ocak-2017 Ocak tarihleri arasında pulmoner emboli tanısı BT anjio ile verifiye edilmiş ve servisimizde yatarak tedavi edilmiş hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların dosyaları retrospektif incelenerek biyokimyasal verileri, tanı sırasındaki bt anjio ve eko bulguları, ek hastalıkları, wells skorları değerlendirildi. Verilerine ulaşılan 80 hasta çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 80 hastanın 52 tanesi (65%) erkekti, yaş ortalaması 58.2 ±17.91 (24-94) idi. Hastaların 11 (13.8%) tanesinde altta yatan akciğer kanseri tanısı emboliye predispozan faktör olarak kabul edildi. Ortalama wells skoru 2.96 ±1.78 (1-8.5) olarak saptandı. Hastalarda rutin yapılan kardiyak değerlendirmede PAB 38.12± 12.37 (20-75) olarak saptandı. Takipte malign hastaların 7'si (63.63%) takip süresinde eksitus olurken, malignitesi olmayan hastaların 13 (18.84%)ü eksitus oldu (p= 0.001). Malign hastalarla malignite tanısı olmayan hastalar arasında wbc ve albumin düşüklüğü dışında istatistiksel farklı bir biyokimyasal parametreye rastlanmadı(p=0.016, p=0.036). Procalsitonin ve d-dimer iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p> 0.005). Mortal seyreden grupta procalsitonin, d-dimer, rdw, lenfosit/nötrofil oranı, hemoglobin, hematokrit, BUN, albumin değerleri non-mortal gruba göre istatistiksel anlamlıydı (P< 0.05).

SONUÇ: Malignitesi olan pulmoner emboli hastalarında olmayanlara göre biyokimyasal parametreler arasında anlamlı fark olmasa da mortal seyreden vakalarda biyokimyasal parametrelerde anlamlı farklılık saptanmıştır. Pulmoner emboli tanılı hastalarda akciğer kanseri birlikteliğinde hastaların tanı esnasında kullanılacak kolay ve ucuz ulaşılabilen procalsitonin ve d-dimer ile hastaların takiplerinde daha dikkatli olunması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, d-dimer, prokalsitonin, pulmoner emboli

EP-084

ENOKSAPARİN' E BAĞLI CİLT NEKROZU: NADİR BİR DURUM

Haktan Aydın, Handan Aksoy
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzincan

70 yaşında kadın hasta Pulmoner Emboli tanısıyla kliğimize yatırıldı ve tedavi dozunda Enoksaparin tedavisi başlandı. Enjeksiyon yerlerinde siyah renkli büllöz lezyonlar ve demarkasyon hattı ile ekimotik alanlardan ayrılan daha açık renkli halkasal alanlar oluştu. Tedavinin beşinci gününde lezyonlar farkedildi. Dermatoloji bölümü ile konsülte edilen hastada cilt nekrozu olduğu ve enoksaparine bağlı geliştiği belirtilerek ilacın kesilmesi önerildi. Literatürde tanımlanmış 25 vaka olması ve enoksaparinin sık kullanılan bir ilaç olması nedeniyle vaka sunumu yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: enoksaparin, cilt nekrozu, pulmoner emboli, düşük moleküler ağırlıklı heparin

Enoksaparine Bağlı Cilt Nekrozu

EP-085

KRONİK TROMBOEMBOLİK PULMONER HİPERTANSİYON (KTEPH)'DA PULMONER TROMBOENDARTEREKTOMİ (PEA) TEDAVİSİ

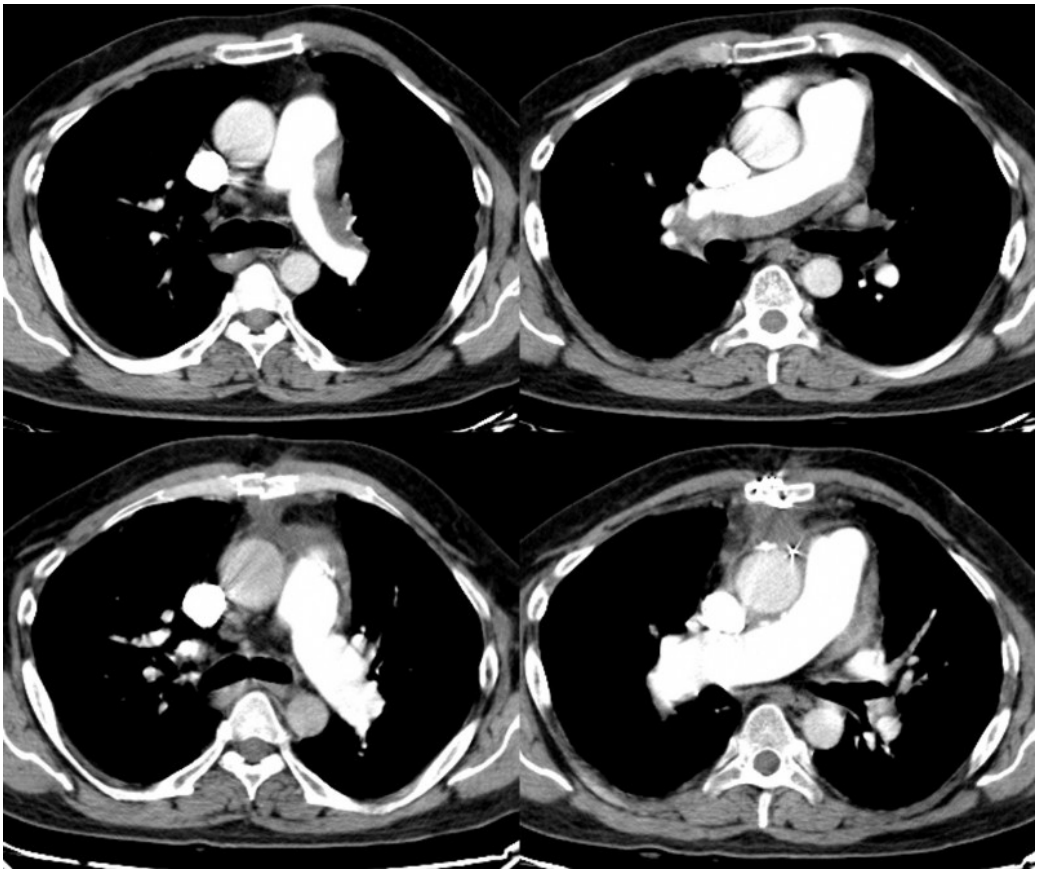
Şerife Kaya[1], Neşe Dursunoğlu[1], Tolga Yaylalı[2], Bedrettin Yıldızeli[3], İlknur Can[1], Sinan Durmuş[1], Bahriye Parça[1]
[1]Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli
[2]Pamukkale Üniversitesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Denizli
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon(KTEPH) tedavisi zor ve sınırlıdır. KTEPH tanılı uygun olgularda birincil tedavi yaklaşımı cerrahidir.Biz de bu vakamızda KTEPH tanısı alan ve tedavide pulmoner endarterektomi(PEA) yaptırılan bir hastamızı sunuyoruz.

OLGU:48 yaşında erkek hasta, beş gündür nefes darlığı ve hemoptizi yakınması ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 80 paket-yıl aktif sigara içicisiydi ve soygeçmişinde özellik yoktu. Uzun yol şoförlüğü yapan hasta, en son uzun yolculuğu 2 ay önce yapmış.Hasta anamnezinde 2012'de dış merkezde DVT+PE tanısı koyulduğunu ve ömür boyu oral antikoagulan(varfarin) tedavi başlandığını, 2yıl kullandığını sonrasında internetten araştırarak pıhtıya iyi geldiğini öğrendiği ardıç yağı kullanmaya başladığını, nefes darlığı arttığı zamanlarda ara ara varfarin kullandığını ifade etti. Fizik muayenesinde solunum sesleri olağandı.Vitalleri TA:160/98 mmHg,nabız:120/dk,ateş:36,4 saturasyon:%84(oksijenli) ölçüldü. Bilateral üç pozitif pretibial ödemi vardı.Posteroanterior akciğer radyogramında sağ pulmoner konusta belirginleşme saptandı.Akut pulmoner emboli ve KTEPH öntanılarıyla yatrılan ileri incelemeler yapılan hastanın akciğer Ventilasyon/Perfüzyon sintigrafisi yüksek olasılıklı pulmoner emboli olarak yorumlandı. Toraks bilgisayarlı tomografi(BT)'de her iki ana pulmoner arterde belirgin luminal daralmaya yol açan kronik tromboemboli ve sol üst lobda akut emboli ile uyumlu dolum defekti izlendi(Resim1).Ekokardiyografi(EKO)'da EF: %50-55, SPAB:105mmHg, TRV:4.9, sağ kalp yapıları ileri dilate ve septumda D bulgusu izlendi. Bilatreal alt ekstremite venöz dopler ultrasonografisinde; solda popliteal ven ve derin krural venlerde kronik DVT ile uyumlu bulgular izlendi. Toraks BT'de kronik üzerine akut emboli izlenen hastaya trombolitik tedavi(alteplaz50mgx2flakon) verildi. Sol alt ekstremitede kronik DVT saptanan hastaya vena cava filtresi yerleştirildi.Trombolitik tedavisi sonrası EKO'da değişim saptanmadı. Hasta daha öncesinde varfarin tedavisine uyum sağlamaması nedeni ile enoxaparin sodyum 1x1.2 ile taburcu edildi.Etkin antikoagülasyon sonrasında PEA açısından değerlendirilmesi kararıyla 3.ay kontrole çağırıldı. 3.ay EKO'da bulgularda düzelme saptanmadı.3.Ayda yapılan 6 dakika yürüme testinde yürüme mesafesi 240metreydi. Kardiyoloji tarafından sağ kalp kateterizasyonu yapıldı.Kataterizasyonda ortalama pulmoner arter basıncı 54mmHg,PVR:13 wood bulundu.Hastaya KTEPH tanısı koyularak tedavide riociguat 2mg 3x1 ve rivoroksaban 15mg 2x1 başlandı.Hasta PEA açısından değerlendirilmek üzere üst merkeze yönlendirildi.Dış merkezde PEA yapılan hastanın kontrol BT'sinde emboli ile uyumlu dolum defekti izlenmedi (Resim1). Hasta takip ve tedavilerine devam etmektedir.

TARTIŞMA:KTEPH tedavi edilmezse; progresif pulmoner hipertansiyon, sağ ventrikül fonksiyon bozukluğu ve ölümle sonuçlanmaktadır.Hastalar için öncelikle tanıyı düşünmek ve ileri merkezlere tedavileri için yönlendirilmesi esastır.

Anahtar Kelimeler: kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon(KTEPH), pulmoner hipertansiyon, pulmoner emboli, pulmoner tromboendarterektomi(PEA)



her iki ana pulmoner arterde belirgin luminal daralmaya yol açan kronik tromboemboli ve tromboendarterektomi sonrası kontrol BT kesitleri

hastadan tromboendarterektomi sonrası çıkarılan materyal

EP-086

LENFOİD İNTERSTİSYEL PNÖMONİ VE SJÖGREN SENDROMLU İKİ OLGU

Mukaddes Kılınç, Erhan Uğurlu, Göksel Altınışık Ergur
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

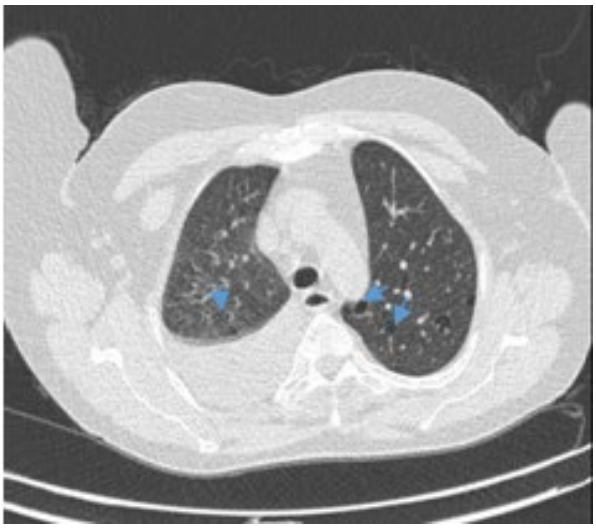
İdiyopatik İnterstisyel Pnömonilerden nadir görülen Lenfoid İnterstisyel Pnömoni (LİP) eşlik ettiği Sjögren tanılı olgularımızı sunmayı amaçladık.

OLGU 1: Üç yıldır efor dispnesi olan, 62 yaşındaki kadın hastanın ek yakınması yoktu, sigara, alkol kullanımı ve illegal ilaç bağımlılığı bildirmedi. Hipertansiyonu için amlodipin ve valsartan düzenli kullanıyordu. Solunum sistemi muayenesi normaldi. Genel sistem sorgulamasında arada ağız kuruluğu ve göz kuruluğu olduğu öğrenildi. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografisinde (YÇBT) bilateral yaygın, dağınık yerleşimli hava kistleri görüldü (Resim 1). Bronkoalveoler lavaj (BAL) sıvısının sitolojisi benign, hücre dağılımı normaldi. Rutin laboratuvar tetkiklerinde patoloji yoktu. Solunum fonksiyon testinde (SFT) küçük hava yolu darlığı tespit edildi (FVC 2.05 (bek%83), FEV1 1.5 (bek%72), FEV1/FVC %73, FEF25-75 1.01 (bek%35)). Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi normaldi (DLco 6.07 (bek%91)). YÇBT bulguları LİP ile uyumlu olan hasta Romatoloji konsültasyonunda Sjögren Sendromu tanısı aldı. Halen inhale bronkodilatör tedavisi ile yakınmasız takip edilmektedir.

OLGU 2: Yaklaşık 50 yıldır, özellikle kış aylarında öksürük, balgam, boğaz ağrısı olan 71 yaşında kadın hasta, rahatsız edici düzeydeki yakınmalarının son birkaç yıldır geçmemesi üzerine astım tanısına yönelik başlanan salbutamol inhaler tedavisine yanıt alınamayarak polikliniğimize başvurdu. Sigara, alkol ve illegal ilaç gibi bağımlığı belirtilmedi. Diyabet ve hipertansiyon tanıları için metformin, hidroklaorotiazid ve losartan almaktaydı. Genel sistem sorgulamasında göz kuruluğu olduğu öğrenildi. Solunum sistemi muayenesinde bibaziler velkro raller duyuldu. Rutin laboratuvar değerleri normaldi. Toraks BT'sinde yaygın buzlu cam ve yer yer kistik alanlar içeren görünüm öncelikle LİP olarak değerlendirildi (Resim 2). SFT ve DLco normal değerlerdeydi (FVC 2.19 (bek%88), FEV1 1.76 (bek%84), FEV1/FVC %80, DLco 4.62 (bek%112)). BAL sitolojisi benign, hücre dağılımı normal ve transbronşial uç biyopsisi tanısal değildi. Romatoloji tarafından yapılan tükrük bezi biyopsi sonucu "Kronik lenfositik sialadenit" gelen hasta Sjögren Sendromu tanısıyla takiptedir. İki ay metilprednizolon verildikten sonra hasta isteği üzerine kesildi. Halen inhaler kortikosteroid tedavisi ile yakınmasız olarak üçer aylık kontrollerde izlenmektedir.Sonuçta; radyolojik bulguları LİP ile uyumlu hastalar bazen ilk olarak solunumsal yakınmalarla göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmakta ve Sjögren Sendromu tanısını daha sonra alabilmektedirler. LİP ön tanısı olan ve Romatoloji konsültasyonunda Sjögren Sendromu tanısı alan hastalarımızı, bu birlikteliğin akla getirilmesine ve romatolojik değerlendirmenin önemine vurgu yapmak amacıyla sunuyoruz.

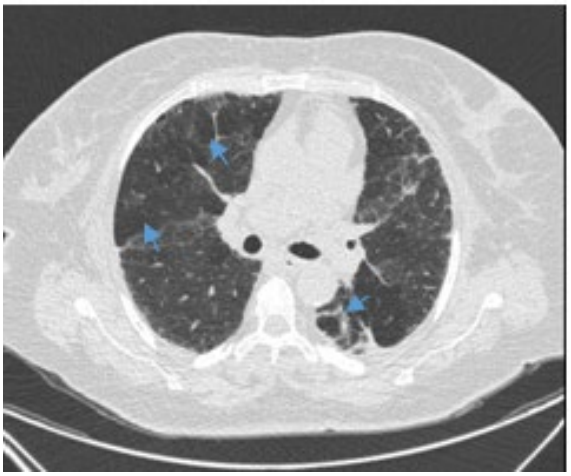
Anahtar Kelimeler: Lenfoid İnterstisyel Pnömoni, Kronik Lenfositik Sialadenit,Sjögren

Resim 1



1.Olgumuzun Toraks BT görünümü, sağda yaygın,solda plevral efüzyon komşuluğunda ince cidarlı kistik yapılanmalar görülmekte.(Resimde ok ile gösterilen kısımlar)BT servisimizde pnömoni tedavisi aldığı sırada çekildi antibiyoterapi sonrası plevral efüzyon kayboldu.

Resim2



2.Olgumuzun toraks BT görünümü bilateral yaygın genişleme eğilimi gösteren kistik yapılanmalar,yaygın buzlu cam ile mozaik attenüasyon görünümü,sol akciğer üst lob posteriorda fibrotik dansite.(Okla gösterilmiş kısımlar)

EP-087

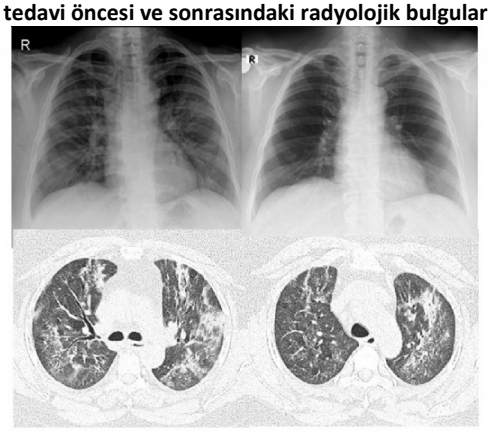
METOTREKSATA BAĞLI AKCİGER HASARİ: İKİ OLGU NEDENİYLE

Bilim Kehya Akcan[1], Sümeyye Fidancı[1], Zekiye Kula[1], Zübeyde Uğurlu[2], Mehmet Şahin[2], Hacı Ahmet Bircan[1]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi,Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi,İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

İlaçlara bağlı olarak meydana gelen akciğer hasarı tüm interstisyel akciğer hastalıklarının %2,5-3'ünü oluşturur. Metotreksat, dihidrofolat redüktaz enzimini bloke ederek timidin, DNA, RNA sentezini etkileyerek hücre proliferasyonunu azaltır. Romatoid artrit, psöriasis ve sarkoidoz tedavisinde antienfllamatuar/ immunmodülatör olarak veya birçok kanser tedavisinde antineoplastik olarak sıklıkla kullanılır.İlacı kullananların %1-7'sinde pulmoner toksisite gelişebilmektedir. Doza bağımlı yan etkiler arasında pulmoner toksisitesi oldukça iyi bilinmektedir. Diffüz interstisyel veya alveolar infiltrasyon, pulmoner nodül, plevral kalınlasma veya efüzyon yapabilir. Metotreksata bağlı pulmoner toksisitenin tanısı diğer olası tanıların dışlanmasına dayanır. Burada 25 yıldır romatoid artrit tanısı olan ve 6 aydır metotreksat (10mg/hafta) kullanan 56 yaşında kadın hastada ve 8 yıldır psöriatik artrit nedeniyle 7,5 mg/ hafta oral metotreksat kullanan 72 yaşında kadın hastada efor dispnesi, halsizlik, nonprodüktif öksürük yakınmaları gelişmesi üzerine yapılan tetkiklerinde metotraksata bağlı pulmoner toksisite düşünülen iki olgu sunulmaktadır. Diğer olası nedenler ekarte edildikten sonra başlanan metil prednizolon tedavisi ile her iki olguda da klinik iyileşme sağlanmıştır.Sonuç olarak kronik hastalıkları nedeniyle uzun süreli ilaç kullanmak zorunda olan hastalarda ilaca bağlı pulmoner toksisite oluşabileceği akılda tutulmalı, tanısal işlemler hayatı tehdit eden geri dönüşümsüz pulmoner fibroz gelişmeden önce yapılmalı ve sorumlu ilaç derhal kesilmeli ve iyileşen olguların tedavisinde bir daha kullanılmamalıdır.

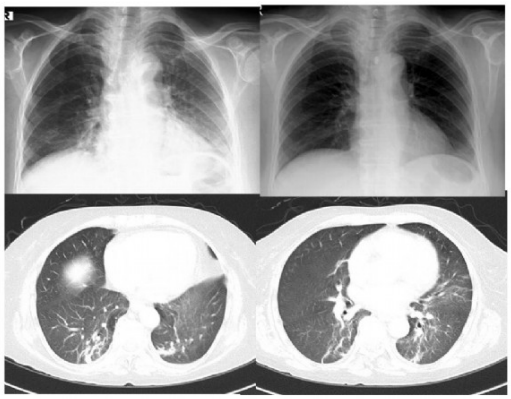
Anahtar Kelimeler: akciğer toksisitesi,metotreksat,psöriatik artrit,romatoid artrit

Olgu 1'e ait tedavi öncesi ve sonrasındaki radyolojik bulgular



Olgu 1'e ait tedavi öncesi ve sonrasındaki radyolojik bulguları

Olgu 2'e ait tedavi öncesi ve sonrasındaki radyolojik bulguları



Olgu 2'e ait tedavi öncesi ve sonrasındaki radyolojik bulguları

EP-088

KAVİTER LEZYONLU ORGANİZE PNÖMONİ

İclal Hocanlı, Zafer Hasan Ali Sak, Şerif Kurtuluş
Harran Üniversitesi,Göğüs hastalıkları Ana Bilim Dalı,Şanlıurfa

Kırk dört yaşında erkek hasta iki hafta boyunca öksürük, balgam ve ateş şikayetleri nedeniyle polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede kan basıncı: 110/80 mmHg, nabız: 90 / dakika, ateş: 37 ve sO2:% 97. Fizik muayene (FM) incelemesi normaldi.Biyokimyasal değerlendirme şu şekilde olmuştur: lökosit: 15000, CRP: 20 mg / dl ve sedimantasyon (ESH): 84 mm / s. Solunum fonksiyon testi (RFT) değerleri fev1:% 76, fvc:% 73, fev1 / fvc:% 85 ve difüzyon kapasitesi (dlco) idi. Göğüs röntgeni sol alt bölgede artmış bir yoğunluk gösterdi. Bilgisayarlı tomografi (BT), sol alt lobun (LLL) üst segmentinde 35x32 mm'lik bir kaviter lezyon saptadı. Akciğer tüberkülozunun olası tanısı nedeniyle balgam üç kez incelendi, ancak tüm örnekler negatif çıktı. Balgam kültürü de negatif çıktı. Bronkoskopi normal solunum sistemi bulguları gösterdi. Akciğerin sol alt üst segmentinden bronşiyal alveoler lavaj (BAL), arb (-) ve sitoloji bu örnekte benign idi. LLL'nin üst segmentinden 1x1 cm'lik bölge torakotomi ile rezeke edildi. Patolojik tanı bronşiyolitis obliterans organize pnömoni (BOOP) olarak yorumlandı.Olgu, kaviter lezyonların ayırıcı tanısında tüberküloz ile birlikte organize pnömoni gibi nadir bir nedenin göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.BOOP, bronşiyoller, alveoler kanallar ve alveollerde granülasyon dokusu ile oluşan ve organizma pnömonisi ile birlikte polipoid yapılarla karakterizedir. Etiyolojide enfeksiyöz pnömoniler, bağ dokusu hastalıkları, inflamatuar barsak hastalıkları, radyoterapi ve aspirasyon sorumlu tutulur. Genellikle 5-6 yıllarında görülür. Ateş, halsizlik, öksürük, nefes darlığı ve kilo kaybı olabilir. Ral ve bronşiyal sesler duyulabilir. Histopatoloji, fibrotik granülasyon dokusu tıkaçları, alveoler kanallar, köpüklü makrofaj hücreleri ve interstisyumda mononükleer hücre infiltrasyonu ile karakterizedir. Olgumuz 4. dekatta ve 2 hafta öksürük, balgam ve dispne vardı.FM incelemesi normaldi. Lökositoz ve ESH yükselmesi olguların% 40-80'inde görülür. Hemen hemen tüm durumlarda, RFT'de restriktif model ve dlco kapasite azalması mevcuttur. En sık radyolojik bulgu periferik, bilateral, yaygın alveoler opasitelerdir. Bununla birlikte, kaviter lezyonlar çok nadirdir. Literatürde lokalize kaviter lezyonlar olarak görülen ve tüberkülozla karıştırılan BOOP vakaları da gözlenmiştir. Mevcut durumda, BT, LLL'nin superior segmentinde kaviter bir lezyon gösterdi. Olgularımızda histopatoloji, alveolar lümenlerde pigment yüklü makrofaj, alveolar damarlarda bir yerlerde kalınlaşma, interstisyel alanlarda fibrozis gözlenmiştir. Tanı uygun klinik ve karakteristik histopatolojik bulguların varlığında yapılır. Olgumuzda klinik ve histopatolojik bulgular saptandı.

Anahtar Kelimeler: Kavite, Organize pnömoni, Tüberküloz

Şekil 1:posteroanterior göğüs grafisi

Şekil 2: Toraks bt

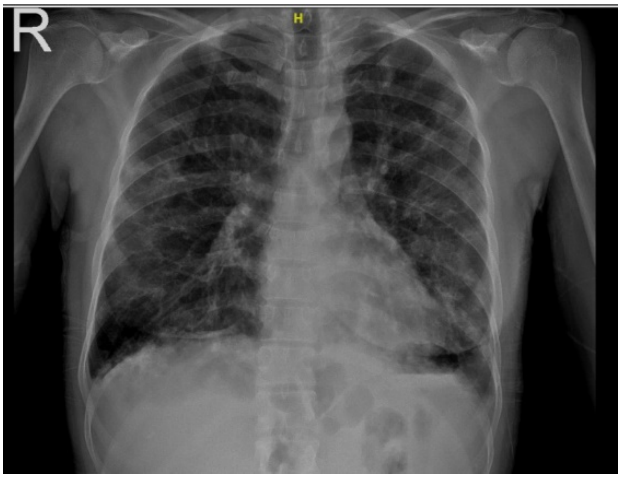
EP-089

İLAÇ SONRASI DÖKÜNTÜ İLE GELEN EOZİNOFİLİK HASTA

Ahmet Yurttaş, Ezgi Demirdöğen, Ahmet Ursavaş, Funda Coşkun, Mehmet Karadağ
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Otuz yedi yaşında kadın hasta, lökoz ön tanısıyla başka bir merkezden hastanemize yönlendirilmişti. Üç aydır halsizlik şikayeti olan hastanın değerlendirmesinde lökositoz ve anemi saptanması üzerine antibiyoterapi ve demir replasman teđavisi başlanmıştı. Tedavinin 3. Gününde kol ve bacakalrda purpurik döküntülerle acil servise başvuran hastanın çekilen akciğer grafisinde bilateral dağınık yerleşimli heterojen dansite artışı saptandı. Yapılan tetkiklerinde eozinofil %53 saptanması üzerine eozionofilik akciğer hastalığı?, Eozinofilik Granülomatöz Polianjit (EGPA) ön tanısı ile hasta kliniğimize yatırıldı. Hastanın 10 yıldır Astım, nazal polipozis ve ürtiker tanıları mevcuttu. Fizik bakıda genel durumu iyi, vital bulguları stabildi. Solunum sistemi muayenesinde solunum sesleri doğaldı. PA Akciğer grafisinde iki taraflı infiltrasyon alanları izlendi (Şekil 1). Solunum fonksiyon testlerinde: FVC: 2.65 (%73), FEV1: 1.55 (%57), FEV1/FVC: %58, erken reverzibilite testi pozitif olarak bulundu. Laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 90 mm/saat, C-reaktif protein (CRP): 17 mg/L, hemoglobin: 10. 5 gr/dl, lökosit:26.800/mm3, total eozinofil sayısı:14.400/mm3(%53), Serum total IgE düzeyi 2009 IU/mL olarak bulundu. Antinükleer antikor (ANA), anti-double stranded DNA (anti-ds DNA) ve p-ANCA negatif saptandı.c-ANCA 1/10 End Point saptandı. Arter kan gazında hafif hipocarbi gözlendi.Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) Her iki akciğerde periferik yerleşimli ve bazal ağırlıklı buzlu cam-konsolidasyon alanları izlenmektedir.(Şekil 2). Bronkoskopide endobronşial lezyon izlenmedi. Balgam ARB direk bakı 2 kez negatif, bronş lavajı ARB bakısı negatif gözlendi, % 70 Eozinofilik polimorf saptandı.Kültürde üreme olmadı. Sağ akciğer, transbronşial biyopsi: SUBEPİTELYAL EOZİNOFİL POLİMORFDAN ZENGİN YOĞUN MİKST İLTİHABİ HÜCRE İNFİLTRASYONU, YÜZEYDE EPİTELDE SKUAMÖZ METAPLAZİ saptandı.İki kez bakılan gaita parazit incelemesinde parazit saptanmadı. Aeroallerjenlerle yapılan deri prick testi negatif bulundu. Her iki alt ekstremitede yanma ve uyuşma tanımlayan hastanın yapılan elektormiyografisinde (EMG) mononöritis multipleks saptandı. Sinüs patolojisi açısından kulak burun boğaz polikliniği tarafından değerlendirildi. Paranazal sinüs BT'de kronik sinüzit bulguları saptandı. Astım, sinüzit, PA akciğer grafi bulguları, nöropati ve BAL bulguları ile CSS tanısı konularak steroid (1 mg/kg/gün-gittikçe azaltılarak) tedavisi başlandı. Tedavinin birinci ayında ESH: 18 mm/saat, CRP: 1 mg/dl, klinik ve radyolojik bulgularda tama yakın iyileşme saptandı. Üçüncü ayda kontrol PA AC grafisinde buzlu cam ve konsolidasyon alanlarının tamamen ortadan kalktığı gözlendi (Şekil 3). 4 aydır tedavi altında halen düşük doz steroid almakta olan hasta sorunsuz izlenmektedir.

Pınar Yıldız



EP-090

METOREKSATLA İNDÜKLENEN GEÇ BAŞLANGIÇLI NON-SPESİFİK İNTERTİSİYEL PNÖMONİ;OLGU SUNUMU

Asiye Büşra Çimen, Ayşe Füsun Kalpaklıoğlu, Ayşe Baççıoğlu
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kırıkkale

GİRİŞ; Metotreksata bağlı pnömonitis nadir fakat ciddi bir komplikasyondur ve kullanımının ilk yıllarında sıktır. Burada non-spesifik intertisiyel pnömonisi (NSIP) etyolojisinde metotreksat (MTX) saptanan hastanın sunumu yapılmıştır.Vaka sunumu; 73 yaşında, K sigara öyküsü olmayan hasta 6 aydır olan kuru öksürük ve eforla artan nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede akciğer bazallerinde velkro raller, oksijen saturasyonu (02 sat) % 95 ve obezitesi mevcuttu. Çomak parmak yoktu. Özgeçmişinde 12 yıldır psöriatrik artit (PA) ve diyabeti vardı. Son 10 yıldır PA için düşük dozda MTX(haftalık 10 mg) almaktaydı. Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografisinde bilateral akciğer alt loblarda subplevral yer yer traksiyon bronşiektazileri, interlobulerseptal kalınlaşmaları ve buzlu cam dansitesinde retiküler görünümü mevcuttu. Bronkoskopisinde bronş mukozasında ödem ve yoğun opak sekresyonu izlendi. Bronş lavajı kültüründe Staphylococcus haemolyticus üremesi oldu ve buna yönelik antibiyotik tedavisi başlandı. Bronş mukoza biyopsi sonucu kronik inflamasyonla uyumluydu. Kollojen doku biyobelirteçleri negatifti. FVC: %47, FEV1/FVC: %97, difüzyon (DLCO): % 42, DLCO/VA: %100 idi. Altı dakika yürüme testinde 315 metre yürüdü, borg ve 02sat hafif düşüş oldu. Hastaya radyolojik olarak NSİP tanısı konuldu. Etyolojide tek faktör PA için kullandığı MTX saptandı. MTX kesilmesi açısından fizik tedavi kliniğine danışıldı ve PA stabil olduğu için tedavi sonlandırıldı. Hastaya NSİP için metilprednizolon 0.5 mg/kg/gün ve inhaler streoid+ bronkodilatör başlandı ve tedricen dozu azaltılarak 6 ayda kesildi. Hastanın solunum semptomları ve eklem ağrıları gerilemesine rağmen radyolojik olarak düzelme buzlu cam alanları ile sınırlıydı.

TARTIŞMA: Bu vaka MTX kullanımından uzun süre sonra da NSİP gelişeceğini göstermesi açısından önemlidir. Her ne kadar ilaca bağlı olduğunu gösteren kesin tanı testi bulunmasa da klinik ve laboratuar eşliğinde diğer nedenlerin dışlanması ile ilaca bağlı pnömonitis tanısı konulabileceğini göstermesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: metotreksat, pnömonitis, psöriatik artit

EP-091

HEERFORDT SENDROMLU BİR SARKOİDOZ OLGUSU

Maşide Tüten, Emine Bahar Kurt, Şilan Işık
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Kliniği

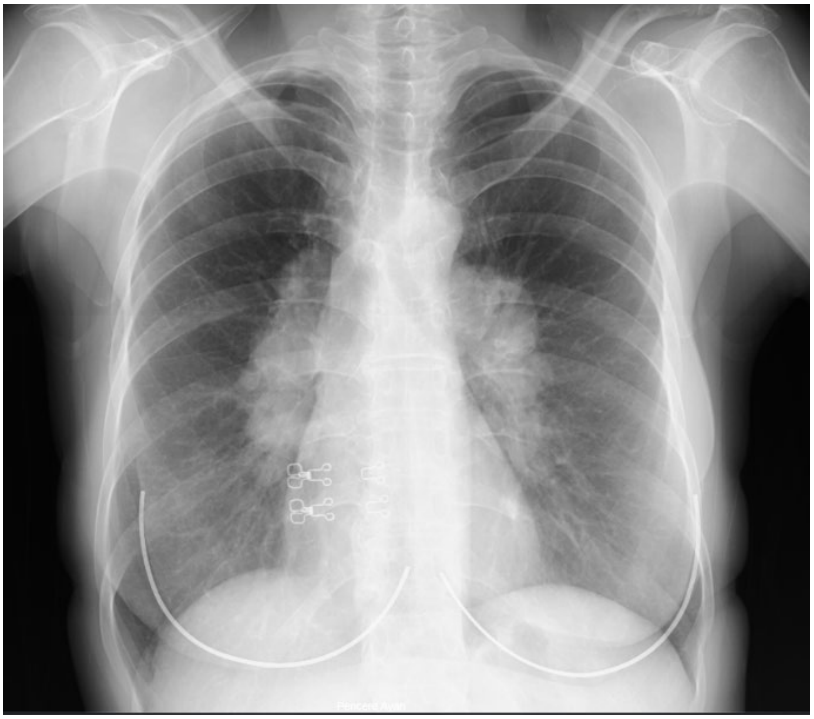
GİRİŞ: Sarkoidoz non-kazefiye granülomlarla seyreden, multisistemik tutulumu olan, etiyolojisi bilinmeyen bir hastalıktır. Heerfordt sendromu ise ateş, üveit, parotit,fasiyal paralizi ile karakterize bir nörosarkoidoz formudur ve sarkoidozda nadir olan nörolojik tutulumlar içinde en sık görülenidir. Sinir sisteminin herhangi bir bölümünü tutabilen nörosarkoidozda kraniyal sinirler içinde en sık tutulan fasiyal sinirdir ve fasiyal paralizi nörosarkoidozun en sık görülen klinik tablosudur.

OLGU:46 yaşında, sigara içmeyen ev hanımı olan kadın hasta bilateral alt ekstremitelerde ödem şikayeti ile hastanemize başvurmuş. Hastanın herhangi bir pulmoner semptomu olmayıp, çekilen PA akciğer grafisinde (Resim1) bilateral hiler dolgunluk olup, Toraks BT'sinde (Resim2) multiple, konglomere LAPlar izlendi.Fizik muayenesinde solunum sesleri doğaldı. Boyunda sol tarafta ve sol inguinal bölgede derin palpasyonla LAP saptandı. Batında organomegali saptanmadı. Hastanın her iki bacak lateral kısımda eritematöz, kurutlu lezyonlar mevcuttu.Rutin tetkiklerinde minimal sedimentasyon yüksekliği (ESR:51mm/saat) dışında herhangi bir patoloji saptanmadı. Serum ve idrar kalsiyum düzeyleri normaldi. Serum ACE düzeyi 99.7 U/L olarak sonuçlandı. PPD negatif geldi ve üç kere alınan balgamda yaymada ARB izlenmedi.Göz muayenesinde üveit saptanmadı. Hastanın solunum fonksiyon testi, difüzyon kapasitesi ve 6 dakika yürüme testi normal olarak sonuçlandı. Palpasyonla saptanan LAPlar için ultrasonografi yapıldı reaktif görünümlü lenf nodları saptandı. Her 2 bacakta olan lezyonlarından biyopsi alındı ve mediastinal lenf nodlarından biyopsi amaçlı EBUS planlandı. Hastanın cilt lezyonlarından alınan bıyopsi nekroz içermeyen granülom formasyonu olarak, mediastinal lenf nodu biyopsisi küçük nekroz odakları içeren granülom olarak raporlandı.

Hastanın takiplerinde periferik fasiyal paralizi gelişti ve hastaya metilprednisolon başlandı. Hastanın üveti ve/veya parotiti yoktu. Hasta sonrasında kontrollere çağırılmak üzere taburcu edildi. Bir sonraki kontrolde -daha öncesinde olmayan- her iki gözde kızarıklık mevcuttu, muayenesi tekrarlandı ve hastada üveit saptandı. Bunu üzerine Heerfordt Sendromu ön tanısı ile parotis bezi tutulumunu değerlendirmek üzere PET-BT istendi, sonucunda hastanın her iki parotis glandında ve komşu masseter kas gruplarında sarkoidozla uyumlu tutulum saptanması üzerine hastaya Heerfordt Sendromu tanısı koyuldu. Hastanın metilprednisolon tedavisi revize edilidi.

SONUÇ:Sarkoidoz multisistemik bir hastalık olup klinik seyir oldukça değişkendir. Nörosarkoidoz ise nadir bu tutulum şekli olsa da hayati önem taşıması sebebiyle dikkatle yaklaşılması gereken bir durumdur. Nörosarkoidozun nadir bir formu olan Heerfordt sendromu, fasiyal sinir paralizisi ayırıcı tanısında özellikle erişkin hastalarda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: fasiyal paralizi,heerfordt,sarkoidoz



EP-092

FULVESTRANT' A BAĞLI PULMONER TOKSİSİTE OLGUSU

Nadire Dirim, İnci Gülmez, Fatma Sema Oymak, Nuri Tutar, İnsu Yılmaz
Erciyes Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kayseri

İlaçlara bağlı interstisyel akciğer hastalığı(İAH) beklenen ancak nadir görülen klinik bir durumdur. Klinik;hafif akciğer infiltrasyonlarından ölümcül seyirli akut solunum sıkıntısı sendromuna kadar değişken olabilir. İlaca bağlı İAH'larında sebep olan mekanizma net olarak aydınlatılamamıştır.Patogenezde ilacın neden olduğu akciğer sitotoksisitesinin, ilaca karşı gelişen immün yanıtın ve genetik yatkınlığın rolü olduğu düşünülmektedir.Fulvestrant,metastatik meme kanserlerinde kullanılan,östrojen reseptör dimerizasyonunu ve DNA bağlanmasını engelleyen, östrojen reseptör döngüsünü artıran reseptörün nükleer engelleyen bir östrojen reseptör antagonistidir. İntramusküler enjeksiyon olarak ayda bir kez uygulanmaktadır. Fulvestranta bağlı yaygın döküntü,tromboembolizm, trombositopeni, vajinal kandidiyazis riskinde artış,vertigo,lökopeni, hepatit ve karaciğer yetmezliği bildirilmiştir.Olgumuz;fulvestrant kullanımına bağlı gelişen subakut intertisyel akciğer hastalığı literatürde bildirilmemiş olması nedeniyle ve fulvestrant kullanımı sırasında oluşabilecek solunum sistemi komplikasyonlarına dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

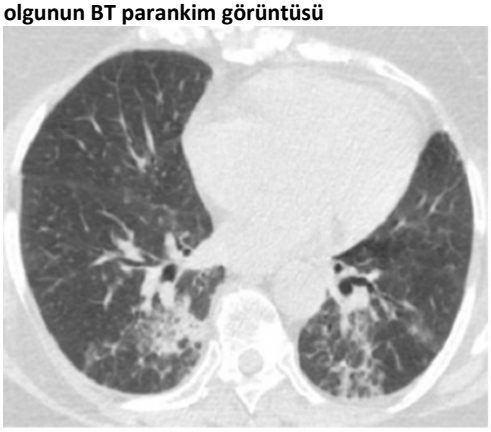
OLGU:Altmış altı yaşında Niğde'den başvuran hasta 6 yıl önce invaziv duktal karsinom nedeniyle lumpektomi yapımış,radyoterapi almış,düzenli aralıklarla takip edilmekte iken yedi ay önce rutin kontrolleri sırasında PET-BT (pozitron emisyon tomografisi) de lomber vertebra tutulum nedeniyle metastaz kabul edilerek lomber alana 15 gün radyo terapi aldıktan sonra fulvestrant tedavisi başlanmıştır. Ayda bir olmak kaydıyla altı doz fulvestrant tedavisi alan hasta birinci dozu aldıktan sonra başlayan ve progressif olarak artan nefes darlığı nedeniyle tarafımıza başvurdu.Hastanın fizik muyenesinde genel durumu orta, şuuru açık, koopere ve oryante idi.Tansiyon arteriyel;135/85mmHg, dakika solunum sayısı;26/dk,nabız;113/dk,vücut ısısı;36,8°C idi.Nefes darlığı ve efor dispnesi mevcuttu.Oda havasında parmak oksijen satürasyonu %84 idi.Fizik muayenesinde her iki hemitoraksda bilateral orta ve alt zonlarda dinlemekle selofan raller alınıyordu.Diğer sistem muayeneleri ise doğaldı.

Laboratuvar incelemelerinde, beyaz küre; 7,950/uL, hemoglobin; 11 gr/dl, trombosit; 137,000/UL, eritrosit sedimentasyon hızı; 65 mm/saat, C-reaktif protein; 32,4 mg/L, procalcitonin düzeyi; 0,146ng/ mL,oda havasında alınan arter kan gazı incelemesinde pH;7,46 pCO2;31,4mmHg,pO2;45,5mmHg,HCO3; 21,2 mmol/L, SaO2;%76,5 idi. Alınan kan ve balgam kültürlerinde üremesi yoktu.Solunum fonksiyon testinde FEV1/FVC:%86 FVC:%61 FEV1: 64 idi.DLCO %25 olarak ölçüldü..Bilgisayarlı Toraks Tomografisinde (BTT) ve akciğer garfisinde yaygın buzlu cam görünümü ve inter lobüler septal kalınlaşma mevcuttu.(şekil 1) Tedavi öncesi(7 ay önceki) görüntülemeleri normal olan(şekil 2) fulvestrant tedavisine bağlı subakut interstisyel akciğer hastalığı düşünüldü.

SONUÇ:Fulvestrant kullanımı sırasında ortaya çıkan dispne varlığında ilaca bağlı interstisyel akciğer hastalığı ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Sorumlu ilaç kesilmeli, gerekirse yeni rejim başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, Fulvestrant,

olgunun BT parankim görüntüsü



Olgunun fulvestrant tedavisi öncesi BT parankim kesiti

EP-093

BRONŞİYAL KARSİNOMU TAKLİT EDEN FOKAL ORGANİZE PNÖMONİ

Burcu Yalçın, Fatma Eroğlu, Bengü Özkan Baktık, Taha Tahir Bekçi
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

GİRİŞ: Organize pnömoni (OP), respiratuar bronşiyoller, alveoler kanallar ve alveollerde fibroblastik tıkaçların oluşturduğu polipoid yapılarla karakterize histopatolojik bir durumdur. Radyolojik olarak OP'nin tipik, soliter-fokal ve infiltratif olmak üzere 3 karakteristik görünümü vardır. Fokal pnömonik konsolidasyon akciğer grafisinde genelde alışık olmadık şekilde, yuvarlak veya oval şekilde zaman zaman akciğer maligniteleri ile karışabilecek şekilde spiküler uzanımları olan şüpheli kitleler olarak karşımıza çıkabilmektedir. OP enfeksiyonlar, bağ dokusu hastalıkları, inhalasyon yaralanması, hipersensitivite pnömonisi, ilaç reaksiyonları, radyasyona bağlı akciğer hasarı veya aspirasyon ile ilişkili olarak ortaya çıkabilir.Toraks maligniteleri olan hastalarda tanı, evreleme, tedavi sonrası izleme ve nüks saptanması için 18F-florodeoksiglukoz (FDG) pozitron emisyon tomografisi (PET) etkili bir şekilde kullanılabilir. Bununla birlikte, çoklu enflamatuar süreçler artmış 18F-FDG tutulumunu indükleyebilir ve torasik maligniteler için yanlış pozitif sonuçlar oluşturabilir. İnfiltratif akciğer hastalıklarında, idiyopatik pulmoner fibrozis, kollajen vasküler hastalık ilişkili interstisyel pnömoni, ilaca bağlı pnömoni ve radyasyon pnömonisi gibi, çeşitli düzeylerde 18F-FDG tutulumu bildirilmiştir. Bununla birlikte, OP, 18F-FDG artışının sık görülen bir nedeni değildir.

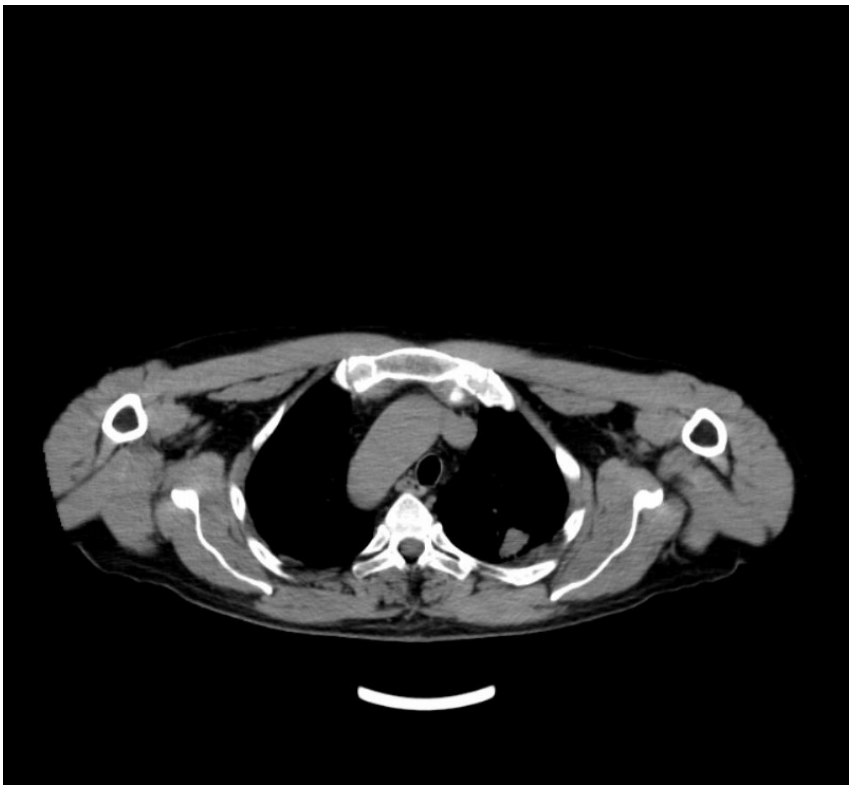
OLGU: 60 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Tır şöförü olarak çalışmakta olan hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sigara 30 paket/yıl kullanım öyküsü mevcuttu. Solunum sistemi muayenesi normaldi. Dış merkezde 2 hafta süre ile geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi alan hastada çekilen Toraks BT'de sağ akciğer üst lob posterior segmentte 27mm boyutunda nodüler dansite artışı izlendi. PET- BT istendi ve sağ akciğer üst lob posterior segmentteki nodüler lezyonda 18F-FDG 10,6 tutulum saptandı. Hastaya Toraks BT eşliğinde tru-cut biopsi yapıldı ve organize pnomoni ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya steroid tedavisi verildi. Tedavinin 2. ayında regresyon izlendi.

SONUÇ: Organize pnömoniler PET-BT'de yanlış pozitif sonuçlara yol açabilir. Radyolojik görüntülemede tek odaklı bir lezyon şeklinde ve PET–BT'de yanliş pozitif olarak akciğer kanserini taklit edebilir.

Anahtar Kelimeler: organize pnömoni, pulmoner nodül, PET-BT

Tedavi sonrası Toraks BT

Toraks BT



EP-094

RİSPERİDON KULLANIMI SONRASI MASİF PULMONER TROMBOEMBOLİ OLGUSU

Gülfem Yıldırım[1], Baykal Tülek[2]
[1]KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi Özel Medicana Hastanesi Göğüs Hastalıkları A.D.
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D.

Yirmi yaşında,üniversite öğrencisi erkek hasta sağ omuzda ağrı nedeniyle hastanemiz Fizik Tedavi polikliniğine başvurmuş. Burada yapılan tetkikler sonucunda patoloji saptanmaması üzerine Göğüs Hastalıklarına yönlendirilmiş. Öyküsünde 1 haftadır devam eden sağ omuz ağrısı mevcuttu ve 3 aydır depresif durum bozukluğu nedeniyle risperidon tedavisi almaktaydı. Başvuru sırasındaki fizik muayenesinde vücut ısısı: 36.7°C, nabız: 118/dk, solunum sayısı: 20/dk, tansiyon arteriyel: 110/80 mmHg, oda havasında oksijen saturasyonu %90 olarak ölçüldü. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal olan hastanın D-Dimer düzeyi 7032 ng/mL olarak ölçüldü. Pulmoner tromboemboliden (PTE)şüphelenilmesi üzerine toraks bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografisi çekilen hastada ana pulmoner arterlerde tromboemboli ile uyumlu dolum defektleri saptandı (resim1). PTE tanısı ile göğüs hastalıkları servisine yatırılarak düşük molekül ağırlıklı heparin(DMAH) ve varfarin tedavisi başlandı. DMAH tedavisi uygun INR düzeyine ulaşılınca, kesilerek varfarin ile tedaviye devam edildi. PTE 'ye yönelik kalıtımsal ve edinilmiş risk faktörleri açısından araştırılan hastada herhangi bir risk faktörü saptanmadı. Kalıtımsal risk faktörlerinden protein C ve S, antitrombin III, antikardiyolipin antikor IgM-IgG, faktör V-Leiden, protrombin gen mutasyonu, metilen tetrahidrofolat redüktaz enzim aktivitesi, homosistein düzeyleri normal sınırlardaydı. Tüm tetkikler sonucunda risperidon kullanımı dışında PTE'ye yol açabilecek başka bir risk faktörü belirlenemeyen hastaya risperidon kullanımına bağlı PTE tanısı konuldu. Psikiatri ile konsulte edilen hastanın risperidon tedavisi kademeli olarak sonlandırıldı.Literatürde az sayıda olguda atipik antipsikotiklerden(AP) olanzapin ve risperidon ile PTE geliştiği saptanmış. Atipik antipsikotiklerin kullanımına bağlı gelişen PTE'nin sebebi tam olarak bilinmemekle birlikte bu ilaçların kullanımına bağlı gelişen kilo artışı, yüksek beden kitle indeksi (BKI), sedatif yaşam biçimi ve venöz stazın PTE gelişmesi için risk faktörü olabileceği bildirilmiştir.Bu olgu sunumu ile son yıllarda birçok psikiyatrik hastalıkta kullanılan atipik antipsikotikler ile kimi zaman ani ölüme yol açabilen PTE arasındaki ilişkiye dikkat çekmek istedik. Literatür bilgilerine göre PTE riski atipik AP'lerle tedaviye başladıktan sonraki ilk aylarda daha yüksektir. Bu nedenle bu hastalar erken tanı ve tedavi amacıyla PTE açısından yakın izleme alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: d dimer, pulmoner tromboemboli, risperidon

resim 1

EP-095

DESMOPRESSİN KULLANIMI SONRASI GELİŞEN PULMONER ÖDEM

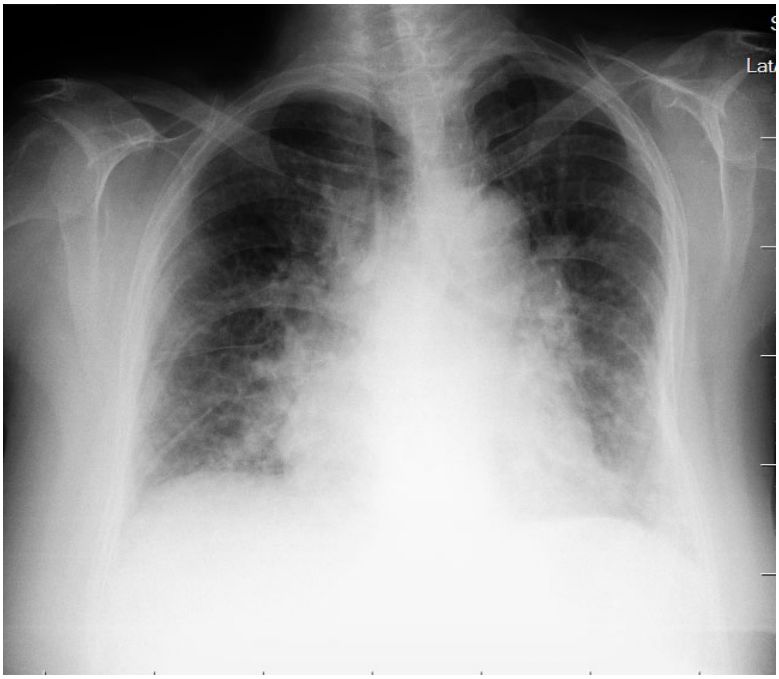
Gülfem Yıldırım[1], Baykal Tülek[2]
[1]KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi Özel Medicana Hastanesi Göğüs Hastalıkları A.D.
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D.

78 yaşında kadın hasta 1 hafta önce başlayan ve ilerleyen nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta yaklaşık 10 yıldır astım tanısı ile düzenli olarak inhaler tedavi almaktaydı. 2 yıl önce uzun hospitalizasyon sonrası pulmoner emboli tanısı alarak 6 ay antikoagulan kullanım öyküsü mevcuttu.

Fizik muayenesinde dispneik, taşipneikti ve oskulyasyonda ekspiryum uzamış, bazallerde ince raller oskulte edildi. Okisjen satürasyonu oda havasında oksijensiz %80 ölçüldü. Arter kan gazında pH: 7.48, pO2: 48mmHg, pCO2: 30mmHg, sO2: %83 olarak ölçüldü. Hastanın akciğer grafisinde bilateral hiluslar genişlemiş ve her iki akciğer orta ve alt alanlarda buzlu cam dansitesinde opasite artışı mevcuttu. (resim 1).Hastanın fizik muayenesi ile birlikte bu görünüm akciğer ödemiyle uyumlu bulundu. Biyokimyasal değerleri ve inflamasyon belirteçleri normal sınırlardaydı Hasta akciğer ödemi, astım atak ve solunum yetmezliği tedavisi için hospitalize edildi. Emboli nüks açısından değerlendirilmek üzere pulmoner BT anjiografi çekildi. Pulmoner arterlerde trombus izlenmedi. Kalp yetmezliği açısından kardiyoloji ile konsulte edildi. Ekokardiografisinde EF: %60, PAB: 32+5 mmHg ölçüldü. Diüretik tedavi ve bronkodilatör tedavi ile takip edilen hastada klinik düzelme izlendi. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 3 haftadır üriner inkontinans nedeniyle desmopressin 0.2 mg/gün kullandığı öğrenildi. Akciğer ödemiyle ilişkili olabileceği düşünülerek desmopressin kesildi. 2 gün medikal tedavi sonrası klinik ve radyoloji belirgin iyileşme izlendi. Kontrol akciğer grafisinde pulmoner ödem bulguları geriledi (resim 2). Hasta bronkodilatör tedavi ve oral diüretik tedavi ile eksterne edildi. Takiplerinde akciğer ödemi izlenmedi.Literatürde olgumuza benzer şekilde desmopresin kullanımı sonrası pulmoner ödem gelişen 2 adet olgu mevcuttur. Akciğer ödemi ile başvuran olgularda diğer etyolojik nedenlere ek olarak Desmopressin kullanmının sorgulanması tedavi planlamasının yararına olabilir.

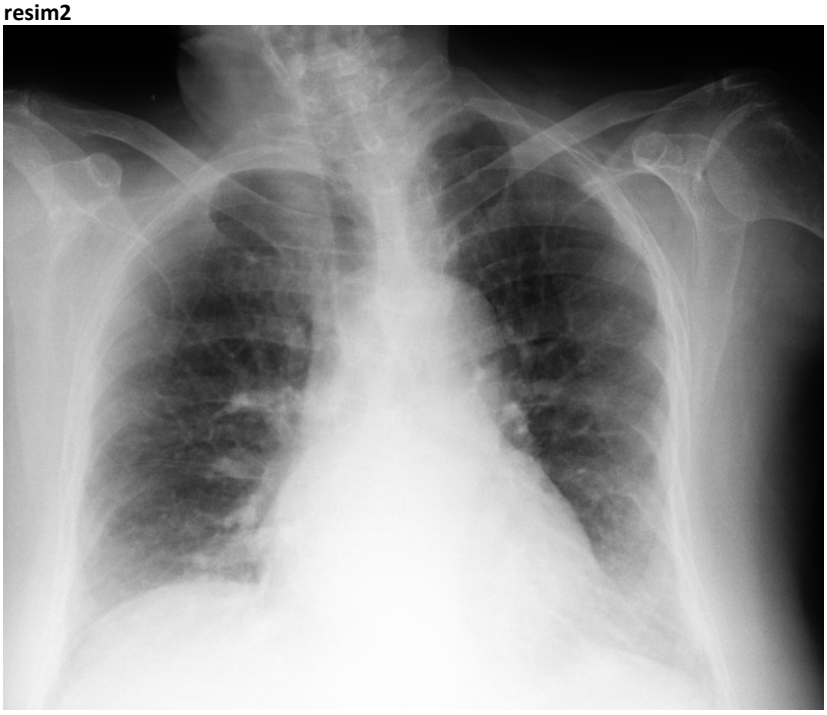
Anahtar Kelimeler: desmopressin, dispne, pulmoner ödem

resim1



başvuru sırasında çekilen akciğer grafisi

resim2



tedavi sonrası çekilen akciğer grafisi

EP-096

PERİFERAL KAVİTASYON, TUBULER BRONŞİEKTAZİ VE KONSOLİDASYON İÇEREN ATİPİK GÖRÜNÜMLÜ SARKOİDOZ VAKASI

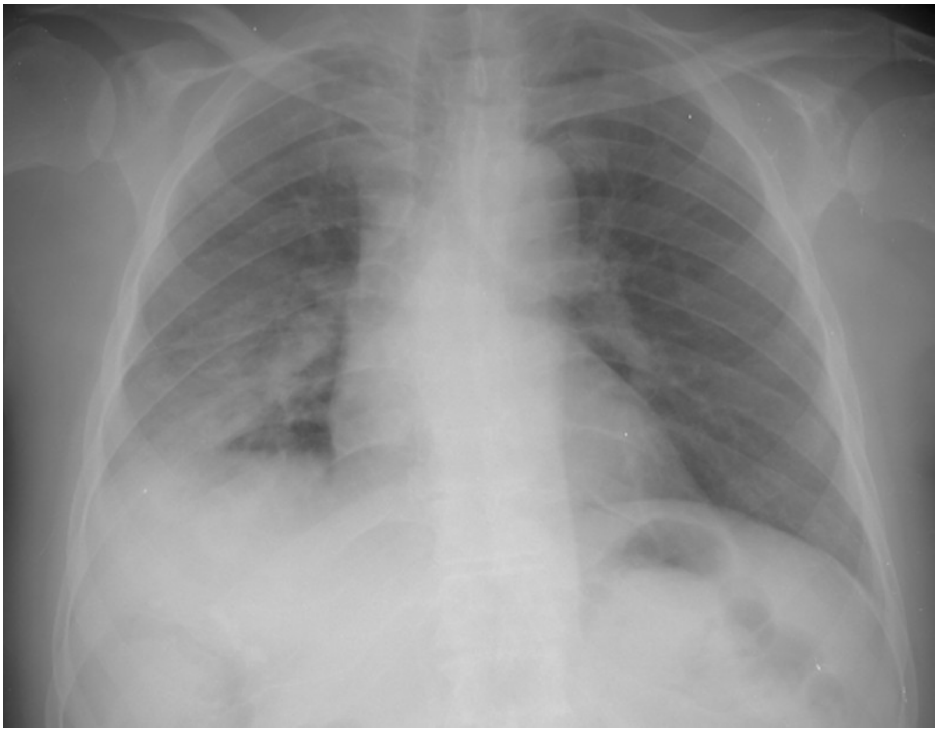
İlknur Koç, Elvan Şentürk, Yılmaz Bülbül, Tevfik Özlü
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Trabzon

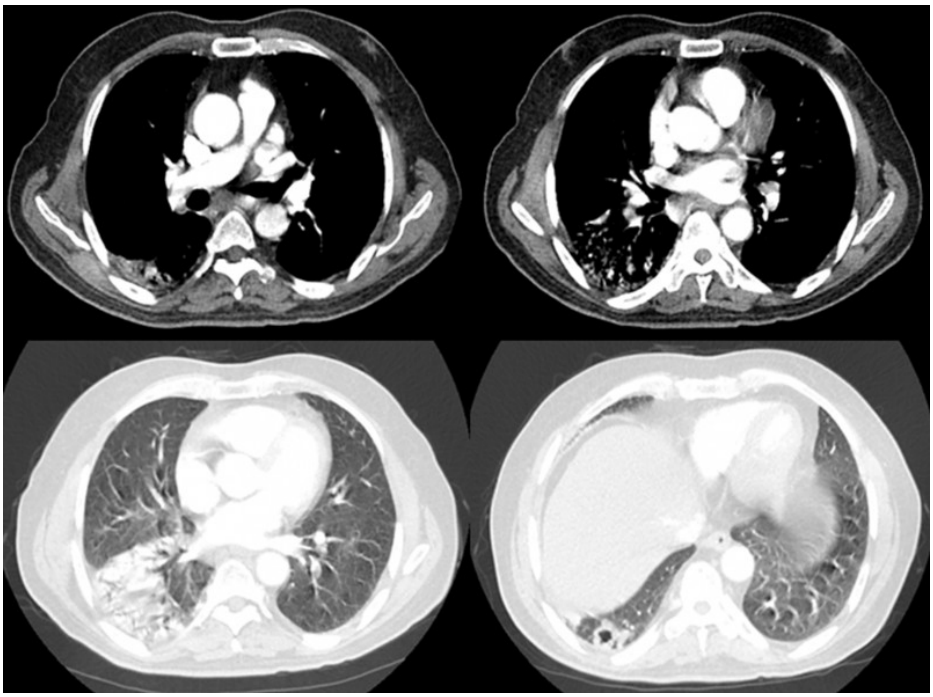
GİRİŞ: Sarkoidoz, çeşitli organlarda granülom oluşumu ile kendini gösteren, etiyolojisi bilinmeyen, multisistemik ve granülomatöz bir hastalıktır. Yaklaşık %90 oranında akciğer ve mediastinal lenfnodları tutulur. Radyolojik olarak sıklıkla bilateral hiler-mediastinal lenfadenopati, perilenfatik mikronodüller, pulmoner fibrozis ve ya retikülonodüler opasiteler görülmesine rağmen; nadiren kavitasyon, traksiyon bronşiektazisi, plevral efüzyon ve ya soliter nodül ile seyredebilir. Olgumuzu atipik görünümlü, ön planda tüberküloz ve maligniteyi düşündüren sarkoidoz olgusu olması sebebiyle sunduk.

OLGU: 71 yaşında erkek hasta, 6 aydır olan öksürük ve halsizlik şikayeti ile başvurdu. Son 6 ay içerisinde pnömoni öntanısı ile antibiyoterapi alan ve hastane yatışı olan hastanın tedavi sonrasında şikayetlerinin gerilememesi ile çekilen akciğer tomografi ve PET-CT sinde sağ hilusta 30x15 mm boyutlu pulmoner arter lober dallarını saran yumuşak doku (suvmax 4,63), sağ akciğer alt lopta maliğnite kuşkulu içerisinde hava bronkogramları da barındıran konsolidasyon (suv max 8,87), sağ akciğer alt lobda büyüğü 16 mm çapında kaviter ve nonkaviter nodüler lezyonlar, mediastende sağ alt paratrakeal lenfadenopati (suv max 4,90) ve multiple mediastinal lenfadenopatiler görüldü. Hastaya bronkoskopik bal ve transbronşiyal biyopsi yapıldı, sonuç benign sitoloji ve nondiyagnostik olarak raporlandı. Bal sıvısında ve transbronşiyal biyopsi materyalinde bakılan bakılan ARB ve PCR negatifti, Mycobacterium tuberculosis kültüründe üreme olmadı. Bal sıvısı nötrofililik alveolit karakterindeydi. Kontrol tomografisinde radyolojik görünümlerde belirgin farklılık saptanmayan ve ön planda malignite düşünülen hasta için, transtorasik akciğer biyopsisi uygun görülmedi ve hastaya mediastinoskopi yapıldı. Patolojisi Non-nekrotizan granülomatöz lenfadenit olarak raporlandı.

SONUÇ: Sarkoidoz sıklıkla tipik radyolojik bulgularla gözükebilmekle birlikte, nadiren kavitasyon, traksiyon bronşiektazisi, plevral efüzyon ve ya soliter nodül gibi bulgularla seyredibilir. Bu gibi atipik bulgularla önplanda malignite, tüberküloz, lenfoma düşündüren olgularda, olgunun sarkoidoz da olabileceği ve sarkoidozun bir çok radyolojik görünümü taklit edebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Malignite, Periferal Kavitasyon, Sarkoidoz, Tubuler Bronşiektazi, Tüberküloz





EP-097

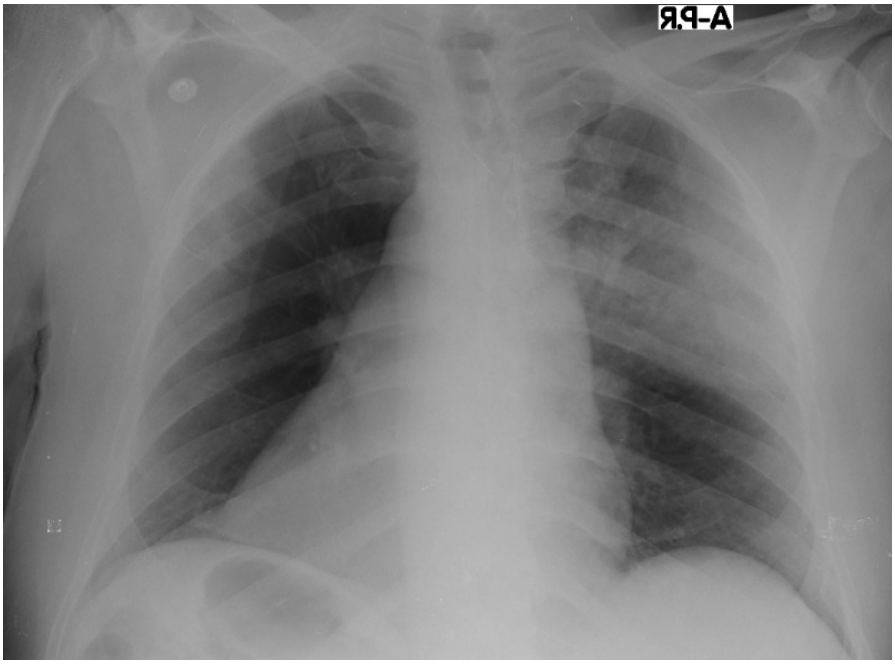
MALİGNİTE DÜŞÜNÜLEN HASTANIN BENİGN HİKAYESİ

Ahmet Yurttaş, Shahriyar Maharramov, Ezgi Demirdöğen, Ahmet Ursavaş, Funda Coşkun, Mehmet Karadağ
Bursa Uludağ Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

52 yaşında erkek hasta, hemoptizi şikayeti ile tarafımıza akciğer kanseri ön tanısı ile yönlendirilmişti. Genel durumu kötü, TA: 110/60 mmHg, Nabız: 110/dak. Ateş 36,4oC O2 Sat: %84 idi. Fizik muayenesinde sağ üstte solunum sesleri azalmıştı. Sigara içim öyküsü yoktu. Laboratuvar sonuçları Tablo 1 ve Tablo 2'deki gibidir. PA Akciğer grafisinde sağ orta ve alt zonda buzlu cam görünümü mevcuttu. (Şekil 1). Dış merkezde çekilen toraks tomografisinde sol hiler opasitenin tedavilere rağmen progrese olması nedeniyle hastaya PET CT çekilmişti. PET-CT'sinde sol akciğerin süperior lingual segmentinde psödokaviter görünümlü lezyonda (SUVmax: 7,1'den, çift zamanlı SUVmax: 9,0'a) ve alt lob posterobazal segmentte segmentteki büyük boyutlu lezyonda (SUVmax: 10,3'den, SUVmax: 15,3'e) malignite derecesinde metabolik aktivite artışları saptanmış. Kliniğimizde takip edilirken çekilen kontrol toraks tomografisinde sol pulmoner arterde komplet, sağ pulmoner arter dallarında in-komplet dolum defektleri saptanması (Şekil 3) üzerine hastada pulmoner emboli düşünülerek DMAH tedavisine başlandı. EKO bulgularında ise; EF%60 PAB:74mm/Hg D-Shape saptandı. Hastanın takiplerinde oksijen saturasyonunda düşme, hipotansiyon gelişmesi üzerine Girişimsel Radyoloji tarafından trombüs aspirasyonu ile işlemi uygulanıldı. Genel durumu düzelmeyen ve trombüs aspirasyonunun başarısız olması nedeniyle hasta pulmoner anjiosarkom, malignite ön tanılarıyla operasyona alındı. Operasyon sırasında hastada kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon saptanması üzerine endarterektomi işlemi uygulanan hasta postop 2. Ayında, takiplerine ayaktan devam edilmektedir. Postop yapılan EKO'sunda PAB: 42 mmHg saptandı. Hastamızı preoperatif ve postoperatif tanının beklenmedik bir şekilde farklı olmasından dolayı sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Endarterektomi,Kronik tromboemboli,Pulmoner hipertansiyon,Trombüs aspirasyonu

PA AC GRAFİSİ



PAAC GRAFİSİ

PET GRAFİSİ

PET BULGULARI

kan sonuçları

Beyaz Küre	10200/mm^3
Hemoglobin	15g/dl
Trombosit	295000/mm3
C-Reaktif Protein	1,9mg/l
AST	40IU/L
ALT	103IU/L
Üre	44mg/dl
Kreatinin	1,05mg/dl
Pro-BNP	320pg/dl
Troponin	47,8

hastanın geldiğinde kan sonuçları

kan gazı

pH	7,52
PO2	50 mm/hg
PCO2	24 mm/hg
Satursayon	84
Hco3	23 mmol/L

kan gazı geldiğinde

EP-098

NAPROKSEN SODYUM 'A BAĞLI ALVEOLAR HEMORAJİ SENDROMU: BİR OLGU NEDENİYLE

Mihrican Yeşildağ, Zuhal Şentürk, Bengü Özkan Bakdık
S.B.Ü Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

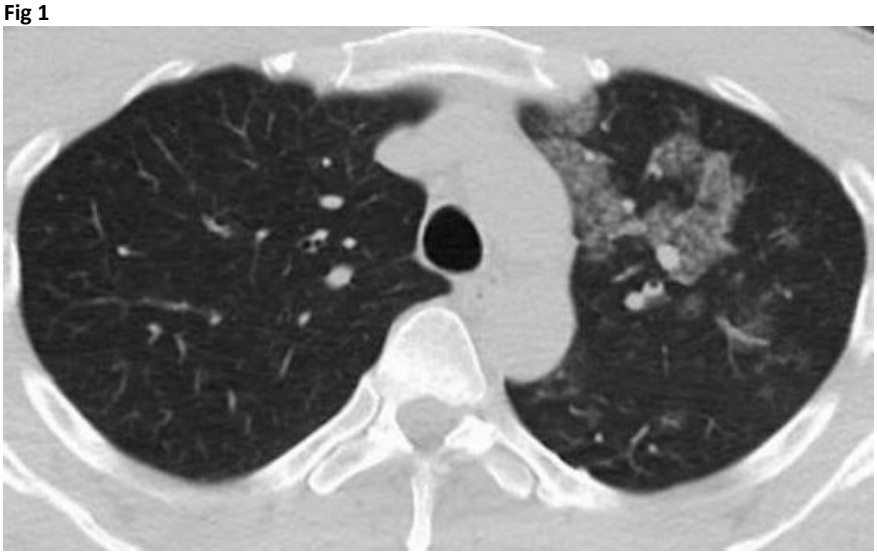
AMAÇ: Diffüz alveolar hemoraji (DAH), kırmızı kan hücrelerinin alveolar boşluklarda birikimi ile karakterize acil tanı ve agresif tedavi gerektirebilecek akut solunum yetmezliğine yol açabilen bir sendromdur. Biz burada daha önce literatürde bildirilmemiş olan naproksen sodyuma bağlı gelişen bir alveolar hemoraji olgusu sunmayı amaçladık.

OLGU: 41 yaşında erkek hasta ani gelişen hemoptizi ve nefes darlığı yakınması ile kliniğimize yatırıldı. Hastanın öz geçmişinde bir hafta önce ağrı şikayeti nedeni ile naproksen sodyum kullanımı haricinde bir özellik yoktu. Hastanın Hb değerleri 14,4, 11.3, 10.1 g/dL, oksijen saturasyonu %86 hafif hipoksemi mevcuttu. Hastanın Akciğer grafisinde solda belirgin heterojen infiltrasyonlar mevcuttu. Toraks BT 'de solda apeksten bazale kadar yer yer buzlu cam-alveolar dansite artışları, sağ orta alt lobda peribroşial buzlu cam alanları izlendi.(Figur1) Hastaya yapılan fiberoptik bronkoskopide özellikle sol bronş sisteminde aktif hemoroji alanları görüldü ve bronkoalveolar lavaj (BAL) alındı.BAL' da çok sayıda eritrositler rapor edildi.Olgu taşikardik (100/dak) ve takipneik (28 /dak), solunum sistemi muayenesinde bilateral, solda belirgin raller mevcuttu. Hastaya bu bulgularla alveolar hemoraji tanısı kondu. Hasta (DAH) yapan diğer hastalıklar ve nedenler yönünden araştırıldı ve tüm hastalıklar ekarte edildi. İlaca bağlı olabileceği düşünülerek naproksen sodyuma bağlı eozinofilik pnömoni, pulmoner ödem, DRESS, bronkospazm, wheezing, anaflaksi gibi birçok akciğer patolojisi gelişebileceği pneuomotox adresinden öğrenildi. Hastanın ilacı kesildi, puls steroid tedavisi başlandı. Hasta kısa sürede klinik ve radyolojik olarak düzeldi.(Figur 2)

TARTIŞMA: DAH, acil tedavi gerektirebilen, genellikle bir grup immün kökenli heterojen hastalığa bağlı olarak gelişen ve alveoler septal hasardan masif hemorajiye kadar uzanan bir spektrumda seyreden klinikopatolojik bir sendromdur. DAH'ın yaygın nedenleri arasında bağ dokusu hastalıkları, antifosfolipid antikor sendromu, enfeksiyöz ya da toksik maruziyetler, neoplastik hastalıklar ve ilaçlar sayılabilir. BAL genellikle tanıyı doğrulamak için gereklidir. DAH, radyolojik olarak diffüz pnömoni veya pulmoner ödemden zor ayrılabilen ve sık görülmeyen bir durum olmasına rağmen, anemi, hemoptizi, diffüz akciğer infiltrasyonları olan olgularda düşünülmelidir. Tedaviye başlamak için DAH'ye yol açan altta yatan tüm patolojiler ekarte edilmelidir. Bizim olgumuzda alveolar hemoraji yapabilecek tüm nedenler ekarte edildi. Hastamıza daha önce literatürde bildirilmemiş olan naproksen sodyum kullanımına bağlı alveolar hemoraji tanısı koyuldu.Sonuç olarak, ani nefes darlığı, özellikle hemoptizisi olan hastaların ayırıcı tanısında alveolar hemoraji düşünülmelidir ve tüm nedenler araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diffüz Alveolar Hemoraji, Hemoptizi, Naproksen Sodyum

Fig 1



Toraks BT'de apeksten bazale kadar buzlu cam dansite artışları izleniyor

Fig 2

Kontrol Toraks BT de buzlu -cam dansite alanlarının kaybolduğu gözleniyor.

EP-099

LIP BULGULARI İLE TANI KONAN SJOGREN SENDROMU

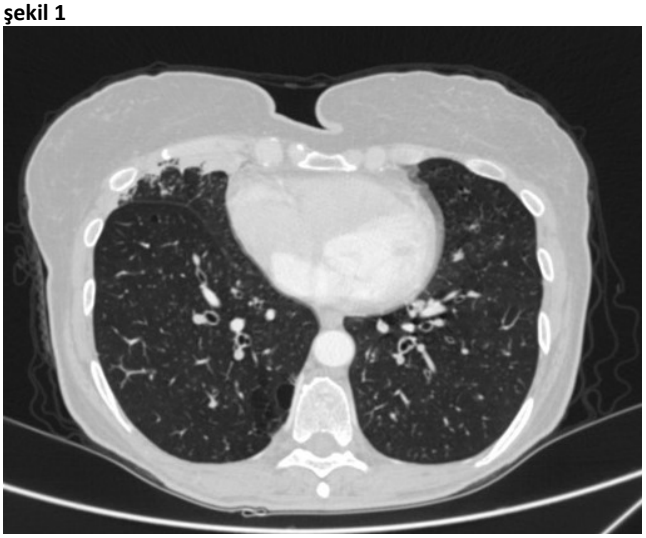
Gizem Köybaşı, Burcu Arpınar Yiğitbaş, Celal Satıcı, Mustafa Asım Demirkol, Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar, Aygün Gür
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Lenfositik interstisyel pnömoni (LIP) çeşitli uyarılara yanıt olarak peribronşiyal ve interstitial alanda lenfositlerin toplanmasıyla karakterize, kistler ve yer yer buzlu cam alanları ile prezente olan diffüz parankimal bir akciğer hastalığıdır. LIP; Sjögren sendromu, HIV, Epstein-Barr virusu ile ilişkili olabileceği gibi idiyopatik de olabilir. Lenfadenomegali eşlik ettiğinde lenfoma ile ayırıcı tanıya girer.

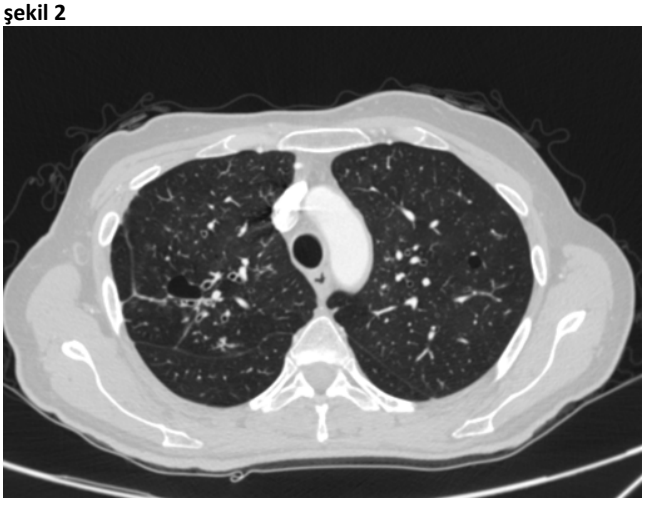
OLGU: 62 yaşında kadın hasta, gribal enfeksiyon nedeniyle başvurduğu dış merkezde btsi çekilerek tarafımıza yönlendirildi. Bilinen alerjik astım ve duygu durum bozukluğu tanıları mevcut. Direkt grafisinde sekel görünümler, bilgisayarlı tomografisinde multipl kistik görünümler ve fibrotik sekel lezyonlar mevcuttu. Tetkiklerinde RF (romatoid faktör):51, ANA ve ANTİ SSA'nın pozitif olduğu görüldü.Hastada göz kuruluğu saptandı. Schirmer testi pozitif geldi. Romatoloji konsültasyonu ve tükürük bezi biyopsisi sonrası hasta Sjögren Sendromu tanısı aldı.Hastanın akciğerindeki kistik tutulumunun Lenfositik İntersitisyel Pnömoni'ye bağlı olduğu düşünüldü.Bu vakamızda kistik akciğer hastalıklarını tetkik ederken nadir görülen idiyopatik interstisyel pnömonilerden LIP tanısının da akıllarda tutulması gerektiğini ve LIP'ten şüphelenildiğinde Sjogren Sendromu açısından tetkik edilmesi; Schirmer testi antissa antissb gibi tetkiklerin de yapılması gerektiğini belirtmek istedik.

Anahtar Kelimeler: kistik akciğer hastalıkları, romatoloji, sjögren sendromu

şekil 1



şekil 2



EP-100

ASETİLSALİSİLİK ASİT (ASPİRİN) KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN DİFFUZ ALVEOLAR HEMORAJİ OLGUSU

Yıldız Atlı, Mihrican Yeşildağ
S.B.Ü Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

AMAÇ: Aspirin kullanımı nedeni ile gelişen bir diffüz alveolar hemoraji (DAH) olgusu tanı ve tedavi yaklaşımı açısından sunulmaktadır.

OLGU: 49 yaşında erkek hasta 1 gün önce başlayan masif hemoptizi, öksürük şikayetleri olması üzerine kliniğimize yatırıldı. Günlük 1 su bardağı kadar hemoptizi yakınması mevcuttu. Öncesinde herhangi bir hastalık tariflemeyen hasta yaklaşık 1 yıldır aspirin kullandığını ifade etti. Dispneik ve takipneik (25/ dk) olması haricinde muayenesinde bir özellik yoktu. Arter kan gazında ph 7.45, pco2 36, po2 70, satürasyonu 94, hb 14 iken takiplerinde 10' a kadar düştüğü izlendi. Platelet ve kanama zamanı değerleri normal idi. Eko normal değerlendirildi. Kollagen ve vaskülitik hastalıklar için markırları negatifti. Toraks Tomografisinde orta lobda, solda daha belirgin alt loblarda, solda linguler segmentte ve üst lob apikoposteriorda yamasal karakterli yaygın buzlu cam dansiteleri izlendi. (Figür 1). Hastanın fiberoptik bronkoskopisinde tüm bronşial sitemde yaygın aktif kanama odakları izlendi. Bronkoalveolar lavaj (BAL) alındı. BAL patolojisi hemorajik özellikte idi. Hastada kanama yapacak tüm etiyoloji ekarte edildi, aspirin kullanımına bağlı olabileceği düşünüldü. Pneumotox Online (http://www.pneumotox.com) sitesinden aspirinin DAH, ARDS, eozinofili, pulmoner ödem, hemotorax, astım gibi birçok hastalığa sebep olabileceği öğrenildi. Hastaya klinik radyolojik ve patolojik olarak aspirin kullanımına bağlı DAH tanısı kondu. Hastaya pulse steroid tedavisi verildi. Hastanın klinik ve radyolojik olarak düzelmiş olduğu izlendi. (Figür 2).

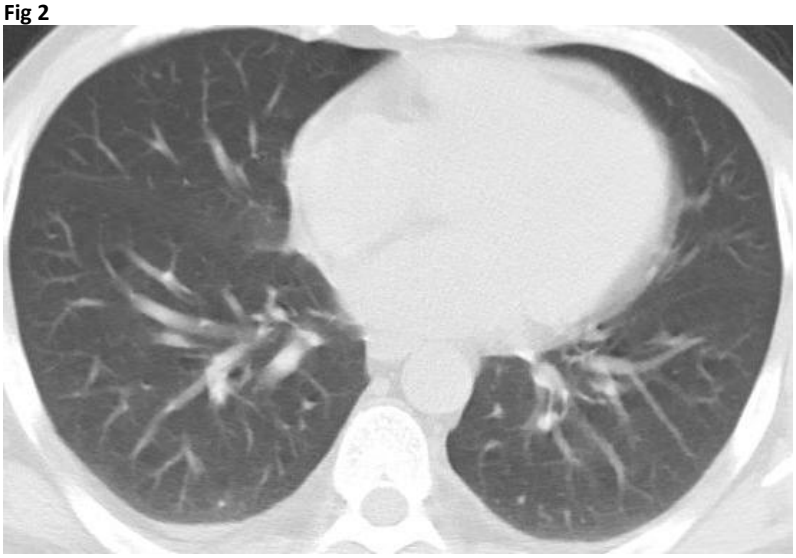
TARTIŞMA: DAH, alveolar kapiller membranın hasarlanması veya inflamasyonuna bağlı alveolar alana kanama ile meydana gelir. DAH, ilaçlar, kollagen hastalıklar, enfeksiyon, toksik ajanlar, vaskülit ve üremi gibi birçok nedene bağlı olarak gelişebilir. İlaca bağlı akciğer hastalığı düşünüldüğünde ayrıntılı bilgiye Pneumotox Online (http://www.pneumotox.com) sitesinden ulaşmak mümkündür. Akut alveolar hemoraji durumlarında erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır ve ilaca bağlı alveolar hemoraji tanısında anamnez etiyolojik ajanın belirlenmesinde çok önemlidir. Bizim olgumuzda alveolar hemoraji yapabilecek tüm nedenler ekarte edildi. Hastamızda aspirin kullanımına bağlı alveolar hemoraji tanısı koyuldu. Sonuç olarak, ani nefes darlığı, hemoptizi, yaygın buzlu cam alveolar opasiteleri olan hastalarda alveolar hemoraji düşünülmelidir ve tüm nedenler araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Alveolar hemoraji, Aspirin, Dispne, Hemoptizi

Fig 1

Toraks BT de bilateral buzlu cam dansiteleri

Fig 2



1 hafta sonraki kontrol Toraks BT de buzlu cam lezyonlarının düzelmiş olduğu izlendi.

EP-101

BİLATERAL APİKAL İNFİLTRASYONLARLA SEYREDEN PULMONER ALVEOLER PROTEİNOZİS

Gülay Yildiz, Sibel Boğa, Murat Kavas, Nagihan Durmuş Koçak
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

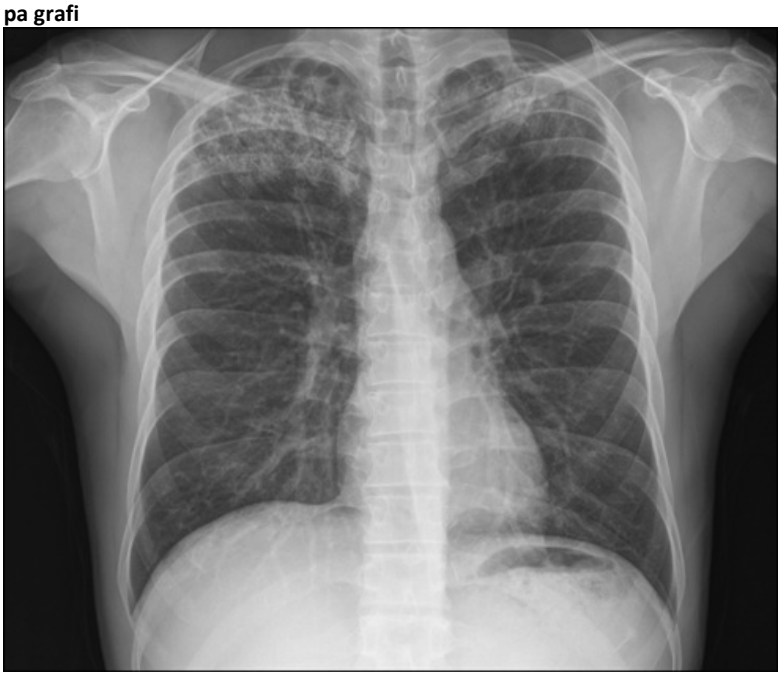
GİRİŞ:Pulmoner alveoler proteinozis(PAP) 20-50 yaş arasında ve erkeklerde daha sık görülen,etyolojisi tam olarak bilinmeyen,PAS pozitif lipoproteinaseöz materyalin(sürfaktan) alveol içerisinde birikmesiyle karakterize nadir görülen bir interstisyel akciğer hastalığıdır. PA akciğer grafisinde genellikle orta ve alt zonlarda bilateral simetrik alveoler infiltrasyonlar, kaldırım taşı manzarası görülebilir. Otoimmün(primer veya idiyopatik),sekonder veya konjenital olabilir. Tüberküloz dahil enfeksiyonların etyolojide rolü olabileceğinden radyolojik yerleşimi dolayısıyla başlangıçta tüberküloz düşünülen bir alveoler proteinozisli olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: 45 yaşında erkek hasta.Tersanede TİG kaynağı kullanıyor.30 yıldır 1 paket sigara içen hastanın Tip 2 Diyabet dışında ek hastalık öyküsü yoktu.1 aydır var olan öksürük,halsizlik,5 kilo kadar zayıflama yakınmaları mevcuttu. Fizik muayenesinde satürasyon oda havasında 96 olup dinlemekle bilateral apekslerde ince raller alındı.Diğer sistem muayeneleri doğaldı.P-A akciğer grafisinde bilateral apikal nonhomojen infiltrasyonlar saptandı.Laboratuvar bulgularında wbc:13.400/mm3,hb:13g/dl,plt:348.000/mm3,crp:85, idi.Biyokimyasal parametreleri AKŞ nin 136mg/dl olması dışında doğaldı.Balgamda ARB 3 kez (-) bulundu.Toraks BT de üst loblarda sağda belirgin olmak üzere buzlu cam infiltrasyonu ve bu alanlar arasında septal kalınlaşmalar hava hapis alanları görüldü.Radyolojik görünüm kaldırım taşı manzarası olarak değerlendirildi.Fiberoptik bronkoskopide patoloji saptanmadı.Sol üst lob apikoposterior segmentten alınan bronkoalveoler lavaj sıvısında galaktomannan ve ARB negatif olup BAL sıvısı opak değildi. CD4/CD8:1,41 lenfosit:%10 nötrofil:%30 eozinofil:%2 olarak bulundu.Sitolojide yoğun alveoler makrofajlar,zemininde amorf eozinofilik PAS pozitif seyrek granüler materyal kümeleri görüldü.Bu bulgularla hastada pulmoner alveoler proteinozis düşünüldü,Dispnesi ve hipoksemisi olmayan ve takiplerinde tersanedeki işine bir süre ara veren hastada tedavi için tüm akciğer lavajı endikasyonu olmadığı düşünüldü.Hastalığı TIG kaynağına bağlı sekonder PAP olarak değerlendirildi.

SONUÇ: PAP 0.2/milyon insidansta çok nadir bir hastalıktır.Çoğunlukla primer olup vakaların %90 ında granülosit makrofaj koloni stimülan faktör (GM-CSF) otoantikorlarına bağlı olarak makrofaj fonksiyonlarının bozulması ile karakterize otoimmün PAP söz konusudur.Sekonder PAP %8-10 civarında rastlanır ve etiyolojisinde enfeksiyonlar,hematolojik ve onkolojik malignansiler,toksik toz inhalasyonları,amiloidozis ve immünsüpresyon sorumludur. Hastamızın atipik yerleşimli radyolojisi,BAL'ının süt rengi olmaması,tüberkülozu andırması,kaynakçılığın hipersensitivite pnömonisine de yol açabilmesi tanıda karışıklık yaratmıştır.

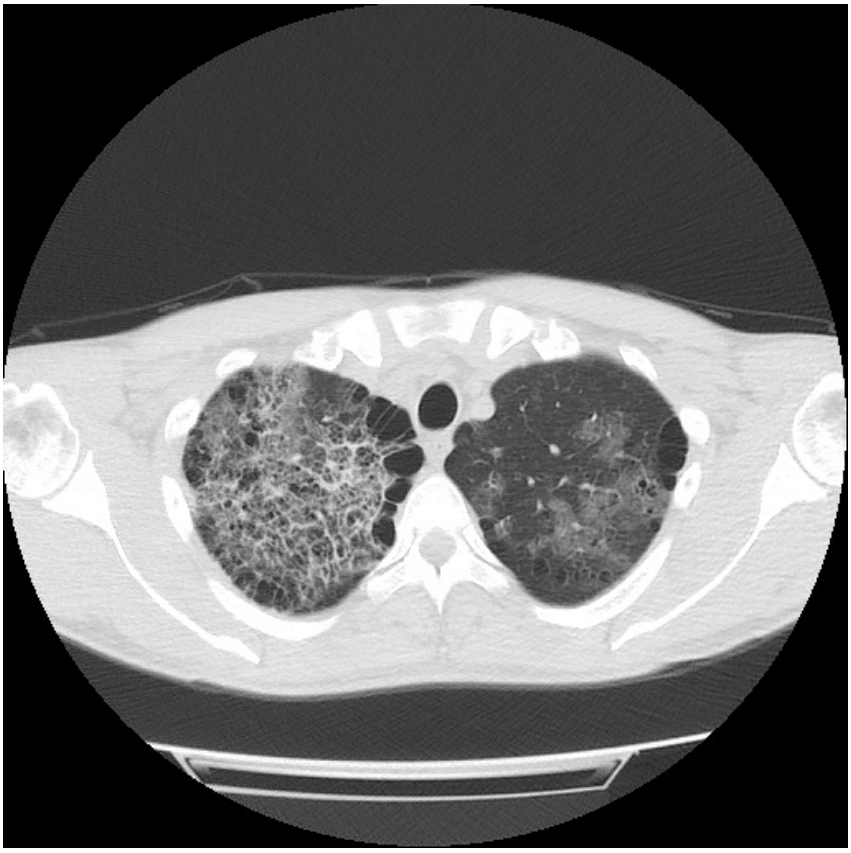
Anahtar Kelimeler: alveoler,proteinozis,pulmoner,tüberküloz

pa grafi



başvuru anındaki PA AC grafisi

toraks bt



başvuru anındaki toraks bt

EP-102

PROGRESE OLAN PULMONER LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİOSİTOZİS X OLGUSU

Mehmet Fatih Elverişli, Pınar Yıldız Gülhan, Merve Erçelik, Ali Nihat Annakkaya
Düzce Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce

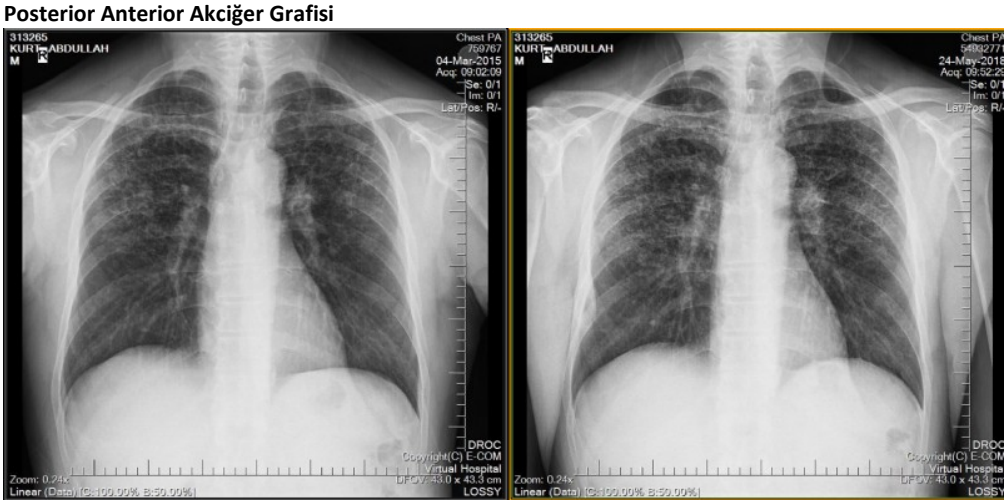
GİRİŞ: Pulmoner langerhans hücreli histiositozis (PLHH) X; langerhans hücreli histiositozisin alt grubu olup akciğerlerde langerhans hücre infiltrasyonunun görüldüğü, nedeni bilinmeyen, en sık 20–40 yaşları arasında görülen nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Olguların % 90'ından fazlasının sigara içicisi olması patogenezinde sigaranın önemli bir yer tuttuğunu düşündürmektedir. Olguların %25'inde hiçbir semptom yoktur, başka nedenlerle çekilen akciğer grafisinde patolojik bulguların incelenmesiyle tesadüfen ya da spontan pnömotoraks gibi gürültülü bir tablo geliştikten sonra tanı konur. Genç, sigara içen bir hastanın yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT)'sinde orta ve üst zonlarda yerleşmiş çok sayıda kist ve nodüllere eşlik eden interstisyel kalınlaşma görülmesi PLHH için tanı koydurucudur.Tedavisi standardize edilmemiş olmakla birlikte ilk basamak tedavisi patogenezinde önemli bir yer kaplayan sigaranın bıraktırılmasıdır. PHLLX nadir görülen bir hastalık olması nedeniyle olguyu burada sunuyoruz.

OLGU: 46 yaşında erkek hasta ara ara olan hemoptizi şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın 30 paket / yıl sigara öyküsü mevcuttu. Hemoptizi şikayetleri yaklaşık 3 yıl öncede polikliniğimize başvuran hastada çekilen posterior anterior akciğer (PA AC) grafisinde üst zonlarda bilateral kistik nodüler görünüm izlenmesi nedeniyle çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) her iki akciğer üst loblarda multiple kistik ve nodüler lezyonlar izlenirken alt lobların korunduğu gözlendi. Bulgular PLHHX ile uyumlu olduğu düşüldü. Hastaya sigarayı bırakması önerildi. 3 yıl sonra yine hemoptizi şikayetiyle polikliniğimize başvuran hastanın sigarayı bırakmadığı öğrenildi. Çekilen toraks BT ' de progresyon izlendi. 3 kez alınan asido rezistans basil (ARB) sonucu negatif geldi. Solunum fonksiyon testlerinde FEV1/FVC: %85 FEV1:%108 (4100 ml) FVC: %99 (4630 ml) olarak geldi. Difüzyon testinde DLCO: %68 idi. Hasta sigara polikliniğimize yönlendirildi.

SONUÇ: PHLLX etyolojisinde sigaranın önemli bir yeri olup sigarayı bırakmayan hastalarda progresyon izlenebilmektedir.

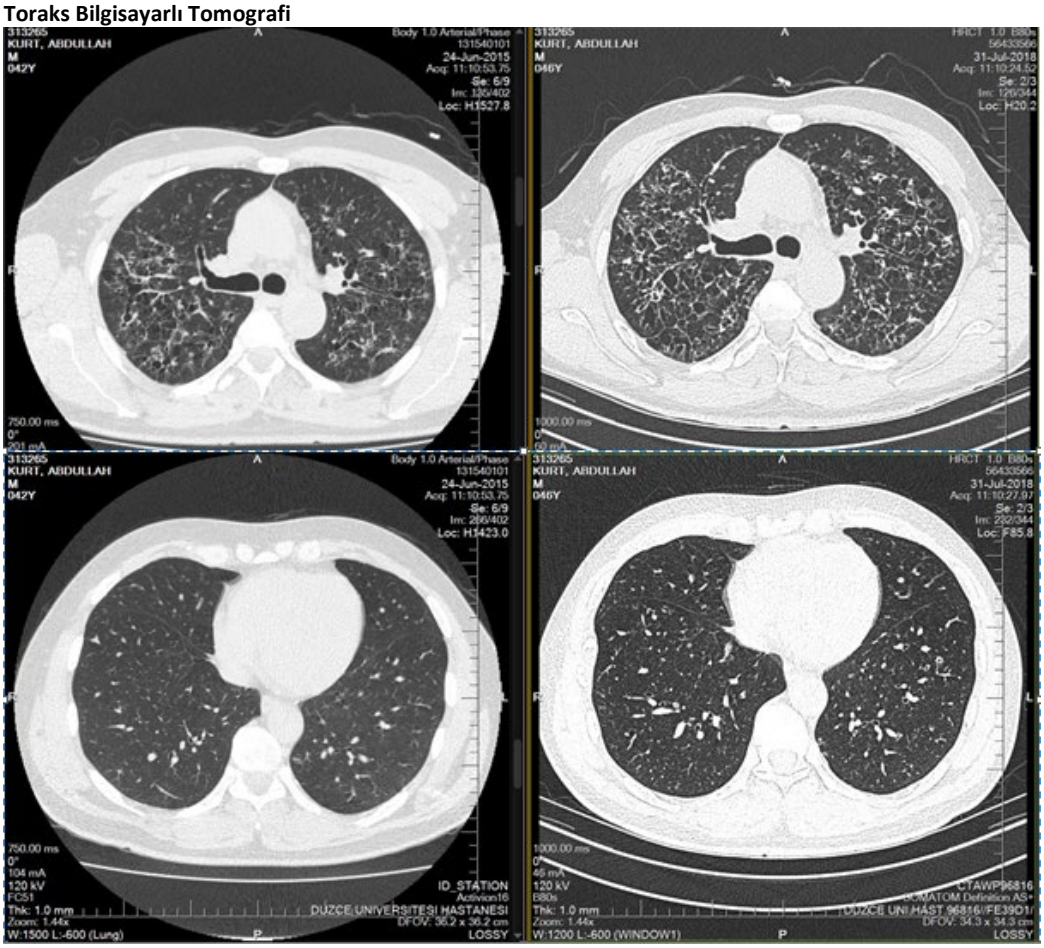
Anahtar Kelimeler: İnterstisiyel, Kist, Sigara

Posterior Anterior Akciğer Grafisi



Üst zonlar kistik lezyonlarda 3 yıldaki progresyon

Toraks Bilgisayarlı Tomografi



Üst zonlardaki kistik nodüler lezyonlar progrese olmuşken alt zonların korunduğu izlendi

EP-103

HODGKİN LENFOMA NEDENİ İLE BLEOMİSİN ALAN OLGUDA GELİŞEN AKCİĞER TOKSİSİTESİ

Gülben Altan Cankurtaran, Emine Argüder, Ayşegül Karalezli, Hatice Canan Hasanoğlu
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD ankara

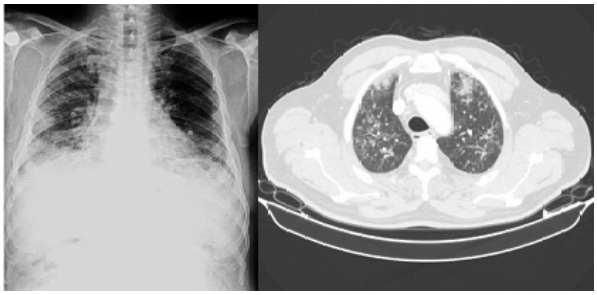
Kemoterapötiklere bağlı akciğer hastalıkları sık görülmesine rağmen klinik bulgular non-spesifik olduğundan tanı konması bazen güç olmaktadır. Hafif tablolarla karşımıza çıkabileceği gibi bazen mortal seyir de gösterebilmektedir. Ayırıcı tanıda akciğer enfeksiyonları, lenfanjitik yayılım, radyasyon hasarı, pulmoner tromboemboli yer alır. Bu nedenle tanı, diğer durumların dışlanması ile konmaktadır. Burada Hodgkin lenfoma nedeniyle bleomisin içeren kemoterapi sırasında akciğerde toksisite gelişen bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU:Altmışiki yaşında erkek hasta, 1 aydır olan halsizlik, efor dispnesi, öksürük ve balgam şikayetiyle başvurdu. Hastaya 7 ay önce Hodgkin lenfoma tanısı konmuş ve tedavi olarak ABVD (adriamisin, bleomisin, vinblastin, dakarbazin) kemoterapi protokolü başlanmıştı. Dört kür sonrası ara değerlendirmede parsiyel yanıt elde edilmiş. Hastanın 5. kür kemoterapisinden sonra nefes darlığı yakınması gelişmesi üzerine tarafımıza konsülte edildi. Yapılan radyolojik değerlendirmelerde interstisyel akciğer hastalığı görünümü olması üzerine araştırılmak üzere Göğüs Hastalıkları servisine yatırıldı. Hastanın genel durumu iyi, vital bulguları normal, oda havasında oksijen satürasyonu %92 idi. Solunum sisteminde bazallerde ince ralleri mevcuttu. Diğer muayene bulguları doğaldı. Gelişindeki beyaz küre 3.750 K/uL, hemoglobin 11,4 gr/dl, platelet 255 bin, C-reaktif protein 50 mg/L, prokalsitonin 0,085 ng/ml, sedimentasyon 64 mm/h idi. Solunum fonksiyon testinde orta derecede restriksiyon, toraks BT'sinde buzlu cam görünümleri, interlobüler septal kalınlaşmalarda artış mevcuttu. Öyküsünde bleomisin kullanımı olması nedeniyle öncelikle ilaca bağlı akciğer hastalığı düşünüldü. Ancak diğer nedenlerin ekarte edilmesi için hastaya bronkoskopi yapılarak bronkoalveoler lavaj (BAL) alındı. BAL sonuçlarının non-diagnostik olması üzerine bleomisin toksisitesi düşünülerek prednisolon 60 mg/gün başlandı. Oksijen tedavisinden uzak duruldu. Klinik ve laboratuar düzelme sağlanan hastanın kortikosteroid tedavisi tedricen azaltılarak poliklinik takibi planlandı. 2. ay kontrolde anlamlı klinik ve laboratuvar düzelme izlendi.

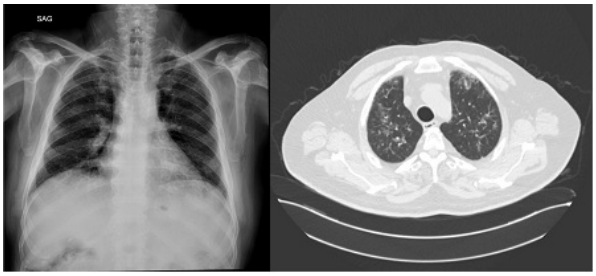
TARTIŞMA:Kemoterapötik ilaçların kullanımı sırasında ortaya çıkan en önemli sorun organ toksisitesidir. Bleomisin özefagus, serviks, baş boyun skuamöz hücreli karsinomu, germ hücreli tümör, hodgkin ve non-hodgkin lenfoma gibi geniş bir alanda kullanımı olan kemoterapötik bir ajandır. Bleomisinin en önemli toksisitesi interstisyel fibrozistir. Bleomisin kullananlarda görülme sıklığı %10'lara kadar varmaktadır. Farkedilmediği takdirde fibrozis ilerlemekte ve yaşamı tehdit etmektedir. Tedavide oksijen desteği verilmesi toksik radikalleri ortaya çıkaracağından gerekli olmadıkça verilmemelidir. Başlangıç döneminde ilacın kesilmesi bulguların gerilemesini sağlayabileceği için yakın takip önemlidir.

Anahtar Kelimeler: bleomisin, akciğer toksisitesi, lenfoma

Resim 1



Resim 2



EP-104

USUAL İNTERSTİSYEL PNÖMONİ PATERNİ GÖSTEREN KRONİK HİPERSENSİVİTE PNÖMONİSİ: 2 OLGU

Fatma Benli Tanrıkulu[1], Funda Demirağ[1], Dicle Kaymaz[2], Selim Şakir Erkmen Gülhan[3]
[1]Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara
[2]Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[3]Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

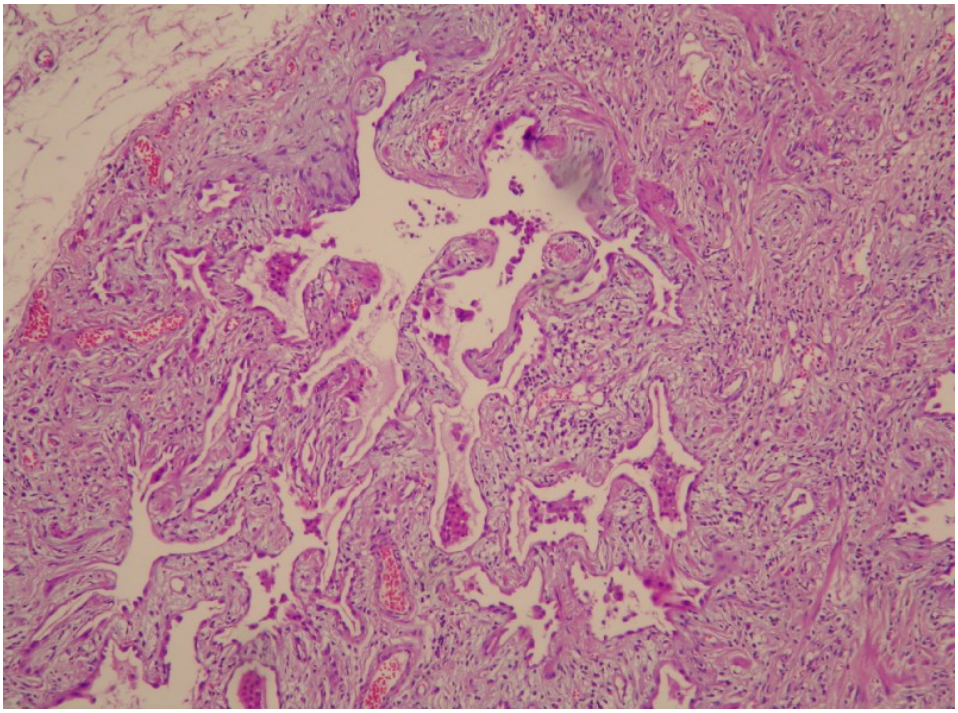
GİRİŞ:Hipersensitivite pnömonisi (HP), antijenik ajanların tekrarlayan inhalasyonları sonucunda gelişen inflamatuar bir hastalıktır. Akut, subakut ve kronik formları vardır. 2002 American Thoracic Society/European Respiratory Society (ATS/ERS) interstisyel akciğer hastalığı sınıflamasında histopatolojik olarak kronik HP, organize pnomoni,sellüler nonspesifik interstisyel pnomoni(NSIP), fibrotik NSIP ve usual interstisyel pnomoni(UIP) paterni içerebilir.

OLGU 1: 57 yaşında kadın hasta,nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile Göğüs Hastalıkları polikliniğine gelen hastanın son 1 yıla kadar saman tozu maruziyeti ve keçe yakma öyküsü olup sigara hiç kullanmamış. HRCT'de her iki akciğerde subkarinal düzeyde ve parankim alanlarında belirginleşen düzensiz retiküler ve retikülonodüler interstisyel dansite artışları, peribronşial kalınlaşmalar, bal peteği görünümlerine eşlik eden buzlu cam ve milimetrik nodüler dansite artışları ile subplevral fokal konsolide alanlar izlendi. İnterstisyel akciğer hastalığı düşünülen hastaya açık akciğer biyopsisi yapıldı. Gönderilen dokudan hazırlanan kesitlerde normal histolojik görünümünü yamasal tarzda kaybeden akciğer parankiminde, yaygın bal peteği görünümü dikkati çekti. Visseral plevral yüzden başlayıp septumlara uzanan fibröz bağ doku artımı,fibroblastik odaklar ve yabancı cisim tipi multinükleer dev hücre dikkati çekti.

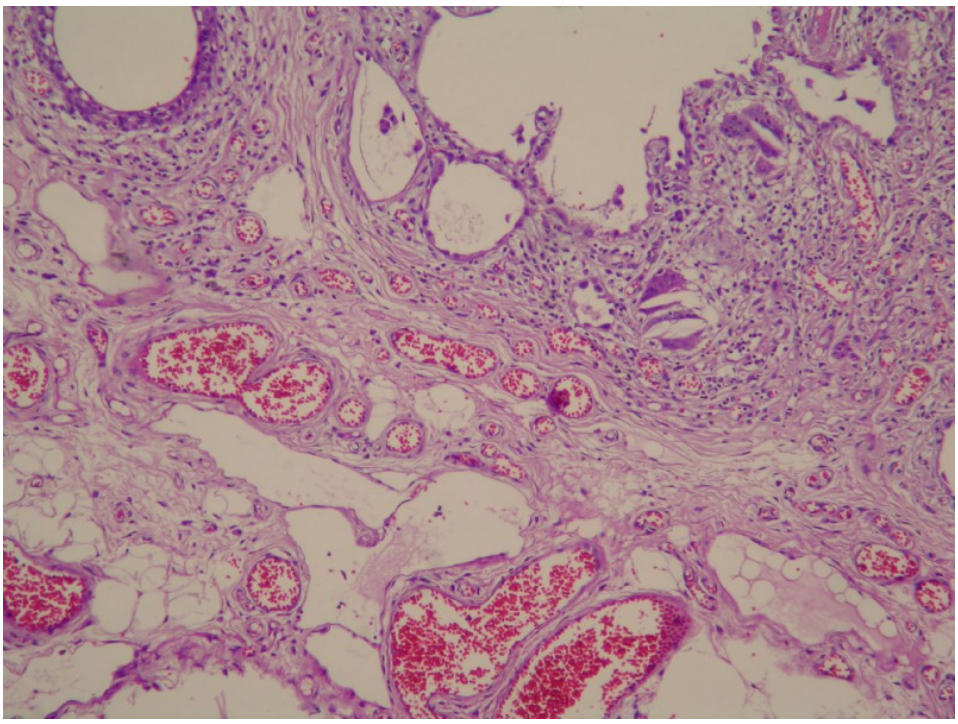
OLGU 2: 48 yaşındaki erkek hasta öksürük şikayeti ile başvurduğu dış merkezde interstisyel akciğer hastalığı düşünülerek hastanemiz göğüs cerrahisi kliniğine açık akciğer biyopsisi için yönlendirilmiş. Sağ, üst, orta ve alt loblardan gönderilen materyalde histopatolojik olarak parankimin yama tarzında normal histolojik görünümünü kaybettiği gözlendi. Visseral plevral yüzden başlayan yer yer septumlara uzanan fibröz bağ dokusu artımı ve bu artım içinde yer yer lenfoid follikül oluşturan lenfositik infiltrasyon görüldü. Yer yer fibrozisin bronşiyolleri birleştiği ve bazı alanlarda visseral plevral alanın korunduğu dikkati çekti. Fibrozis ile normal parankim komşuluğunda interstisyel kalınlaşma gösteren bağ dokusunun miksoid karakterde olduğu izlendi. Bal peteği sadece üst lobda görüldü.
Her iki olgu da morfolojik görünüm UIP paterni görüntüsünde olup multinükleer dev hücre bulunması, üst, orta ve alt lobun da aynı şiddette etkilenmiş olması ve hastanın klinik öyküsü göz önüne alındığında klinik ve radyolojik veriler ile de uyumlu ise histopatolojik bulgular "UIP paterni gösteren kronik hipersensivite pnömonisi" lehine değelendirilebileceği belirtildi.

TARTIŞMA:Klasik HP'nin temel histopatolojik özellikleri, peribronşiyal dev hücreler, iyi gelişmemiş granulomlar ve interstisyel pnomonidir. Kronik inflamatuar yaralanma devam ettikçe idiopatik pulmoner fibrozisin UIP veya NSIP paternine ilerlemektedir. Yapılan çalışmalarda en sık UIP paterni gözlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: UIP paterni gösteren KHP, Hipersensivite pnömonisi, interstisyel akciğer hastalığı



Fibroblastik odak formasyonu



Dev hücre oluşumu

EP-105

LANE-HAMİLTON SENDROMU: BİR OLGU NEDENİYLE

Görkem Baydoğan Türkan[1], Özge Aydın Güçlü[2], Ezgi Demirdöğen[1], N. Funda Coşkun[1], Mehmet Karadağ[1]
[1]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa
[2]Boyabat 75. Yıl Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Sinop

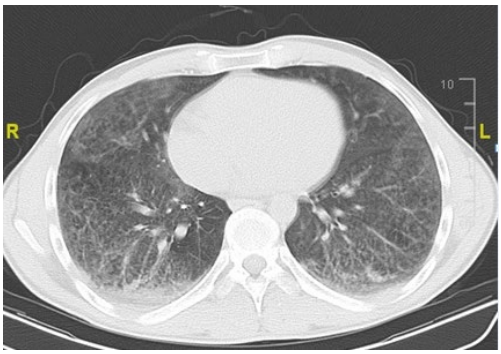
GİRİŞ:İdiopatik pulmoner hemosiderozis, etyolojisi bilinmeyen, demir eksikliği anemisi, tekrarlayan hemoptizi ve akciğer radyolojisinde diffüz parankimal infiltrasyonlar ile karakterize, nadir görülen bir bozukluktur.

OLGU: 25 yaşında erkek hasta, 2010 yılında hemoptizi ve efor dispnesi ile göğüs hastalıkları tarafından değerlendirilen hastanın fizik muayenesinde özellik saptanmamış olup iki yönlü akciğer grafisinde her iki akciğer bazalinde retiküler dansite artışları mevcuttur. Özgeçmişinde 2008 yılında anemi nedeniyle çocuk hematoloji tarafından değerlendirilmiş, altta yatan herhangi bir sebep bulunamamıştır. Toraks BT görüntülemesinde her iki akciğerde yaygın, periferin hafifçe korunduğu, santralde, orta ve alt zonlarda konsolidasyon ve buzlu cam alanları görülmüştür(Resim 1). Fonksiyonel değerlendirmede DLCO %84, DLCO/VA %119 saptanmıştır. Hastaya yapılan bronkoskopik incelemede sağ alt lobtan alınan TBNA örneğinin patolojk incelemesi 'akciğer parankiminde bol miktarda intraalveolar hemosiderin yüklü makrofajlar, pulmoner hemosiderozis ile uyumludur.' olarak değerlendirilmiştir. Hastanın laboratuar tetkiklerinde doku transglutaminaz IgG, transglutaminaz IgA pozitif saptanması üzerine yapılan gastroduodenoskopide alınan duodenal biyopsi örneği, intraepitelyal lenfosit artışı, villuslarda küntleşme, çölyak hastalığı ile uyumlu saptanmıştır. Kardiyoloji tarafınca değerlendirilen hastanın yapılan ekokardiyografik incelemesinde; sol ventrikül global hipokinetik izlenmiştir. EF%45, TY metoduna göre sistolik pulmoner arter basıncı 21mmHg saptanmıştır.

SONUÇ: İdiopatik pulmoner hemosiderozis (İPH), genellikle çocuklarda görülen, hayatı tehdit edebilecek diffüz alveolar hemoraji ile seyredebilen nadir görülen parankimal bir hastalıktır. BAL'da veya akciğer biyopsisinde hemosiderin yüklü makrofaj varlığı ile tabı koyulabilmektedir. Sistemik kortikosteroidler akut dönemde kontrol sağlayabilir. Tavsiye edilen doz ≤1 mg /kg/gün prednisolon iki ay süre ile verilmesi ve klinik ve radyolojik takibe göre tedricen azaltılmasıdır. Lane-Hamilton sendromu; İPH ve çölyak hastalığının birlikte görüldüğü tablodur. İPH tanılı vakalarda gastrointestinal semptomlar sorgulanmalıdır. Diyetten glutenin uzaklaştırılması solunumsal semptomlarda iyileşmeye katkı sağlamaktadır. Ancak akciğerde biriken serbest demirin interstisyel fibrozise yol açabileceği unutulmamalı, glutensiz diyete yeterli yanıt alınamayan olgularda steroid tedavisi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: anemi, Çölyak hastalığı, hemosiderozis, Lane Hamilton sendromu

Resim 1



EP-106

GENETİK MUTASYON SAPTANMAYAN GENÇ HASTADA TEKRARLAYAN MASİF PTE VE TAKİPLERİNDE GELİŞEN HİT OLGUSU

Ali Mücahit Ünal[1], Serdanur Çevrimli[1], Hatice Kiliç[2], Ayşegül Karalezli[1], H. Canan Hasanoğlu[1]
[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Ankara
[2]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Ankara

GİRİŞ:Pulmoner tromboembolizm (PE) ve DVT çoğunlukla birbirlerine eşlik ederler. Bu nedenle venöz tromboembolizm (VTE) terimi, iki hastalığı birlikte ifade etmek için kullanılır (1). Bu olgu, tekrarlayan masif PE nedeni ile izlenen; takiplerinde Heparin Induced Trombositopeni (HIT) gelişmesi ve tedavi güçlüğü olması nedeni ile sunulmuştur.

OLGU:25 yaşında erkek hasta, iki yıl önce PTE sebebiyle warfarin tedavisi alan hastanın, kontrol toraks BT'de PE gerilemesi ve genetik testlerinde mutasyon saptanmaması üzerine ilacı kesilmiş. Hasta 16 saatlik otobüs yolculuğu yaptıktan 2 gün sonra başlayan, baş dönmesi sonrası başını duvara vurmuş ve ardından bilinci kapalı bir şekilde dış merkez acil servisine götürülmüş. Hastanın yapılan beyin BT' sinde hafif kontüzyon, kontrastsız toraks BT'de bilateral infarkt ile uyumlu görünüm ve yapılan Ekokardiyografide sağ boşluklar dilate izlenmesi üzerine hasta PTE ön tanısıyla hastanemiz acil servisine yönlendirilmiş. Anamnezi ile değerlendirilen ve kardiyojenik şok tablosunda olan hastaya, ön planda masif PTE düşünülerek, hastaya 100 mg rt-PA verildi. Servis takiplerinde enoksaparin alan hastanın antikoagulan tedavinin 9. gününde gelişen platelet düşüklüğü olması üzerine HİT düşünülerek tedavisi fondaparinuks ile değiştirildi. Ancak ilacın temin edilememesi sebebiyle dabigatran tedavisine geçildi. Hastanın plateletleri yükseldi. İzlemde, dabigatran antikoagulasyonu altında; hastanın femoral ven düzeyinde olan trombüsün infrahepatik düzeye kadar progresyon gösterdiği saptandı. Multidisipliner olarak değerlendirilen hastada dabigatran kesildi, vena cava inferior filtresi yerleştirildikten sonra bilateral popliteal venlere kateter yerleştirilerek lokal trombolitik verildi ve ardından rivaroksaban ile antikoagulasyonu sağlandı. HIT tablosu varken, rt-PA'yı takiben rivaroksoban tedavisi ile idame edildi. Takiplerinde platelet sayısı yükselen hastanın, takiplerinde hemoglobin düşüşü izlenmedi. Vena cava içinde trombüs izlenmemesi üzerine filtre çıkarıldı.

TARTIŞMA: Trombolitik tedavi için ana indikasyon; kardiyojenik şok ve/veya başka bir nedene bağlı olmaksızın persistan hipotansiyonun geliştiği masif pulmoner embolizmdir (2-4). Trombolitik tedavinin göreceli kontrendikasyonlarının varlığında, risk-yarar dengesi göz önüne alınarak karar verilmelidir. Olgumuz kardiyojenik şok tablosu ile acil servise başvurmuş, Toraks BT çekilememesine, beyin BT'de kontuzyon olmasına rağmen hayati tehdit içermesi nedeni ile rt-PA tam doz verilmiştir. Hastanın izlemde yine iliak venlere kadar progresyon gösteren DVT olması nedeni ile katater eşliğinde rt-PA uygulanmıştır. HIT tedavisi rivaroksoban tedavi ile düzelmiştir. Olgumuz tedavisi açısından, fayda-zarar ilişkisi nedeni ile değerlendirilerek karar verilmiş zor olgu olması nedeni ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: PE, Heparin Induced Trombositopeni, Trombolitik, DVT

EP-107

KUŞ BESLEYEN OLGUDA SUBAKUT HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİ

Osama Abuzaina, Emine Argüder, Ayşegül Karalezli
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

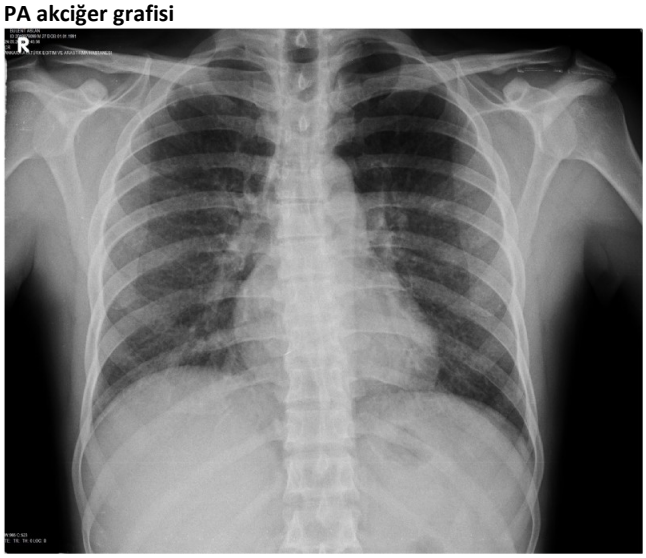
GİRİŞ:Hipersensitivite pnömonisi (HP), hayvansal ya da bitkisel kaynaklı organik tozların ve bazı kimyasal ajanların yaygın ve tekrarlayan inhalasyonları sonucu oluşan, immünolojik aracılıklı gelişen, interstisyumu etkileyen kronik inflamatuar bir hastalıktır. Kuş besleyenlerin hastalığı en sık görülen bir alt grubu oluşturmaktadır. Hipersensitivite pnömonileri klasik olarak maruziyetin uzunluğu, yoğunluğu ve oluşan hastalığın süresine bağlı olarak akut, subakut ve kronik forma ayrılmıştır. Biz de burada kuş beslemeye bağlı olarak gelişen subakut HP'li bir olguyu sunmayı planladık.

OLGU:Yirmiyedi yaşında erkek hasta hurdacı olarak çalışmaktaydı. Hastanın 1 aydır olan antibiyotik tedavisi ile düzelmeyen öksürük, balgam ve nefes darlığı şikayetleri olması nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde başka hastalık, ilaç kullanımı, sigara, alkol veya madde bağımlılığı yoktu. Ancak öyküsünde 1 yıl önce güvercin beslediği, ayrıca o dönemlerde güvercin pazarından döndükten sonra ateşle birlikte öksürük, nefes darlığı yakınmaları olduğu öğrenildi. Son 2 aydır tekrar 20 tane güvercin beslediği öğrenildi. Fizik muayenesinde, vital bulguları ve tüm sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar bulgularında lökositoz (11.62 k/uL) mevcuttu. CRP:7.5 mg/L, total IgE düzeyi:51 IU/mL, serum ACE düzeyi:41 U/L, kollajen doku markerleri negatif olarak sonuçlandı. Solunum fonksiyon testlerinde FVC: %62, FEV1: %63, FEV1/FVC: %87, DLCO: %42, DLCO/VA: %66 idi. PA akciğer grafisinde bilateral nodüler infiltrasyon izlendi (Resim 1). Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral, diffüz, kötü sınırlı küçük nodüller izlendi (Resim 2). Bronkoskopik incelemede, endobronşiyal lezyon izlenmedi. Bronkoalveoler lavaj (BAL) alındı. BAL'da; lenfosit %74, granülosit %18, monosit %2, CD4/CD8: 0.32 bulundu. Güvercin presipitan antikorları pozitif saptandı. Subakut hipersensitivite pnömonisi tanısı konulan hastaya 0.5mg/kg/gün prednisolone tedavisi başlandı. Güvercin beslemenin sonlandırılması ve evin temizlenmesi konusunda gerekli bilgilendirme yapıldı.

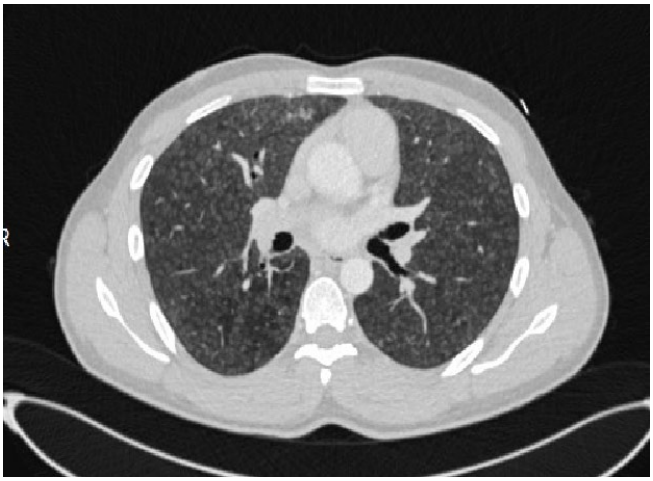
TARTIŞMA: Kuş besleyenlerde görülen hipersensitivite reaksiyonu HP'lerinin bir alt grubudur. Kuşa ait organik partiküllerin tekrarlayan solunumu sonucu akciğerde parankim harabiyeti oluşur. Kuşa ait yoğun antijenle karşılaşanlar arasında HP prevalansının %5-15 arasında olduğu bildirilmiştir. HP maruz kalınan organik partiküllerin özelliğine, yoğunluğuna ve antijen temasının sıklığına göre akut, subakut ve kronik olmak üzere 3 faklı klinik formda karşımıza çıkmaktadır. Biz bu olgumuzu, radyolojik olarak miliyer paternde mikronodülerin görüldüğü hastalarda hipersensitivite pnömonisinin de akla getirilmesi ve olası antijenik kaynakların sorgulanması gerektiğini vurgulamak için sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Hipersensitivite pnömonisi (HP), kuş besleyen, subakut

PA akciğer grafisi



Toraks BT



EP-108

İLERİ YAŞTA SAPTANAN BİR İDİYOPATİK PULMONER ARTERYAL HİPERTANSİYON OLGUSU

Nesrin Öcal, Hatice Çetindoğan, Bahadır Can Karan, Yakup Arslan, Ergün Uçar
Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Ankara

Pulmoner Hipertansiyon (PH) pulmoner arter basıncında (PAB) artış ile karakterize bir grup hastalığı tanımlamaktadır. Kesin tanısı sağ kalp kateterizasyonu ile ortalama PAB'nin 25 mmHg ve Pulmoner vaskuler rezistansın (PVR) 3.0 Woods ünite üzerinde olması ile konulur. PH 5 ana grupta sınıflandırılır. Grup I dışındakiler çoğunlukla etyolojinin ortaya konulabildiği, tedavinin altta yatan hastalığa yönelik uygulandığı olgulardır. Grup I (Pulmoner Arteryal Hipertansiyon (PAH)) içerisinde yer alan İdiyopatik PAH (İPAH)'nin sıklığı 5-15/milyondur. İPAH daha çok genç-orta yaştaki kadınlarda izlenen, nedeni saptanamayan PAH alt grubudur. Bir çalışmada hastaların sadece %15'nin 65 yaş üstü PAH olgusu olduğu bildirilmiştir. Biz uzun süredir astım tedavisi alan, İPAH tanısı gecikmiş, ileri yaş bir kadın hastayı paylaşıyoruz.68 yaşında kadın hasta 2-3 yıldır giderek artan nefes darlığı nedeniyle başvurdu. Astım öntanısıyla çeşitli bronkodilatör tedaviler kullanmış ancak giderek kötüleşmiş. SpO2 %35-40 civarında seyrediyor, konuşmakta bile zorlanacak kadar dispneik görünüyordu. Solunum sesleri normaldi. Desaturasyonunu açıklar bronkospazmı olmamasının astım tanısını desteklemediği düşünüldü. Olası bir pulmoner tromboembolizm (PTE) açısından BT anjiografi çekildi, PTE saptanmadı. Ekokardiyografide sol ventrikül fonksiyonları normal, sağ ventrikül dilate, septum sistolde sol ventriküle bası yapmakta olup D şekilli septum, 2. derece TY ve sPAP: 80 mmHg olarak değerlendirildi. sPAB yüksekliğini açıklar sol kalp yetmezliği, kronik akciğer hastalığı, KTEPH bulgusu, kronik komorbid hastalık bulgusu saptanmayan hasta Grup I PAH öntanısıyla tetkik edildi. Romatolojik hastalıklar, enfeksiyonlar, ilaç-toksik madde kullanımı, konjenital kalp hastalıkları dışlandı. Hastaya sağ kalp katarizasyonu yapıldı. Ortalama PAB: 51 mmHg, PVR: 5.33 Wood ölçüldü. İnhale ilioprost sonrası vazoreaktivite testi negatif olarak değerlendirildi. Olası PAH nedenlerinin dışlanması ile hastaya İPAH tanısı konuldu. WHO Fonksiyonel sınıf III-IV arasında değerlendirilen hastaya spesifik PAH tedavisi başlandı. Bosentan ve tadalafil kombinasyonu ile tedavi edilen hastanın 3. ay kontrolünde fonksiyonel sınıf II'ye gerilemiş, oda havasında SpO2 %85-88 seviyelerinde değerlendirildi. 6. ay kontrolünde yapılan Ekokardiografide sPAPB normal seviyede ölçüldü. Hastanın tedavisine devam ediliyor.

İPAH toplumda seyrek görülen bir hastalık olup 65 yaş üzerinde ise çok nadirdir. Son yıllarda giderek artan ve güncellenen tedavi yaklaşımları ile PAH'ın mortalite ve morbiditesinde anlamlı düşüşler kaydedilmektedir. Paylaştığımız olgunun, beklenmedik bir yaş grubunda bir hasta olması, uzun süredir astım tanısı ile takip edilmekte olan bir olgu olması bakımından klinisyenlere faydalı olacağı inancındayız.

Anahtar Kelimeler: idiyopatik pulmoner hipertansiyon, ileri yaş, dispne, sağ kalp kateterizasyonu

EP-109

PULMONER TROMBOEMBOLİ İLE PREZENTE OLAN BEHÇET HASTALIĞI

Seray Bıldır Abuzaina, Sevil Pempeci, Emine Argüder, Ayşegül Karalezli, H.canan Hasanoğlu
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

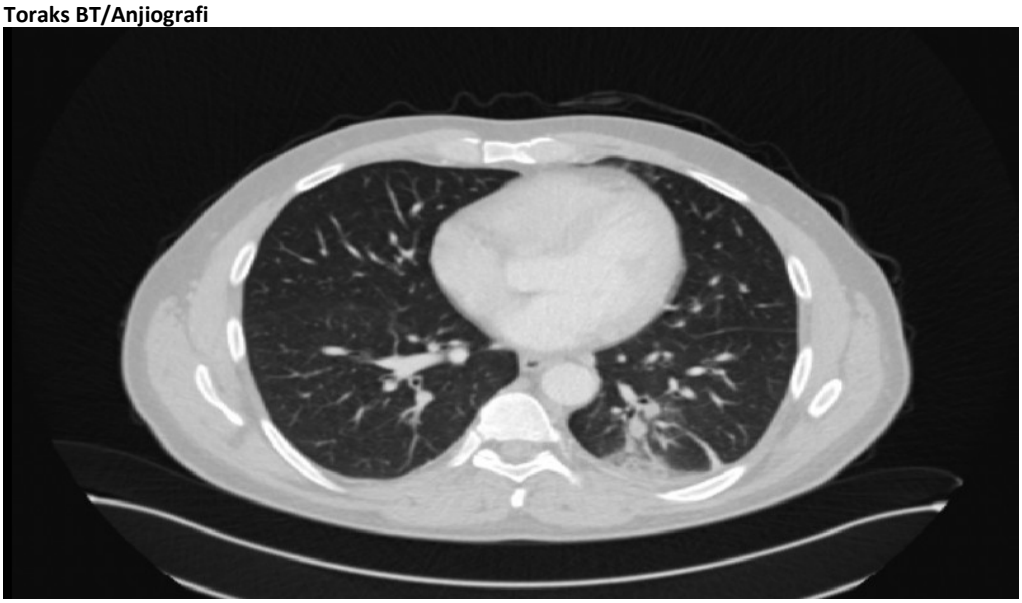
GİRİŞ:Behçet hastalığı, üveit, artrit, tekrarlayan oral ve genital aftöz ülserler, arteriyel anevrizmalar, cilt lezyonları, venöz trombozlar, gastrointestinal lezyonlarla ortaya çıkabilen sistemik bir hastalıktır. Pulmoner arter anevrizmaları, arteriyel ve venöz trombozlara neden olabilir. Pulmoner tromboemboli (PTE) kliniği ile başvuran, ileri tetkiklerinde Behçet hastalığı saptanan olgumuz sunulmuştur.

OLGU:Kırkaltı yaşında erkek hasta, aniden başlayan şiddetli sırt ağrısı ve 10-15 cc kadar balgamla karışık kanama şikayeti ile acil servise başvurdu. Hasta takipneik (30/dk), kan basıncı 110/65 mmHg, nabzı 105/dk idi. Solunum ve kardiyovasküler sistem muayenesi normaldi. Elektrokardiyografide sinus taşikardisi vardı. Akciğer grafisinde her iki diyafram yükselmiş, sol ventriküle süperpoze nonhomojen opasite artışı mevcuttu. Oda havası alınan arter kan gazında $PaCO_2$:30 mmHg, oksijen satürasyonu %96 idi. D-dimer 11.9 µg/mL idi. PTE ön tanısı ile çekilen toraks BT anjiografide sol alt lober ve segmenter pulmoner arterlerinde trombüsle uyumlu dolum defekti ve periferinde infarkt alanı izlendi (Resim 1 ve 2). Antikoagülan tedavi olarak düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı. Ekokardiyografide sağ kalp boşlukları normal, sistolik pulmoner arter basıncı 29 mmHg olarak hesaplandı. Troponin-T ve pro-BNP normaldi. Alt ve üst ekstremite venöz doppler ultrasonografide her iki antekübital vende trombüs izlendi. Etyolojiye yönelik araştırmada, PTE gelişimi açısından anamnezinde ve gönderilen trombofili panelinde risk faktörüne rastlanmadı. Alt ekstremite ekstansör yüzlerinde eritema nodosum benzeri lezyonları nedeniyle Behçet hastalığı ön tanısı ile değerlendirildi. Hastanın öyküsünde ve muayenesinde oral-genital alt ya da üveit saptanmadı. Bakılan HLA-B51/52 pozitif saptandı. Dermatoloji tarafından tekrar değerlendirilen hasta Behçet Hastalığı tanısı ile takibe alındı.

TARTIŞMA:Behçet hastalığı pulmoner, nörolojik, gastrointestinal ve genitoüriner sistem, cilt ve damar tutulumları ile ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın başlangıcı sıklıkla 20-40 yaşlar arasındadır ve erkeklerde daha şiddetli seyreder. Ana tedavi seçeneği immunsupresan tedavidir. Pulmoner arter anevrizmaları, arteriyel ve venöz trombozlar, pulmoner infarkt, tekrarlayan pnömoni ve plöreziler görülebilmektedir. Pulmoner tutulum daha nadir görülmekle birlikte önemli bir mortalite nedenidir. Mortalitenin en sık nedeni pulmoner arter anevrizmasına bağlı gelişen masif hemoptizidir. Behçet hastalığında PTE endotel hasarı ile ilişkilidir. Pulmoner arter anevrizması varlığında uygun olgularda immunsupresan tedaviye antikoagülan eklenmelidir. Sonuç olarak, Behçet hastalığı pulmoner damar tutulumu ile de ortaya çıkabilmektedir. PTE tanısı ile izlenen, anamnezinde PTE açısından risk faktörü saptanmayan genç hastalarda Behçet hastalığı akla getirilmelidir.

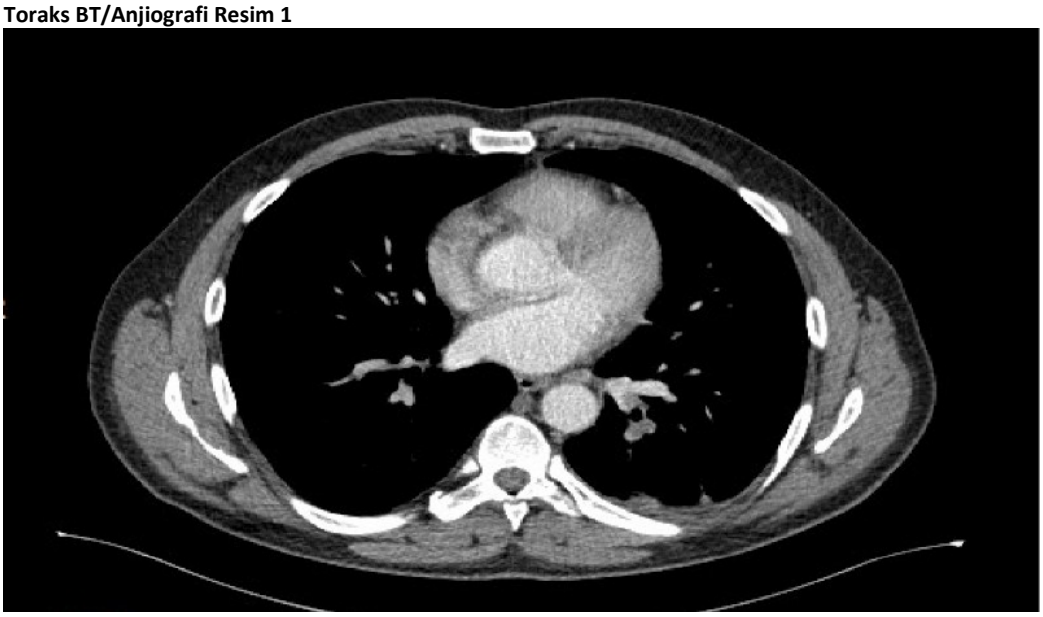
Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, Eritema nodosum, Pulmoner Tromboemboli

Toraks BT/Anjiografi



Plevra tabanlı geniş enfarkt alanı

Toraks BT/Anjiografi Resim 1



Sol alt lober posterior ve lateral segmenter pulmoner arterlerinde trombüs ile uyumlu dolum defekti

EP-110

NON-İNVAZİV YÖNTEMLERLE TANI KONULAN GENÇ BİR PULMONER ALVEOLER MİKROLİTİAZİS (PAM) OLGUSU

Derya Kınık, Nesrin Öcal, Ahmet Çağın, Cantürk Taşçı
GÜLHANE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ GÖĞÜS HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI, ANKARA

Pulmoner alveolar mikrolitiazis (PAM) akciğerlerde alveoler kalsiyum-fosfat mikrolitlerinin birikimine bağlı radyolojik olarak yaygın kalsifiye mikronodüllerle karakterize, nadir görülen, progresif bir hastalıktır. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber sıklıkla aile öyküsü mevcuttur. Hastaların çoğunun asemptomatik olmasına karşın radyolojik bulguları patognomoniktir. Radyolojik olarak akciğerde kum tanesi gibi yayılım gösteren dağınık radyoopak mikronodüller tipiktir. PAM hakkındaki bilgiler vaka raporlarıyla sınırlı olup şu ana kadara yapılan en geniş derleme 2015 yılında yayınlanmış olup tüm dünyada toplam 1022 vakanın raporuna ulaşılmıştır. Bu olguların çoğu Türkiye, Japonya ve İtalya'dan bildirilmiştir. Nadir görülen bu hastalığın bulgularına ve tanı yöntemlerine örnek olarak klinisyenlere hatırlatıcı olması bakımından PAM olgumuzu paylaşıyoruz.21 yaşında erkek hasta, 6 yıldır mevcut olan ve son 15 gündür artan nefes darlığı şikâyetiyle başvurdu. Dış merkezde astım tanısıyla çeşitli zamanlarda bronkodilatör inhaler tedaviler başlanmış ancak tedavilerden belirgin fayda görmediğini ifade etmekteydi. Mesleki maruziyet öyküsü bulunmayıp 12 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Soy geçmişi irdelendiğinde hastanın dedesi ve dayısının PAM nedeniyle vefat ettiği, kız kardeşi, dayısı, amcası, 5 kuzenine de PAM tanısı konulduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde solunum sesleri kabalaşmış olup ek patolojik bulguya rastlanmadı. Sipirometri, helyum dilüsyon testi ve karbonmonoksit difüzyon testleri yapılan hastanın solunum fonksiyonları restriksiyon lehine bozulmuş ve difüzyon kısıtlanması gelişmiş olarak değerlendirildi. Toraks YRBT'sinde her iki akciğerde yaygın interlobüler septal kalınlaşmalar, sentrilobüler nodüller ve septal kalınlaşmalar düzeyinde yaygın, dağınık mikrokalsifikasyonlar izlendi. Radyolojik bulgular alveoler mikrolitiazis radyolojisi ile uyumlu olarak değerlendirildi. Tanıyı desteklemek amacıyla Tc99m metilen difosfonat ile üç fazlı bölgesel kemik sintigrafisi ve tüm vücut kemik sintigrafisi çekildi. Akciğer alt loblarda daha belirgin yumuşak dokuda artmış aktivite tutulumu PAM tanısı ile uyumlu olarak yorumlandı. Radyolojik ve klinik bulgular, aile öyküsü, solunum fonksiyon test sonuçları ve kemik sintigrafisi beraber değerlendirilerek histopatolojik örneklemeye gerek kalmaksızın hastaya PAM tanısı konuldu. Destek tedaviyle takibe alındı ve akciğer transplantasyon adayı olarak nakil merkezine yönlendirildi.PAM tanısı için her zaman histopatolojik incelemeye gerek yoktur. Aile öyküsü ve tipik radyolojik bulgular kemik sintigrafisi ile birleştirilerek hastalara tanı konulabilir. PAM'ın efektif medikal tedavisi halen yoktur. Steroidler tedavi amaçlı denenmiş fakat anlamlı bir etkinliği bulunamamıştır. En etkin tedavi yaklaşımı akciğer transplantasyonu olarak bilinmektedir. Genetik geçişi göz önüne alındığında gelecekte gen tedavileri geliştirilebilmesi umut edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: genç hasta, kalıtsal hastalık, pulmoner alveoler mikrolitiazis (PAM), kemik sintigrafisi

EP-111

PULMONER LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZİS

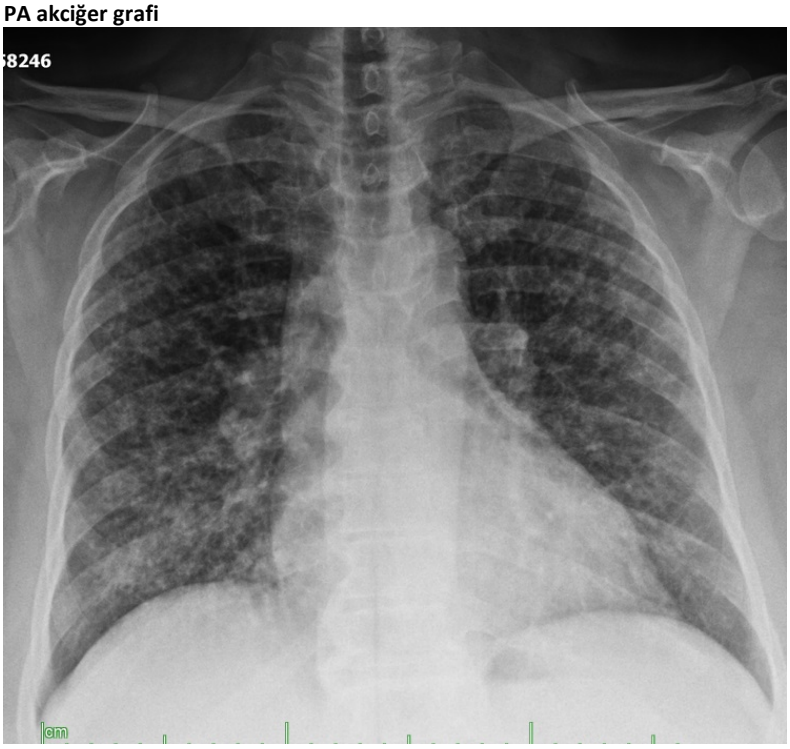
Fadime Keleşoğlu, Ayşe Yeter, Mehmet Atilla Uysal, Güngör Çamsarı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Pulmoner langerhans hücreli histiyositozis (PLHH) etyolojisi bilinmeyen nadir görülen bir interstisiyel akciğer hastalığıdır. Sıklıkla 20-40 yaş arası sigara içen erişkinlerde saptanmakta ve cinsiyet farkı görülmemektedir. İleri yaşta kadınlarda sıklık artmaktadır.

OLGU:55 yaşında bayan hasta 2 hafta önce olan ve şimdi gerileyen batın ve göğüs ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde 20p/y sigara öyküsü var idi. Çekilen PA akciğer grafisinde bilateral yaygın retikülonodüler imaj izlendi. Solunum sistemi muayenesinde bir özellik yoktu. Hemogram ve biyokimyasal parametreleri normal idi. Hastanın toraks BT sinde bilateral üst ve orta loblarda yaygın düzensiz sınırlı nodüller ve kistler izlendi. Kollajen doku markerları normal saptandı. Bronkoskopide endobronşiyal lezyon izlenmedi. Linguladan alınan bronkoalveolar lavaj örneğinde malignite bulgusu saptanmadı. CD1a düzeyi 5.2, CD4/CD8 oranı:0.97 idi. Mevcut bulgularla hastada pulmoner langerhans hücreli histiyositozis X düşünüldü. Sigarayı bırakması önerilerek poliklinik takibe alındı.

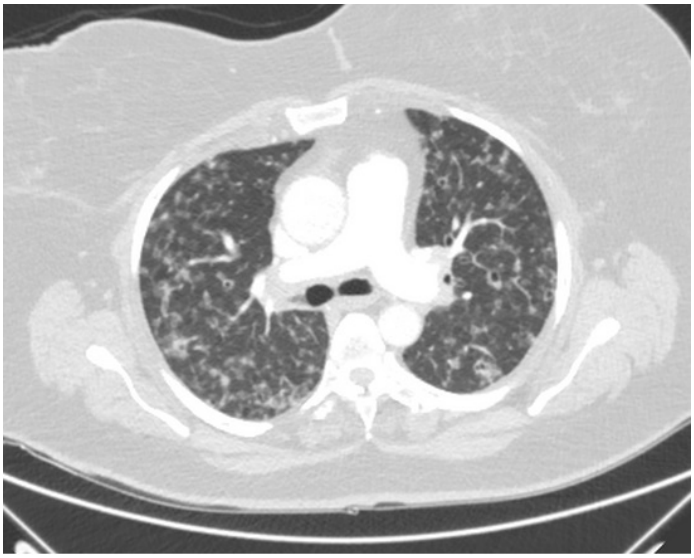
Anahtar Kelimeler: bronkoalveolar lavaj, CD1a, Pulmoner langerhans hücreli histiyositozis,

PA akciğer grafi



Toraks BT

Toraks BT



Toraks BT

EP-112

ERİŞKİN YAŞTA TANI KONULAN UNİLATERAL PULMONER ARTER HİPOGENEZİ OLGUSU

Elvan Şentürk, İlknur Koç, Yılmaz Bülbül, Tevfik Özlü
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ:İzole tek taraflı pulmoner arter yokluğu nadir görülür. Anomali, aynı taraf altıncı aortik arkın gelişme eksikliğinden kaynaklanır. Hastalık uzun süre asemptomatik kalabildiği için, tanısında gecikme olabilmektedir. Bu anomali postero-anteriyor akciğer grafisinde hiperlüsent akciğer görünümüne neden olur. Klinik ve radyolojik olarak başka hastalıklar (Swyer-James-MacLeod sendromu, interstisyel akciğer hastalığı vs.) ile karışabilir. Erişkin yaşa kadar şikayeti olmayan pulmoner arter hipogenezili kadın hastayı, nadir görülen bu anomalinin bir vaka örneği olarak sunduk.

OLGU SUNUMU:Kırk yedi yaşında, kadın hasta kliniğimize eforla gelen nefes darlığı, sırt ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Yakınmaları yaklaşık dört aydır sürüyordu. İstirahatte yakınması yoktu. Özgeçmişinde, astım ve geçirilmiş pnömoni öyküsü vardı. Akciğer muayanesinde dinlemekle sağ bazalde ronküs işitildi. Oda havasında bakılan periferik oksijen saturasyonu %96 olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde TA: 100/60 mmHg, N: 92/dk. Laboratuar değerleri tam kan, sedimentasyon, kan biyokimyası ve tam idrar tetkikleri normal idi. D-Dimer 1,02 mikrogram/ml olarak saptandı. Yapılan solunum fonksiyon testinde restriktif kusur ve DLCO değeri azalmış olarak değerlendirildi.

Postero-anterior (PA) akciğer grafisinde sağ hilus silik görünümdeydi (Resim 1). Hastada pulmoner emboli düşünülerek kontraslı toraks BT planlandı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) Sağ ana pulmoner arter ve alt lober dallarının kalibrasyonu incelmiş olup sağ hilusta küçülmüş görünümdeydi. Ekokardiyografide EF %65, SPAB:45 mmhg ve hafif sol ventrikül sistolik disfonksiyon mevcut idi. Hastaya mevcut klinik ve radyolojik bulguları ile göğüs cerrahisi ortak konseyinde görüşüldü hastaya pulmoner arter hipoplazisi tanısı koyuldu.

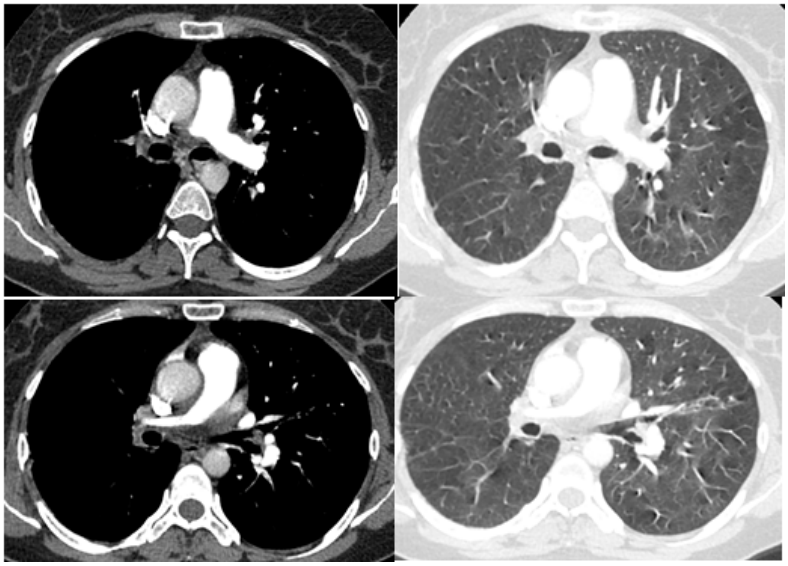
SONUÇ:Sağ pulmoner arter yokluğu, oldukça nadir görülen bir anomalidir.Sağ pulmoner arter yokluğuna patent duktus arteriozusun da eşlik ettiği olgularda semptomlar çok daha küçük yaşlarda ortaya çıkmaktadır. İzole tek taraflı pulmoner arter yokluğu olgularının yaş ortalaması 14'dür (dağılım; 0.1-58).Yetişkinlerde hastalık çoğunlukla semptomsuz seyrettiği için tanı, başka nedenlerle çekilen akciğer röntgeninden yola çıkılarak konur. Sağ pulmoner arter yokluğu olan hastaların %20'sinde pulmoner hipertansiyon bulunmaktadır. Olgumuzda akciğer röntgeninde sağ hilusun silik olması dışında belirgin bulgu yoktu, emboli şüphesi ile çekilen toraks BT ve EKO ile tanı aldı.İzole pulmoner arter yokluğu herhangi bir semptom vermediği veya düşünülmediği için çoğu zaman erişkin yaşa kadar tanı konulmadan gelebilmektedir. Başka bir amaçla çekilmiş olsa da akciğer grafilerinde gözlenen hilus patolojileri içerisinde vasküler anomaliler akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner hipoplazi, konjenital anomali,pulmoner emboli

Resim 1

Akciğer Grafisi

Resim 2



Toraks BT

EP-113

PULMONER EMBOLİDE KLİNİK SKORLAR MI? D-DİMER Mİ? MALİYET ÇALIŞMASI

Sami Deniz, Mine Gayaf
SBÜ İzmir Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Venöz tromboembolizm (VTE) kardiyovasküler hastalıklar arasında miyokart enfarktüsü ve inmeden sonra en sık görülen hastalıktır. Tanısal yaklaşımda risk faktörlerinin değerlendirilmesi yanı sıra, klinik skorların kullanılması önerilmektedir.

MATERYAL-METOD: Hastaların demografik özellikleri, başvuru anındaki şikayetleri, skorlamada kullanılan bulgular, hemogram ve biyokimyasal incelemeler yanı sıra yapılan vizitler esnasında sadece D-dimere bakılarak pulmoner tromboemboli (PTE) ön tanısıyla tetkik edilen hastaların maliyeti kaydedildi. Daha sonra bu hastalar klinik skorları (Wells, PESI ve sPESI) hesaplandı. Yapılan tetkikler sonrası PTE olup olmadığı kaydedildi.

SONUÇLAR: 26'sı kadın toplam 54 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalaması 63 idi. Tüm hastaların D-dimer düzeyleri >500 idi. 32 hastada wells, 22 hastada sPESI, 26 hastada PESI skorları düşük riskli hastalardı. 11 hastada wells skoru, 7 hasta SPESI, 9 hasta PESI uyumsuz idi (Düşük iken PTE veya yüksek iken PTE yok). Toplam maliyet wells skoru kullanılmaması halinde 241 TL/hasta, sPESI için 182 TL/hasta ve PESI için 247 TL/hasta ek maliyeti var idi. Üç skorunda düşük olduğu hastalarda ek maliyet 291 TL/hasta olarak hesaplandı.

SONUÇ: PTE kuşkusu olması halinde risk faktörleri yanı sıra klinik skorlarında kullanılması gerekliliğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner emboli, D-dimer, Wells, PESI, sPESI, maliyet

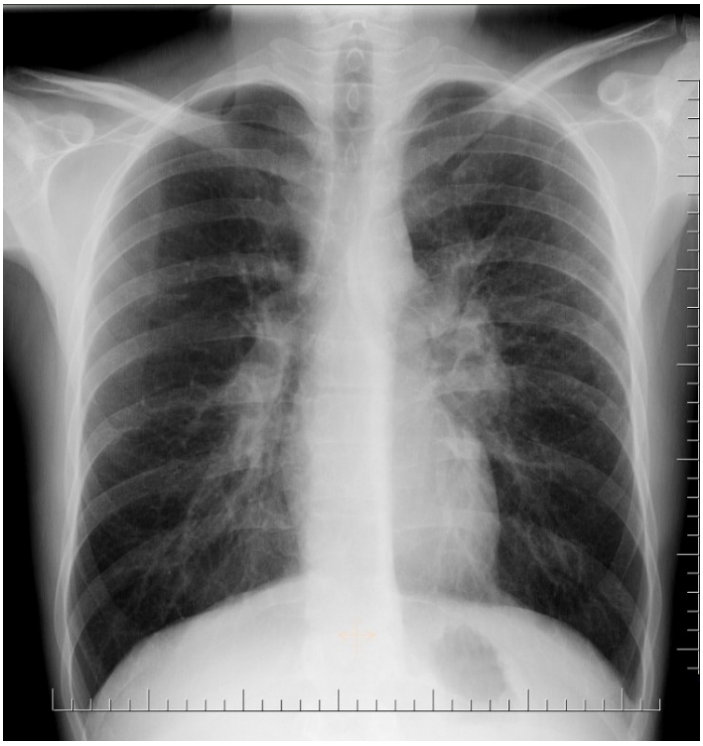
EP-114

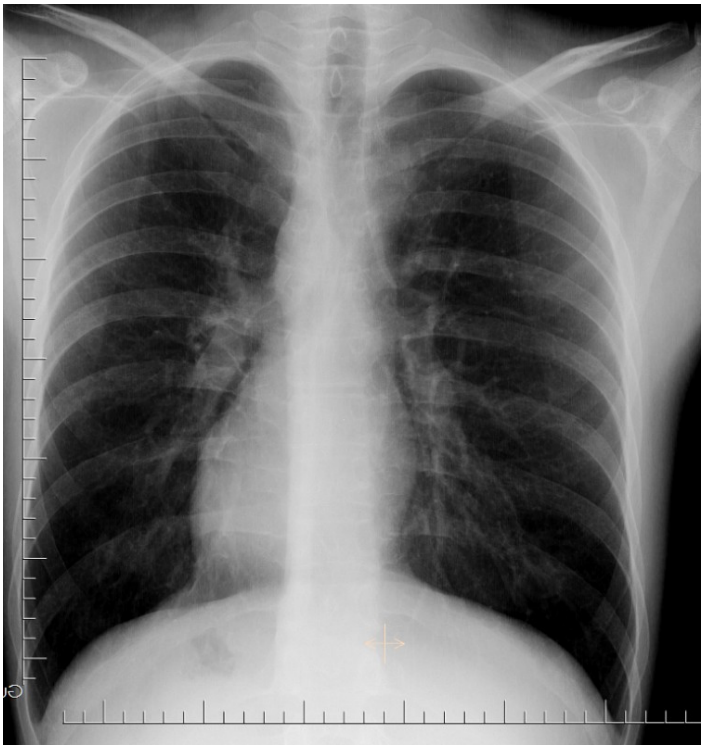
MEMBRANÖZ LUPUS NEFRİTİ İLE BİRLİKTELİK GÖSTEREN SARKOİDOZ

Yakup Arslan[1], Hatice Çetindoğan[1], Erhan Akkaş[2], Sedat Yılmaz[3], İbrahim Yavan[4], Deniz Doğan[1], Nesrin Öcal[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane EAH Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane EAH Nefroloji Anabilim Dalı, Ankara
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane EAH Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane EAH Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

27 Yaşında erkek hasta, Kasım 2017 tarihinde bir Eğitim Araştırma Hastanesinin Göğüs Hastalıkları Polikliniğine 1,5 aydır devam eden öksürük, gece terlemesi, sırt ağrısı şikayetleri ile müracaat etmiş. Yapılan muayene ve tetkiklerinde sarkoidozisi düşündürür bulgular elde edilmiş. Hastaya EBUS-TBNA yapılmış, patoloji sonucu "Non Nekrotizan Granülomatöz Lenfadenit" olarak raporlanmış. Hasta askerlik görevi nedeniyle hakkında karar verilmek üzere polikliniğimize sevk edilmiş. Hastanın solunum sitemi muayenesi normal idi. Yapılan radyolojik kontrolde (Resim-1,2,3) Evre -2 Sarkoidoz ile uyumlu görünüm mevcut idi. Tam kan tetkikinde: WBC:3,18- Plt:93-ESH:48 olarak bulundu. Bisitopeni nedeniyle Hematoloji kliniğinden görüşü alındı; Periferik yayma, kemik sintigrafisi, kemik iliği biyopsisi ve aksiller lenf nodu biyopsisi yapıldı. Patolojik bulgu saptanmadı. Ekstrapulmoner yönden Dermatoloji, Göz, Nöroloji ve Kardiyoloji kliniklerine konsulte edilen hastada ekstra pulmoner tutulum tespit edilmedi. Tam idrar tetkikinde,(+) protein tespit edildi. Nefroloji konsültasyonu alındı, 24 saatlik idrarda kalsiyum 85 (YÜKSEK), 24 saatlik idrar proteini 7840 olarak ölçüldü. Hasta, nefrotik sendrom yönünden değerlendirilerek hastaya renal biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu:"Membranöz glomerulonefrit " olarak raporlandı. Romatoloji görüşü alındı; sadece ANA pozitifliği tespit edildi. Hasta, Göğüs hastalıkları, Romatoloji ve Nefroloji kliniklerinin ortak konseyinde değerlendirildi; ANA pozitifliği(+), bistopeni, teleskopik idrar ve renal biyopsideki değişikler birlikte değerlendirildiğinde, Hastaya "Lupus Nefriti tip 5 ile birlikte Sarkoidozis" tanısı konuldu. Hastaya pulse steroid (metilprednizolon 500 mg /gün,3 gün) ve sonrasında indüksiyon 1 mg/kg/gün metilprednizolon, mikofenilat mofetil tedavisi ve profilaktik tedavileri başlandı. Tedavi öncesi hastadan ARB tetkiki için 2 kez mide suyu örneği alındı. Tedavinin 6.haftasında yapılan kontrollerde, hastanın şikayetlerinin gerilediği, kontrol Akciğer grafisinde (Resim-4):Lezyonların gerilediği, biyokimyasal tetkiklerde herhangi bir toksisite olmadığı ve mide suyu örneklerinin kültürlerinde Non Tüberküloz Mikobakteri "Micobacterium Gordonea" ürediği gözlendi. Hasta mevcut muayene ve laboratuvar bulguları ışığında değerlendirilerek tedavisinin devam edilmesine ayrıca Tüberküloz dışı mikobakteri üremesine yönelik tedavi endikasyonun olmadığına karar verildi.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Membranöz, Lupus, Nefriti





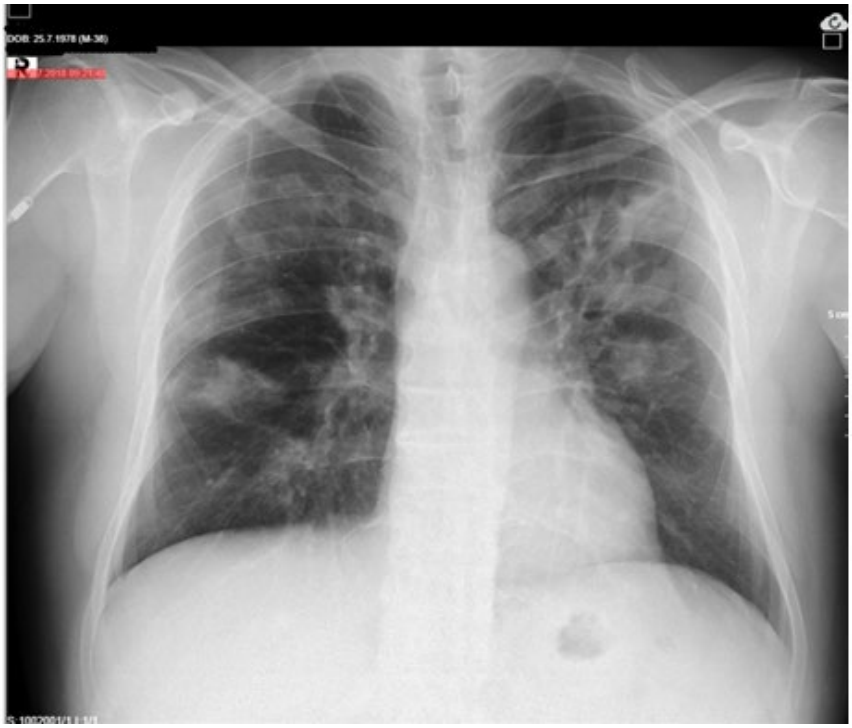
EP-115

EOSİNOPHİLİC GRANULOMATOSİS WİTH POLYANGİİTİS (EGPA)'Lİ BİR OLGU

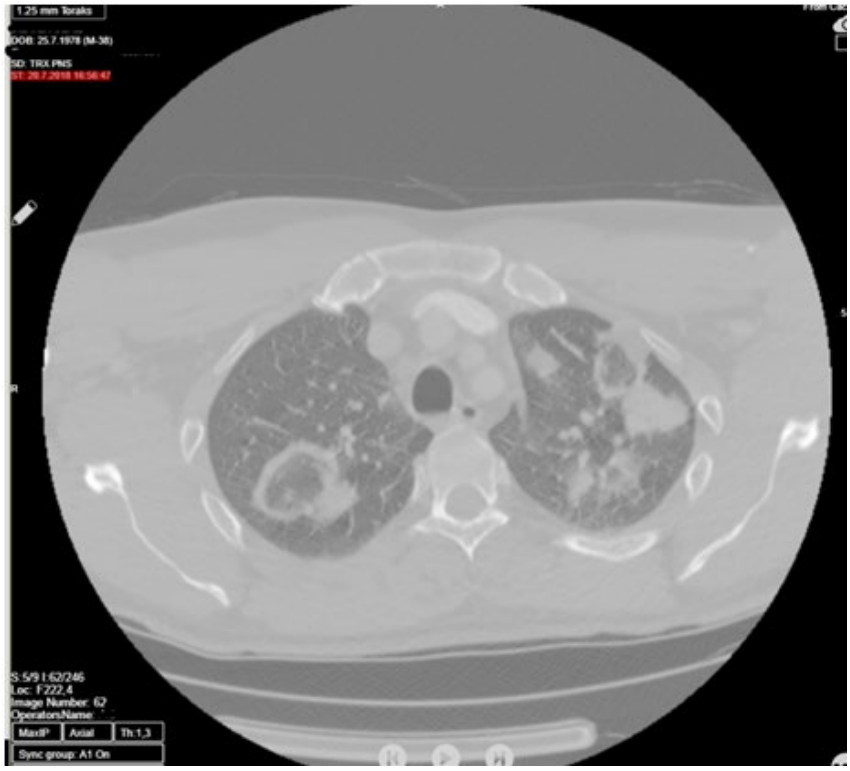
Esma Yılmaz[1], Bahar Kurt[1], Hatice Şahin[2], Kerem Ensarioğlu[1], Arzu Sağlam Ayhan[3]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği, Ankara
[3]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Önceki adı Churg-Strauss sendromu olan Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (EGPA) multisistemik tutulum gösteren ve periferik eozinofili, astım ve kronik rinosinüzit ile karakterize bir sendromdur. Pnömoni kliniği ile başvuran astım öyküsü, rinit, periferik kandaki eozonifilisi ve hızla ilerleyen glomerulonefritle birlikte EGPA tanısı alan bir hasta sunuldu.39 yaşında erkek hasta, öksürük, nefes darlığı ve sarı-yeşil renkli balgam şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Tansiyonu 142/100 mmHg, nabız 103/dk, vücut ısısı 36.5 C olan hastanın akciğer grafisinde bilateral orta zonlarda infiltratif görünümler olması üzerine servisimize yatırıldı. Altı aydır tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonu, halsizlik, istahsızlık,gece terlemesi, kilo kaybı (15 günde 4kg), astım semptomları,allerjik rinit ve konjonktivit, postnasal akıntı ve aile öyküsü olarak kardeşinde astım mevcuttu. Sigara kullanımı yok, pasif içiciliği vardı. Solunum muayenesinde ekspiryum minimal uzamış, orta zonlarda belirgin raller ve basallerde ronkus duyuluyordu.Sedimantasyon 75 mm/h, CRP: 96.4 (0-8) mg/L olan hastaya ampirik antibiyotik başlandı. Paranasal tomografide bilateral sinüslerde mukozal kalınlaşmalar ile burun tıkanıklığı ve nasal poliplerin olması üzerine KBB tarafından nasal steroid, oral antihistaminik ve montelukast önerildi. Tam kanda eozinofilisi mevcuttu, periferik yaymada da eozinofil oranı %15 idi. Hastanın solunum fonksiyon testi normal, Toraks BT' de üst loblarda daha belirgin 3-4 cm'lik düzensiz sınırlı içinde kistik ve nekrotik alanlar olan nodüller görüldü. 24 saatlik idrarda proteinüri 2146 mg/gün idi. Bronkoalveolar lavajda (BAL) CD4/CD8 oranı (0.46) tersine dönmüştü, aynı örnekte Tüberküloz dışlanmıştı. Üriner ultrasonografide her iki böbrek ekojeniteleri grade 1 artmış dışında normal sınırlardaydı. Klinik takibinde böbrek fonksiyon testleri progresif yükselen hastanın bakılan Romatoid Faktör (RF) 174 IU/ml, Antinükleer antikor (ANA), p-ANCA ve diğer romatolojik markerları negatif olarak raporlandı. Hipertansif olarak takip edilen hastanın göz muayenesinde evre1 hipertansif retinopatisi mevcuttu.Hematolojik açıdan ek patolojiler araştırılırken ultrasonografide (USG) servikalde ortalama 20x10mm'lik ve sağ inguinalde 28x12 mm'lik lenf nodları görüldü. Hastaya renopulmoner sendrom ayırıcı tanısı için yapılan renal biyopside fokal extrakapiller proliferatif ve nekrotizan glomerülonefrit, geniş alanlarda interstisyal miks inflamasyon, eozinofil lökositler,İmmunofloresan mikroskopide ise anti C3 Ab positivitesi görüldü, Churg-Strauss lehine kabul edilerek ANCA-assosiye hastalık olarak değerlendirildi. Hastaya hızlı ilerleyici glomerulonefrit tanısıyla immunsupresif tedavi başlandı. Seyrinde klinik düzelme görülen eozinofilisi ve kreatinin değeri düşen hasta nefroloji kliniği ile ortak takip edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: EGPA,Churg-Strauss,eozinofili,pnömoni,vaskülit



Hastanın acil serviste başlanılan antibiyoterapi sonrasında servis kabulünde çekilen posteroanterior akciğer grafisi. Acil grafisinde göre sağ orta zondakidansitelerde gerileme olmakla beraber, sol üst zondakidansitelerde artış görülmektedir



Hastanın servis takiplerinde çekilen bilgisayarlı toraks tomografisi. Bilateral üst loblarda belirgin olarak görülen ortası kistik nekrotik nodüler infiltratif dansiteler mevcuttur.

EP-116

SİLDENAFİL VE AMBRİSENTAN KOMBİNASYONU YAN ETKİSİ OLARAK DERİN ANEMİ GÖRÜLEBİLİR Mİ?

Asiye Büşra Çimen, Ayşe Baççıoğlu, Ayşe Füsun Kalpaklıoğlu
Kırıkkale Üniversitesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Kırıkkale

GİRİŞ: Idiopatik pulmoner arteriyal hipertansiyon (iPAH) tedavisinde endotelin reseptör antagonisti (ERA) ambrisentanın en sık görülen yan etkisi periferik ödem ve başağrısıyken, fosfodiesteraz-5 inhibitörü (PDE5) sildenafilin en sık görülen yan etkisi senkopdur. Her ikisinde anemi nadir görülüp, sistemik vazodilatasyon ve hemodilusyon sonucu gelişmektedir. Burada ERA+PDE5 kombinasyonunda derin anemi gelişen vaka sunulmuştur.

OLGU: 67 y-k hasta ilk kez 3 yıl önce efor dispnesi ile başvurdu. Fizik muayenesinde siyanoz, bilateral ince raller, periferik ödem, pulse O2 sat: %83, kifoskolyoz ve obezitesi mevcuttu. Solunum fonksiyon testinde restriktif patern ve FVC:%33. P-A grafide kifoskolyoz ve lineer dansiteler vardı. D-dimeri yüksekliği nedeni ile çekilen toraks bilgisayarlı tomografik anjiografide emboli saptanmazken alt eksremitede kronik trombüs saptandı. Eko'da sistolik pulmoner arter basıncı (SPAB) 110mmHg ve ventilasyon perfüzyon sintigrafide pulmoner emboli düşük olasılıklıydı. Sağ kalp kateterizasyonunda ortalama PAB 50mmHg, vazoreaktivite testi negatifti. Kollojen doku biyobelirteçleri negatif geldi. NYHA sınıf-4 idi. Hastaya İPAH tanısı ile ambrisentan başlandı. Tedaviden klinik fayda gören ve iyi tolere eden hastanın SPAB'ı halen 94mmHg ve NYHA'sı sınıf-4 olduğu için sildenafil ile kombinasyon tedavisine geçildi. Takiplerinde SPAB'ı 57mmHg'e gerileyen hastanın NYHA'sı sınıf-3'e düştü. Tedavi başlangıcında hemoglobin (Hb) 14g/dL, ferritin 9 ng/Ml, B12 143pg/ml olduğu için oral B12 ve demir tedavisi düzenli olarak eklendi. Ambrisentan'dan 12 ay sonra 11g/dL olan Hb ikili tedaviden 8 ay sonra tedricen düşerek 4g/dL oldu. Hasta yatırılarak eritrosit süspansiyonu (ES) replasmanı yapılarak Hb 10g/dL'a çıkarıldı ve sonrasında intravenöz demir infüzyonu başlandı. Gastroenteroloji hastada aktif kanama düşünülmeyen ve oral tedaviye rağmen B12-ferritin i düşük olan hastanın anemi etyolojisi açısından IPAH için kullanılan sildenafil kesilerek B12 + demir +ambrisentan takibe alındı. 3 ay sonra Hb 8.9g/dL olduğu için yeniden 1Ü ES verildi. İPAH monoterapisi altında da Hb düşüşü halen devam etmektiğinden ilaç değişikliği düşünülmektedir.

TARTIŞMA; Bu vaka, ERA ve PDE5 kombinasyonuyla İPAH'ta iyileşme olmasına karşın anemi yan etkisinin monoterapiye göre daha ağır seyredebileceğini göstermek açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: ANEMİ, İDİOPATİK PULMONER HİPERTANSİYON, YAN ETKİ

EP-117

BEHÇET HASTALIĞI AKCİĞER TUTULUMUNDA MASİF HEMOPTİZİ

Ahmet Onur Daştan[1], Şeyda Nur Çövüt[1], Turan Acıcan[1], Mehmet Sadık Bilgiç[2]
[1]Ankara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ:Behçet hastalığı (BH) ilk olarak 1937 yılında, Türk dermatoloğu Prof. Dr. Hulusi Behçet tarafından tekrarlayan oral ve genital aftöz ülserler ve hipopiyonlu üveit ile üçlü semptom gösteren bir hastalık olarak tarif edilmiştir. Behçet hastalığında cilt, eklem, akciğer, damarlar, merkezi sinir sistemi ve gastrointestinal sistem gibi çok sayıda organ ve sistem tutulabilir.

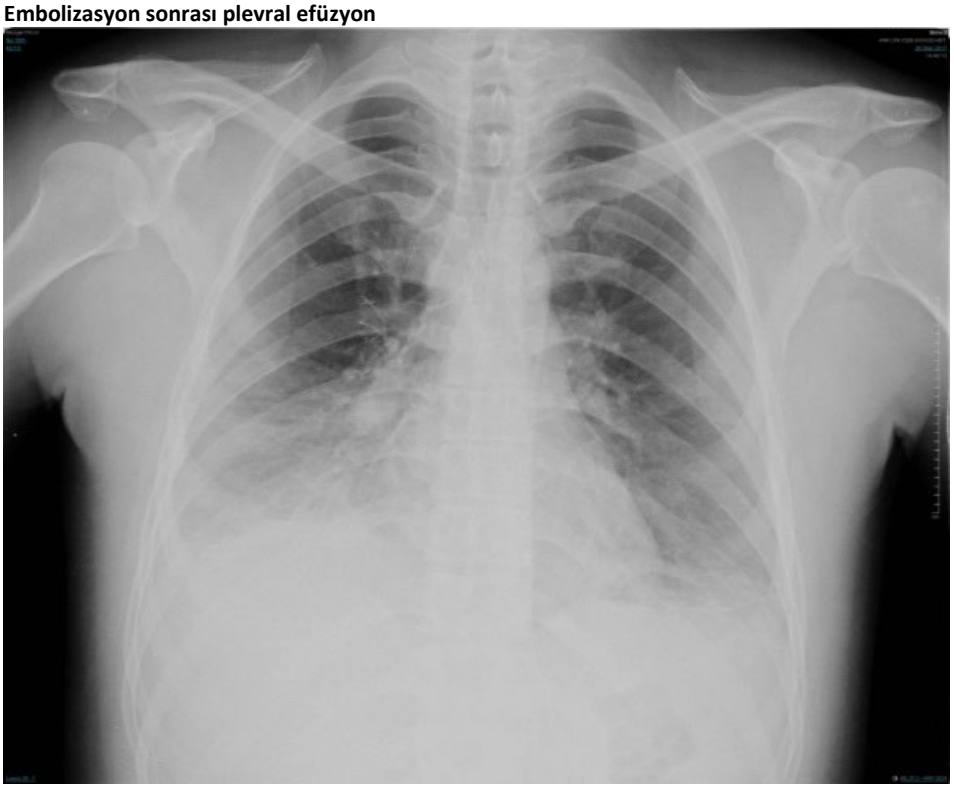
OLGU: 33 yaşında, bilinen bir akciğer hastalığı olmayan erkek hasta hemoptizi şikayetiyle kliniğimize kabul edildi. 2016'da sol alt ekstremitesinde tromboflebit saptanması üzerine Varfarin tedavisi başlanmış. 08/2017'de hemoptizisi olması üzerine Varfarin tedavisi kesilmiş ancak 09/2017'de hemoptizisi tekrar etmiş.

09/2017 tarihindeki pulmoner BT anjiyografisinde alveoler hemoraji, pulmoner tromboemboli ve pulmoner arter anevrizması izlendi. Bilateral alt ekstremite venöz doppler USG'sinde trombozis bulgusu saptanmadı. Tekrarlayan oral aft ve genital ülser şikayetleri de olan hastaya major kriterleriyle Behçet Hastalığı tanısı konuldu. Azatioprin ve Metilprednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin 5. gününde masif hemoptizi gelişen hasta yoğun bakım ünitemize alındı. Girişimsel radyoloji tarafından sağ bronşiyal arter distalindeki kanama odağı PVA partikülleri ile embolize edildi. İşlem sonrası kliniği stabil seyreden hasta taburcu edildi. 07/2018 tarihli son kontrolünde hastanın aktif şikayetinin bulunmadığı ve hemoptizisinin tekrarlamadığı öğrenildi. Kontrol pulmoner BT anjiyografisinde kronik emboli ile uyumlu bulgular, sağ alt lobda nodüller, enfarkt sekeli lineer fibroatelektatik dansiteler raporlandı.

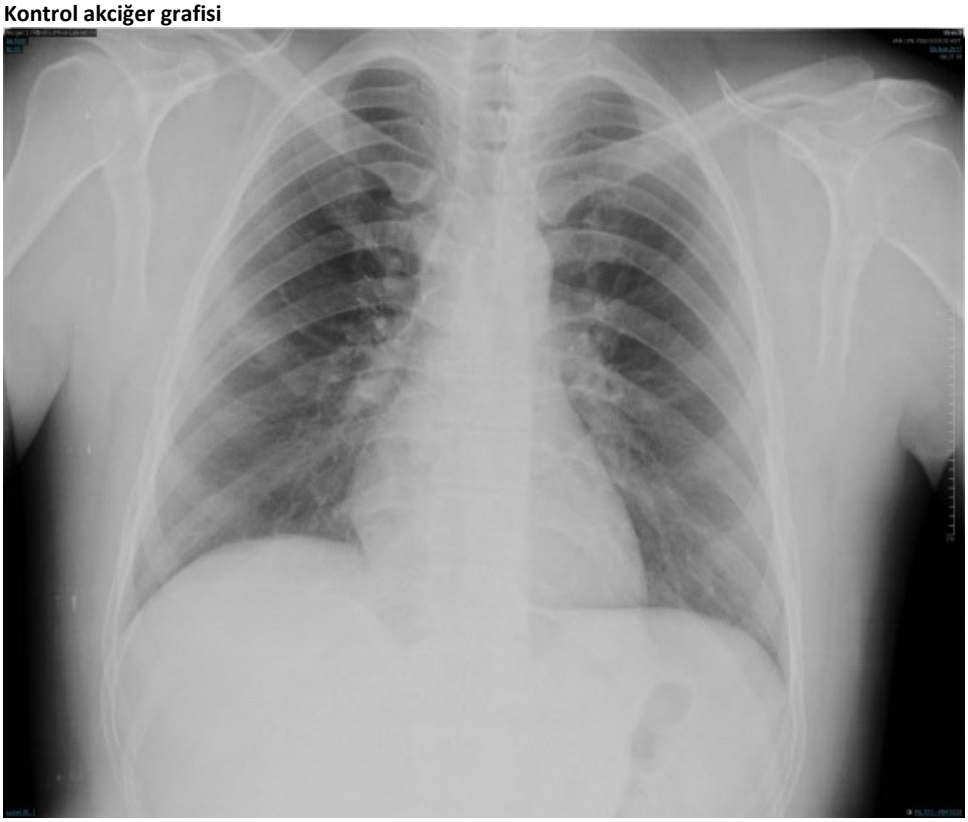
TARTIŞMA:Hemoptizisi olan BH olgularında pulmoner anevrizma öncelikle düşünülmeli ve görüntüleme yöntemleri ile araştırılmalıdır. Pulmoner arter anevrizmaları sıklıkla tromboflebit ile birlikte bulunur ve bu gibi hastalardaki hemoptizi, pulmoner emboli ile karıştırılabilir ve antikoagülan tedavisi verildiğinde kanama komplikasyonu gelişebilir. BH'da alt ekstremite venlerinde trombüsün yapışık olması nedeniyle genellikle emboli yapmadığı mutlaka bilinmeli, diğer vaskülitlerde olduğu gibi kortikosteroid ve immünsüpresif tedavi verilmelidir (1). Pulmoner BT anjiyografisinde PTE raporlanan hastamızda da antikoagülan tedaviden kaçınılmış ve immünsüpresif tedaviye başlanmıştır. Bronşial arter embolizasyonu ilk kez uygulandığı 1973'ten bu yana masif hemoptizi tedavisinde kullanılan etkin ve güvenilir bir tedavi yöntemidir. Bronşiyal arter embolizasyonunun masif hemoptiziyi kontrol etmedeki başarısı oldukça yüksektir. Masif hemoptizi gelişen hastamızda da bronşiyal arter embolizasyonu uygulanmış olup 10 aylık takibinde hemoptizisi tekrarlamamıştır. İmmünsupresif tedavi ile pulmoner arter anevrimalarının kaybolduğu gösterilen vaka örnekleri mevcut olup hastamızın immünsupresif tedavisi devam etmektedir. Son pulmoner BT anjiyografisinde anevrizma izlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: behçet hastalığı, masif hemoptizi, embolizasyon, pulmoner arter anevrizması

Embolizasyon sonrası plevral efüzyon



Kontrol akciğer grafisi



EP-118

KEMİK İLİĞİ TUTULUMU OLAN SARKOİDOZ OLGUSU

Gonca Öcal, Züleyha Bingöl, Zeki Kılıçaslan, Gülfer Okumuş
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

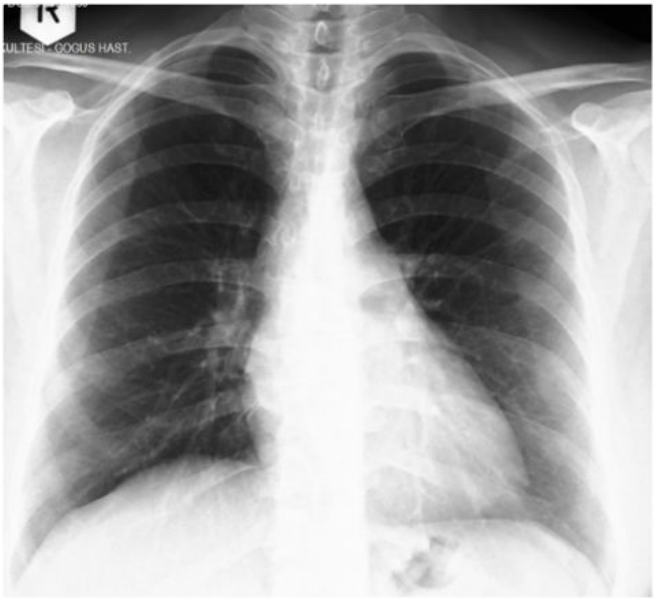
GİRİŞ: Sarkoidoz multisistemik tutulum ile seyreden etyolojisi bilinmeyen granulamatoz bir hastalıktır. Burada lenf nodu ve kemik iliği tutulumu ile seyreden nadir bir olguyu paylaşağız.

OLGU: Kırk dokuz yaşında kadın hasta otoimmun hemolitik anemi (Hb:10.3g/dl) nedeniyle kortikosteroid tedavi alırken ortaya çıkan mediastinal ve hiler lenfadenopatiler nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Lenfoma, sarkoidoz ön tanısıyla fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Subkarinal lenf nodu ince iğne aspirasyonunun sitopatolojik değerlendirmesinde nonnekrotizan granulamatoz iltihap saptandı. Dudak biyopsisinde periduktal-intraduktal granulamatoz iltihap saptandı ve hastaya sarkoidoz tanısı konuldu. Akciğer parenkim tutulumu yoktu. Solunum fonksiyonları normaldi (FVC:%107, DLCO:%100). Otoimmün hemolitik anemi nedeniyle aldığı sistemik kortikosteroid hemoglobin normal düzeylere gelince (Hb:12gr/dl) kesildi. Takip sürecinde normositer anemi (Hb: 9.6 gr/dl, MCV: 89 fl) yeniden ortaya çıkması üzerine kemik iliği biyopsi yapıldı ve nonnekrotizan histiositik granulom saptandı. Olguya 32 mg prednizolon başlandı. Takiplerinde anemi düzeldi (Hb:12.6 gr/dl).

SONUÇ: Sarkoidoz tanısıyla takip edilen olgularda anemi gelişmesi durumda hastalık kemik iliği tutulumu akılda bulundurulmalıdır.

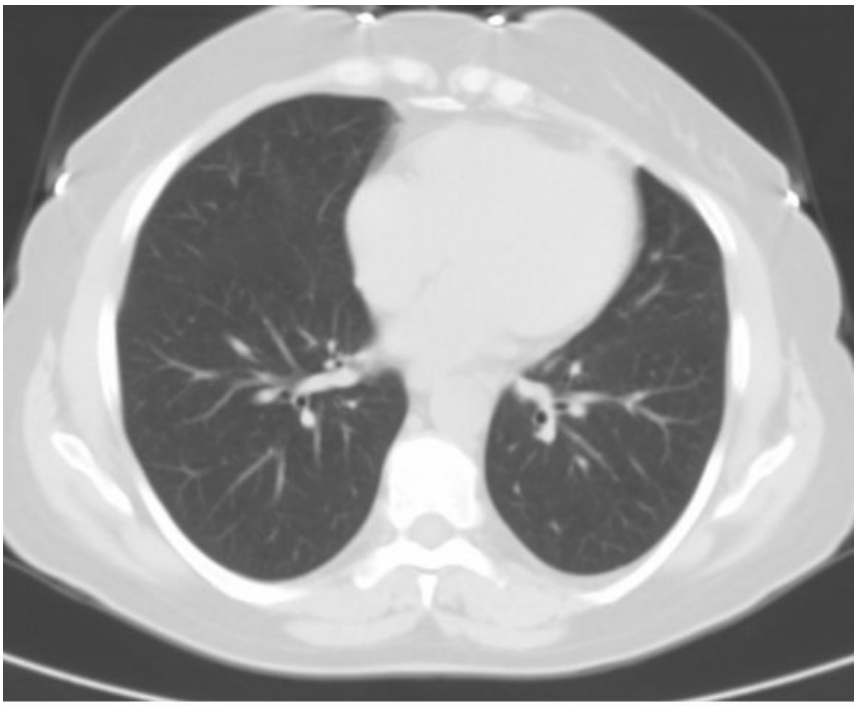
Anahtar Kelimeler: anemi,kemik iliği,sarkoidoz

Resim 1



PAAC grafi

Resim 2

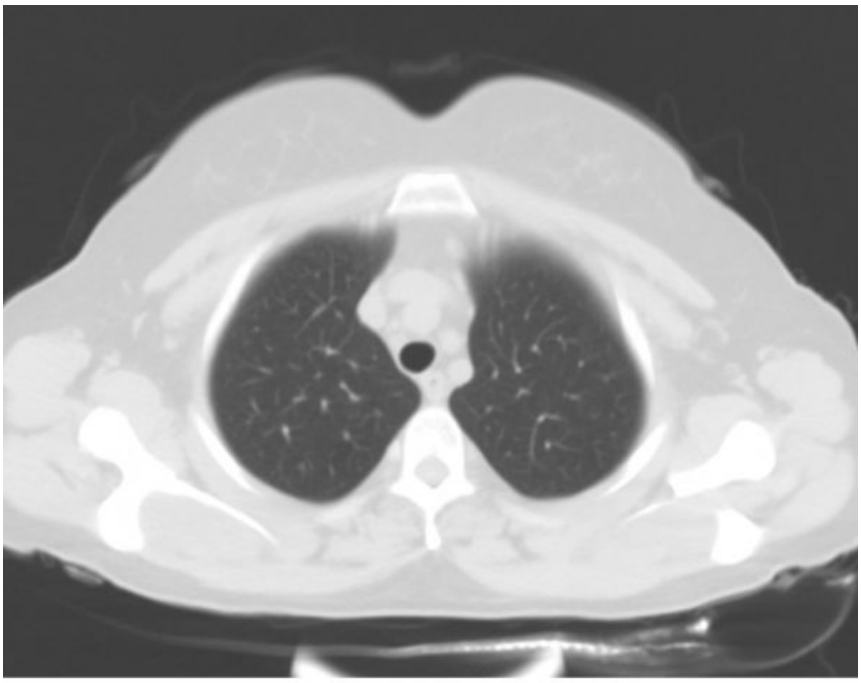


Toraks BT

Resim 3

Toraks BT

Resim 4



Toraks BT

EP-119

KÖMÜR İŞÇİSİ PNÖMOKONYUZU TANILI HASTALARDA ALVEOLAR LENFOSİT POPULASYONU VE SUBGRUPLARI

Susamber Dikaltıntaş, Bülent Altınsoy, Fatma Erboy, Meltem Tor
Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD., Zonguldak

GİRİŞ-AMAÇ: Kömür işcisi pnömkonyozu bronkoalveolar lavajda alveolar mafrofajların artışı ile karakterize bir hastalıkdır. KİP'de BAL lenfosit subgrup populasyonu hakkında ise çoz az bilgi vardır

YÖNTEM: 2016-2018 yılları arasında BAL uygulanan toplam 24 KİP olgusu geriye yönelik analiz edildi.

SONUÇLAR: Yaş ortalaması 65.4 ± 9.2, yeraltı ortalama çalışma süresi 22±4 yıl idi. BAL lenfosit sayısı median (min-max) 3255 (555-1300), lenfosit yüzdesi 10.6 (0.9-67) olarak bulundu. Lenfosit subgrupları değerlendirildiğinde (yüzde/min-max), CD4+ lenfosit 43.2 (4.7-71.7), CD4+CD103+ lenfosit yüzdesi 8.5 (2-44.8), CD8+CD103+ oranı 17.3(3.4-62.1), TCRgamadelta oranı 1.45 (0-7.7), CD3+ lenfosit oranı 90.2 (36-98), CD103+lenfosit oranı 44.5 (14.2-74.1), CD3+16+56+ lenfosit oranı ise 16 (6-26) olarak bulundu.

TARTIŞMA: Mevcut bulgular literatür ile uyumu

Anahtar Kelimeler: KİP, bronkoalveolar lavaj, lenfosit, pnömokonyoz

EP-120

KLARİTROMİSİN İLE TEDAVİ BAŞARISI SAĞLANAN ORGANİZE PNÖMONİ OLGUSU

Hülya Kara, Umut Dilegelen, Aslıhan Gürün Kaya, Fatma Çiftçi, Serhat Erol, Aydın Çiledağ, Akın Kaya
Ankara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Organize pnömoni (OP) akciğerin inflamasyonu ve fibröz proliferasyon ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Etyolojisine göre primer ve sekonder OP olmak üzere ikiye ayrılır. Primer OP, kriptojenik organize pnömoni (KOP) olarak adlandırılır ve idyopatik interstisyel akciğer hastalıkları içerisinde yer alır. Tedavide birinci seçenek glukokortikoidler olmasının yanında makrolidler de anti-inflamatuvar etkileri nedeniyle kullanılabilmektedir.58 yaşında erkek hasta, 2 aydır olan öksürük, balgam, nefes darlığı, halsizlik şikayetleri ile başvurduğu dış merkezde bilgisayarlı toraks tomografide (BTT) sağ akciğerde konsolide alanlar saptanmış ve antibiyotik tedavisi başlanmış. Tedavi sonrası çekilen kontrol BTT'de yanıt olmaması üzerine transtorasik iğne aspirasyonu yapılan hasta kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde patoloji saptanmadı. Akciğer grafisinde sağ orta zonda perihiler düzensiz sınırlı opasite mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde enfeksiyon parametreleri normal olarak bulundu. İmmünolojik markerları negatif olan hastada romatolojik hastalık düşünülmedi. Difüzyon testi normal olarak saptandı. Ayırıcı tanı amacıyla fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapılarak BAL alındı. Sitoloji sonucu malignite yönünden negatif idi. BAL incelemesinde lenfosit oranı %16, CD4/CD8 oranı 1.9 görüldü. ARB negatif ve kültüründe üreme yoktu. Hastaya dış merkezde yapılan transtorasik iğne aspirasyonu preparatları hastanemizde patoloji bölümünde incelendi. Histopatolojik sonucu organize pnömoni bulguları gösteren akciğer dokusu olarak raporlandı. Hasta kriptojenik organize pnömoni olarak kabul edilerek, oral klaritromisin 1000 mg/gün başlandı ve takiplerinde doz azaltılarak devam edildi. Tedavi ile belirgin klinik ve radyolojik düzelme saptandı.Sonuç olarak KOP tanılı olgu, uzun süreli makrolid tedavisi ile tedavi başarısı sağlanması nedeni ile sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Klaritromisin tedavisi, Kriptojenik organize pnömoni, İnterstisyel akciğer hastalıkları

Akciğer grafisi

Sağ orta zonda perihiler düzensiz sınırlı opasite

EP-121

SİLİKON KAPLI CERRAHİ MATERYAL SONRASI GELİŞEN SARKOİDOZİS OLGUSU

Zuhal Ekici Ünsal[1], Elvan Endoğru Rişvanoğlu[2]
[1]Başkent Üniversitesi Adana Dr.Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları, ADANA
[2]Başkent Üniversitesi Adana Dr.Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji, ADANA

Sarkoidozis nedeni bilinmeyen granülomatöz bir hastalıktır. Sarkoidoz gelişiminde hem genetik yatkınlığın hem de çevresel etkenlerin rol oynadığı kabul edilmektedir. Bugüne kadar pek çok infeksiyon etkeni, organik, inorganik toz suçlanmış ancak kesin sorumlu saptanamamıştır. Akciğer, lenf nodu, göz, cilt gibi birçok sistemi tutabilir. Hastaların yaklaşık %25'inde bir veya daha fazla cilt lezyonu vardır. Cilt lezyonları granülomların izlendiği spesifik şekilde veya eritema nodozumda olduğu gibi nonspesifik şekilde görülebilir.53 yaşında kadın hasta 2 aydır bacak ön yüzünde çıkan ağrılı nodüllerle hastanemize başvurdu. Görünümün eritema nodozum ile uyumlu olması nedeniyle sarkoidozis? düşünüldü. PPD testi anerjik, ACE düzeyi 112 U/L saptandı. Yüksek Rezolüsyonlu Toraks BT'de sarkoidozu düşündürecek patolojik görünüm izlenmedi. Göz kliniği tarafından değerlendirildi ve üveit saptandı. Abdomen USG ve 24 saatlik idrar Ca düzeyi normal bulundu. EKO ve EKG bulgularına göre kardiyak tutulum düşünülmedi. Hastada bu bulgularla göz ve cilt tutulumlu sarkoidozis düşünüldü ve tutulum alanlarına yönelik lokal tedaviler uygulandı.Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde idrar tutamama nedeniyle opere olduğu ve silikon kaplı askı takıldığı, cilt lezyonlarının da cerrahiden 1 ay sonra ortaya çıktığı öğrenildi. Cilt biyopsisi eritema nodozumla uyumlu bulundu, ancak polarize ışık altında silikona özgü yabancı cisim izlenmedi.Silikon ve sarkoidozis arasındaki ilişkiyi tanımlayan ilk rapor 1963'te yayınlanmış ve skar dokusuna silikon enjeksiyonu sonrası epiteloid granülomların geliştiği gösterilmiştir. Sonraki yıllarda da daha çok meme protezi ve gastrik banding cerrahisi sonrası olmak üzere vaka raporları yayınlanmıştır. Bulguların, doku içine koloidal silikanın kaçması sonucu oluşan epiteloid cevap yoluyla yada koloidal maddelere karşı nonalerjik yabanci cisim reaksiyonu veya gecikmiş tip hipersensitivite yoluyla ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bazı vakalarda sarkoidozun hayati organ tutulumları sonucu ölüm geliştiği, bazılarında ise protezin çıkarılması ile bulguların gerilediği gözlenmiştir. Biz de biyopsi örneğinde silikona özgü yabanci cisimlerin gösterilememiş olmasına karşın silikon kaplı askının hastamızda gelişen sarkoidozisin nedeni olabileceğini düşündük.

Sonuç olarak; günümüzde sağlık alanında kullanımı giderek artan silikon içerikli ürünlerin cerrahi işlem sonrası ortaya çıkan sarkoidozis etyolojisinde akılda tutulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Silikon, eritema nodozum, sarkoidozis

EP-122

FLUOROURASİL, LEUCOVERİN VE OXALİPLATİN (FOLFOX) TEDAVİSİNE SEKONDER AKCİĞER TOKSİSTESİ

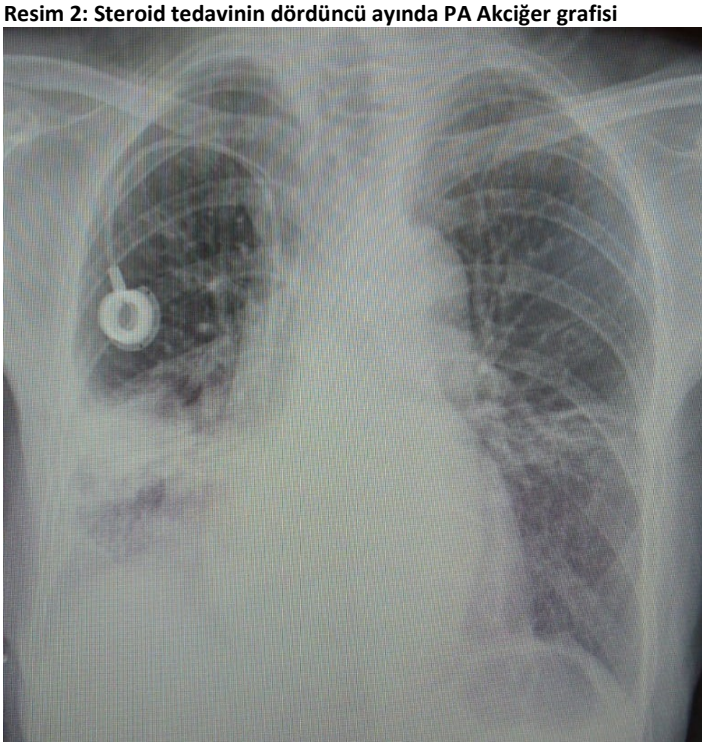
Fatma Tokgoz Akyil[1], Mustafa Akyıl[2], Erdem Şen[3], Ahmet Topbaş[1], Meltem Ağca[4], Tülin Sevim[4]
[1]Çanakkale Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Çanakkale Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği
[3]Çanakkale Devlet Hastanesi, Onkoloji Kliniği
[4]Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Kliniği, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Günümüzde, FOLFOX (5-fluorourasil, leucoverin ve oxaliplatin) ileri evre veya metastatik gastrointestinal sistem tümörlerinde ilk sırada kullanılan kemoterapötik rejimdir. Bu rejimin hematolojik, gastrointestinal ve sensörinöral sistem ile ilgili yan etkileri bilinmesine karşın pulmoner toksisitesi sınırlı sayıda olgu bildirimleri düzeyindedir. Pulmoner toksisite hızla ilerleyerek mortal seyredebileceğinden erken tanı ve tedavi önemlidir. Bu yazıda, metastatik özofagus kanseri nedeniyle kullanılan FOLFOX tedavisine sekonder gelişen interstisyel akciğer hastalığı olgusu nadir olması nedeniyle sunulmuştur.Altmış iki yaşında kadın hasta üç haftadır giderek artan nefes darlığı, kuru öksürük şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastaya metastatik özofagus adenokarsinomu tanısıyla FOLFOX tedavisi başlanmıştı. Dördüncü siklusu 3 hafta önce alan hastanın son dozdan sonra şikayetleri başlamıştı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide bilateral infiltratif lezyonlar saptanarak tarafımıza yönlendirilmişti. Takipneik ve hipoksik olan hastada antibiyotik tedavi ile klinik-radyolojik regresyon olmaması üzerine yapılan fiberoptik bronkoskopide endobronşial değerlendirme normaldi ve bronş lavajında herhangi bir etken üremedi. FOLFOX'a sekonder pulmoner toksisite tanısı ile 64 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin ilk haftasında klinik ve radyolojik düzelme başlayan hasta tedavi en az 6 aya tamamlanarak taburcu edildi. Hasta halen steroid tedavi altında ve semptomsuz takibimizdedir.

Anahtar Kelimeler: ilaç toksisitesi, interstisyel akciğer hastalığı, oxaliplatin

Resim 1: Steroid tedavi öncesi PA Akciğer grafisi

Resim 2: Steroid tedavinin dördüncü ayında PA Akciğer grafisi



EP-123

HEPATOPULMONER SENDROMA BAĞLI ALVEOLAR HEMORAJİ: OLGU SUNUMU

Günseli Balci, Aydan Mertoğlu, Damla Serçe
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

İleri evre karaciğer hastalığında vakaların çoğuna kardiyopulmonerpatolojiler eşlik etmektedir. Hepatopulmoner sendrom (HPS) karaciğer hastalığı, bozulmuş oksijenasyon ve intrapulmoner vasküler anormaliklerle karakterize klinik bir sendromdur. HPS karaciğer hastalığının bir komplikasyonudur ve yaygın olarak sirozun eşlik ettiği ya da eşlik etmediği portal hipertansiyon sonucu olarak ortaya çıkar. Yetmişdört yaşında bayan hasta dış merkezde pnömoni ve anemi tanıları ile tedavi edilmiş ve radyolojik progresyon izlenmesi üzerine hastanemize sevk edilmiş.Hastanın bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu.Yatışında arteriyel kan gazında (AKG) hipoksemi ve anemi saptandı.Antibiyoterapi başlanan hastada PA ac grafide progresyon izlenmesi üzerine bronkoskopi planlandı. Sağ orta loptan BAL yapıldı. Hemorajik sıvı alındı.BAL materyalleri alveolar hemoraji ile uyumlu rapor edilmesi üzerine steroid tedavisi başlandı.Etyoloji için istenen ANA,ANCA ve immun paneli negatif saptandı Romatoloji konsültasyonunda bağ dokusu hastalığı ve vaskülit düşünülmedi. TİT de bol eritrosit saptanması üzerine yapılan batın USG de karaciğer yapısı granüler ve Karaciğer sirozu(KC S) ile uyumlu olarak rapor edildi.Batın BT KC konturlarında düzensizlik ve sol lop hipertrofisi izlendi.Bulgular kronik parankimal karaciğer hastalığı lehine değerlendirildi.Hasta gastroenteroloji ile konsülte edildi. Olası özefagus varis açısından yapılan endoskopide özefagusta fundusta 1.derece üç varis izlenmesi üzerine başka seansta glubran enjeksiyonu yapıldı.Takiplerinde PA AC grafisinde regresyon izlendi ve steroid dozu azaltıldı.Aktif kanaması ve hemoglobin değerinde düşme saptanmadı.Oda havası AKG da hiposemi saptanmadı Alveolar hemorajisi olan hastada altta yatan pulmoner patoloji saptanmadı.KC S için viral hepatit paneli negatif saptandı.Alkol ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Ön planda KC S ve portal hipertansiyona bağlı gelişen özefagus varis kanama aspirasyonuna bağlı alveolar hemoraji ve hapatopulmoner sendrom düşünüldü.Hastaya gastroenteroloji poliklinik takibi önerildi.

Anahtar Kelimeler: alveolar hemoraji, hepatopulmoner sendrom,

EP-124

ATEŞ VE AKCİĞER BULGULARI İLE SEYREDEN TAKİBİNDE STİLL HASTALIĞI TANISI ALAN OLGU

Ahmet Çağın[1], Erhan Oğur[1], Mine Hasırcı[2]
[1]SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikroiyoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Erişkin still hastalığı (esh), nadir görülen ateş, döküntü, artrit ve birçok organ tutulumuyla karakterize, sistemik bir hastalıktır. Akciğer bulguları nadir olmasına karşın plörezi ve geçici parankimal infiltrasyonlar şeklinde görülebilmektedir.bizim olgumuzda da akciğer ve plevra tutulumunun nadir bir sebebi olan erişkin still hastalığının akılda tutulması ve önemini vurgulamak amaçlandı.

OLGU: 23 yaşında erkek, 1 haftadır ateş, boğaz ağrısı ve halsizlik şikayetleri ile nonspesifik antibiyoterapi almış. Şikayetlerinin devamı üzerine enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırılmış.hastanın öksürük, nefes darlığı olması üzerine göğüs hastalıklarına konsulte edildi. Tarafımızca değerlendirlen hastanın özgeçmiş ve soygeçmişi özellik yoktu. Fizik muayenesinde, vucut ısısı 38.9 derece, oksijen saturasyonu % 97, göğüs ön duvarında, hiperemik basmakla solan maküler döküntüler, solunum sesleri bilateral olarak normal oskülte edildi. Batında hepatoplenomegali saptandı, periferik lenfadenopati yok, el-ayak bileği ve dizlerde hassasiyet mevcut, diğer sistem muayeneleri normaldi.

Hastanın kan değerlerinde; lökositoz (wbc: 15400),nötrofili (ne: 13500), akut faz reaktanlarında yükseklik (esh: 79, crp: 207) vardı, böbrek ve karaciğer testleri ve tit normaldi.pa grafisinde lineer opasiteler ve atelektazik görünüm, kalp arkasında lezyonları nedeniyle çekilen bt de, her iki hemitoraksta en kalın yerinde 14 mm ölçülen bilateral plevral effüzyon ve effüzyon komşuluklarında atelektazik değişiklikler izlendi, her iki akciğerde özellikle alt loblarda daha belirgin olmak üzere bant-bant atelektazileri mevcuttu. Akciğer parankim alanlarında aktif infiltrasyon-kitlesel lezyon saptanmadı. Hastada still ön tanısı düşünülerek ek antibiyoterapi önerilmedi. Romatoloji konsultasyonu ve ayırıcı tanı için testler istendi. Ferritin: 8331, fibrinojen:752, rf ve aso negatif, mpo3 ve pr3 anca negatif, kompleman c3:222 (üst sınır 180), c4 normal, romatolojik ve hepatit belirteçleri negatif geldi. Hastadan kan, idrar ve boğaz kültüründe üreme olmadı. Virüslere yönelik seroloji testleri negatif geldi. Yapılan eko normaldi. Still tanısı düşünülen olguya tedavi planlandı. Naproksen sodyum 2x1 ile ateşi kontrol altına alınamayan hastaya metilprednizolon 3 gün pulse 500mg infüzyon tedavisi verildi.takiplerinde vucut ısısı normale dönen ve döküntüleri azalan hasta, genel durum düzelmesi sonrası 1 mg/kg/gün oral prednizolona geçilmesi ile taburcu edildi.

Kontrol muayenesi normal olan hastanın pa ac grafisinde önceki lezyonalarının kaybolduğu izlendi.

SONUÇ: Still hastalığı, plevral efüzyon, parankimal infiltrasyon ve solunum sıkıntısı ile klinik prezentasyonu olabilen antibiyotik cevapsız ateşli olgularda akılda tutulması gereken nadir bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer tutulumu, erişkin still hastalığı, plörezi,

TEDAVİ ÖNCESİ

TEDAVİ ÖNCESİ

TEDAVİ SONRASI

TEDAVİ SONRASI

EP-125

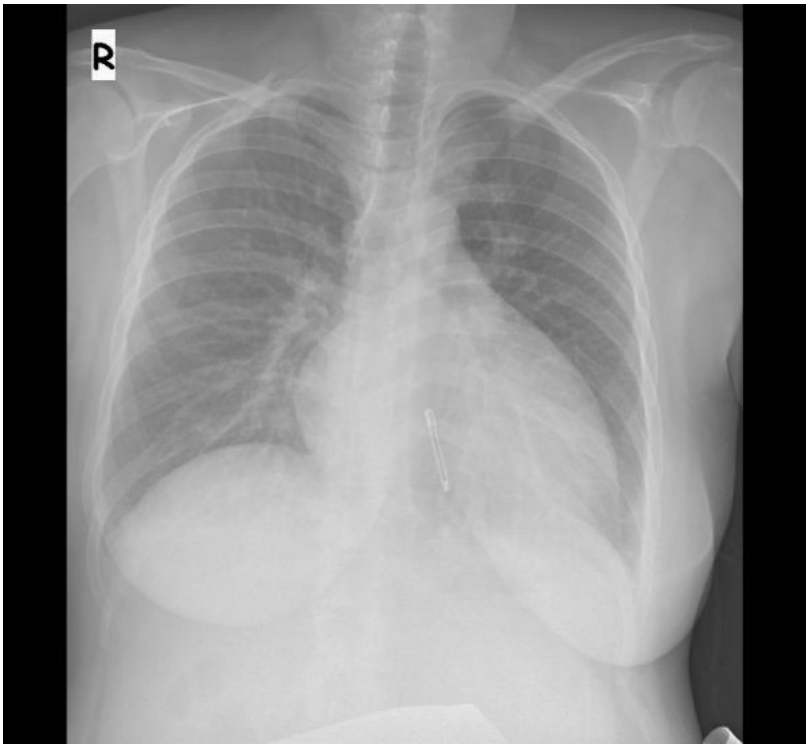
BRONŞİT ÖN TANISIYLA YATIRILAN GEBE HASTADA PERİPARTUM KARDİYOMİYOPATİ

Kadir Canoğlu, Gülhan Çakır
Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul

33 yaşında kadın hasta polikliniğimize başvurdu. 34 haftalık gebe idi. 4 gündür öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığı şikayeti varmış. Dış merkezde bronşit tanısıyla amoksisilin/klavulonik asit tedavisi düzenlenmiş, akciğer grafisi çekilmemiş. Şikayetleri geçmemesi üzerine polikliniğimize başvurmuş ve kliniğimize yatırılmış. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. 15 paket/yıl sigara öyküsü vardı. Dinlemekle bilateral ekspiryum uzamış ve nadir ronküs duyuldu. Pretibial ödem ++/++ idi. BK: 6710/mm3, nötrofil hakimiyeti yok idi, CRP: 28,3 mg/l saptandı. Hastanın mevcut antibiyoterapisine devam edildi, bronkodilatör tedavi düzenlendi. Pretibial ödem olması nedeniyle alt ekstremite ultrason istendi. Akciğer grafisi istendi, radyoloji teknisyeni tarafından grafi çekilmedi. Radyoloji servis doktoru ile görüşülerek hastaya akciğer grafisi çekildi. Akciğer grafisinde infiltrasyon izlenmedi, kardiyotorasik oran artmış izlendi (Resim 1). Pretibial ödemi de olması nedeniyle kardiyoloji konsültasyonu istendi. Yapılan ekokardiyografisinde EF %20, global hipokinezi, orta-ileri mitral yetmezlik, hafif-orta triküspit yetmezlik (PABs: 50-55 mmHg), sağ kalp boşlukları normal saptandı. Peripartum kardiyomiyopati tanısıyla hasta kardiyoloji ve kadın doğum servislerine konsülte edildi, hasta acil sezaryene alındı, sonrasında kardiyoloji yoğun bakıma nakledildi. Bu olgu, gebe hastalara çekilecek akciğer grafisinin, bebeğe zararlı olabilecek dozdan çok daha düşük dozlarda olduğu, ancak hastaya çok fazla yararı olması nedeniyle, bu konuya dikkat çekmek için yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: gebe, akciğer, grafi, kardiyomiyopati

Resim 1



EP-126

PLÖREZİ İLE GELEN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSU

Gözde Kısmet[1], Süleyman Baş[2], Oğuzhan Okutan[1], Fatih Sarıtaş[3]
[1]SBÜ Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[3]SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji

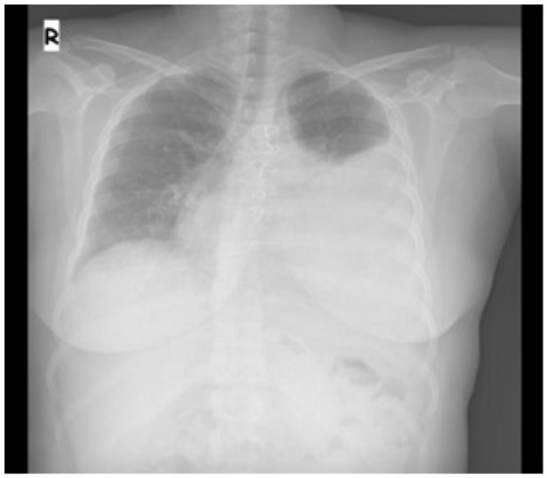
GİRİŞ:Sistemik lupus eritematozus(SLE),sıklıkla genç kadınlarda görülen ve birçok organı etkileyen otoimmün bir hastalıktır.SLE, akciğer tutulumunun en sık görüldüğü kollajen doku hastalığıdır.Biz de yazımızda nefes darlığı ve plevral efüzyon nedeniyle tetkik edilirken SLE tanısı konulan olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: 39 yaşında kadın hasta nefes darlığı şikayeti ile tarafımıza başvurdu.10 gün önce başlayan nefes darlığına öksürük, balgam ve yan ağrısının eşlik ettiğini belirtti.Özgeçmişinde panik bozukluk,atriyal septal defekt operasyonu,koroner ateroskleroz nedeniyle 1 yaşında CABG,birinci trimestrda 2 kez düşük öyküsü mevcut olan hasta duloksetin kullanıyordu.Genel durum orta,bilinç açık olan hastanın arteryel kan basıncı 100/75 mmHg,nabız:106 /dakika,ritmik, ateş:37,5 C,solunum sayısı 20 /dakika idi.Solunum sistemi muayenesinde perküsyonla sol taraf skapula altında matite alındı,dinlemekle solda skapula seviyesinden itibaren solunum sesleri alınamadı.Kalp sesleri ritmik,taşikardik olup ek ses-üfürüm saptanmadı.Batın muayenesinde karaciğer kot altında 2 cm,künt kenarlı,üstü düz,palpasyonla hassas değil,dalak muayenesinde traube kapalı olup palpe değildi.Hastanın laboratuar parametreleri Tablo-1'dedir.Elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi olup,PA akciğer grafisi Resim-1'dedir.Pulmoner BT Anjiyografide sol hemitoraksta 60 mm çapında plevral efüzyon,efüzyon komşuluğunda sol akciğer alt lob posteromediobazal segmentlerinde atelektazi ve konsolide görünümler izlendi.(Resim3)Hasta pnömoni,plevral efüzyon,anemi tanısıyla takibe alınıp moksifloksasin, siyanokobalamin,folik asit,ferro glikokol sülfat başlandı.EKO'da EF%65 olup kalp yetmezliği saptanmadı.Yapılan tanısal torasentezde plevral mayi serofibrinoid görünümde eksüda vasfında idi.Plevral mayi bakteriyolojik ve mikobakteri kültüründe üreme saptanmadı,ARB görülmedi,patolojik incelemesinde malignite saptanmadı.Batın USG'de;HSM,grade-2 hepatosteatoz saptandı.Hastanın takibinde bilateral el eklemlerinde hassasiyet,ısı artışı gelişti(artrit).Hastadan gönderilen otoimmun parametrelerden ANA 4+,Anti-dsDNA negatif,Anti-Sm 3+,Anti-Sm/RNP 3+,Anti-Jo negatif,Anti-SSA/SSB negatif,Anti-Scl 70 negatif,Anti-Sentromer negatif saptandı.İlk trimestr gebelik kaybı olması nedeniyle gönderilen antifosfolid sendromu açısından gönderilen parametreler negatif saptandı.C3 normal,C4 düşük,Direkt Coombs 4+ saptandı.Klinik ve laboratuar parametreleri ile hastada SLE düşünülerek 3 gün 1000 mg metilprednisolon,idame 64 mg metilprednisolon,hidroksiklorokin 2*200 mg tedavisine başlandı.Hastanın tedavi sonrası plevral efüzyonu geriledi.(Resim-2)Hasta romatoloji poliklinik takiplerine devam etmesi önerisiyle taburcu edildi.

TARTIŞMA: Hastaya plevral efüzyon,artrit,lenfopeni,ANA,Anti-Sm,hemolitik anemi olmadan direkt Coombs pozitifliği ile SLE tanısı kondu(Tablo-2).SLE solunum sistemini en sık tutan konnektif doku hastalığıdır.Plevral efüzyon SLE hastalarının %5'inde ilk bulgu olabilir.Plevral efüzyon sıklıkla eksüdatiftir.Tanısal torasentez SLE hastalarında olası diğer nedenleri dışlamada yardımcı olmaktadır.SLE'de nefrotik sendrom,PE,böbrek yetmezliği,kalp yetmezliği,pnömoni gibi nedenlere bağlı plevral sıvı oluşabilmektedir.Plevral efüzyonu antibiyoterapiye cevapsızdı.Hastada kalp yetmezliği,böbrek yetmezliği,proteinüri,PE saptanmadı.Hastanın plevral efüzyonunun SLE'ye bağlı olduğu düşünüldü.SLE'ye bağlı plevral efüzyon düşük doz glukokortikoidlere genellikle hassas olup günler içinde geriler.

Anahtar Kelimeler: Plevral efüzyon,Plörezi,Sistemik Lupus Eritematozus

Resim-1 ve Resim-2



Resim-1: Olgunun başvuru anındaki PA akciğer grafisinde solda orta ve alt alanda açıklığı yukarı bakan homojen dansite artışı

Resim-2: Olgunun tedavi sonrası çekilen PA akciğer grafisinde sıvının regrese oldugu izleniyor.

Resim-3

Tablo-1:Olgunun başvuru anındaki laboratuar parametreleri

Glukoz (mg/dL) (plevral mayii ile eş zamanlı)	119	Haptoglobulin (14-258 mg/dL)	120
Üre (N:14-44 mg/dL)	26	Total demir bağlama kapasitesi (120-520 µg/dL)	320
Kreatinin (mg/dL)	1,11		
ALT (U/L) (0-40)	51		
AST (U/L) (0-40)	34	Plevral Mayii	
LDH (U/L) (200-450) (plevral mayii ile eş zamanlı)	326	Glukoz (mg/dL)	111
GGT (U/L) (7-32)	67	Albumin (g/dL)	2,6
ALP (U/L) (35-125)	105	Total protein (g/dL)	6,08
Direk bilirübin (mg/dL) (0,01-0,3)	0,2	LDH (U/L)	266
İndirek bilirübin (mg/dL)	0,22		
Total bilirübin (mg/dL) (0,1-1,2)	0,42		
Albumin (3,5-5 g/dL) (plevral mayii ile eş zamanlı)	3,19		
Total protein (6,2-8,1 g/dL) (plevral mayii ile eş zamanlı)	8		
Kalsiyum (8,4-10,6 mg/dL)	7,8		
Sodyum (mmol/L) (134-148)	137		
Potasyum (mmol/L) (3,5-5,3)	4,3		
Lökosit (10*3/µl)	4,63		
Nötrofil (10*3/µl)	3,12		
Lenfosit (10*3/µl)	0,89		
Trombosit (10*3/µl)	202		
Hemoglobin (gr/dL)	9,36		
Hematokrit (%)	28,84		
MCV	69,78		
Vitamin B12 (pg/mL)	125		
Ferritin (22-275 ng/mL)	16,91		
Demir (65-175 µg/dL)	11,5		
Folat (ng/mL)	6		
Protein (Tam idrar tetkiki)	Negatif		
Sedimentasyon (0-20 mm/sa)	54		
CRP (0-8 mg/L)	19,8		

Tablo-2:SLE yeni immünolojik ve klinik tanı kriterleri (The International Collaborating Clinic 2012)

İmmunolojik Kriterler	Klinik kriterler
ANA pozitifliği	Akut deri lupusu
Anti-dsDNA+liği (*2 referans lab)	Kronik deri lupusu
Antifosfolipid antikor; LAK + Yalancı RPR+ Antikardiyolipin Anti B2GP+	Oral veya nazal ülser
Düşük kompleman C3, C4, CH50	Alopesi
Direk Coombs (hemolitik anemi olmadan)	Sinovit (şişlik veya hassasiyet)
Anti-Sm pozitifliği	Serözit (plörit, pericardit)
	Böbrek tutulumu (proteinüri, hematüri)
	Nörolojik tutulum
	Hemolitik anemi
	Lökopeni veya lenfopeni
	Trombositopeni

**4 kriter (en az 1 immunolojik, 1 klinik kriter) / Bx ile kanıtlanmış lupus nefriti+ANA veya Anti-dsDNA (+)liği*

EP-127

BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR

EP-128

ROMATOİD ARTRİT VE MULTİPL KALSİFİYE PULMONER NODÜLLER

Şule Çilekar, Ahmet Dumanlı, Gürhan Öz, Ersin Günay
Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi

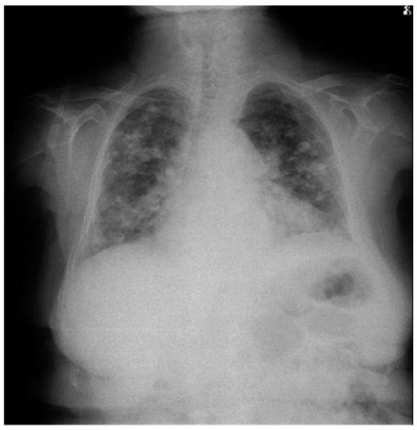
GİRİŞ: Romatoid artrit (RA), kronik inflamasyon ve eklem yıkımını içeren immün sistem hastalığıdır. Bu hastalıkta eklem tutulumu sık görülmekle beraber, özellikle Romatoid Faktör (RF) yüksek olan hastalarda eklem dışı tutulumlar da gözlenir. Eklem dışı tutulum olan organlardan biri de akciğerlerdir. Akciğerlerde yaygın olarak plevral hastalıklar, intersitisyel akciğer hastalıkları ve nekrobiotik nodüller görülebilir. Nekrobiyotik nodüller takip esnasında kaviteleşebilir veya kalsifiye olabilir. Biz de RA tanısıyla takip edilen ve radyolojik olarak multipl kalsifiye pulmoner nodüller tespit edilen bir olguyu literatürler eşliğinde sunduk.

OLGU: RA ile takip edilen 75 yaşında bayan hasta polikliniğimize nefes darlığı ile başvurdu. Sigara öyküsü, kömür tozu veya asbest maruziyet öyküsü yoktu. Vital bulguları normal sınırlardaydı. Karbonmonoksit Difüzyon (DLCO) testi normal olarak değerlendirildi. Kan testlerinde C-reaktif protein:10,8 mg /l, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR):103 mm/h saptandı. Romatizmal faktör (RF) değeri 30,4 U/ml'di. Diğer kan testleri normal sınırlardaydı. Akciğer grafisinde her iki akciğerde değişen boyutlarda çoklu nodüller gözlendi (RESİM 1). Toraks BT'de sol ve sağ akciğer boyunca 0,5 cm ile 2 cm arasında değişen çoklu pulmoner nodüller ve kayıcı hiatal herni gözlendi (RESİM 2A,2B). Mevcut görüntüler maligniteye bağlı pulmoner metastaz ayırıcı tanı nedeni ile Pozitron Emisyon Tomografisi (PET CT) ile değerlendirildi (RESİM 2C). Yüksek Floro-Deoksi-Glukoz (FDG) tutulumu gözlendi (SUVmax 3,9 ile 6,4). Bronkoskopide endobronşial lezyon izlenmedi. Transbronşiyal akciğer biyopsisi yapılan hastada biyopsi sonucu patoloji raporunda fibrozis ve lenfositlerden oluşan iltihabi infiltrasyon olarak belirtildi. Bronko alveolar lavaj sıvısı kültürü ve mikobakteri testleri (ARB ve Kültür) negatifti. Hastanın dış merkezli takiplerinde değerlendirilen ve 5 yıl öncesine ait olan Toraks BT'ne ulaşıldı.Mevcut lezyonların aynı sayı ve boyutta bu tetkiklerinde de mevcut olduğu gözlendi. Bu bulguları ile RA bağlı kalsifiye pulmoner nodüller olarak değerlendirildi. Hasta evde oksijen tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

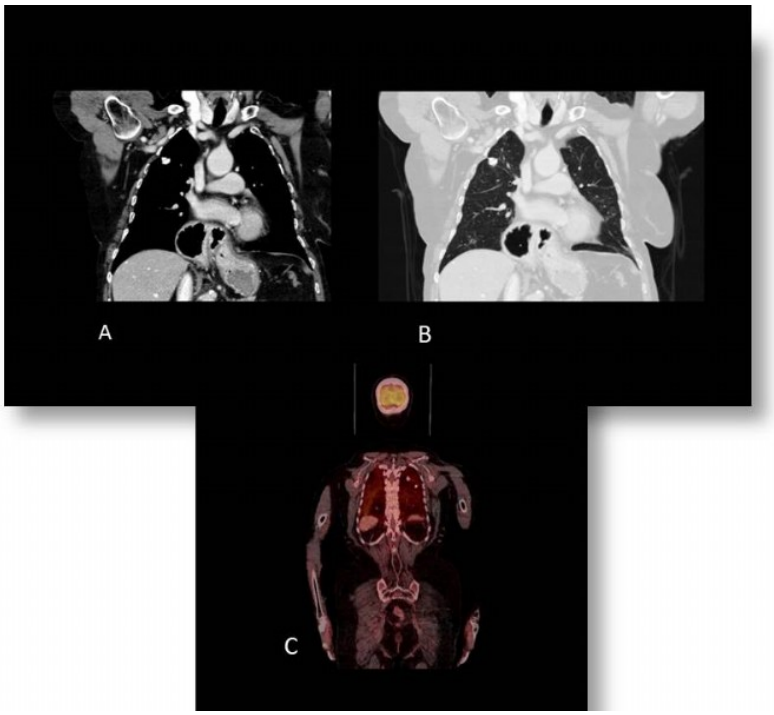
SONUÇ: Akciğerlerde multiple nodüller; maligniteye bağlı metastaz başta olmak üzere, granulamatoz akciğer hastalıkları, tuberküloz, RA gibi birçok hastalığı düşündürmektedir. Bizim vakamızda bu nodüllerin FDG tutulumu göstermesi maligniteyi düşündürmekle birlikte özellikle kalsifiye olması, altta yatan RA hastalığının olması, 5 yıl önce aynı lezyonların olması maligniteden uzaklaştırmıştır. Nitekim hastamızda RA'e bağlı pulmoner nodül tanısı konulmuştur. Bu gibi FDG tutulumu gösteren lezyonlarda yalancı PET pozitif görünüm olabileceği ve benign akciğer hastalığı olabileceği akılda tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: ROMATOİD ARTRİT, MALİGNİTE, NODÜL, PET CT

PA GRAFİ



PET CT



EP-129

NADİR BİR OLGU: BRONKOLİTHİAZİS

Songül Özyurt, Melek Memoğlu, Bilge Yılmaz Kara, Dilek Karadoğan, Ünal Şahin
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

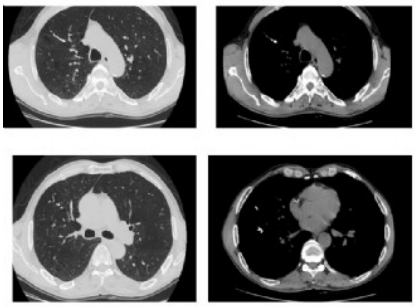
GİRİŞ: Bronkolitiazis, kalsifiye lenf nodlarının bronş duvarını aşındırarak bronş lümenine açılmasıyla karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Bronş içerisinde taş oluşur.

OLGU: 55 yaşında erkek hasta, üst solunum yolu enfeksiyonu sonrasında 1.5 aydır devam eden kuru, gıcık vasfında öksürük nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Balgam, ateş, hemoptizi tariflemiyordu. Sistem sorgulamasında herhangibir özellik saptanmadı. Özgeçmişinde 20 paket/yıl sigara içimi dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde farenks hiperemik, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar bulgularında anormallik saptanmadı. Akciğer grafisinde özellikle sağda daha belirgin tüm zonlarda ince kalsifik görünümler (resim 1) mevcuttu. Toraks BT de bronş içerisinde radyoopak görünen yer yer tesbih tanesi gibi sıralanmış bronkolithiazis ile uyumlu bulgular saptandı (resim 2). Hasta bronkoskopiyi kabul etmediği için yapılamAdı. Asemptomatik olması nedeniyle takibe alındı.

SONUÇ: Bronkolithiazis nadir görülen bir durumdur ve çoğunlukla asemptomatiktir. Bazen de bronş tıkanmasına bağlı tekrarlayan enfeksiyonlar, bronşektazi, hemoptizi, hiperinflasyon ve atelektaziler nedeniyle ayırıcı tanıda tipik radyolojik bulgular saptandığında akılda bulundurulmalıdır

Anahtar Kelimeler: bronkolithiazis, öksürük, radyoloji

Resim1



Toraks BT'de tipik tesbih tanesi görünümü

EP-130

HASTANEMİZDE 2014- 2018(HAZİRAN) YILLARINDA AKCİĞER KAYNAKLI KLİNİK ÖRNEKLERDE EN SIK SAPTADIĞIMIZ HIZLI ÜREYEN MİKOBAKTERİ KÖKENLERİ VE İN-VİTRO İLAÇ DUYARLILIKLARI

İsmail Ceyhan, Şeref Özkara, Müjgan Zuhal Güler, Güngör Dulgar, Resul Altınsoy, Sedat Vezir
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.

GİRİŞ: Dünya'da tüberküloz dışı mikobakteriler(TDM) klinik olgulardan daha fazla rapor edilmeye başlanmıştır. Bugüne kadar 150'den fazla mikobakteri türü ve/veya alt türü tanımlanmıştır. *Mycobacterium leprae* ile *Mycobacterium tuberculosis complex* dışındaki türler "tüberküloz dışı mikobakteriler(TDM)" veya "atipik mikobakteriler" olarak adlandırılırlar. Göreceli olarak hızlı ve yavaş üreyenler olmak üzere iki ana grupta incelenirler. TDM'lerin çoğu doğada yaygın olarak bulunur ve fırsatçı patojenler olarak bilinirler. İzole edilen türlerin etken olarak kabul edilebilmeleri için klinik/semptomlar, konağa ve türe ait faktörler ile laboratuvar bulgularının birlikte değerlendirilmesi gerekir. Bu çalışmada laboratuvarda akciğer kaynaklı örneklerden sıklıkla izole edilen ve hızlı üreyen *Mycobacterium abcessus*, *Mycobacterium fortuitum* ve *Mycobacterium chelonae*'nin ilaç duyarlılık sonuçları incelenmiştir.

GEREÇLER VE YÖNTEM: 2014-2018(Haziran)' yıllarında laboratuvarımızda hızlı üereyen mikobakterilerin türleri ve ilaç duyarlılık sonuçları değerlendirildi. Akciğer kaynaklı rutin örneklerin işlenmesi (NaOH-NALC) ve kültüre edilmesi sonucunda Lowenstain-Jensen ve/veya otomatize sıvı sistemde saptanan hızlı üreyen kökenler (genellikle 3-7 gün) önce tüberküloz yönünden kart testine (MPB64, Capilla TB-Neo), sonra tür belirleme amacıyla reverse-dotblot (GenoType Mycobacterium CM/AS, Hain) işlemine alındı. Çalışma sonucunda saptanan türler, mikrotüp dilüsyon yöntemiyle(RapMycoi-Sensititre, TREK-Diagnostic Systems) trimetoprim/sufametaksazol(SXT), siprofloksasin(CIP), moksifloksasin(MXF), sefoksitin(FOX), amikasin(AMI), doksisiklin(DOX), tigesiklin(TGC), klaritromisin(CLA), linezolid(LZD), imipenem(IMI), sefepim(FEB), amoksisilin/klavunalik asit(AUG), seftirakson(AXO), minosiklin(MIN) ve tobramisin(TOB)'e karşı duyarlılıkları test edildi. Sonuçlar CLSI/M24-A2' uygun olarak değerlendirildi ve rapor edildi.

BULGULAR: Çalışmamızda toplam 435 adet TDM kökeni saptandı. Bunlardan 139 adedi hızlı üreyen mikobakteri olarak belirlendi.Sıklık açısından ilk üçünün sırasıyla*M.abcessus* 60(%43), *M.complex* 52(%37) ve *M.chelonae* 22(%16)'nin olduğu belirlendi. Duyarlılık sonuçları Tablo.1'de verilmiştir. Çalışmada AMI, LNZ, her üç bakteri için yüksek oranda duyarlı bulunmuştur. MXF *M.fortuitum*, TOB ise *M.chelonae* için %100 duyarlı olduğu gözlenmiştir. *M.fortuitum* için CIP ve MXF duyarlılığı diğer iki türe göre daha yüksek bulunmuştur.

SONUÇ VE TARTIŞMA: TDM'lerin İDT'leri CLSI'a göre yapılması önerilmektedir. Tedavide CLA, hemen hemen tüm TDM için birinci seçenek ve azitromisin/roksitromisin için ise temsilci ilaç olarak kabul edilmektedir. *M.abcessus* için FOX ve AMI, *M.chelonae* IMI ve TOB, *M.fortuitum* için CIP, IMI, FOX, DOX ve SXT ilk seçenek olarak tercih edilmektedir.TOB *M.abcessus* ve *M.fortuitum* kökenlerine yönelik test edilmesi önerilmemektedir. Ülkemizde TDM'lere yönelik tedavi ve IDT çalışmalarında veriler artmaya başlamıştır. Daha ileri araştırmalarda klinik ve laboratuvar sonuçlarının birlikte değerlendirilmesi sınır değerlerinin belirlenmesinde yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: {Mycobacterium abcessus}, {Mycobacterium fortuitum}, {Mycobacterium chelonae}, ilaç duyarlılık testi, hızlı üreyen tüberküloz dışı mikobakteri (TDM)

Laboratuvarımızda en sık izole edilen türler olarak Mycobacterium abcessus, Mycobacterium fortuitum ve Mycobacterium chelonae'nin in-vitro ilaç duyarlılıkları ve oranları(CLSI)* e göre

n:139**	SXT	CIP	MXF	FOX	AMI	DOX	CLA	LZD	IMI	MIN	TOB
{Mycobacterium abcessus} n:60	12 (%20)	24 (%40)	21 (%35)	51 (%85)	60 (%100)	9 (%15)	57 (%95)	58 (%97)	20 (%33)	8 (%13)	
{Mycobacterium fortuitum} n:52	21 (%40)	49 (%94)	52 (%100)	44 (%85)	52 (%100)	24 (%46)	40 (%77)	51 (%98)	41 (%79)	19 (%37)	
{Mycobacterium chelonae} n:22	13 (%59)	13 (%59)	17 (%77)	15 (%68)	21 (%95)	15 (%68)	22 (%100)	22 (%100)	13 (%59)	15 (%68)	22 (%100)

(*)CLSI-M24/A2'ye göre, (CLSI:Clinical and Laboratory Standards Institute, Susceptibility Testing of Mycobacteria, Nocardia and Other Aerobic Actinomycetes, Approved Standard-Second Edition 2011) (**) İzole edilen toplam hızlı üreyen tüberküloz dışı mikobakteri sayısı SXT:trimetoprim/sufametaksazol, CIP:siprofloksasin, MXF:moksifloksasin, FOX:sefoksitin, AMI:amikasin, DOX:doksisiklin, CLA:klaritromisin, LZD: linezolid, IMI:imipenem, MIN:minosiklin, TOB:tobramisin

EP-131

TRAKEABRONKOMEGALİ (MOUNİER-KUHN SENDROMU): OLGU ÖRNEĞİ

Ali Çetinkaya, Ayşe Yeter, Ayşe Sinem Durna, Nagihan Orhan Özer, Mehmet Atilla Uysal
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

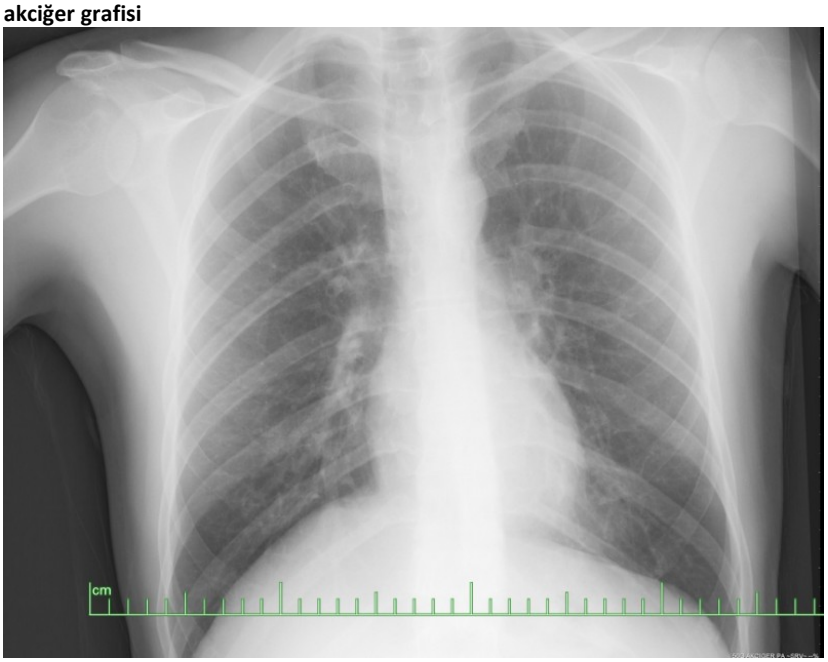
GİRİŞ: Doğumsal trakeabronkomegali olarak bilinen Mounier-Kuhn sendromu çok nadir olup trake ve bronşların genişlemesi, bronşektazi ve trakeobronkomalazi ile karakterizedir. BT'de trakea ve bronşlar geniş olup genellikle duvarları dalgalı bir görünüme sahiptir ve eşlik eden divertiküller bulunur. Ekspiryumda trakea ve bronşlar kollabe olabilir. Trakea kadın ve erkekte koranal çapı 21 ve 25 mm, sagital çapı 23 ve 27 mm'den daha geniştir.

OLGU: 32 yaşında erkek hasta, bilinen kronik hastalık öyküsü yok. Hastanın daha eski yıllarda bir solunum semptomu yokken son 2 yıldır geçirdiği alt solunum yolu enfeksyonları mevcut. Ön planda olan şikayetleri hemopteik balgam ve öksürük. Bu şikayetler ile değerlendirilen hastanın hem akciğer grafisinde hem de toraks tomografisinde trakeal genişleme görüldü. Görüntülemelerinde ayrıca bronşektazileri de olan hastanın balgam ve bronkoskopik lavaj örneklemelerinde üreme olmadı.SFT'de belirgin bir obstrüksiyon görülmedi.

SONUÇ: Ender görülen bu hastalıkta da görüldüğü gibi özellikle akciğer grafilerinde değerlendirme yaparken trakeal hava sütunu da ayrıntılı incelenmeldir. Bronşektazi semptomları ve bronşit benzeri semptomuolan hastalarda bu nadir hastalıklar da unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: trakeabronkomegali, mounier-kuhn, bronşektazi

akciğer grafisi



mediasten pencerisinden trakeal görünüm

EP-132

TRAKEOBRONKOPATİA OSTEOKONDROPLASTİKA

Nurdan Şimşek Veske, Gülşah Günlüoğlu, Nurdan Kalkan, Sedat Altın, Erdoğan Çetinkaya
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

ÖZET VE GİRİŞ:Trakeobronkopatia Osteokondroplastika (TO); trakea ve ana bronşlarda submukozal yerleşimli kıkırdak ve kemik dokusu içeren, nodüllerle karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Etyolojisi bilinmeyen bu durumun bilinen ve kanıtlanmış bir tedavisi yoktur. Kronik öksürük ve nefes darlığı yakınması ile göğüs hastalıkları polikliğine başvuran ve görüntüleme sonrası yapılan fiberoptik bronkoskopi ile TO tanısı almış bir olgu, Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) ve fiberoptik bronkoskopi (FOB)görüntüsü ile birlikte sunulmuştur.

OLGU: 67 yaşında bayan hasta 3 aydır devam eden öksürük ve nefes darlığı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral yer yer ekspiratuar ronküsleri mevcuttu. Diğer sistem muayenlerinde bir özellik yoktu. Hipertansiyon tanısı nedeniyle angiotensin reseptör blokeri ve gastroözefageal reflüsü nedeniyle proton pompa inhibitörü kullanıyordu. Sigara alışkanlığı yoktu. Labarotuar bulgularında bir özellik yoktu. Solunum fonksiyon testinde; FEV1:1,67 (% 103) FVC: 1,87(%93) FEV1/FVC: %74 saptandı. Postero-anterior Akciğer grafisinde bilateral bronkovasküler izlerde belirignleşme mevcutu. İnhaler kortikosteroid ve uzun etkili beta 2 agonist kombinasyonu tedavisi verilen hasta poliklinik kontrolüne çağrıldı. Poliklinik kontrolünde öksürük yakınması devam eden, solunum sistemi muayenesinde solunum sesleri doğal saptanan hastadan Toraks Bilgisayarlı Tomografisi (Toraks BT) istendi. Toraks BT'de; trakeada, lümene uzanım gösteren polipoid yapılar izlenmesi üzerine hastaya fiberoptik bronkoskopi (FOB) planlandı. FOB' da trakea posterior duvarı haricinde, proksimalden distale kadar tüm yüzeyde,farklı boyutlarda, yüzeyi düzgün, kıkırdak kaynaklı olduğu düşünülen nodüler lezyonlar izlendi.Distal uçtaki lezyondan biyopsiler alındı.Patoloji sonucu fokal kalsifikasyon alanları içeren yüzeyel bronş mukozası parçaları olarak raporlandı. Toraks BT ve FOB bulgularına göre TO tanısı konulan hasta,inhaler steroid tedavisi ile takibe alındı.

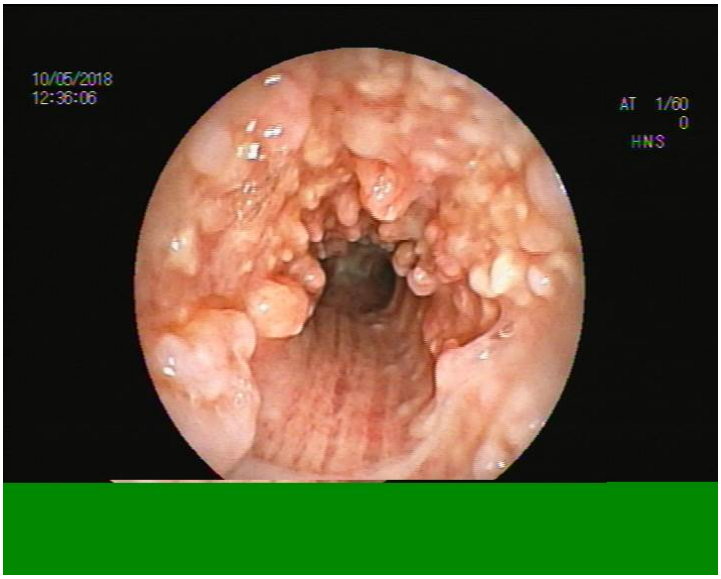
TARTIŞMA:Hastalığın etyopatogenezi bilinmemektedir. Genellikle 50 yaşın üzerindeki erkeklerde kadınlara göre 3 kat daha fazla görülmektedir.Olgular sıklıkla yakınmasızdır. Yakınmalar lezyonlara sekonder oluşan klinik durumlarla ilişkilidir. En sık yakınma nefes darlığıdır ve obstrüksiyonun derecesine bağlıdır. Öksürük, balgam, hemoptizi de olabilir.TO olguları için tipik olan posterior membranöz duvarın korunmuş olmasıdır. Anterolateral duvarda sert nodüller şeklinde görülür.Semptoma yönelik tedavi yöntemlerini içerir.

Medikal tedaviye cevapsız, bir nedene bağlanamayan kronik öksürük yakınması olan hastalarda akciğer grafisi normal olsa bile ileri görüntüleme yöntemleri önem kazanmaktadır. TO nadir görülen bir hastalıktır, spesifik tedavisi yoktur ancak öksürük etyolojisinde akılda tutulması gereken bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Trakeobronkopatia Osteokondroplastika, bronkoskopi, öksürük

TORAKS BT

Trakea distali



EP-133

SUBKONJONKTİVAL HEMORAJİ: ENDİŞE ETMELİ Mİ, ETMEMELİ Mİ?

Mehmet Cem Sabaner[1], Reşat Duman[1], Mustafa Doğan[1], Şule Çilekar[2], Ersin Günay[2]
[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyon
[2]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyon

AMAÇ: Kronik bronşit veya kronik obstrüktif akciğer hastalarında (KOAH) gelişen akut subkonjonktival hemoraji tablosunu değerlendirmek amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Retrospektif olarak planlanan çalışmamızda Ocak 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında kronik bronik bronşit veya KOAH tanıları olup tek gözde kızarıklık şikayetiyle Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Göz Hastalıkları Kliniğimize başvuran ve subkonjonktival hemoraji tanısı alan 43 hastanın 43 gözü çalışmaya dahil edildi. Tüm gözlerin muayenede tespit edilen ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) kullanılarak saptanmış en iyi düzeltilmiş görme keskinliği (EİDGK) ve aplanasyon tonometresi ile ölçülmüş göz içi basıncı (mm-Hg) değerleri hasta dosyalarından tespit edildi. Görmede ani bulanıklık geliştiğini hisseden ve hissetmeyen hastalar gruplandı. İstatistiksel olarak tanımlayıcı metodların (ortalama, standart sapma) yanı sıra, normal dağılım gösteren verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi kullanılması planlandı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 43 hastanın 32'si erkek (%74), 11'i kadın (%26) idi. Ortalama yaş 57,12±8,17 idi. 43 hastanın 38'inde izole subkonjonktival hemoraji (Figür-1) tespit edilmiş iken; 4 hastada preretinal Sub-ilm hemoraji (Figür-2) ve 1 hastada vitre içi hemoraji ile birlikte sub-ilm hemoraji saptanmış olup toplamda 5 hastaya valsalva retinopatisi teşhisi koyuldu. Görmede ani bulanıklık hisseden tüm hastalarda valsalva retinopatisi tespit edildi. Valsalva retinopatisi saptanan hastaların EİDGK ortalaması 0,013±0,007 (2,03±0,54 LogMAR), izole subkonjonktival hemoraji saptananların ise 0,58±0,14 (0,24±0,11 LogMAR) olarak bulundu. Valsalva retinopatisi saptanan grubun EİDGK değerleri, izole subkonjonktival hemoraji saptanan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0.001$). Yaş, cinsiyet ve göz içi basıncı değerleri açısından gruplar arasında fark saptanmadı. İzole subkonjonktival hemoraji saptanan tüm hastalarda topikal steroid olmayan anti-inflamatuar damla (nepafenak 3x1) ile gerileme izlendi. Valsalva retinopatisi saptanan 5 hastanın 4'ünde topikal nepafenak ve istirahat ile tabloda gerileme sağlanırken, 1 hastada gerileme olmaması üzerine 1.ay sonunda Nd:YAG lazer (Laserex Tango, Ellex, Adelaide Avustralya) ile hyaloidotomi yapılarak etkin tedavi sağlandı.

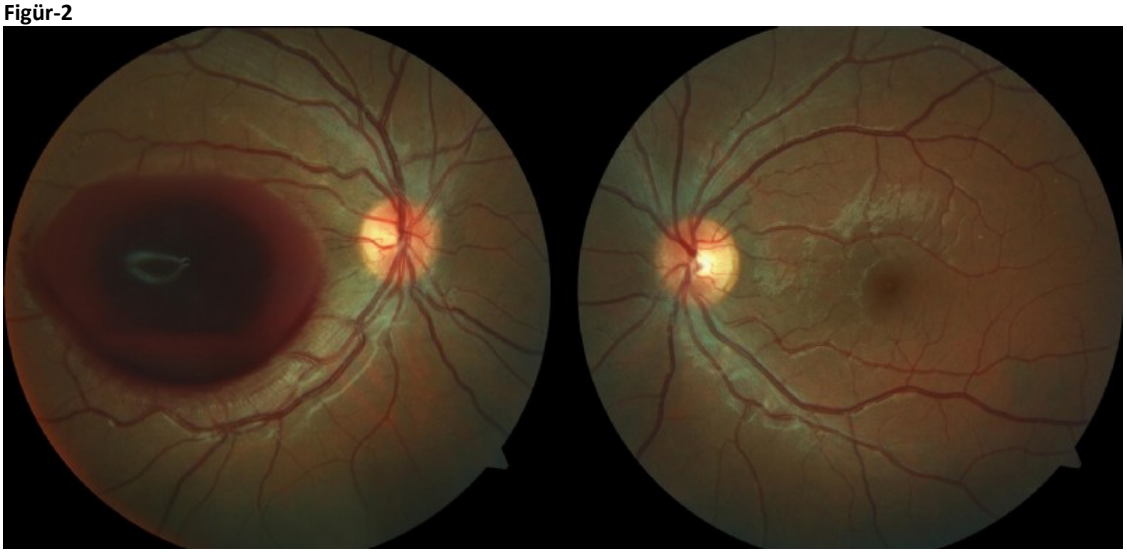
SONUÇ: Kronik bronşit veya KOAH hastalarında, genellikle öksürükle gerçekleşen valsalva manevrası sonrası ortaya çıkan akut subkonjonktival hemoraji tablosuna ani gelişen görmede bulanıklık eşlik ediyor ise valsalva retinopatisinden şüphe edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: kronik bronşit, KOAH, subkonjonktival hemoraji, valsalva retinopatisi

Figür-1

Subkonjonktival hemoraji örnekleri görülmektedir.

Figür-2



Dilate fundus muayenesinde sağ gözde valsalva retinopatisi (sub-ilm hemoraji), sol göz normal olarak izlenmektedir.

EP-134

BRONKO-ÖZEFAGİAL FİSTÜL OLGUSU

Sevil Pempeci[1], Hülya Çelenk Ergüden[2], Ayşegül Karalezli[1]
[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Ankara
[2]Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

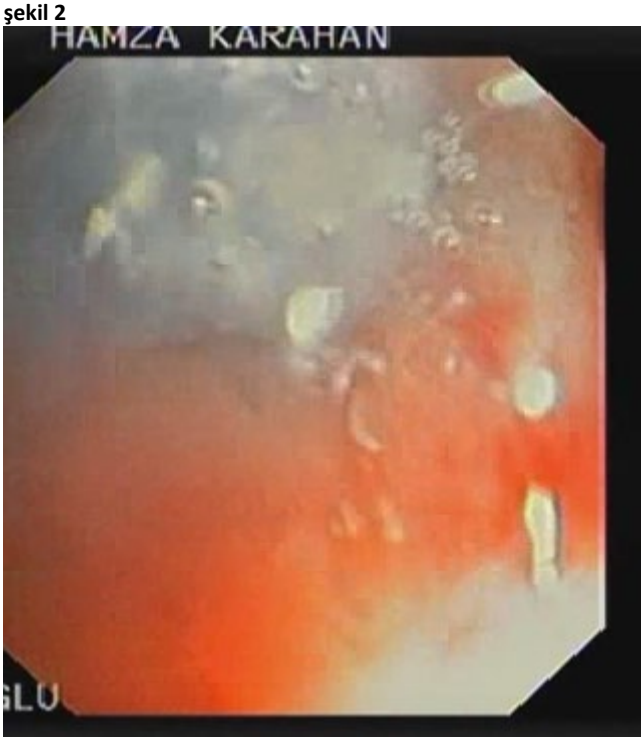
Bronko-özefagial fistül (BÖF) oldukça nadir rastlanan ve trakea-özefagial fistüllere kıyasla daha az görülen bir patolojidir. Genellikle yenidoğan döneminde tanı konulmaktadır. Özefagial atrezi ile birlikte değilse saptanması yetişkin dönemde olabilmektedir. Nadir görülmesi nedeniyle BÖF'lü bir olgu sunulmuştur.80 yaşında bilinen hipertansiyon tanısı, geçirilmiş akciğer tüberkülozu(TB) öyküsü olan erkek hasta öksürük, balgam,nefes darlığı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Bu nedenle 2 kez antibiyotik kullanım öyküsü vardı. Fizik muayenesinde sağ klavikula altında tubersufl duyulmaktaydı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide; sağ akciğer üst lob apikal segmentte daha belirgin olmak üzere TB sekeli ile uyumlu bulgular, ayrıca özofagus orta kesimde sağda parankime traksiyon ve kaviter lezyona uzanım gösteren fistül hattı, sağ akciğerde üst lobda belirgin olmak üzere yaygın asiner nodüler infiltrasyon izlendi. Tüberküloz geçirme öyküsü olan hastadan 3 kez gönderilen balgam ARB ve TB PCR negatif olarak raporlandı. Hastaya fistüle yönelik endoskopi ve bronkoskopi yapıldı. Özefagoskopide kesici dişlerden itibaren yaklaşık 25.santimetre(cm)'de 1,5 cm'lik fistül izlendi (şekil1). Bronkoskopide sağ üst lob girişi iki segment olarak izlendi. Anterior segment medialsubsegmentinden fistül ağzı görülmemekle birlikte kendiliğinden segment orifisine hareket eden beyaz renkli partikül izlendi.Hastaya metilen mavisi içirilerek bronkoskopi tekrarlandı. Metilen mavisinin sağ üst lobtan geldiği görüldü(şekil2).Bronş lavajı sitoloji sonucu: PAS pozitif,globoid materyal, yiyecek artığını yansıtıyor olabilir,şeklinde raporlandı.Bronş lavajı kültüründe trimetoprim-sulfametoksazol duyarlı Stenotrophomonas maltophilia üremesi oldu. Hastanın tedavisine antifungal tedavi ve trimetoprim-sulfametoksazol eklendi.Anemisi olan hastadan anemi markerları ve protein elektroforezi gönderildi. Protein elektroforez sonucu;IG-G lambda monoklonal band izlendi.Kemik iliği biyopsisi ile multiple myelom tanısı konuldu.Özofagial-bronşial fistül için operasyon ve multiple myeloma yönelik tedavi planlandı ancak takibinde yoğun bakım ihtiyacı olan hasta entübe edildi.Takılan nazogastrik sonda ucu drenaj torbasına bağlandığında mekanik ventilasyon süresince drenaj torbasının hava ile dolduğu gözlendi. Hasta tedavi başlanamadan ex oldu.En sık BÖF nedeni malignitelerdir.Benign nedenler ise sıklık sırasına göre toraks cerrahisi, histoplazmozis, silikozis, yabancı cisim aspirasyonu, asit-alkali madde içimi,bronkojenik kist,özofagial divertikül ve konjenital anomalilerdir.Hastamızda geçirdiği TB enfeksiyonu sonrası parankimde oluşan destrüksiyon ve olası mantar enfeksiyonuna sekonder BÖF geliştiğini düşünmekteyiz. Tanı amaçlı bilinen en etkin tetkik baryumlu özofagografi olmakla beraber özefagoskopide fistül ağzı izlenebilir, bronkoskopide de fistül ağzının görülmesi,bronş lavajında gıda artıklarının olması,oral verilen metilen mavisinin fistülden gelişinin izlenmesi tanı için anlamlıdır.

Anahtar Kelimeler: Bronko-özefagial fistül, multiple myelom, yetişkin BÖF

şekil 1

fistül ağzı endoskopik görünümü

şekil 2



bronkoskopi: sağ üst lobtan metilen mavisi gelişi

EP-135

BRONŞİAL ARTER EMBOLİZASYONUNUN NADİR BİR KOMPLİKASYONU

Mehmet Bahadır Berktaş, Hüsnü Baykal, Büşra Balkay Babayev
Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

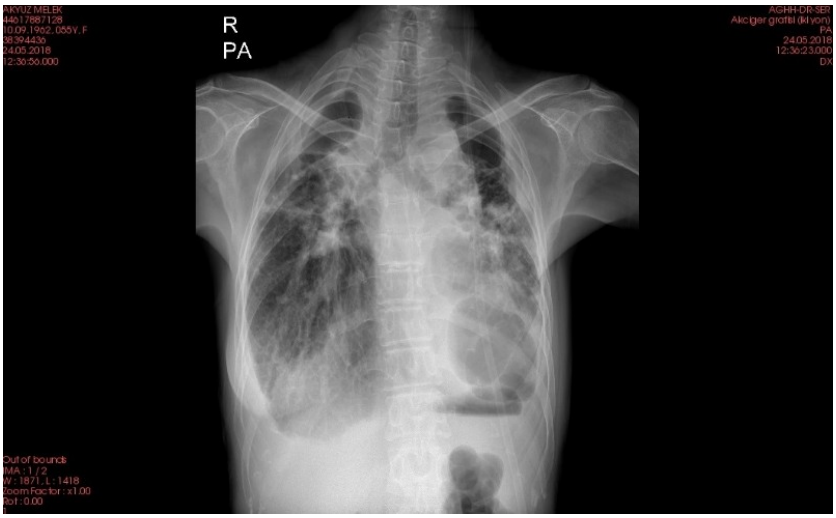
GİRİŞ: Solunum yollarından günde 300-600 ml kanama olması masif hemoptizi olarak tanımlanır. Özellikle masif hemoptizide önlem alınmadığı takdirde ölüm riski yüksektir. Mevcut çalışmalarda masif hemoptizide mortalite oranı %50-100 arasında bildirilmiştir. Tüberküloz, bronşektazi, akciğer absesi, kronik bronşit, pnömoni ve akciğer maligniteleri en sık hemoptizi nedeni olarak saptanır. Rezeksiyon şansı olamayan hemoptizi için çeşitli tedavi yaklaşımları geliştirilmiştir. Bronşial arter embolizasyonu (BAE) ilk olarak 1973 yılında Remy ve ark.tarafından uygulanmıştır. Hemoptizi kontrolünde yüz güldüren BAE'de işleme bağlı çeşitli komplikasyonlar mevcuttur. En sık komplikasyonu karın ağrısıdır, analjezik ve hidrasyon tedavileri ile kısa sürede sonlanır. Tek taraflı diyafragma paralizisi, disfaji, parapleji, myokard enfarktüsü,geçici kortikal körlük, pulmoner infarkt gibi komplikasyonlar nadir izlenir.

OLGU: 38 yıl önce geçirdiği tüberküloz'un sekeli olan, bilateral yaygın bronşektazilerle başvuran 56 yaşında kadın hasta günde bir su bardağı kadar olabilen hemoptizi şikayeti ile başvurdu. Daha önce de bir çok kez hemoptizi şikayeti olan hasta bu nedenle sokağa bile çıkmaya korkar hale geldiğini, kanamanın duracağından ümidini yitirdiğini belirtti. Hemoptizisi yatışında da devam eden hasta yaygın bronşektazileri nedeniyle rezeksiyon şansı olmadığından BAE için danışıldı, dış merkezde girişimsel radyoloji biriminde; sol bronşial arter dallarında ve sol subklavyen arterden gelişen kollaterallerde, yaygın ekstravazasyon tespit edildi. Bu dallar ayrı ayrı selektif kateterize edilerek mikrosferik embolizasyon partikülleri ile embolize edildi. Embolizasyon sonrası hafif karın ağrısı ve sol el işaret ve orta parmak distallerinde siyanoz izlendi. Giderek cilt rengi koyulaşan hasta ağrı ve parmaklarda uyuşma da başladığı için kardiyovasküler cerrahi tarafından değerlendirildi; acil cerrahi girişim düşünülmeyen hastaya düşük moleküler ağırlıklı heparin (DMAH), antiplatelet, sıcak uygulama tedavisi önerildi. Sıcak uygulama ve analjezik ile DMAH başlandı. Hastada hidrofilik polimer kaplama madde embolizasyonu veya embolizasyon materyalinin dijital artere kaçması sonucu küçük çaplı parmak arterlerinin tıkandığı düşünüldü. Sol el 2. ve 3. parmaklarda siyanozda artma olmadı. Hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: BAE hemoptizi kontrolünde önemli bir yöntemdir. Ancak bir çok komplikasyona da neden olabilir. Bu olgumuzda BAE'ye bağlı gelişen bir digital arter embolisi sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, Bronşial arter embolizasyonu, Tüberküloz sekeli, Hemoptizi

PAAG



Sol el

EP-136

AMERİKAN ANESTEZİYOLOJİ DERNEĞİ SINIFLAMASI (ASA),THE ASSESS RESPİRATORY RİSK İN SURGİCAL PATİENTS İN CATALONİA RİSK İNDEX (ARİSCAT) ÜST VE ALT ABDOMEN CERRASİNDE PREOPERATİF PULMONER KOMPLİKASYONLARI DEĞERLENDİMEDE DOĞRULUĞUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Sibel Kara[1], Elif Küpeli[2], Hatice Eylül Bozkurt Yılmaz[1], Hakan Yabanoğlu[3]
[1]Başkent Üniversitesi Adana Dr.Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi-Göğüs Hastalıkları ABD
[2]Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi-Göğüs Hastalıkları ABD
[3]Başkent Üniversitesi Adana Dr.Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi-Genel Cerrahi ABD

GİRİŞ: Postoperatif pulmoner komplikasyonlar (POPK), cerrahi ve anestezi ile ilişkili risklerin önemli bir bölümünü oluşturur ve postoperatif morbidite, mortalite önemli nedenidir. Optimal risk değerlendirmede kullanılan Amerikan Anesteziyoloji Derneği sınıflaması (ASA) ve The Assess Respiratory Risk in Surgical Patients in Catalonia risk indexi (ARİSCAT) pulmoner komplikasyon insidansı ile iyi bir korelasyon gösterir.Biz bu testlerin üst ve alt abdomen cerrahisi sonrası pulmoner komplikasyonları tahmin etmedeki doğruluklarını karşılaştırdık.

MATERYAL-METOD: Biz Ocak–Haziran 2017 yılları arasında üst ve alt abdomen cerrahi uygulanan 241 hastanın medikal kayılarını retrospektif olarak inceledik.Demografik veriler, sigara içme öyküsü, komorbiditeler, preoperatif pulmoner risk skoru, laboratuvar sonuçları, cerrahi veriler, ameliyat öncesi 1 ay içinde solunum yolu enfeksiyonu öyküsü, cerrahi aciliyet, dahil olmak üzere cerrahi hastalarda solunum riskinin değerlendirilmesine ilişkin hasta bilgilerini ve ASA skoru, ameliyat sonrası 1 ay içinde pulmoner komplikasyon verilerini topladık.

BULGULAR: Toplam 241 hasta [121 üst abdomen cerrahisi (ÜAC);120 alt abdomen cerrahisi (AAC); yaş ortalaması 55.7] değerlendirildi.ÜAC grubunda hastaların %55.8'i erkek; AAC' de ise tüm hastalar kadındı.Biz 34 hastada[ÜAC 12 (% 10); AAC 22 (% 18.2)] postoperatif ilk ayda en sık pulmoner komplikasyon geliştiği saptadık. Her iki grupda en sık POPK plevral efüzyon ile birlikte kompresif atelektazi idi.Risk skoru açısından her iki grupta da yüksek riskli hastalarda daha yüksek oranda pulmoner komplikasyon [sırası ile ÜAC (%50); AAC (%40)] gelişmiştir.Ek olarak; düşük riskli hastalarda, pulmoner komplikasyon oranı orta ve yüksek riskli gruplardan anlamlı derecede düşüktü (P <.001). Preoperatif risk skoru ile komplikasyonlar arasında pozitif korelasyon saptandı (ÜAC r = 0.34; AAC r = 0.35 p <0.05).ASA skorları ile postoperatif komplikasyonlar arasında ilişki yoktu (P =.8).

SONUÇ: Amerikan Anesteziyoloji Derneği sınıflaması, alt ve üst karın ameliyatlarından sonra pulmoner komplikasyonları öngörmede ARİSCAT risk indeksinden daha zayıf bir yöntem olarak bulundu.

Anahtar Kelimeler: Preoperatif değerlendirme, Preoperatif risk skorları, üst ve alt abdomen cerrahisi

Tablo 1: ASA (American Society of Anesthessiologists) sÄ±nÄ±flamasÄ±

ASA 1	Normal sağlıklı hasta
ASA 2	Hafif sistemik hastalığı olan hasta
ASA 3	Ciddi sistemik hastalığı olan ancak günlük aktiviteleri etkilenmeyen hasta
ASA 4	Hayati tehlike yaratan ciddi sistemik hastalığı olan ve günlük aktiviteleri etkilenen hasta
ASA 5	Ameliyatsız yaşam ümidi olmayan ölümcül hasta
ASA 6	Beyin ölümü bildirilmiş organ nakli için bekletilen hasta

ASA: Amerikan Anestezivologlar Derneği

Tablo 2. Katalonia Risk Ä°ndeksinde Cerrahi Hastalarda Solunum Riskinin DeÄŸerlendirilmesi: Postoperatif Pulmoner KomplikasyonlarÄ±n BaÄŸÄ±msÄ±z Belirleyicileri

Risk Faktörü	Risk Puanı
Yaş, yıl	
≤ 50	0
52-80	3
> 80	16
Preoperatif O_2 satürasyonu	
≥ 96%	0
96%-95%	8
≤ 90%	24
Son 1 ayda solunum yolu enfeksiyonu	17
Preoperatif anemi, hemoglobin ≤ 10 g/dl	11
Cerrahi insizyon	
Ust abdominal	15
İntratorasik	24
Cerrahi süresi	
≤ 2 saat	0
2-3 saat	16
> 3 saat	23
Acil cerrahi	8
Risk derecesi; risk puanı (Pulmoner komplikasyon oranı)	
Düşük	< 26 puan (1.6%)
Orta	26-44 puan (13.3%)
Yüksek	> 44 puan (42.1%)

Tablo 3: Hasta Demografik Ã–zellikleri

Ust Abdomen Cerrahisi N: 120		**Alt Abdomen Cerrahisi N:121**	
Yaş	54.61 ± 2.73	Yaş	56.97± 1.95
Cinsiyet (K/E) N (%)	67/53 (55.8/44.2)	Cinsiyet (K/E) N (%)	121/0 (100/0)
Sigara içme durumu N (%)	37 (30.80)	Sigara içme durumu N (%)	20 (16.50)
Sigara içme durumu (paket-yıl)	0-52 (min. – maks.)	Sigara içme durumu (paket-yıl)	0-45 (min.– maks.)
Komorbitide N (%)		Komorbitide N (%)	
Hipertansiyon	47(39.2)	Hipertansiyon	44(36.4)
DM	7(5.8)	DM	7(5.8)
Astım	4(3.3)	Astım	5(4.1)
KAH	2(1.7)	KOAH	1(0.8)
Obesite	2(1.7)	Obesite	3(2.5)
KOAH	1(0.8)	Komorbiditesi olmayan	61(50.4)
KBY	1(0.8)		
Komorbiditesi olmayan	56(46.7)		

N: Hasta sayısı (%), min:minumum maks: maksimum, DM: Diyabetes Mellitus ,KAH: Koroner Arter Hastalığı
KOAH: Kronik obstriktif Akciğer Hastalığı, KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

Tablo 4: Pulmoner Komplikasyonlar

Ust Abdomen Cerrahisi	**N(%)**	**Alt Abdomen Cerrahisi**	**N(%)**
Pulmoner komplikasyon	12(10)	Pulmoner komplikasyon	22(18.2)
Plevral efüzyon +kompresif atelektazi	7(5.8)	Plevral efüzyon + kompresif atelektazi	8(6.6)
Atelektazi	2(1.6)	Atelektazi	7(5.8)
Plevral efüzyon	2(1.6)	Plevral efüzyon	6(4.9)
Pnömoni	1(0.8)	Pulmoner emboli	1(0.8)

N:Hasta sayısı (%)

Tablo 5: Amerikan Anestezistler DerneÄŸi Ã–lÃ§eÄŸine GÃ¶re Pulmoner Komplikasyon GeliÅŸimi

Üst Abdomen Cerrahisi		
ASA Level	**N**	**Ilk bir ayda komplikasyon N(%)**
ASA 1	18	-
ASA 2	62	7(11.3)
ASA 3	39	5(12.8)
ASA 4	1	-
ASA 5	-	
ASA 6	-	
Alt Abdomen Cerrahisi		
ASA Level	**N**	**Ilk bir ayda komplikasyon N(%)**
ASA 1	27	4 (14.8)
ASA 2	76	14 (18.4)
ASA 3	18	4 (22.2)
ASA 4	-	
ASA 5	-	
ASA 6	-	

N:Hasta sayısı (%)

Tablo 6: Katalonya Risk Ä°ndeksinde Cerrahi Hastalarda Solunum Riskinin DeÄŸerlendirilmesine GÃ¶re Pulmoner Komplikasyon GeliÅŸimi

Üst Abdomen Cerrahisi		
ARISCAT Risk İndeksi	**N:120**	**İlk bir ayda komplikasyon N(%)**
Düşük	95	5(5.3)
Orta	23	6(26.1)
Yüksek	2	1(50)
Alt Abdomen Cerrahisi		
ARISCAT Risk İndeksi	**N:120**	**İlk bir ayda komplikasyon N(%)**
Düşük	17	-
Orta	99	20(20.2)
Yüksek	5	2(40)

N:Hasta sayısı (%); ARISCAT, Katalonya'da Cerrahi Hastalarda Solunum Riskinin Değerlendirilmesi

Sekil 1: ARISCAT Risk Indeksi Skoru ve Pulmoner Komplikasyon Insidansı

EP-137

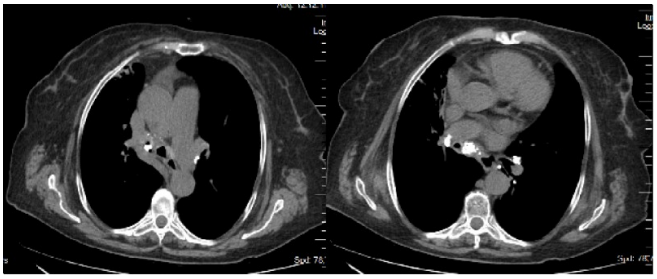
NADİR BİR KRONİK ÖKSÜRÜK SEBEBİ: BRONKOLİTİAZİS

Gülfem Yıldırım[1], Baykal Tülek[2]
[1]KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi Özel Medicana Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

77 yaşında kadın hasta kliniğimize iki yıldır sürekli devam eden kuru vasıflı öksürük şikayeti ile başvurdu. Hastanın öncesinde bilinen KOAH tanısı mevcut olup sürekli olarak inhaler tedavi almaktaydı. Bunun dışında pürülan balgam, göğüs ağrısı, hemoptizi, ateş tariflemiyordu. Fizik muayenesinde wheezing mevcuttu ve yaygın bronkopasm oskulte edildi. Başvuruda çekilen akciğer grafisinde bilateral hiler bölgelerde kalsifikasyona sekonder opasite artışı mevcuttu. Toraks BT istenilen hastada mediastende multipl kalsifik lenf nodları izlendi. Sağ ana bronş içinde de kalsifik materyale sekonder obstruksiyon mevcuttu (resim1). Hastaya bronkoskopi planlandı. Klinik takibinde öksürük krizi sonrası hasta yaklaşık 15mm boyutunda sert, gri renkte taş ekspektore etti. Bunun üzerine işlemden vazgeçilerek hasta klinik, radyolojik bulgularla bronkolitiazis olgusu olarak kabul edildi. Taş ekspektorasyonundan sonra hemoptizi olmadı. Kontrol toraks bt çekilen hastanın sağ ana bronşunda kalsifiye materyal izlenmedi (resim2). Hastanın kuru öksürük şikayeti ilerleyen günlerde azaldı. Ülkemiz tüberkuloz açısından endemik bölge olduğundan olgumuzda geçirilmiş tüberkuloza sekonder kalsifiye lenf nodlarının bronş içine yerleşerek öksürüğe sebep olduğunu düşünüyoruz. Olgumuzu sunarken semptomatik tedaviye rağmen düzelmeyen öksürükte nadir bir sebep olarak bronkolitiazisin de hatırlanması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: bronkolitiazis, öksürük, tüberküloz

resim1



sağ ana bronşta kalsifiye materyal

resim2

taş ekspektorasyonu sonrası bt kesitleri

EP-138

EKSİKSİZ DOLDURULAN MAVİ KOD OLAY FORMLARININ TIBBİ KAYITLARIN ÖNEMİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Filiz Yöyler, Nergiz Çakır, Mustafa Coşkun, Elvan Soner
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Kalite Yönetim Birimi, İzmir

GİRİŞ: Tıbbi kayıtların tutulması hastada tedavi başarısının değerlendirilmesinin yanısıra sağlık personelinin karşılabileceği herhangi bir ihmal ve hata iddiası karşısında çalıştığı kurumun ve adli vakalarda olaya neden olan kişilerin de haklarının korunması açısından önemlidir. Bu kapsamda acil uyarı sistemlerinden mavi kod çağrı sisteminde tutulan tıbbi kayıtların önemini vurgulamak ve mavi kod bildirim formlarında eksik doldurulan parametrelere yönelik iyileştirme yöntemlerini belirlemek amacı ile çalışma yapılmıştr

Gereçler Ve YÖNTEM: Araştırma, tanımlayıcı retrosektif olup, veriler İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde 2016-2017 yılları arasında verilen mavi kod çağrıları sonucunda manuel tutulan kayıtların retrospektif olarak incelenmesi ile elde edilmiştir. Veriler sayı, yüzde ile değerlendirilmiştir. Kayıtlarda yaş, cinsiyet, çağrının verildiği tarih ve saat, çağrı yapan birim, ekibin ulaşma süresi, çağrının doğruluğu, tanımlanan olası nedenler ve uygulama sonuçları kayıtları incelenerek eksik parametreler değerlendirilmiştir. Santral birimine düşen tüm mavi kod çağrıları araştırmanın evrenini oluşturmakta olup ekip üyelerinin olay yerine giderek değerlendirdikleri çağrılarda doldurulan formlar çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Formların manuel doldurulması ve tek bir hastanede çalışmanın yapılması araştırmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilmiştir. Kurumdan araştırma izni yazılı olarak alınmıştır.

BULGULAR: 2016-2017 yılları arasında 181 adet Mavi Kod Olay bildirimi yapılmış olup bildirimlerden %62 (n:112) 'inin olay bildirim formu Kalite Yönetim Birimi'ne teslim edilmiştir. Analizi yapılan formların %81 (n:91)'inin eksiksiz doldurulduğu tespit edilmiştir. Formların %63 (n:71)'ünde olay yerine ulaşma süresinin doldurulmadığı, %61 (69)'inde yapılan müdahalenin doldurulmadığı, %64 (72)'ünde Mavi Kod vakalarının kimlik bilgilerinin doldurulmadığı, %65 (73) ekip üyelerinin bilgilerinin doldurulmadığı tespit edilmiştir.

Sonuç Ve TARTIŞMA: Sağlık Bakanlığı tarafından Mavi kod çağrılarına 3 dakika ve altında ulaşma hedeflenmiştir. Elde edilen bulgulara göre en fazla eksik doldurulan parametre %23 oranı ile olay yerine ulşama süresinin belirtilmemiş olmasıdır. Bu da ekip olay yerine hedeflenen sürede ulaşsa bile ispatlanmasını güçleştirecektir.Ölçme ve değerlendirme sürecinde elektronik bilgi sisteminin aktif olarak kullanılması veri toplamayı kolaylaştıracak ve gerçekçi bilgiler elde etmeyi sağlayacaktır. Ayrıca yaşanmış adli vakalar üzerinden mavi kod kayıtlarının önemi ile ilgili ekibe eğitim verilmesi, kalite yönetim birimi tarafından olay yerine gidilerek formların doldurulmasının sağlanması hususunda hatırlatmaların yapılması ile kayıtların tutma alışkanlığının sağlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Mavi Kod, Tıbbi Kayıtlar, Mavi Kod Olay Formu

Mavi Kod Bildirim Formlarında Eksik Doldurulan Parametreleri

Eksik Doldurulan Parametreler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ulaşma Süresinin doldurulmadığı form	71	63
Yapılan müdahalenin doldurulmadığı form	69	61
Mavi Kod vakalarının kimlik bilgilerinin doldurulmadığı form	72	64
Ekip üyelerinin bilgilerinin doldurulmadığı form oranının	73	65

EP-139

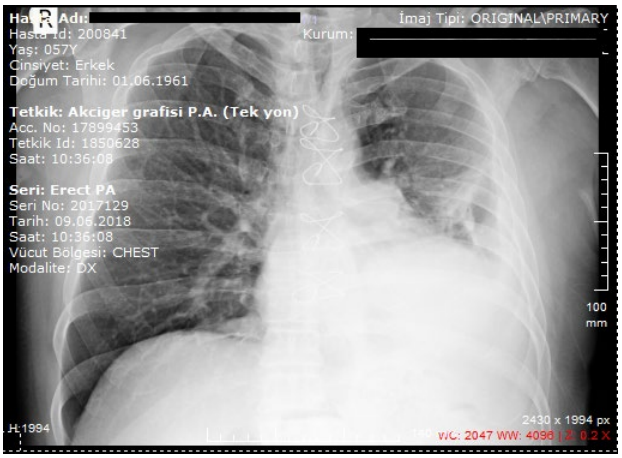
TRAKSİYON BRONŞİEKTAZİSİ OLAN DİYABETİK AYAK ENFEKSİYONLU HASTANIN HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ OLGUSU SUNUMU

Engin Akın[1], Şükrü Hakan Gündüz[1], Taylan Zaman[2], Kemal Şimsek[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane EAH, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı Başk.lığı, Ankara
[2]Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon EAH, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı. Başk.lığı, Ankara

Diyabetin yarattığı elverişsiz zeminde gelişen,iyileşmeyen yara ve gangrenler nedeniyle ekstremite ve hatta hayat kaybına yol açabilen diyabetik ayak(DA) ve buna bağlı enfeksiyonlar, diyabetin en önemli morbiditelerindendir.Diyabetik ayak yaralarında hiperbarik oksijen tedavisinin(HBOT) kullanımı, diyabetik yaralardaki iyileşme güçlüğünün başlıca nedeni olan doku hipoksisinin HBOT ile düzeltilmesi,antiinfeksiyöz etki,antitoksik ve antiödem etkileri yaratarak yara yeri iyileşmesinde önemli rolü olduğu görülmüştür.Diyabetik ayak enfeksiyon tanısıyla kliniğimize başvuran 57 yaşında, erkek hastanın sorgulanan öyküsünde;yaklaşık 20 yıldır DM hastalığı olduğu,hiperlipidemi,konjestif kalp yetmezliği,kronik böbrek yetmezliği komorbid hastalıkları olduğu öğrenildi.Hasta 2014 yılında bypass olmuş.Hastanın 1. ve 5. parmakları ampute edlimiş.Diğer yaraları 8 aydır mevcutmuş.Dizaltı periferik nabazanları zayıf palpabl olan hastayı hiperbarik oksijen tedavisine almaya karar verdik. Hiperbarik oksijen tedavisine almadan evvel yaptığımız rutin prosedür olan hava hapsine yol açabilecek lezyon varlığı değerlendirme amacıyla istediğimiz P.A Akciğer grafisi neticesinde,hastanın sol alt lobunun atelektazik olduğu gördük ve hastayı daha ayrıntılı incelenmek üzere göğüs hastalıklarına yönlendirdik.Göğüs hastalıklarının değerlendirmesi sonucunda,sol plevrak kalınlaşma,fibrotik alanlar ile traksiyon bronşiektazisi tespit edilip,hiperbarik oksijen tedavisi alabilmek için orta riskli görüldü.
Hava hapsi lezyonları hiperbarik oksijen tedavisi için kontrendikasyon oluşturan durumlardır.Bronşiektazisi ve kardiyak yetmezliği olan vakalarda HBO tedavisi her iki durum için yüksek risk teşkil etmektedir. Bu vakada HBO tedavisi endikasyonu olmasına rağmen her iki durumun birden bulunması,hastayı tedaviye almamıza engel olmuştur.

Anahtar Kelimeler: ,Bronşiektazi,Diyabetik ayak,Hbo tedavisi.

Sol alt lob atelektazisi



P.A Akciğer Grafisi.

EP-140

KİTLE GÖRÜNÜMLÜ KARACİĞER –DALAK SARKOİDOZU OLGUSU

Serpil Kuş[1], Habibe Hezer[2], Hülya Çelenk Ergüden[2], Ayşe Şule Ateş[1], Ayşegül Karalezli[2]
[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Sarkoidoz, etyolojisi bilinmeyen, multisistemik, granülomatoz bir hastalıktır.Ekstrapulmoner tutulumlarıyla diğer hastalıklarla karışabilir.Bu olgumuzda karaciğer dalak tutulumu olan bir hastamızın tanı ve tedavi süreci ve bu konudaki önerilere yer verilmiştir.71 yaşında kadın hasta Ocak 2018'de karın ağrısı nedeniyle dış merkeze başvurmuş.Yapılan abdomen USG incelemesinde büyüğü yaklaşık 25mm karaciğerde noduller görülmesi üzerine biyopsi yapılmış. Biyopsi sonucu granülomatöz reaksiyon izlenmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş.Hastanın bu dönemde pulmoner yakınması yoktu, sadece aralıklı ateş, terleme ve azalarak devam eden karın ağrısı mevcuttu. Sigaraya pasif maruziyet mevcuttu. Toraks BT'de mediastinal ve hiler büyüğü 28mm çapa ulaşan multiple lenf nodları gözlendi. Bunun dışında her iki akciğerde 30mm çapta solid, parsiyel solid ve buzlu cam dansitesinde multiple nodüller izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde serum ACE düzeyi:45U/L(0-52)saptandı.24 saatlik idrarda kalsiyum:155mg/gün, kan Ca:9,1 mg/dl(normal)Kardiyak, nörolojik ve göz tutulumu izlenmedi. Endobronşial USG ile subkarinal LAP'den TBNA yapıldı.Patolojıde nekroz izlenmeyen granülom yapısı, granülomatöz lenfadenitis izlendi. Ehrlich Zielh Neelsen ile boyanma izlenmedi. Doku ARB boyama ve TB PCR negatif, PPD anerjikti. Çekilen abdomen MR' da merkezi nekrotik hipointens,periferi belirgin hiperintens noduller görüldü. Atipik karaciğer lezyonları nedeniyle yapılan literatür taramasında hepatocelüler karsinomaya sekonder olarak karaciğerde lezyon komşuluğunda sarkoıd benzeri granülamatöz yapılar olabileceği görüldü. Bu yönde araştırılmak için çekilen PET CT'de mediastinal,hiler, portokaval, paraoartik loklizasyondaki lenf nodlarında, ileumda artmış metabolik aktivite izlendi.İleumdaki aktiviteye yönelik endoskopi ve kolonoskopi yapıldı.Patolojı saptanmadı.Hastaya klinik ve patolojik olarak sarkoidoz tanısı konuldu.Fonksiyon bozukluğu olmadığı için takibe alındı.Takibinde ateş ve karaciğer enzim yüksekliği gelişmesi üzerine kortikosteriod tedavisi başlanan hastanın tanı sonrası 2.Ayında tedavinin 15.Gününde yapılan kontrol toraks BT'de parankim lezyonlarında ve mediasten lenf nodlarında belirgin regresyon,abdomen MR'da karaciğer lezyonlarında regresyon,dalak lezyonlarının stabil seyrettiği izlendi.Hastanın tedaviyle karaciğer lezyonlarında regresyon olması üzerine hepatocelüler karsinomdan uzaklaşıldı.Sarkoidoz hastalığında en sık tutulan organ akciğer(%90-95) olduğu için olgular genellikle nefes darlığı,öksürük gibi yakınmalarla başvururlar.Nadiren ekstrapulmoner tutulum yerlerine ait yakınmalarla gelebilirler.Günümüzde sarkoıdoz evrelemesi akciğer grafisiyle yapılmaktadır.Ancak takibinde toraks BT çekildiğinde bazı olguların evresi değişmektedir.Ayrıca multisistemik bir hastalık olması nedeniyle ekstrapulmoner tutulum yerine ait radyolojık görüntülemeninde evrelemede kullanılması gerektiğini düşünüyoruz.Geliştirilebilecek standart bir evreleme sisteminin prognoz belirlenmesi, tedavi planlanması, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi ve farklı merkezler arasında standart bilgi alışverişini sağlaması açısından faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: sarkoıdoz, karaciğer tutulumu, dalak tutulumu

karaciğer MR da sarkoıdoz nodülü

karaciğer MR da sarkoıdoz nodülünde periferik hiperintensite santralde hipointensite

EP-141

DİFFÜZ PULMONER OSSİFİKASYONUN NADİR RASTLANAN BİR TİPİ: DENDRİFORM PULMONER OSSİFİKASYON

Seray Bıldır Abuzaina[1], Hülya Çelenk Ergüden[2], Ayşegül Karalezli[1], H. Canan Hasanoğlu[1]
[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

Diffüz pulmoner ossifikasyon, çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilen, nadir görülen, kronik bir süreçtir. Hastalar genellikle asemptomatiktir. İki farklı formda görülebilir: Nodüler pulmoner ossifikasyon (NPO), dendriform pulmoner ossifikasyon(DPO). VATS biyopsi ile tanı koyduğumuz DPO olgusu sunulmuştur.

OLGU: 53 yaşında erkek hasta, 4 aydır kuru öksürük ve nefes darlığı şikayeti var. Kronik hastalık, ilaç kullanımı, pasif-aktif sigara maruziyeti yok. Yaklaşık 20 yıldır fırıncı olarak çalışıyor. Sistemik fizik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Akciğer grafisinde orta-alt zonlarda belirgin bilateral retiküler opasite artışı izlendi. Solunum fonksiyon testi restriktif paternde, difüzyon kapasitesi düşük saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde antinükleer antikor (ANA) +3 pozitif, granüler tarzda boyanma izlenmesi dışında patoloji saptanmadı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde, her iki akciğerde, alt loblarda daha belirgin retikülonodüler görünüm ve septal kalınlaşmaların eşlik ettiği diffüz interstisyel tutulum, bilateral alt loblarda subplevral yerleşimli kalsifik, nonkalsifik milimetrik nodüller izlendi. Romatolojik patoloji düşünülmedi. Fiberoptik videobronkoskopide patolojik görünüme rastlanmadı. Bronkoalveoler lavajda (BAL) hücre sayıları, CD4/CD8 oranı normaldi, malign hücre görülmedi, mikobakteri kültüründe üreme olmadı. Tanısal amaçlı VATS ile biyopsi alındı. Mikroskopik incelemede peribronşiyal fibrozis, antrakoz pigmenti depolanması, visseral plevra ile hava yollarını bağlayan skar alanları ve yer yer kemik iliği formasyonu içeren yaygın distrofik ossifikasyon alanları izlendi. Tedavisiz izlenen hastanın takibinin onuncu ayında progresyon izlenmedi.

Diffüz pulmoner ossifikasyon iki formda görülebilir: Nodüler ve dendriform. NPO en sık mitral stenoza bağlı kronik pulmoner konjesyonda görülür. Pulmoner ödem veya pulmoner hipertansiyona neden olabilecek herhangi bir kronik süreç sonucunda da görülebilir. Akciğer görüntülemesinde, kalsifiye, düzgün sınırlı, yuvarlak 1-5mm boyutunda nodüller izlenir. DPO sıklıkla interstisyel fibrozis durumunda görülür. Amiloidoz, asbest maruziyeti, busulfan tedavisi, kistik fibrozis hastalarında görülebilir. Radyografik olarak alt lob baskın, bilateral nonspesifik retikulonodüler dansiteler görülür. Toraks tomografisi tanıda yardımcıdır, benzer durumlardan alveoler boşluklar yerine, interstisyum ve alveoler septalarda kalınlaşma izlenmesi ile ayırt edilebilir. Bazı olgularda klinik tanı için torakoskopik biyopsi yapılması gerekir. Sıklıkla bulgular zaman içinde çok az değişmekte veya hiç değişmemektedir. Tedavisiz izlem, yıllık takip önerilir.

Özetle, DPO'nun sıklıkla idiyopatik pulmoner fibrozis, KOAH, organize pnömoni, asbestozis varlığında geliştiği bilinmesine rağmen, olgumuzda olduğu gibi fırıncılık mesleğinin de akciğerin kronik inflamasyonuna bağlı olarak DPO'ya neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. DPO'nun granülomatöz hastalıklar veya kalsiyum birikimi gibi benzer süreçler ile karıştırılmaması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dendriform pulmoner ossifikasyon, diffüz interstisyel tutulum, meslek hastalıkları, kronik inflamasyon

EP-142

FİZİKSEL KAPASİTENİN, AKUT HİPOBARİK HİPOKSİDE NABIZ VE SPO2 DEĞİŞİMİ İLE İLİŞKİSİ

Savaş İlbasmış[1], Tuncay Alparslan[1], Şükrü Hakan Gündüz[2]
[1]Uçucu Sağlığı Eğitim Merkez Başkanlığı, Eskişehir
[2]Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

AMAÇ: Havacılıkta önemli bir uçuş emniyet riski olan akut hipoksiye maruziyetin ilk saniye ve dakikalarında nabız ve solunum sayısı artışı, oksijen satürasyonu düşmesi gibi akut adaptasyon yanıtları oluşmaktadır. Bu adaptasyon yanıtların ortaya çıkış hızlarının bireysel farklılıklar gösterdiği gözlenmiştir. Bu çalışmada aerobik ve anaerobik kapasitenin oksijen satürasyon düşüş hızı ve nabız artışı ile bir ilişkisinin olup olmadığı araştırılmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya uçuş fizyolojisi eğitimi almak amacıyla başvuran yaş aralığı (23-32) olan 32 pilot adayı alınmıştır. Katılımcılara rutin idari sağlık muayenelerinin ardından aerobik kapasite ölçümü (VO2maks) amacıyla Bruce protokol ve wingate anaerobik test uygulanmıştır. Hipoksi eğitimi 7620 metre (25.000 ft) yüksekliğe eşdeğer alçak basınç odası cihazında yapılmıştır. Eğitim esnasında katılımcıların sürekli SPO2 ve nabızları monitörize edilmiştir. Oksijen satürasyonunun 90'a ve 70'e düşme anındaki süre ve nabız değerleri değişken olarak alınıp fiziksel kapasite değerleri ile istatistiksel korelasyona bakılmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların fiziksel kapasite göstergesi olan wingate ve VO2 maks verileri birbiri ile anlamlı pozitif koreledir (r=,771). Ayrıca bu değerler ile başlangıca göre satürasyonun 90'a düşme anındaki nabız artışı miktarı (r=,323 / r=,449) arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Bunun yanında bu değerler ile minimum satürasyon seviyeleri arasında negatif korelasyon (r=-,420 / r=-,333) tespit edilmiştir.

TARTIŞMA: Hipokside gözlenen satürasyonu düşüşü ve nabız artışı incelendiğinde özellikle fiziki performans verileri olan VO2maks ve wingate ölçümleri ile pozitif korelasyon gözlenmiştir. Fiziksel kapasitesi yüksek olanların özellikle aerobik kapasitesi yüksek olanların hipoksiye cevap olarak (akut adaptasyon) meydana gelen nabız artışlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan bu koşullarda etkili bilinçle dayanılabilen minimum oksijen satürasyon değerleri fiziksel kapasite ile negatif korelasyon bulunmaktadır. Özellikle anaerobik kapasite ile minimum satürasyon değerleri arasındaki negatif korelasyon istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu özellikle anaerobik olmak üzere fiziksel kapasitesi yüksek kişilerin irtifada satürasyon düşüşlerine dayanıklılığını gösterdiği değerlendirilmiştir. Bu bulgular ile uçuculara fiziksel kapasitelerini artırıcı düzenli spor alışkanlığı kazandırmanın onların akut hipoksiye karşı dayanıklılıklarını arttırabilecek bir etken olarak önerilmesi uygun görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: hipobarik, nabız, saturasyon fiziksel kondisyon, hipoksemi

Fig. 1

		Wingate	VO2maks	t90_sn	t90_Nb	t70_sn	t70_Nb	spo1
Wingate	Pearson Correlation	1	,771**	,204	,323	-,182	,161	-,420*
	Sig. (2-tailed)		,000	,263	,071	,319	,379	,017
	N	32	32	32	32	32	32	32
VO2maks	Pearson Correlation	,771**	1	,265	,449**	-,176	,300	-,333
	Sig. (2-tailed)	,000		,143	,010	,336	,095	,063
	N	32	32	32	32	32	32	32

Fiziksel Kapasite değişkenleri (wingate, VO2maks) ile diğer değişkenlerin korelasyon istatistik sonuçları. T70/90_sn: Satürasyonun 70'e veya 90'a düşme süresi (sn). T70/90_Nb: Satürasyonun 70'e veya 90'a düşme anındaki nabız artış birim miktarı (Nb/dk), spo1: minimum satürasyon seviyesi.

Alcak Basınc Odası

Fig.2

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
YAŞ	32	9	23	32	28,31	3,217
VKİ	32	11,60	22,30	33,90	25,9062	2,31753
Wingate	32	2,37	5,02	7,39	6,2084	,64977
VO2maks	32	15,80	29,60	45,40	38,5281	4,39033
t90_sn	32	43,00	8,00	51,00	30,4063	11,25900
t90_Nb	32	33	0	33	9,69	9,007
t70_sn	32	114,00	46,00	160,00	96,6250	30,03949
t70_Nb	32	43	3	46	22,75	10,346
spo1	32	19,00	51,00	70,00	62,2812	4,73991
Valid N (listwise)	32					

Deskriptif veriler. Fiziksel Kapasite değişkenleri (wingate, VO2maks) T70/90_sn: Satürasyonun 70'e veya 90'a düşme süresi (sn). T70/90_Nb: Satürasyonun 70'e veya 90'a düşme anındaki nabız artış birim miktarı (Nb/dk), spo1: minimum satürasyon seviyesi.

EP-143

AKUT HİPOKSİ: ''EVDE SEMAVER YAPIMI SONRASI GELİŞEN KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ'' VAKA TAKDİMLERİ

Eda Sabaner, Erdinç Ercan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hava ve Uzay Hekimliği Merkez ve Anabilim Dalı, Eskişehir

Karbonmonoksit(CO) gazı renksiz, kokusuz, tatsız ve irritan olmayan bir gazdır. Karbon kaynaklı yakıtların tam yanmaması sonucu ortaya çıkar. CO kapalı ortamlarda solunum havasında %0,06 oranında bulunması durumunda bile hızlı bir şekilde intoksikasyona neden olabilir ve ölümle sonuçlanabilen acil bir duruma yol açar. CO içeren hava solunduğunda, yanma artığı diğer gazlar ile birlikte oksijen azlığına neden olarak hipoksik hipoksiye, hemoglobine bağlanıp karboksi hemoglobin (CO-Hb) oluşturarak hipemik hipoksiye, elektron transport zincirindeki sitokrom a3 oksidaz ve sitokrom P-450 enzimlerine bağlanıp inaktive ederek histotoksik hipoksiye neden olur. CO intoksikasyonunda klinik bulgular oldukça geniştir. Akut zehirlenmelerde halsizlik, üst solunum yolu enfeksiyonları, dispne, göğüs ağrısı, taşikardi, konfüzyon, halüsinasyon, ajitasyon, kusma, diare, baş ağrısı, baş dönmesi, senkop, nöbet gibi semptomlar ve koma görülebilir. CO intoksikasyonu, siyanid intoksikasyonu, akut duman inhalasyonu endikasyonlarında hiperbarik oksijen(HBO) tedavisi acil olarak uygulanmaktadır. HBO tedavisi kapalı basınçlı bir oda içerisinde, tümüyle basınç altına alınan hastaya aralıklı olarak %100 oksijen solutularak yapılan tıbbi bir tedavidir. Hastanın kliniğine göre idame HBO tedavisine devam edilmektedir.Vaka takdimimizin amacı, vakalar üzerinden kapalı ortamlarda yapılan tehlikesiz olduğu düşünülen faaliyetlerde (nargile, semaver vb.) CO intoksikasyonu riskine dikkat çekmek, farkındalık oluşturmak, erken tanı ve erken tedavinin önemini vurgulamaktır. 2016 ve 2017 yıllarında, hazırlandıktan sonra kapalı ortama semaver alınması sonucunda, evde CO gazından etkilenen iki çocuk incelenmiştir.Vaka-1: 5 aylık kız bebek ağlama, morarma, nefes alamama ve takipne şikayetleri ile acil servise getirilmiştir. Yapılan kan gazı incelemesinde pH:7,29, PaCO2:35,2 mmHg, HCO3:16,7 mmol/L, baz açığı:-8,5 mmol/L, laktat:5,8 mmol/L, COHb: %28 olarak saptanmıştır. Vaka-2: 3 yaşında erkek çocuk nöbet geçirme hikayesi ile acil servise getirilmiştir. Yapılan kan gazı incelemesinde pH:7,30, PaCO2:45,1 mmHg, HCO3:17,4 mmol/L, baz açığı:-4,0 mmol/L, COHb: %44 olarak saptanmıştır. Hastalar klinik ve laboratuvar sonuçlarına göre CO intoksikasyonu tanısı ile HBO ünitemize sevk edilmiş ve HBO tedavisi yapılmıştır.Kapalı ortamlarda mangal, barbekü, semaver, nargile gibi aktivitelerin yapılması sonucu ortam havasına karışan CO gazının solunmasının özellikle çocuklarda kısa sürede intoksikasyona neden olabileceği akılda tutulmalıdır. Hastaların hipoksi ve irritasyona bağlı birçok nonspesifik solunum sistemi semptomuyla acil servise başvurabileceği, kan gazı incelemesiyle kesin tanı konulabileceği unutulmamalıdır. ''Kömür yandıktan sonra bir şey olmaz!'' uygulaması terk edilmeli ve bu tür aktiviteler yapılırken açık alanlar tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: hiperbarik oksijen tedavisi, karbonmonoksit intoksikasyonu, semaver, hipoksi

EP-144

SİSTEMİK SKLEROZİS VE SİLİKOZİSLİ TANILARI BULUNAN DİJİTAL ÜLSERLİ HASTADA HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ BİR OLGU SUNUMU

Dilara Hayriye Bedir[1], Taylan Zaman[2], Kübra Münire Özgök Kangal[1], Kemal Şimşek[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı. Başk.lığı, Ankara
[2]Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanes, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı. Başk.lığı, Ankara

Hiperbarik oksijen (HBO) tedavisi veya hiperoksijenasyon, medikal bir durumu tedavi etmek için yüksek basınçlı bir ortamda %100 oksijen uygulanmasına yönelik bir tedavi yöntemidir. Diyabetik yaralar, problemli yaralar, nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları, kronik osteomiyelit, sorunlu deri flep ve greftleri, bazı akut iskemik durumlar, gazlı gangren gibi patolojiler HBO tedavisinin yaygın endikasyon alanına girmiş ve etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır.42 yaşında erkek hasta sistemik sklerozise bağlı iyileşmeyen topuk ve dijital ülserleri nedeniyle hiperbarik oksijen tedavisi almak için kliniğimize başvurdu. Silikozise bağlı akciğer YRBT'sinde parankimal bant görünümü, yaygın fibrozis ve nodüler dansiteler görüldü.HBO tedavisinin göreceli kontraendikasyonları arasında akciğerlerde hava hapsine neden olacak lezyonların bulunması da olduğu için hastaya HBO tedavisi planlanamadı.Hastaların öncelikli olarak PA akciğer grafilerinde şüpheli bir lezyon veya hikayesinde akciğer hastalığı olması halinde ileri tetkik ile değerlendirilerek HBO tedavisine karar verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hiperbarik Oksijen Tedavisi, Silikozis, Sklerozis

EP-145

ASTIMI OLAN KRONİK OSTEOMYELİT HASTASINDA HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİ

Kübra Canarslan Demir[1], Münire Kübra Özgök Kangal[1], Taylan Zaman[2], Kemal Şimşek[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi,Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp ABD Bşk.lığı, ANKARA
[2]Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi,Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı Bşk.lığı,ANKARA

GİRİŞ: Hiperbarik oksijen (HBO) tedavisi, kapalı bir basınç odası içinde tümüyle basınç altına alınan hastaya 1 ATA dan yüksek basınçlarda aralıklı olarak % 100 oksijen solutulmasıdır. Hasta oksijeni basınç odasının türüne göre ortamdan, maskeden veya endotrakeal tüpten solur. Akciğerde hava hapsine neden olan bül, blep gibi lezyonlar yüksek basınç altında pnömotoraksa neden olabileceğinden özellikle kronik akciğer hastalığı olan hastalarda dikkatli olunmalıdır.Bu olgumuzda kronik astımı olan bir hastada HBO tedavisi uygulaması anlatılacaktır.

OLGU:Araç içi trafik kazası geçiren 35 yaşında kadın hastaya internal fiksatör takılmasından 2 ay sonra tibia ön yüzünde akıntı başlamış. Kronik refrakter osteomyelit tanısı ile HBO tedavisi için tarafımıza danışılan hastanın kronik astım nedeniyle düzenli olarak ventolin ve laba iks kullandığı öğrenildi. Atakları sorgulandı; son 3 ayda atak geçirmeyen hastanın oskültasyonda akciğer sesleri doğaldı. Akciğer grafisinde patolojik görünüm yoktu. Göğüs hastalıklarından alınan konsültasyon sonucunda hastanın HBO tedavisi için riskli olarak değerlendirilmemesi üzerine HBO tedavisi planlandı. Hastaya haftada 5 gün 2.5 ATA basınç altında 2 saat süreyle olmak üzere toplamda 40 seans HBO tedavisi uygulandı. Tedaviler esnasında herhangi bir komplikasyon yaşanmadı.

SONUÇ:HBO tedavisi esnasında yüksek basınç altına alınan hastalarda çeşitli fizyolojik değişimler yaşanmaktadır. HBO tedavisi esnasında Boyle yasasına göre sabit sıcaklık altında basınç arttıkça kapalı ortamdaki gazın hacmi küçülür. Bu durum vücudumuzda hava hapsi olan alanlarda dış basıncın artışı veya azalmasında hava hacminin değişimine yol açmakta ve "barotravma" olarak adlandırılan çeşitli komplikasyonlara sebep olmaktadır.

Akciğerlerimizde hava hapsi varlığı İzole olarak meydana gelebileceği gibi çoğunlukla bir hava yolu hastalığı nedeniyle olur. Hava hapsine yol açabilecek hastalıklar astım,bronşiolitis obliterans,kronik bronşit,bronşektazi,non-tüberküloz miyobakteriyal enfeksiyon,kistik fibrozis, idiopatik bronşektazi,intersistiyel akciğer hastalığı,sarkoidoz,hipersensivite pnömonisidir. Fizyolojik olmayan hava hapsi alanlarının varlığı, HBO tedavisi esnasında basıncın artıp azalması ile akciğerlerde barotravmaya sebep olabilir. Ancak bu hastalıkları olan her hasta HBO tedavisi için kontraendikasyon oluşturmamaktadır. Olgumuzda olduğu gibi kronik astımı olan bir hastada HBO tedavisi sorunsuz bir şekilde uygulanabilmektedir. HBO tedavisinin tek kesin kontraendikasyonu tedavi edilmemiş pnömotorakstır. Hava hapsine neden olabilecek hastalıkları olan hastalarda ise hava hapsinin var olup olmadığı, var ise boyutları pnömotoraks riski açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: astım,hiperbarik,oksijen,pnömotoraks

akciğer grafisi

EP-146

İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ MERKEZİNE BAŞVURAN YAŞLI HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sema Avcı[1], Gökhan Perincek[2]
[1]Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Amasya
[2]Kars Harakani Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Kars

GİRİŞ: Dünya Sağlık Örgütüne göre 65 yaş üstü nüfus günümüzde sürekli artmaktadır ve 2050 yılında iki milyara ulaşacağı düşünülmektedir. 65 yaş üstü nüfusun da ülkemizde altı milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Hastaneye başvuran yaşlı hastaların takip ve tedavileri özel bir bakım gerektirmektedir. Bu çalışmada ikinci basamak bir hastane acil servisine başvuran ve Göğüs Hastalıkları tarafından yatırılarak takip ve tedavisi yapılan hastaları değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: Bu çalışmada 2013-2017 yılları arasında Kars Harakani Devlet Hastanesi Acil Servisine başvuran ve Göğüs Hastalıkları tarafından servis ve yoğun bakıma yatırılan 65 yaş üstü hastaların geriye dönük dosya kayıtları incelenmiştir. Hastalara ait yaş, cinsiyet, tanı kodları, sosyal güvenceleri ve yatış sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 1966 hastanın yaş ortalaması 76.09±7.295 olup en düşük yaş 65 ve en yüksek yaş 102 idi. Hastaların %6.1'i (n=119) en yüksek yaş grubu oranına sahipti. Hastaların %34.4'ü 80 yaş ve üzerinde idi. Hastaların %80.7'si acil servisten Göğüs Hastalıkları Servisine yatırılmıştı. Hastaların %34.4'ü exitus ve %3.4'ü ileri merkeze yatışı esnasında sevk olmuştu. En yüksek hasta yatış oranı %29.8 oranı ile 2015 yılı idi. Hastaların %51.6'sının (n=1014) sosyal güvencesi Yeşil Kart idi. Hastaların yaşı ile yatış sonuçları arasındaki ilişki anlamlı idi ($p<0.05$). Hastaların cinsiyeti ile sosyal güvencesi arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p=0.212$).

SONUÇ: Ülkemizde yaşlanan nüfusla beraber acil servisten Göğüs Hastalıkları Servisi ve Yoğun Bakıma yatan 65 yaş üstü hastaların oranlarında artış mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: 65 yaş, acil servis, yatış

EP-147

HEMATOLOJİK PARAMETRELERİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN YAŞLI HASTALARDAKİ PROGNOSTİK DEĞERİ

Ramazan Öcal[1], Nesrin Öcal[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anan Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Beklenen yaşam süresi tüm dünyada giderek artmakta ve yaşlılara ait klinik sorunları da beraberinde getirmektedir. Malnutrisyon, multipl kronik hastalıklar, çoklu farmakolojik ajan kullanımı, maligniteler gibi komorbid durumlarının sık olduğu bu hastalardaki frajilite hematolojik parametrelerde bozulmaları da beraberinde getirmektedir. Bu çalışmada iç hastalıkları yoğun bakıma yatırılan hastalarda tam kan parametrelerinin prognoz üzerine etkilerinin yaş gruplarına göre değişkenliğini ortaya koymak hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Ocak 2014 - Ocak 2016 tarihleri arasında iç hastalıkları yoğun bakım ünitesinde yatan hastalara ait veriler retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: İç hastalıkları YBÜ'de iki yıl içinde toplam 810 hasta (548 geriatrik, 262 non-geriatrik) takip edildi.Tüm hastaların %67,65'i geriatrik, %32,35'i non-geriatrikti. Non-geriatrik hastalarda ortalama WBC, mutlak nötrofil sayımları, %nötrofil oranları (p=0,05, p=0,05, p=0,03); geriatriklerde ise ortalama hemoglobin, hematokrit, platelet, mutlak lenfosit, mutlak eozinofil sayımları ile %lenfosit ve % eozinofil oranları anlamlı oranda düşüktü (p=0,01, p=0,02, p=0,05, p=0,01, p=0,05, p=0,03, p=0.05). Ortalama YBÜ yatış süresi non-geriatrik olgularda 15,67±8,95 gün, geriatriklerde 23,43±14,42 gündü(p=0,03). Mortalite oranı genel yaş popülasyonunda %31.97 (geriatrik hastalarda %35,40, non-geriatrik hastalarda %24,81) olarak saptanmış olup yaşlılarda anlamlı derecede yüksekti (p=0,01). Entübe edilen 630 hastanın 462'si geriatrik (%84,30), 168'i non-geriatrik (%64,12) olgulardı. Entübe edilen geriatrik olgularda ortalama hemoglobin, hematokrit ve platelet değerleri anlamlı oranda düşüktü (p=0,01, p=0,01, p=0,04). Entübe edilen geriatrik hastalarda mortalite %40,04 ile anlamlı miktarda yüksekti (p=0,01). 810 hastanın 551'i YBÜ'den taburcu edilirken 259'u mortalite ile sonuçlanmıştır. Genel mortalite oranı %31.97 olup mortalite yaşlı hastalarda daha sıktır. Düşük ortalama hemoglobin, hematokrit ve platelet değerleri mortalite grubunda anlamlı düzeyde sıktı (p=0,02, p=0,01, p=0,05). Mortalite grupları yaş gruplarına göre alt gruplar halinde değerlendirildiğinde geriatrik ve non-geriatrik olgular arasında ortak olan mortalite risk faktörlerinin yanı sıra farklı risk faktörleri de bulunmaktaydı. Hematolojik parametreler açısından yaş grupları karşılaştırıldığında ortalama hemoglobin ve hematokrit her iki grupta da mortalite ile anlamlı ilişkiye sahipken ortalama platelet düşüklüğü sadece geriatrik hastalarda mortalite açısından anlamlıydı.

SONUÇ: Ortalama hemoglobin ve hematokrit her iki yaş grubunda da mortalite ile anlamlı ilişkiye sahipken ortalama platelet düşüklüğü sadece geriatrik hastalarda mortalite açısından anlamlı bir etken olarak izlenmiştir. Geriatrik hastalarda hematolojik parametreler içerisinde özellikle platelet değerlerinin yakın takibi ve gerekli durumlarda replasman açısından detaylı değerlendirilmeler yapılması prognoz ve mortalite üzerinde olumlu sonuçlar verecektir.

Anahtar Kelimeler: geriatrik, yaşlı, yoğun bakım, tam kan, hemoglobin, lökosit

EP-148

HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARDA SİGARA KULLANIMI VE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

Hediye Arslan Özkan, Tuğçe Atak Meriç, Selman Çelik
Yeditepe Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Yaşlılarda sigara kullanımının bir risk faktörü olduğu genel olarak kabul görse de bu riski ortadan kaldırmanın sonuçlarda düzelme sağladığını gösterebilmek zordur. Bununla birlikte yaşlılık döneminde bireylerin sağlık algısındaki değişiklikler nedeniyle sigaranın bırakılmasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle bu çalışma, huzurevinde kalan yaşlılarda sigara kullanımı ve nikotin bağımlığını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Kesitsel tipteki araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmaya gönüllü 71 birey oluşturmuştur (n=71). Veriler; bilgi formu, Mini Mental Test (MMT), sağlık ve sigara içme durumuna ilişkin davranışlar, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ile toplanmıştır.

BULGULAR: Yaşlıların; yaş ortalaması 72,54 (±7,75) ve %52'si kadındır. Bireylerin yarısından fazlasının (%61,3) yardımcı araç kullandığı, %66,7'sinin kronik hastalığa sahip olduğu ve yarasından fazlasının (%69,3) ilaç kullandığı bulunmuştur. Bireylerin %40'nın sigara kullandığı, %26,7'sinin sigarayı bırakmayı düşünmediği ve Fagerström ölçeğine göre sigara içenlerin bağımlıklarının az ve çok az olduğu bulunmuştur (%25,4). Yaşlıların %38,7'sinin depresyonda olduğu ve %24'nün tam-ileri derece bağımlı olduğu belirlenmiştir. Sigara içme durumu ile cinsiyet, üst solunum yolları hastalığına (üsy) yaklanma ve KOAH olan yaşlılarla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). MMT ile Fagerström ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve mental durumların normal olanların sigara bağımlılıklarının daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

TARTIŞMA: Yaşlılıkta depresyon yaygınlığı ile ilgili yapılan uluslararası çalışmalarda depresyon oranın %5-%15 olarak belirtilmektir. Ülkemizde, Dişçigil ve arkadaşları %37, Bekaroğlu ve ark. %41 olarak belirlenmiş ve çalışmamıza benzer özelliktedir. Literatürde özellikle erkekler arasında tütün kullanımının oldukça yaygın bir alışkanlık olduğu bildirilmektedir ve çalışmamaızda da erkek yaşlıların daha çok sigara kullandığı bulunmuştur. Uzun zaman sigara kullanmış bir yaşlı ilerleyen yaşından dolayı sigarayı bırakmasının net bir yararı olmayacağı düşüncesine sahip olabilir, çalışmamızda yaşlıların %26,7 sigarayı bırakmayı düşünmedikleri bulunmuştur ve Varma ve arkadaşlarının çalışmasında, yaşlılar sigara içmelerinin hayatlarına anlam kattığını ve bu yaşta içip/içmeme arasında fark olmadığını ifade etmişlerdir. Literatürde sigara içme alışkanlığının solunum yolu enfeksiyonlarına ve hastalıklarına olan etkisi bilinmekle birlikte çalışmamız da da sigara içenlerin ÜSY olma oranlarının ve KOAH olanların daha yüksek olduğu bulunmuştur.

SONUÇ: Sigara kullanımının kontrolü çok yönlü çalışmaları gerektirmektedir; eğitim çalışmalarının ve yasal düzenlemelerin yapılması yararlı olacaktır. Yaşlılarda sigaranın olumsuz etkileri ve bırakıldığında sağlayacağı faydalar ile ilgili daha etkili ve birebir görüşmelerle eğitimler verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, huzurevi, sigara, bağımlılık.

EP-149

OKTOGENARYAN BİR HASTADA OSTEOPENİYE BAĞLI SPONTAN STERNUM KIRIĞI

İbrahim Ethem Özsoy, Mehmet Akif Tezcan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri SUAM, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Kayseri

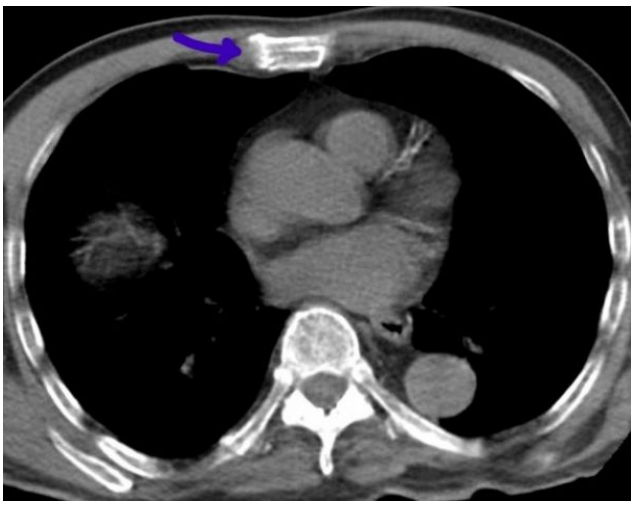
GİRİŞ: Sternum kırıkları çoğunlukla travma ile ilişkilidir. Sternumun metastatik tümörleri ve patolojik fraktürleri son derece nadirdir. Spontan sternum kırıkları genellikle malignensiler ile beraberdir. Osteoporoz geriatrik dönemde morbidite ve mortaliteye neden olan en önemli sağlık sorunlarından biridir. Osteoporoza bağlı olarak spontan kırık literatürde bildirilmesine karşın osteopeniye bağlı sternum kırığı bildirimi yok denecek kadar azdır. Öne eğilme sonucu ani başlayan göğüs ağrısı şikayeti ile birkaç ayrı branş hekimini gezmesine rağmen spontan sternum kırığı olabileceği akla getirilmeyen oktogenaryan bir hastayı sunduk.

OLGU: 82 yaşında erkek hasta göğüs cerrahisi polikliniğine bir haftadır devam eden sternum üzerinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Hiçbir travma hikayesi yoktu. Ağrı ilk olarak ayakkabılarının bağcıklarını bağlamak için eğildiğinde başlamıştı. Acil servis, Göğüs hastalıkları ve Kardiyoloji polikliniklerinde herhangi bir tanı konamadığı için Göğüs cerrahisi polikliniğine başvurmuştu. Lateral grafide sternumda bariz bir kırık hattı yoktu ancak hastada sternum korpus üzerinde aşırı hassasiyeti olması nedeniyle Toraks BT çekildi ve sternum kırığı saptandı. Malignensiye ait olabileceği düşünülerek taramaları yapıldı, multipl myelom olabileceği düşünülerek protein elektroforezi bakıldı ve belirgin patoloji saptanmadı. Osteoporoza bağlı olabileceği düşünülerek hastanın Kemik mineral yoğunluğu ölçümleri Dual Enerji X-ışını Absorbsiyometri (DEXA) yapıldı ve Posterioanterior lomber omurga (L1-L4) ve kalça (femur boynu, trokanterik bölge, intertrokanterik bölge) ölçümleri yapıldı ve T-Skor -2,2 saptandı. Dünya sağlık örgütü tanımlamalarına göre T-Skor -1,0 ve -2,5 arasında ise osteopenik olarak tanımlanmaktadır ve hastamız osteopenikti ve spontan sternum kırığı oluşmuştu. Hastamızın EKG'si çekildi ve kardiyak enzim takibi yapıldı. EKO'su çekildi ve hiçbir patoloji saptanmadı. Hastanın sternum kırığına cerrahi düşünülmedi, analjezisi sağlandı ve FTR poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

SONUÇ: Geriatrik populasyonun yaklaşık yarısı osteoporotiktir ve hem osteoporoz hem de osteopeni oldukça büyük bir oranda kırıkla sonuçlanır. Tüm osteoporotik kırıklar kemiğin karşı koyabileceğinden daha fazla yükle karşılaşmasına bağlıdır. Bu derece yüklenme ise sıklıkla düşme sonucu oluşur. Ayakkabı bağcığı bağlamak için öne eğilen yaşlı bir insanda travma olmadan da sternum ya da başka bir kemikte kırık oluşabileceğini aklımızda tutmalıyız.

Anahtar Kelimeler: Oktogenaryan, osteopeni, sternum fraktürü

Sternum fraktür CT



EP-150

NADİR BİR OLGU: ERİŞKİN YAŞTA TRAKEAL WEB

Semih Altunsoy, Songül Özyurt, Bilge Yılmaz Kara, Dilek Karadoğan, Ünal Şahin
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ: Trakeal webler entrensek tip bir kısa segment trakeal stenozdur. Havayolu lümeni kalınlığı değişen bir doku ile çevresel olarak daralmıştır. Kıkırdak dokusu genel olarak bozulmadan kalmıştır.Burada uzun süre asemptomatik kalmış erişkin bir olgu sunduk.

OLGU: 70 yaş,erkek hasta, yaklaşık 6 aydır devam eden öksürük nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde 30 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu ve 15 yıldır içmiyordu. Laboratuar bulgularında hemoglobin düşüklüğü dışında patoloji saptanmadı. Soygeçmişinde babada tüberküloz geçirme öyküsü vardı. Hastanın fizik muayenesinde herhangibir patoloji saptanmadı. Kronik öksürük etiyolojisi araştırılan hastanın toraks BT'sinde trakea üst kısmında web ile uyumlu görünüm saptandı. Hastaya FOB yapıldı ve trakea girişinden yaklaşık 2 cm distalde trakeal web görüldü(resim1). Hastaya endoskopik tedavi önerildi.

SONUÇ: Trakeal web, trakeal lümenden ayrılan ince bir doku tabakasından oluşur ve trakeayı daraltır,tamamen kapatmaz. Webin kalınlığı değişebilirken, altta yatan kıkırdak iskeletinin deformitesi veya anormalliği yoktur. 10.000 doğumda 1 görülür. Konjenital ve Edinilmiş (cerrahi,travma ya da entübasyon sonrası) olarak ikiye ayrılır. Hastalar asemptomatik olabilir ya da öksürük,sık üst solunum yolu enfeksiyonu,dispne ve sıklıkla astım öyküsü ile hastane başvurusunda bulunurlar. Semptomatik olanların tedavisinde argon laser,açık cerrahi,mukozal rezeksiyon ve zorlu dilatasyon seçenekleri bulunur.

Anahtar Kelimeler: Trakeal Web, Kongenital, Akkiz, Tedavi

Resim1

olgunun BT ve FOB görüntüleri

EP-151

ATİPİK PREZENTASYON GÖSTEREN VE FİBEROPTİK BRONKOSKOPİ İLE TANI ALAN AKCİĞER HİDATİK KİSTİ

Ayşe Bahadır, Pelİn Karadağ, Arzu Deniz Aksan, Barış Anıl, Deniz Sansar, Mehmet Ali Bedirhan
İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,istanbul

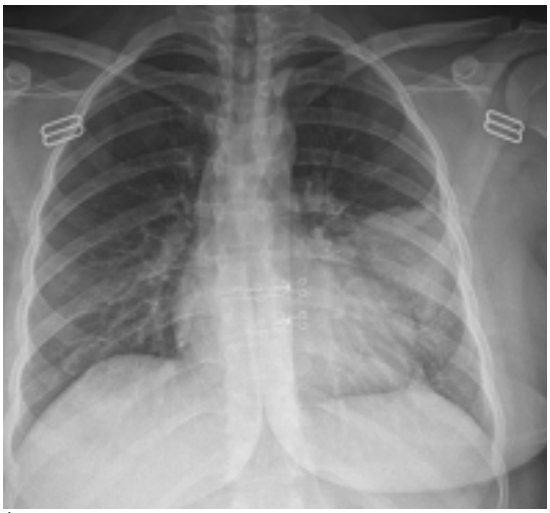
GİRİŞ:Hidatik kist,tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu ülkelerde sık görülen bir paraziter hastalık olup ülkemizde prevelansı 50/100.000'dır.Echinococcus Granulosus'un neden olduğu hastalık en sık karaciğeri tutmakla birlikte %15-30 oranında akciğerlerde görülmektedir.Radyolojik olarak,soliter veya multiple yuvarlak veya oval düzgün sınırlı kitle lezyonu şeklinde görülür.Tanı klinik bulgular ve serolojik testlerle konulur.Tedavide ilk seçenek cerrahi eksizyondur.Endobronşiyal hidatik kist nadir görülmesi nedeniyle litaratür bilgileri ile olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU: 22 yaşında kadın hasta, ani gelişen öksürmekle yaklaşık 200 cc ağızdan kan gelmesi şikayeti ile hastanemize başvurdu.Ev hanımı olan ve sigara öyküsü olmayan hasta, 45 gün önce normal doğum yapmışdı. Fizik muayenesinde sol akciğerde solunum sesleri azalmış.Hemogramında lökositoz,biyokimyasında CRP yüksekliği dışında patoloji saptanmadı. PA akciğer grafisinde sol akciğerde kalp komşuluğunda düzensiz sınırlı nonhomojen dansite artışı (Resim 1),Toraks BT' de sol akciğerde apikoposteior segmentten inferior lingular segmente uzanan ve hiler bölgeyi tamamen kaplayıp anterobazele uzanan,çevresinde hava bronkogramları izlenen pnömonik konsolidasyon saptandı.(Resim 2) Hastaya pnömoni ön tanısı ile nonspesifik antibiyoterapi başlandı.İleri tetkik amacıyla FOB yapıldı.Sol lingula inferior segment üzeri beyaz renkli,düzgün yüzeyli polipoid lezyon gözlendi.Ancak distalde oblitere ve hemorajiye meyilli olması nedeniyle gözlenen lezyondan bir kez biyopsi alınarak işlem sonlandırıldı.Mikrobiyolojide Lavaj ARB (-) bulundu. Bronş biyopsi histopatolojisi: Kist hidatiğe ait,laminasyon gösteren eozinofilik germinal membran olarak raporlandı.Hasta Göğüs Cerrahi tarafından üst lob fissür yüzeyinde yer alan kistik lezyon kistektomi uygulanarak çıkarıldı.Postoperatif komplikasyon gelişmedi.

SONUÇ: Endobronşiyal hidatik kist oldukça nadir görülmekte olup ön planda malignite düşündüğümüz olguda bronş biyopsi ile hidatik kist tanısı konuldu.Atipik prezentasyonu nedeni ile radyolojik olarak konsolidasyon gösteren, endobronşiyal lezyonlar içinde hidatik kist ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

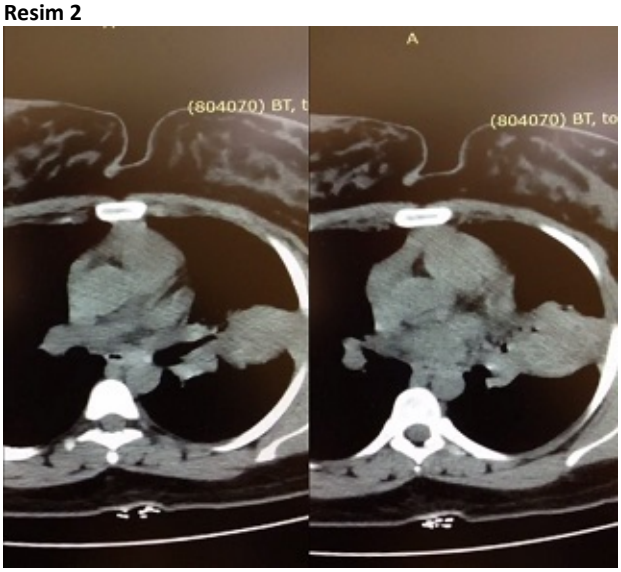
Anahtar Kelimeler: Endobronşial Lezyon,Hemoptizi,Hidatik kist,

Resim 1



İlk Geliş PA Akciğer Grafi Görüntüsü

Resim 2



Toraks Bt'de Endonronşial Uzanım Gösteren Lezyon

EP-152

HIÇKIRIK İLE PREZENTE OLAN YABANCI CİSİM ASPİRASYONU

Semih Altunsoy, Songül Özyurt, Bilge Yılmaz Kara, Dilek Karadoğan, Ünal Şahin
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

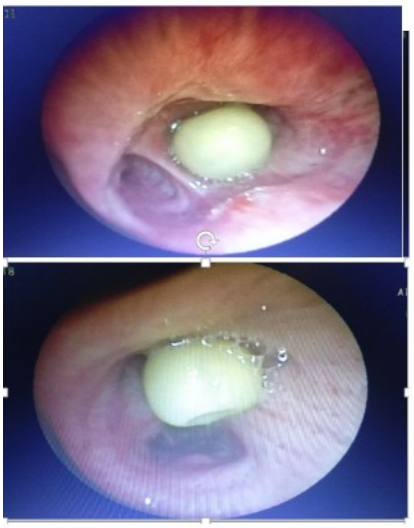
GİRİŞ: Hava yoluna yabancı cisim aspirasyonu, çoğu zaman hayatı tehdit eden ve erken müdahale gerektiren acil bir durumdur. Burada erişkin yaşta hıçkırık ile prezente olan bir olgu sunuyoruz.

OLGU: 58 yaşında, E, hasta, öksürük, balgam, ateş şikayetleri ile acil servise başvurdu. Genel durumu iyi, bilinç açıktı. Özgeçmişinde 30 paket/yıl sigara öyküsü, KOAH, KAH VE HT mevcuttu. Solunum sistemi muayenesinde bilateral bazallerde ral duyuldu. Olgunun acil serviste çekilen Toraks Bt'sinde sağda daha belirgin olmak üzere yer yer buzlucam dansiteleri ve tomurcuklanan ağaç görünümü izlendi. Laboratuar bulgularında WBC 14000 IU/l, CRP: 10 mg/dl, diğer laboratuar bulguları normaldi. Hasta pnömoni tanısı ile yatırıldı ve ampirik antibiyoterapi başlandı. Takiplerinde inatçı hıçkırık gözlenen hastaya bronkoskopi yapıldı. Sağ alt lobda yabancı cisim görüldü, çıkarılan yabancı cisim incelendiğinde mısır tanesi olduğu saptandı fakat hastanın anamnezi tekrar derinleştirildiğine aspirasyon öyküsü alınamadı. Yabancı cisim çıkartıldıktan sonra hastanın hıçkırık yakınması kesildi.

SONUÇ: Çoğunlukla çocukluk döneminde görülmesi karşın erişkin yaşlarda da görülebilen yabancı cisim aspirasyonları hava yolunda yerleşim alanına göre farklı semptomlara yol açar. Yabancı cisimler ana hava yolunu obstrükte ettiğinde asfiksi, akut solunum yetmezliğine sebep olurken; daha distal hava yolu obstruksiyonlarında ise öksürük, nefes darlığı, hıçkırık, hemoptizi görülebilir. Aspirasyonun aşikar olmadığı olgularda tanı gecikmesiyle birlikte postobstruktif pnömoni, atelektazi, bronşektazi ve granülasyon dokusu oluşumu izlenebilir.

Anahtar Kelimeler: hıckırık, yabancı cisim, fob

Resim1



Bronkoskopide bronş içi yabancı cisim izlenmekte

EP-153

EBUS İLE TANI ALAN PULMONER HEPATOİD ADENOKARSİNOMA OLGUSU

Funda Demirağ[1], Ayperi Öztürk[2], Aydın Yılmaz[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Pulmonoloji Ankara

GİRİŞ: Pulmoner hepatoid adenokarsinoma morfolojik özellikleri hepatosellüler karsinomaya benzeyen nadir bir tümördür. Akciğer tümörlerinin son Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasında bir subtip olarak yer almasa da literatürde bu morfolojiye sahip olgular mevcuttur. Biz EBUS ile tanı koyduğumuz hepatoid adenokarsinoma olgusunun klinik ve sitomorfolojik özelliklerini literatür eşliğinde tarif etmeyi amaçladık.

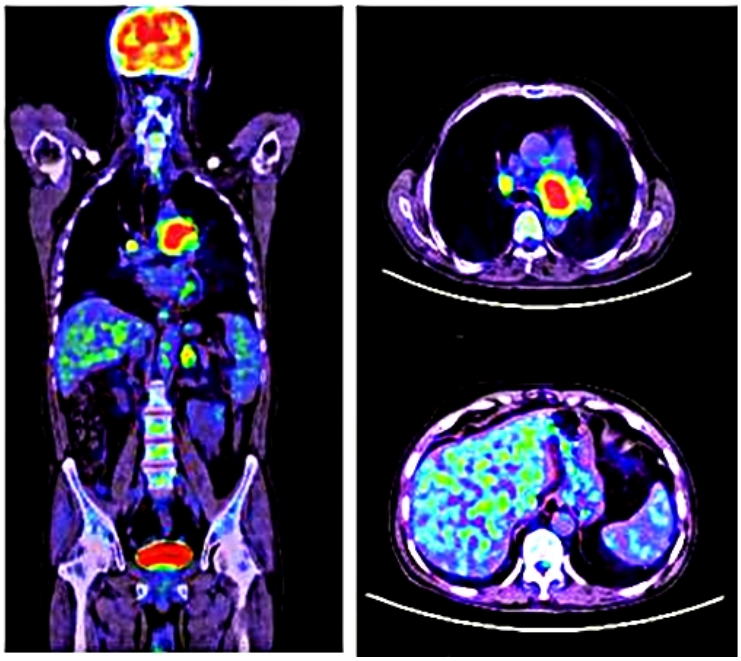
GEREÇLER VE YÖNTEM: 61 yaşında erkek hasta yaklaşık bir yıl önce ses kısıklığı şikayeti ile başvurduğu merkezde çekilen tomografilerinde mediastinal lenfadenopati tespit edilmiş. Ancak hasta önerilen tetkikleri kabul etmemiş. Son altı aydır öksürük ve nefes darlığının artması nedeniyle hastanemize yönlendirilmiş. Hastaya PET BT, kranial tomografi, batın USG çektirilerek tanı amaçlı EBUS planlandı. EBUS ile 4L istasyonundan örnekleme yapıldı.

BULGULAR: PET BT incelemesinde aortikopulmoner pencere düzeyinde 5 cm çapında SUVmax:9.62 olan yumuşak doku kitlesi, mediastinal lenfadenopatiler, sürrenal glandda nodüler lezyon tespit edildi. Batın ultrasonografisi ve PET BT de karaciğerde lezyon tespit edilmedi. 4L kayıtlı hücre bloğundan hazırlanan kesitlerde lenf nodu parçalarını diffüz infiltre etmiş iri, kromatinden zengin nükleuslu, geniş eozinofilik sitoplazmalı hücrelerden oluşan tümöral yapı izlenmiştir. Yapılan immünohistokimyasal çalışmada tümör hücrelerinde diffüz keratin7, HepPar1, fokal keratin20 ve TTF-1 pozitifliği gözlenmiş olup, p40 ve CDX2 negatiftir. Özel boya ile fokal müsin pozitifliği tespit edilmiştir. Bu histopatolojik değişikliklerin hepatoid adenokarsinom ile uyumlu olması üzerine kan AFP düzeyi çalışıldı. Ancak normal sınırlarda bulundu. Moleküler çalışmalarda EGFR mutasyonu, ALK ve ROS1 rearranjmanı tespit edilmedi.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Pulmoner hepatoid adenokarsinomanın histolojik olarak metastatik hepatosellüler karsinomdan ayırt edilmesi önemlidir. Tıpkı enterik diferansiyasyonlu adenokarsinomlarda olduğu gibi TTF-1 gibi akciğer kökeni gösteren belirteçler ile karaciğer kökeni gösteren HepPar1 in pozitif olması tanı koydurucudur. Daha önce EBUS ile tanı konulan olgu mevcut olmayıp olgumuz ilk olgudur.

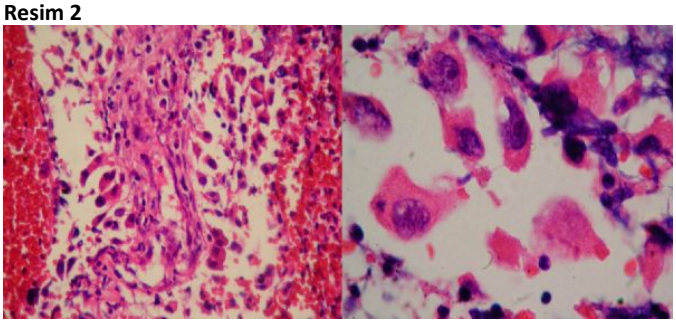
Anahtar Kelimeler: adenokarsinoma, akciğer, EBUS, hepatoid

Resim 1



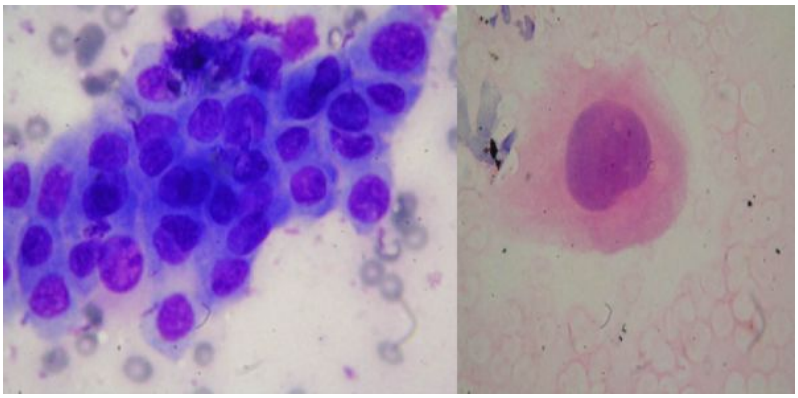
Aortikopulmoner pencere duzeyinde 5 cm capinda SUVmax:9.62 olan yumusak doku kitlesi

Resim 2



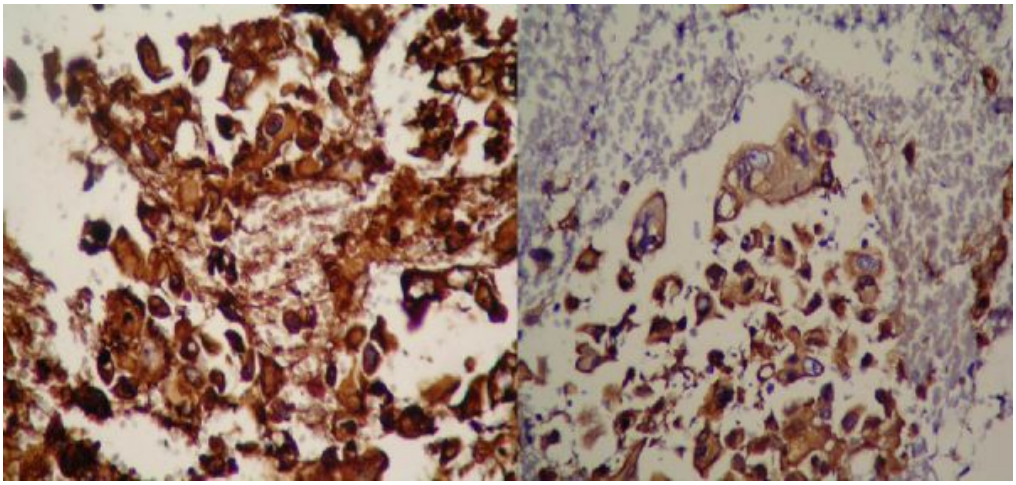
Hucre bloklarinda lenf nodu parcalarini infiltre eden pleomorfik gorunumlu hucreler

Resim 3



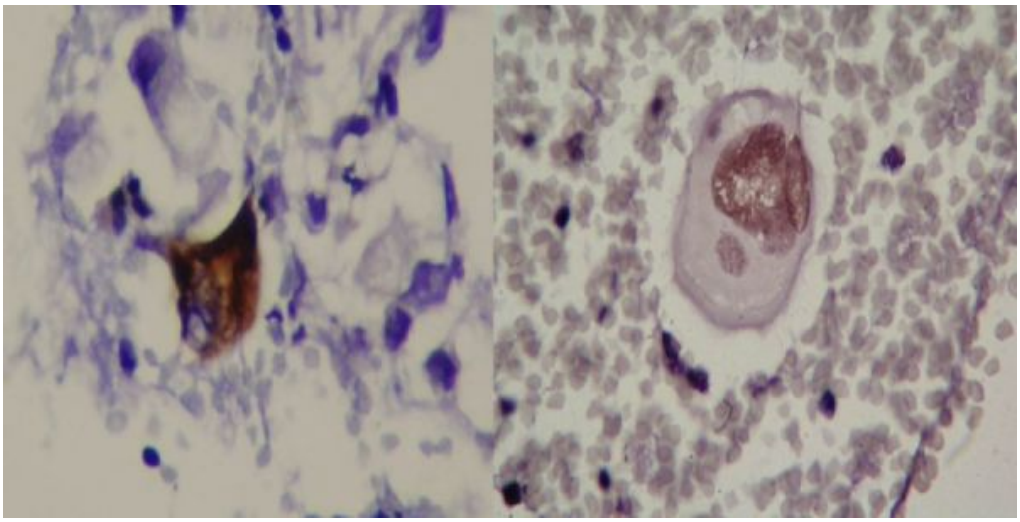
Yaymalardaki hucre gruplari ve tek tek dagilan hucreler

Resim 4



Keratin7 ve HepPar1 pozitifligi

Resim 5



Fokal keratin 20 ve TTF1 pozitifligi

EP-154

BİR EĞİTİM HASTANESİNDE YAPILAN EBUS İŞLEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ruşen Uzun[1], Fatih Üzer[2]
[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Antalya
[2]Kastamonu Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Kastamonu

GİRİŞ: Endobronşiyal ultrasonografi (EBUS) mediastinal lezyonların örneklenmesinde önemlidir. EBUS eşliğinde örnekleme ülkemiz için yeni sayılabilecek bir örnekleme metodudur ve hastanemizde yaklaşık olarak 4 aydır yapılmaktadır. Kliniğimizde yapılan EBUS eşliğindeki örnekleme deneyimimizi 35 olgu nedeniyle paylaşmak istedik.

YÖNTEM: Çalışma retrospektif gözlemsel bir çalışmadır. Çalışmaya 2018 yılı Nisan –Temmuz ayları arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde EBUS işlemi yapılan 35 olgu alındı. Bu olguların sosyo-demografik verileri, işlem öncesi ön tanıları (klinik ve radyolojik), işlem sırasındaki tanıları ve patolojik son tanıları veri formuna kaydedildi.

BULGULAR: Olguların yaş ortalaması 61,1±9,8 (37-76) olup; 28'i (%80) erkek, 7'si (%20) kadın idi. Erkeklerin yaş ortalaması 61,5±9,4, kadınların yaş ortalaması 59,4±12,0 olarak bulundu. EBUS endikasyonları 5 ana başlık altında toplandı. Bunlar; mediastinal lenfadenopati (LAP) etyolojisini aydınlatmak (8 olgu), akciğer kitlesi + mediastinal LAP (17 olgu) örneklenmesi, daha önce akciğer kanseri tanısı alan olgularda mutasyon analizi (7 olgu) ve evreleme (2 olgu) tespiti, akciğer dışı kanseri olan olguda metastaz (1 olgu) değerlendirilmesi idi. EBUS ile tanı koyma oranımız %82,8 (29) olarak tespit edildi. Tanı konulamayan 6 olgunun 4'üne mediastinoskopi yapıldı, 2 olgu ise takipten çıktı. EBUS ile tanı konulan olguların 23'ü malignite tanısı, 4'ü granülomatöz hastalık (3 sarkoidoz, 1 tübeküloz), 1'i ise akciğer dışı (özefagus) metastaz tanısı almıştı. Lenf nodlarının çapı ortalama olarak 21,3±8,2 mm (8-43 mm), ortalama örnekleme sayısı 3,3±0,9 (2-6) defa olarak kaydedildi. Yirmi bir olguda sadece bir lenf nodu istasyonu örneklemesi yapılmışken, 14 olguda iki veya daha fazla lenf nodu istasyonundan örnekleme yapıldı. En sık örnekleme yapılan lenf nodu istasyonları 4R, 7 ve 10R olarak saptandı. Mutasyon analizi için yönlendirilen 7 olgunun 2 (%28,5)'sinde mutasyon analizi patolojik olarak tespit edildi.

SONUÇ: EBUS, mediasten patolojilerinin hem benign hem de malign hastalıklarının tanısında önemlidir. EBUS ile tanı koyma oranı yüksektir ve hastaları gereksiz invaziv girşimlerden kurtarır. Ayrıca akciğer malignite tanısı olan hastalarda hedefe yönelik tedavi için gerekli olan mutasyon analizinin saptanabilmesinde yararlanabilecek bir tanı yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Ebus, mediastinal patolojiler, lenfadenopati, tanı oranı

EP-155

SİLİKOZİS ZEMİNİNDE GELİŞEN PULMONER ALVEOLER PROTEİNOZİS

Sinem Nedime Sökücü, Özlem Kahya, Seda Tural Önür, Cengiz Özdemir, Mehmet Emin Sezgin
İstanbul Yedikule Göğüs ve Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

40 yaşında erkek hasta 2yıldır var olan nefes darlığı,progresif dispne ile başvuruyor. Özgeçmişinde operasyon öyküsü yada ek hastalık öyküsü yoktu. 10p/yıl sigara kullanım vardı.8 aydır exsmooker.Fizik muayenesinde oskultasyonda bilateral bazaller ralleri olması dışında özellik yoktu. Hastanın rutin labaratuar tetkiklerinde arteriel kan gazında hipoksik saptandı. CRP:13mg/dl, LDH:365IU/Lolması dışında özellik yoktu.

Hastanın 2 yıldır progresif dispne nedeniyle dış merkez başvurusunda çekilen toraks bilgisiyarlı tomografisinde akciğer parankiminde hemen tüm lob ve segmentlerde yaygın buzlu cam dansitesinde alanlar, eşlik eden interlobüler septal belirginleşme, fiberobtik bronkoskopisinde süt rengi sıvı,proteinoz materyal saptandı Hastanın acil başvurusu sırasında arteriel kangazında hipoksi saptandı. Posterior anterior akciğer grafisinde diffuz alveoler infiltrasyonları vardı (resim1) diffuzyon karbonbonmonoksit kapasitesi (dlco) %36 saptandı. Hastanın anamnezi derileştirildiğinde maruziyetleri sorgulandığında metal fabrikasında çalışma öyküsü olduğu öğrenildi.Hastanın silikozise bağlı pulmoner alveoler proteinozis olduğu düşünüldü.Töropatik amaçlı total akciğer lavajı uygulandı. Hasta 39 numara sol çift lümenli entübasyon tüpü ile sol selektif entübe edilidi. Entübasyon tüpünün doğru yerde olduğu bronkoskopi ile kontrol edildi. Sol akciğere 13 lt sıvı verildi, 12.8 lt sıvı alındı. İşlem öncesi oda havası oksijen sat %76 olan hasta işlem boyunca min o2 sat %95 olarak izlendi. Hasta ekstube edilerek solunum yogun bakımda maske o2 5lt/dk 24 saat izlenmesinin ardından servise alındı.Hastanın torapatik lavaj uygulaması sonrası hipoksisinin gerilemesinin üzerine 3 hafta sonra çağrıldıı.Hastanın 3 hafta sonrasında başvurusu sırasında hipoksisinin oldugu diffuzyon karbonmonoksit kapasitesinin dlco %30,1.ekspiratuar volumunun 2,67 lt %68,zorlu vital capasitesinin 2,84 %60fev1/fvc%89 oldugu saptandı. Sağ taraflı torapatik lavaj uygulaması planlandı. Hastaya vest osilasyon yeleği giydirildi.(Resim2) 37 numara sol çift lümenli entübasyon tüpü ile sol selektif entübe edilidi. Entübasyon tüpünün doğru yerde olduğu bronkoskopi ile kontrol edildi. Sağ akciğere13 lt sıvı verildi, (resim3)13 lt sıvı osilasyon eşliğinde alındı. İşlem öncesi oda havası oksijen sat %88 olan hasta işlem boyunca min o2 sat %86 olarak izlendi. Hasta ekstübe edilerek solunum yoğun bakıma alındı.Hasta 24 saat nımv ve maske oksijen desteğiyle takip edilerek izlenmesinin ardından servise alındı Hastanın hipoksisinin gerilemesi saptanması üzerine başvurusu önerilerek taburcu edildi. Silikozise bağlı gelişen pumoner alveolar proteinozis vakamızın total akciğer lavajı sonrası klinik ve radyolojik düzelmesi sunuldu

Anahtar Kelimeler: sekonder alveoler proteinozis,silikozis,total akciğer lavajı

torapatik lavaj uygulaması öncesi ve sonrası posterior anterior akciğer grafisi

vest ossilasyon yeleği

EP-156

PROGRESİF DİSPNE İLE BAŞVURAN PRİMER PULMONER ALVEOLER PROTEİNOZİS

Mehmet Emin Sezgin, Özlem Kahya, Cengiz Özdemir, Seda Tural Önür, Sinem Nedime Sökücü
İstanbul Yedikule Göğüs ve Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

25 yaşında bayan hasta 7yıldır var olan nefes darlığı,progresif dispne ile başvuruyor.Özgeçmişinde öyküsü yoktu.Sigara kullanım öyküsü 20paket/yıl olup aktif smokerdı Fizik muayenesinde oskultasyonda bilateral bazaller ronkusleri olması dışında solunum sistemi muayenesinde özellik yoktu.Hastanın rutin labaratuar tetkiklerinde arteriel kan gazında hipoksik saptandı. Biyokımyasal parametrelerinde LDH:502 olması dışında özellik yoktu.

Hastanın çekilen toraks bilgisiyarlı tomografisinde akciğer parankiminde tüm lob ve segmentlerde yaygın buzlu cam dansitesinde alanlar,eşlik eden interlobüler septalarda ılımlı belirginleşme saptanmıştır(resim1)hastanın eski tetkikleri incelendiğinde 7 yıl önce nefes darlığı,kilo kaybı,öksürük şikayetleriyle tuberküloz ön tanısı düşünülmüş bronkoskopik ve transtorasik sitoloji ve mikrobiyoloji sonuclarının normal çıkması üzerine yapılmış açık akciğer biopsisinde pulmoner alveoler proteinozis tanısı mevcuttu.

Hastanın klinik dipne şikayetinin progresif kötüleşmesinden,yapılan diffuzyon karbonmonoksit kısıtlamasında %32, oda havası arteriel kan gazında hipoksi saptanmasından dolayı total akciğer lavajı önerildi.Hastaya sol taraflı akciğer lavajı planlandı.Pulmoner alveolar proteinozis ön tanısıyla Hasta 37 numara sol çift lümenli entübasyon tüpü ile sol selektif entübe edilidi.Sağ tarafı yukarıda kalacak şekilde hastaya lateral pozisyon verildi ve hasta sabitlendi. Sol akciğere 12 lt sıvı verildi, 11.8 lt sıvı alındı.(resim2)İşlem öncesi oda havası oksijen sat %86 olan hasta işlem boyunca min o2 sat % 86 izlendi.Anestezi süresi 1 saat 46 dak.hasta ekstübe edilerek solunum yoğun bakıma alındı.24 saat yogun bakımda ekstube nımv ve maske oksijen desteği ile izlenerek servise transfer edildi.Hipoksisi gerileyen hastanın 3 hafta sonra polıklınık başvurusunda progresif dispne devam ettiği saptandı.Hastanın arteriel kangazında hipoksik solunum yetmezliği diffuzyon carbonmonoksit kapasitesi%38 saptandı.Hasta 37 numara sağ çift lümenli entübasyon tüpü ile sağ selektif entübe edilidi. Sağ akciğere 12,0 lt sıvı verildi, 11,9 lt sıvı alındı.İşlem öncesi oda havası oksijen sat %86 olan hasta işlem boyunca min o2 sat %92 izlendi.Anestezi süresi 2 saat 25 dak.Hasta ekstübe edilerek solunum yoğun bakıma alındı.24 saat yogun bakımda ekstube nımv ve maske oksijen desteği ile izlenerek servise transfer edildi.Hipoksisi gerileyen 3 hafta sonra polıklınık başvurusu planlanlanarak taburcu edildi hastanın arteriel kangazında hipoksik solunum yetmezliği diffuzyon karbonmonoksit kapasitesi%38 saptandı.1.saniyedeki ekpiratuar volümü(fev1)1.40lt%39,zorlu vital kapasite(fvc) 2,58%63,fev1/fvc:%53.
7 yıl süresince total akciğer lavajını reddeden hastanın semptomlarının ağırlaştığı ve hipoksisin geliştiği,2 ayrı seansta tek taraflı akciğer lavajı yapılarak hem dispnesinin rahatladığı hem de hipoksisinin gerilediği vaka sunumu olarak sunuldu.

Anahtar Kelimeler: PRİMER ALVEOLER PROTEİNOZİS,TOTAL AKCİĞER LAVAJI,PROGRESİF DİSPNE AYIRICI TANISI

hastanın total akciğer lavajı sırasında süt görünümlü proteinoz materyalin berraklaşıncaya kadar işlemin devam edilmesi sırasında proteinoz materyalin görünümü

total akciğer lavajı uygulaması öncesi yuksek rezulosyonlu bilgisayarlı tomografi

EP-157

BRONKOSKOPİK OLARAK EKSİZE EDİLEN TRAKEAL LİPOM OLGUSU

Burçin Çelik, Volkan Yılmaz, Merve Karabacak
Ondokuz Mayıs Üniversitesi,Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ: Trakeal tümörler akciğer tümörlerinden çok daha seyrektir. Trakea benign tümörleri ise oldukça nadir görülmektedir ve yaklaşık %50 si trakea alt 1/3 bölümünde görülür. Papillom, adenom, schwannom, hamartom, lipom ve leiomiyom gibi farklı histolojik tipleri vardır. Trakeal lipomlar ise literatürde olgu sunumları şeklinde yer almaktadır. Bu bildiride endotrakeal lipom olgusunun endobronşiyal olarak tedavi edilmesi sunulmaya çalışıldı.

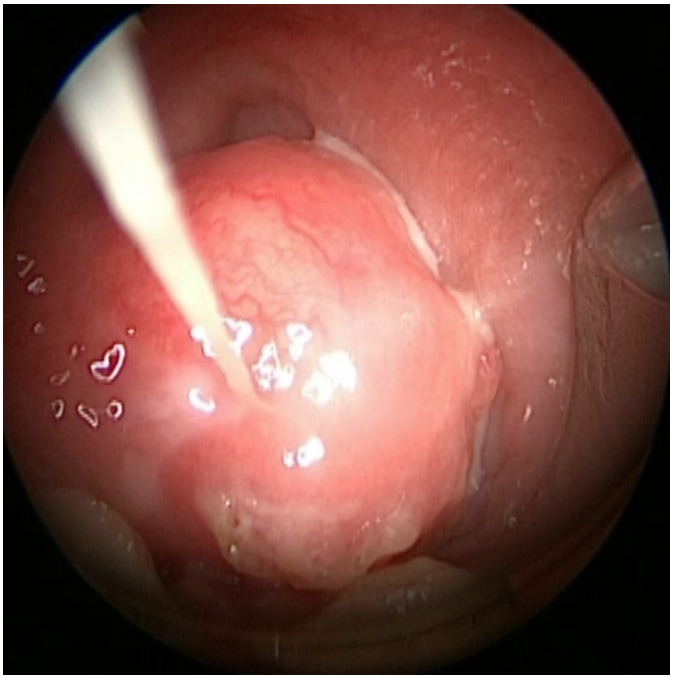
OLGU: Ciddi nefes darlığı ve stridor şikayeti ile başvuran 46 yaşındaki kadın hastanın arteriel kan gazı değeri PaO2: 46,8; PaCO2: 41,6; oksijen satürasyonu: %79,7 idi. Özgeçmişinde; astım bronşiyale, tip II diyabet ve hipertansiyon mevcut olan hasta sigara kullanmamaktaydı. Toraks BT incelemesinde; trakea orta bölümünde lümeni tama yakın tıkayan 1 cm çaplı nodüler görünüm izlendi. Genel anestezi altında yapılan rijid bronkoskopide; vokal kordların 5 cm altında trakea mukozasında köken alan, lümeni totale yakın tıkayan saplı endotrakeal lezyon görüldü. Distaline optik ile geçildi ve herhangi bir patoloji izlenmedi. Endotrakeal lezyon 5 mm ligasure yardımıyla total olarak eksize edilip forceps yardımıyla çıkarıldı. Postoperatif semptomları düzelen hasta taburcu edildi. Histopatolojik olarak lipom tanısı konuldu. Postoperatif 2.ayında yapılan kontrol fleksible bronkoskopide trakeal lümen tamamen normal izlendi.

TARTIŞMA: Trakea benign tümörlerine bağlı semptomlar astım ve KOAH atağı gibi obstrüktif akciğer hastalıklarını taklit edebilmektedir. Bu durum tanıda gecikmeye ve ağır solunum semptomlarına yol açmaktadır. Olgumuzda ciddi nefes darlığına sebep olan endotrakeal kitle bronkoskopik yaklaşımla total olarak eksize edilmiştir.

SONUÇ: Medikal tedaviye rağmen sonuç alınamayan astım hastalarında endotrakeal ve endobronşiyal lezyonlar akla gelmelidir. Tanı için radyolojik görüntüleme ve gerekirse bronkoskopi uygulanmalıdır.

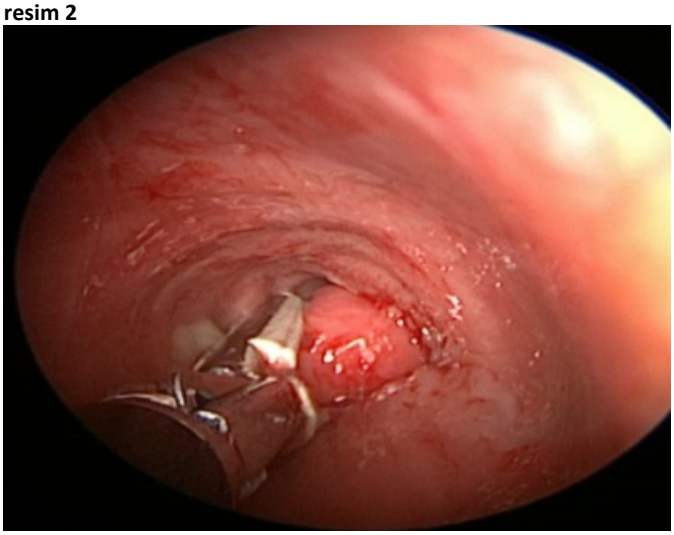
Anahtar Kelimeler: endotrakeal, lipom, bronkoskopi,rezeksiyon

resim 1



Lümeni totale yakın tıkayan mukoza ile benzer görünümde EBO ve yoğun sekresyon

resim 2



Ligasure ile lezyonun eksizyonu

EP-158

KANAMA MI? HAYAT MI?

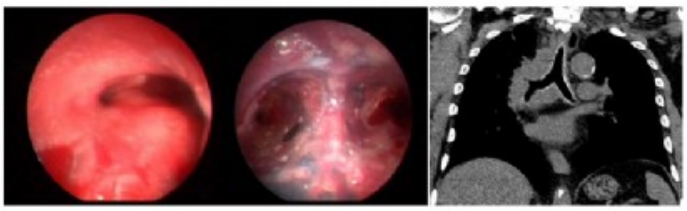
Demet Turan, Efsun Gonca Uğur Chousein, Barış Demirkol, Esra Gözügül, Halit Çınarka, Erdoğan Çetinkaya, Mehmet Akif Özgül
SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

65 yaşında erkek hasta acil servisimize nefes darlığı ve hırıltı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde iskemik kalp hastalığı, hipertansiyon, kronik kalp yetmezliği olan hastaya 18 gün önce akut miyokard enfarktüsü nedeniyle koroner stent takılarak klopidogrel başlanmıştı. 100 paket/ yıl sigara içme öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde ortopneik, dispneik, takipneik idi. Solunum sistemi muayenesinde stridoru mevcuttu. Kan basıncı 130/70 mmHg solunum sayısı 27/dk, nabız: 107/dk, sO2: % 95 idi. Hemogramında WBC: 15.780 10e3/uL, Hb: 9.5 g/dL, Hct: 32 Plt: 576.000 10e3/Ul idi. CRP:28.9,kreatinin 1.39 mg/dl, BUN: 83 mg/dl, LDH: 344 IU/L olması biyokimyasal parametreler normaldi. Posteroanterior akciğer grafisinde orta mediastien geniş, kardiotorasik indeks artmıştı. Toraks BT'sinde sağ santral bölgede düzensiz ve çekintili kontürlü kitle lezyonu trakeayı ve sağ ana bronşu daraltmış izleniyordu. Kardiyoloji ile konsülte edilen ve kopidogrel'i kesilemeyen hasta acil şartlarda rijid bronkoskopi ile endobronşiyal tedaviye alındı. Trakea distal 1/3 lük alandan itibaren karinaya kadar tümöral infiltrasyon ve dış bası ile %80 daralmış idi. Karina tümöral infitrasyon destrükte izlendi. Sağ ana bronş girişinden itibaren üst lob ve intermedier bronş tümöral infiltrasyon ile tama yakın oblitere izlendi. Sol ana bronş girişi trakeadan devam eden infiltrasyon ile daralmıştı. Trakea karina ve sağ ana bronş girişine APC uygulandı ve mekanik rezeksiyon yapıldı. Debrisler biyopsi pensi ile alındı. Kontrol edilemeyecek bir hemoraji gelişmedi. Trakea, sağ ve sol ana bronş girişinde optimal açıklık sağlanarak 16-13-13 slikon Y stent yerleştirildi ve işlem komplikasyonsuz sonlandırıldı. İşlem sonrası solunum sıkıntısı düzelen hastaya onkolojik tedavisi başlandı.

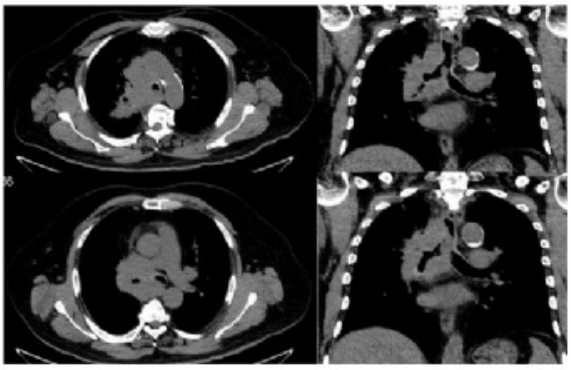
Acil olmayan şartlarda endobronşiyal tedavi planlanan hastalarda antikoagülan ve antiagregan tedavinin kesilmesi uygundur. Antikoagülan, antiagregan tedavinin kesilemediği hastalarda kanama riskinin yüksek olmasına rağmen, acil şartlarda komplikasyonları hasta yakınlarına çok iyi anlatılarak tedavi yapılması hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Klopigogrel, Akciğer kanseri, Endobronşiyal tedavi

Bronkoskopi görüntüleri ve işlem sonrası Toraks BT kesiti



İşlem Öncesi Toraks BT kesitleri



EP-159

KRONİK ÖKSÜRÜĞÜN NADİR BİR SEBEBİ OLARAK: TRAKEABRONKOPATİA OSTEOKONDROPLASTİKA

Mihrican Yeşildağ, Bengü Özkan Bakdık
S.B.Ü Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

AMAÇ Trakeabronkopatia Osteokondroplastika (TO) trakeada nodüller ile karaterize nadir görülen bir hastalıktır. Biz, sadece kronik öksürük yakınması olan bir hastada etiyolojik araştırma esnasında tanı koyduğumuz tipik bir TO olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU: 58 yaşında bayan hasta yıllardır devam eden kuru öksürük yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Rutin kan tetkikleri, kollojen doku markerları, balgam ARB ve solunum fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Akciğer grafisinde önemli bir özellik yoktu. Kronik öksürük nedenleri araştırıldı ve kronik öksürük ekartasyonu için çektirdiğimiz Toraks Tomografide trakeada kalsifik nodüllerin raporlanması ile hastaya fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı (Figür 1). Fiberopik bronkoskopide trakea ön ve yan duvarlarında karinaya kadar uzanan çok sayıda beyaz renkte düzensiz nodüller saptandı(Figür 2). Ayrıca trakea posterior duvarının korunduğu gözlendi. FOB biyopsi sonucu supmukozal ossifikasyon ve kıkırdak yapı, TO ile uyumlu olarak rapor edildi. Hastaya kronik öksürük için nonspesifik tedavi planlandı ve hasta takibe alındı. Hastamız zaman zaman artan öksürük yakınmaları ile komplikasyonsuz olarak takip edilmektedir.

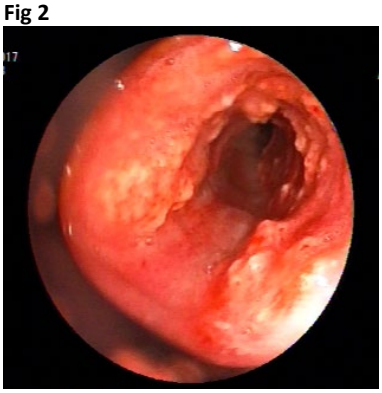
TARTIŞMA: Trakeabronkopatia Osteokondroplastika (TO) nadir görülen, benign, genellikle asemptomatik seyreden trakeobronşial ağacın lümenine doğru uzanan ve yavaş büyüyen multipl submukozal kemik ve kıkırdak nodüllerle karakterize bir hastalıktır. Trakeobronşial ağacın arka duvarının korunması ve nodüllerin anterolateral duvarı tutması bronkoskopik olarak gözlenebilen tipik bir özelliğidir. Etiolojisi ve patolojisi hala açık değildir. Spesifik tanımlama fiberoptik bronkoskopi(FOB) ve histopatolojik muayene ile yapılır. Hastalığın spesifik bir tedavisi yoktur ve prognoz genellikle iyidir ve lezyonların yaygınlığına bağlıdır. Sonuç olarak TO nadir görülen bir bozukluktur ve kronik öksürük ayırıcı tanısında akla gelmelidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi nodüler trakenın radyoloji uzmanlarının ayırıcı tanısında da olması klinisyeni kesin tanıya götürebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fiberoptik bronkoskopi, kronik öksürük, nodüler trakea

Fig 1

Toraks BT'de trakeada kalsifik nodüller

Fig 2



fiberoptik bronkoskopide trakea anterolateral duvarda sayısız beyaz,düzensiz nodüller

EP-160

ENDOBRONŞİAL LEZYON GÖRÜNÜMÜ VEREN YABANCI CİSİM ASPİRASYONU

Muzaffer Onur Turan, İpek Coşkunol, Celal Doğan, Esma Gezer, Bünyamin Sertoğullarından
Katip Çelebi Üniversitesi ve Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

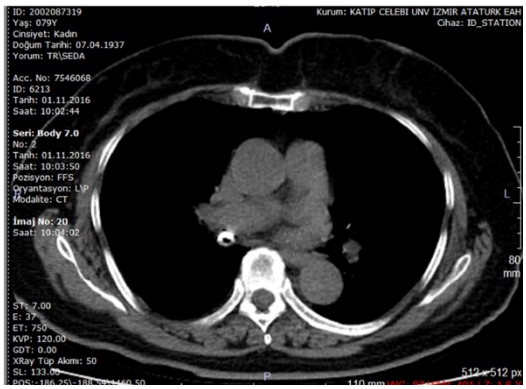
GİRİŞ: Yabancı cisim aspirasyonu trakea seviyesinde tama yakın tıkanıklık meydana getirdiğinde ölümcül akut solunum yetmezliğine (asfiksi) ile neden olur. Buna karşın trakeabronşial ağacın daha aşağı seviyelerine ilerleyebilen yabancı cisimler tıkadığı bölgenin distalinde endobronşiyal obstruksiyona bağlı olarak havalanmanın bozulmasına ve enfeksiyona zemin hazırlayıcı etkisiyle solunum sistemi problemlerine neden olabilmektedir.

OLGU: 79 yaşındaki kadın hasta bir aydır devam eden hırıltılı solunum ve öksürük şikayetleri nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın ayrıntılı sorgulamasında 1 ay önce çorba içerken kemik yutmuş olabileceği bilgisine ulaşıldı. Fizik muayenede sağ alt zonda lokalize ronküs duyulan hastaya çekilen bilgisayarlı toraks tomografide sağ akciğer alt lob bronş içersinde 12 mm çapında kalsifik bir dansite gözlendi (resim 1,2). Bu opasitenin aspire edilmiş kemik parçası ile uyumlu olabileceği düşünülerek hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Sağ intermedier bronşu tama yakın daraltan beyaz renkte organize bir yapı gözlendi. Bu doku, aspirasyon ve forseps ile çıkartılamadı, bu bölgeden çok sayıda biyopsi alındı. Organize olmuş bu yapıda belirgin bir küçülme gözlenmedi. Alınan örneğin patolojisi fibrinöz eksuda ve granülasyon dokusu lehine yorumlandı. Hasta, yabancı cisme yönelik rijit bronkoskopi yapılması amacıyla dış merkeze yönlendirildi. Yapılan rijit bronkoskopi sonucunda yabancı cisim çıkarıldı (şekil). Çekilen kontrol akciğer grafisinde radyoopak dansitenin gözlenmediği dikkat çeken hastada öksürük ve hırıltılı solunum şikayeti ilerleyen günlerde tamamen geçti.

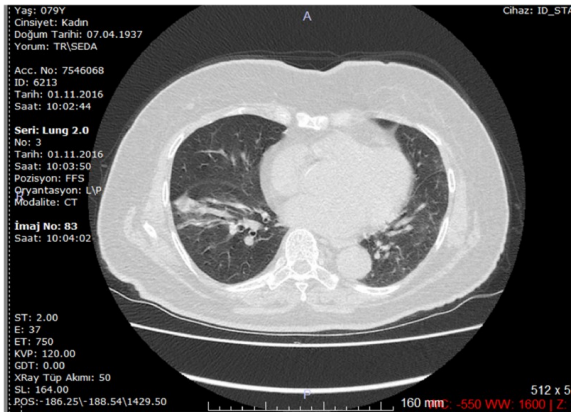
TARTIŞMA: Uzun süren öksürük şikayeti olan, özelikle çocuklarda ve yaşlı hastalarda, yabancı cisim aspirasyonu ihtimali akla gelmeli, bu durum ile ilgili detaylı anamnez alınmalıdır. Fizik muayenede lokalize ronküsün varlığı, endobronşial obstruksiyonun göstergesi olabilir. Yabancı cisim aspirasyonunun da akla geldiği bu tür vakalarda rijit bronkoskopi, hem tanısal hem yabancı cismin çıkartılması açısından ilk seçenek olarak düşünülmelidir

Anahtar Kelimeler: yabancı, cisim, aspirasyon

1



2



EP-161

GEÇİŞ TEDAVİSİ OLARAK ENDOBRONŞİAL TEDAVİ; ENDOBRONŞİAL TEDAVİ VE NEOADJUVAN KEMOTERAPİ SONRASI KARİNAL SLEEVE LOBEKTOMİ OLGUSU

Ümit Aydoğmuş[1], Argün Kış[1], Atike Gökçen Demiray[2]
[1]Pamukkale Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Denizli
[2]Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ: Santral hava yolunun malign tümörleri nadir değildir ve ciddi mortalite ve morbiditeyle seyreden rahatsızlıklardır. Komplet cerrahi rezeksiyon, uzak metastazı olmayan olgularda kabul edilebilir mortalite ve sağkalım oranlarıyla etkin bir tedavi yöntemidir. Palyatif tedavinin önemli bir parçası olan endobronşial tedavi yöntemleri hem kemoterapinin hem de cerrahi tedavinin daha az morbiditeyle yapılmasına olanak sağlayabilir.

OLGU: Sağ ana bronşu tıkayan kitle lezyonu için yapılan bronkoskopi ile squamöz hücreli akciğer kanseri tanısı konulmuş, 59 yaşında erkek hasta kliniğimize hemoptizi ve nefes darlığı nedeniyle sevk edilmişti (Şekil 1a). Çekilen akciğer grafide sağ akciğerin total atelektazik olduğu izlendi (Şekil 1b). Hastanın toraks BT'sinde sağ ana bronştan üst lob bronşuna uzanan 30 mm çapında lezyon izlendi. Endobronşial lezyonu argon plazma koagülasyon ve ND-YAG lazer kullanılarak desobstrükte edilip silikon Y stent yerleştirildi (Şekil 1c, şekil 1d, şekil 1e). 2 haftalık rehabilitasyon sonrası solunum fonksiyon testinde FEV1 değeri 1440 ml (%48) idi, PET/BT'de uzak metastazı olmayan hastaya 3 kür kemoterapi verildi. Kontrol PET/BT de regresyon saptandı. Y stent çıkarıldı. Kontrol FEV1 değeri 1620ml (%55) raporlandı. Merdiven testi ve 6 dk yürüme testinde 2 puan desatüre olan hastaya cerrahi kararı verildi.

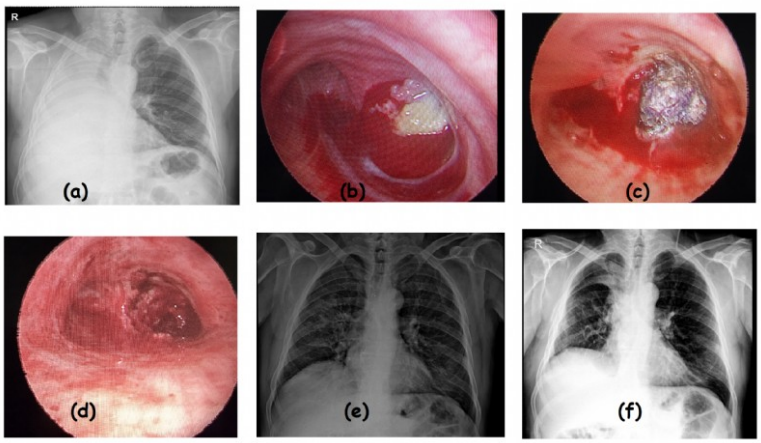
Yapılan mediastinoskopide 2R, 4R, 4L ve 7 numaralı istasyonlarda tümör saptanmadı. Hastaya aynı seansta karinal sleeve sağ üst lobektomi yapıldı. Anastomoz sol ana bronş ve intermedier bronştan yani karina oluşturularak 3/0 prolen ile devamlı dikişlerle yapıldı. Postoperatif 6. Günde toraks dreni sonlandırıldı.

Kontrol akciğer grafisinde postoperatif değişiklikler ile uyumlu idi (Şekil 1f). Patolojik incelemesinde "rezidü tümör içermeyen akciğer dokusu" saptandı, diseke edilen hiler ve mediastinal tüm nodları reaktif hiperplazi olarak raporlandı.

TARTIŞMA: Endobronşial tedavi cerrahi tedavinin mümkün olmadığı hastalarda palyatif tedavi seçeneği olarak kabul görmektedir. Endobronşial tedavinin kemoterapiye tolarabiliteyi artırdığı gösterilmiştir. Bir geçiş tedavisi olarak santral hava yolu tümörlerinde uygulanması cerrahi için problem olabilecek postobstrüktif pnömoni ve bronşektazik değişiklikleri önleyebilir. Ayrıca hastamızda olduğu gibi gerçek akciğer kapasitesini öğrenerek cerrahi tedavi öncesi optimal fizyolojik değerlendirmeye olanak sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Santral hava yolu, endobronşial tedavi, karina cerrahisi, santral akciğer kanseri

Şekil 1



a: Endobronşial tedavi öncesi akciğer grafi, b:Bronkoskopide sağ ana bronş tümörü, c: Endobronşial tedaici sırasında bronkoskoik görüntü, d; Desobstrüksiyon sonrası bronkoskoik görüntü, e:Y stentli akciğer grafisi, f:Postoperatif akciğer grafisi

EP-162

YETMİŞ YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA FİBEROPTİK BRONKOSKOPİ GÜVENİLİRLİĞİNİN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Merve Güleryüz Can[1], Nilgün Yılmaz Demirci[1], Seher Çetin[2], Can Öztürk[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı Bronkoskopi Ünitesi, Bronkoskopi Hemşiresi, Ankara

GİRİŞ: Sağlık standartlarının gelişmesiyle birlikte tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı popülasyonda artış gözlenmektedir. Bu çalışmada 70 yaş ve üstü hastalarda sedasyon altında yapılan fiberoptik bronkoskopi (FOB) işleminin güvenliğini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: 1 Ocak 2016 ve 1 Temmuz 2018 tarihleri arasında tanı ve/veya tedavi amaçlı FOB uygulanan 436 hasta kaydı retrospektif olarak tarandı. 70 yaş ve üstü olan hastaların kayıtları, hasta ve işlem özellikleri değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya 56 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 76.6 ve 33 (%58,9)'ü erkekti. 41 hastaya primer veya metastatik akciğer kanseri, 12 hastaya interstisyel akciğer hastalığı, 3 hastaya da bronş lavajı örnekleme amaçlı işlem planlanmıştı. Sedasyon için tüm hastalara ortalama 1.8 mg midazolam uygulanmıştı. İşleme alınan hasta popülasyonunda 8 hastada eşlik eden komorbidite yokken 48 hastada birden fazla komorbidite mevcuttu. Bronkoskopi esnasında 14 hastaya bronkoalveoler lavaj, 20 hastaya transbronşial biyopsi, 5 hastaya transbronşiyal iğne aspirasyonu, 25 hastaya punch biyopsi ve tüm hastalara bronş lavajı işlemleri yapılmıştı. Dört (%7.1) hastada, oksijen tedavisi dışında girişim gerektirmeyen desatürasyon ve transbronşiyal biyopsi yapılan bir (%1.8) hastada da pnömotoraks gelişti. Antiagregan kullanan 21, antikoagülan kullanan 6 hastanın hiçbirinde işlem esnasında ve sonrasında kanama gözlenmedi. İşlem başarımız %84 idi.

SONUÇ: Özellikle geriatrik yaş grubunda bronkoskopi esnasında hasta ajitasyonuna bağlı oluşabilecek hipertansiyon, işlemi tamamlayamama, efektif örnekleme yapılamaması gibi olumsuzluk ve komplikasyonlar ile karşılaşılmaktadır. Yapılan bu retrospektif gözlem sonucu işlem öncesi uygun sedasyon sağlanması hasta konforunu arttırdığı, ajitasyon azalttığı ve ajitasyona bağlı oluşabilecek olumsuzlukları azalttığını gözlemledik. Ancak desatürasyon açısından bu hasta grubunda dikkatli olunması işlem güvenliğini arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Fiberoptik bronkoskopi, komplikasyon, sedasyon, tanı değeri, yaşlı

EP-163

ERİŞKİNDE BRONŞİYAL YABANCI CİSİM ASPİRASYONU: OLGU SUNUMU

Merve Özdoğan, İlknur Koç, Alaaddin Buran, Bekir Sami Karapolat, Yılmaz Bülbül, Tevfik Özlü
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Trabzon

Bronşial yabancı cisim aspirasyonu sıklıkla çocuklarda görülen önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Erişkin yaşta nadir rastlanır. Bu olguda bronşiyal yabancı cisim aspirasyonu saptanan erişkin bir hasta sunuldu. Akut başlangıçlı şikayetleri olan, sorgulanmasına rağmen yabancı bir cisim aspire etmediğini belirten hastadan, rijit bronkoskopi ile yabancı cisim çıkarıldı.

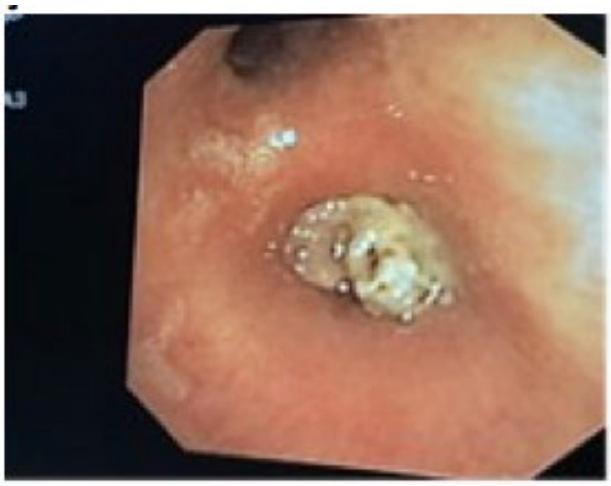
GİRİŞ: Trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonu sıklıkla çocuklarda rastlanır, erişkin yaşlarda nadir görülmektedir. Yabancı cisim uzun süre kaldığında atelektazi, kronik akciğer enfeksiyonu, apse, bronşektazi gibi komplikasyonlar gelişebilir. Kesin tanı bronkoskopi ile konur. Bronkoskopi endikasyonu için en önemli kriterden biri şüphedir. Yabancı cisim aspirasyon öyküsü olmasa bile, kronik solunumsal yakınmaların ayırıcı tanısında akla gelmelidir.

Kırk yaşında kadın hasta, yaklaşık üç aydır nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile takip edilen sağlık kurumunca pnömoni, atelektazi öntanıları ile tedavi edilmiş, takibinde şikayetlerinin gerilememesi üzerine tarafımıza ileri tetkik ve tedavi amaçlı yönlendirildi. Hastanın başvuru sırasında fizik bakıda vital bulgular normal olup, akciğer oskültasyonunda sağ hemitoraksta ral ve ronkus duyuldu. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ orta lob atelektazik, sağ alt lobda yaygın tomurcuklanmış ağaç görünümü olması üzerine tarafımızca bronskoskopi planlandı. Detaylı anamnez sorgulamasına rağmen aspirasyon öyküsü alınamayan hastaya sağ alt lob bronkoalveoler lavaj yapıldı. Sağ intermedier bronşta vejetan, beyaz renkte, karnıbahar benzeri, bronşu tama yakın oblitere eden kitlesel lezyon izlendi. (Şekil B) Buradan aspirasyon ve biyopsi yapıldı. Bronkoskopi sonucu iltihabi granulasyon dokusu olarak sonuçlanan hastaya, devam eden şikayetleri üzerine rijit bronkoskopi yapıldı. Rijit bronkoskopi esnasında sağ intermedier bronş girişini tama yakın oblitere eden yabancı cisim görüldü. Forseps yardımıyla çıkarılan yabancı cisim incelendiğinde kabak çekirdeği olduğu görüldü (Şekil A)

SONUÇ: Tekrarlayan akciğer enfeksiyonu olan olgularda yabancı cisim aspirasyonu akla gelmelidir. Akut başlangıçlı klinik yakınmalarla başvuru olabileceği gibi nonspesifik ve kronik yakınmalara yol açabilir. En sık aspire edilen yabancı cisimlerin başında besin maddeleri gelmektedir. Kesin tanı bronkoskopiyle konur. Yabancı cisim çıkarılmasında bronkoskopi ile başarı sağlanamazsa cerrahi prosedürler kullanılmalıdır. Bu vaka ileri yaş, aspirasyon öyküsü olmayan, rijit bronkoskopi ile yabancı cisim aspirasyonu tanısı konan bir vaka olması nedeniyle sunuldu.

Anahtar Kelimeler: aspirasyon, bronkoskopi, bronşiyal, erişkin, rijit, yabancı

Şekil A



Oblite Sağ İntermedier Bronş, Bronkoskopik Görüntü

Şekil B

Rijit Bronkoskopi Sonrası Çıkarılan Cisim, Kabak Çekirdeği

EP-164

TRAKEAL STENT KLİNİK DENEYİMLERİMİZ: 11 OLGU

Mehmet Yıldırım, Murat Yaşaroğlu, Özgür Güzey, Recep Ustaalioğlu, Miray Ersöz, Bülent Aydemir, Tamer Okay
Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Trakeal stenoz benign ve malign etiyolojilerde görülebilmektedir. Hava yolu açıklığını tehdit eden bu durumlarda her zaman cerrahi müdahale veya trakeostomi imkanı olmamakta ve hastanın cerrahi müdahaleye uygunluğu sağlanana kadar bir köprü görevi görecek tedavi modalitesine gerek duyulmaktadır. Zamanla gelişen trakeal stentler ile birlikte, kum saati morfolojisi ve silikon malzemesi ile daha az basıya sebep olan ve daha az migrasyon izlenen stent uygulamaları mümkün olmaktadır. Çalışmamızda kliniğimizde uyguladığımız trakeal stent olgularının sonuçlarına göre bu tedavinin etkinliğini değerlendirmeyi hedeflemekteyiz.

MATERYAL-METOD: 2016-2018 yılları arasında Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde uygulanmış olan trakeal stent olguları retrospektif olarak değerlendirildi. Toplamda 11 olgu tespit edildi. Olguların tamamına girişim yapılmadan önce trakeal rekonstrüksiyonlu ince kesit bilgisayarlı tomografi ve fleksible bronkoskopi ile değerlendirildi; darlığın seviyesi ve uzunluğu hesaplanarak sonra bu ölçülere uygun stent (silikon stent olarak Novatech Dumon trakeal stent kullanıldı) belirlenip işlem planlandı.

BULGULAR: Tanımlayıcı özellikler açısından olguların 2'sinin (%18,2) kadın, 9'unun (%81,8) erkek olduğu ve yaş ortalamasının 54 yaş (18-83) olduğu görüldü.Hasta öyküleri değerlendirildiğinde yalnızca bir hastanın malign etiyolojiye sahip olduğu, geriye kalan 10 hastanın benign trakeal stenoz olduğu görüldü. 3 hastada sternotomi öyküsü, 1 hastada aktif yoğun bakım takibi, 1 hastada da genel durum bozukluğu mevcuttu. 5 hasta düşük kardiyak ejeksiyon fraksiyonu ve aktif antikoagülan kullanımı nedeniyle stent tercihi yapılan hastalardı. 3 hastada (%27,3) geçirilmiş trakea cerrahisi öyküsü mevcuttu.

Ortalama takip süresi 231 gün (21-596) olan bu 11 olgunun 10'una silikon kum saati stent uygulanırken, malign etiyolojideki 1 hastaya ağ şeklinde metal stent uygulandı. Takibimiz süresince stentlerin henüz hiçbiri çıkarılmamışken, kontrol bronkoskopilerde 3 olguda (%27,3) tamamı sınırlı granülasyon dokusu oluşumu olarak görülen solunum yolu darlığına sebep olmayacak biçimde nüks izlendi. Hiçbir olguda migrasyon izlenmedi. Malign olan tek olguda işlem sonrası 25. günde mortalite izlendi (%9).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Cerrahi tedavi imkanı olmayan benign trakeal stenozlarda da trakeal stent uygulamalarının yüz güldürücü sonuçları görülmektedir. Literatürde cerrahi uygulamaların daha yüksek yüzdelerde küratif olduğu bildirilmekle birlikte, cerrahi uygulanmış ve komplikasyon gelişmiş olgularda da trakeostomi, T tüp ve trakeal stent uygulamaları gerekmektedir.

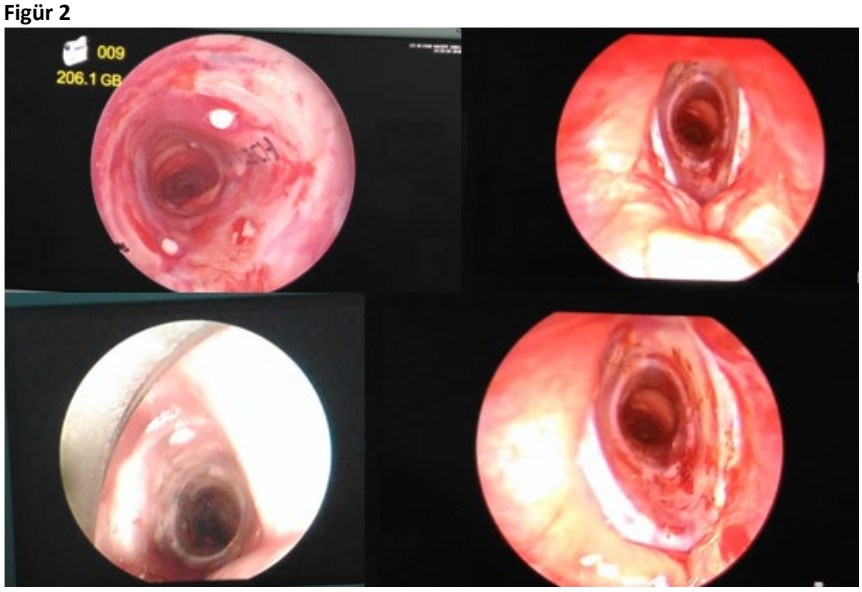
Anahtar Kelimeler: trakeal stenoz, trakeal stent, silikon kum saati stent

Figür 1

Olgular	Yaş	Cinsiyet	Etiyoloji	Stent Türü	Takip Süresi	Trakea Cerrahisi Öyküsü	Nüks	Mortalite
Olgu 1	44	E	postMİ ybü	silikon kum saati	555 gün	mevcut, dehisens, T tüp	yok	yok
Olgu 2	60	E	trakeostomi	silikon kum saati	596 gün	trakeostomi	yok	yok
Olgu 3	55	E	postMİ ybü	silikon kum saati	229 gün		var	yok
Olgu 4	32	E	postMİ ybü	silikon kum saati	155 gün	mevcut	var	yok
Olgu 5	34	E	şuur bulanıklığı	silikon kum saati	395 gün		yok	yok
Olgu 6	80	K	özofagus ca	metal mesh stent	25 gün		yok	var
Olgu 7	18	E	ventrikler AD	silikon kum saati	214 gün		yok	yok
Olgu 8	54	E	CABG ybü	silikon kum saati	205 gün		yok	yok
Olgu 9	83	K	postMİ ybü	silikon kum saati	99 gün		yok	yok
Olgu 10	62	E	postMİ, CABG ybü	silikon kum saati	52 gün		var	yok
Olgu 11	69	E	postMİ ybü	silikon kum saati	21 gün		yok	yok

Trakeal stent uygulanmış olguların özellikleri

Figür 2



Bronkoskopik stent görüntüleri

EP-165

ENDOBRONŞİAL ULTRASONOGRAFİ İLE TANI KONULAN MEDİASTİNAL SOLİTER FİBRÖZ TÜMÖR

Dursun Baygül, Elvan Burak Verdi, Aslıhan Gürün Kaya, Serhat Erol, Fatma Çiftçi, Aydın Çiledağ, Akın Kaya
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Soliter fibröz tümör (SFT) torasik kavitenin nadir görülen bir mezenkimal tümörüdür. Endobronşiyal ultrason kılavuzluğunda transbronşiyal iğne aspirasyonu (EBUS-TBNA), mediastinal hastalıklar için minimal invaziv bir tanı yöntemidir.Yetmiş yaşında kadın hasta, kronik öksürük ve göğüs ağrısı ile başvurdu. PA akciğer grafide, sağ hemitoraksta orta zonda paramediastinal yerleşimli, düzgün sınırlı homojen opasite izlendi. Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Pozitron emisyon BT'sinde, yüksek FDG tutulumu olan mediastinal kitle saptandı (SUV = 3.7). Hastaya EBUS yapıldı, sağ ana bronş girişinden itibaren posteriorda dıştan bası izlendi, peribronşial lezyondan TBNA alındı. EBUS-TBNA ile elde edilen örneklerin sitolojik incelemesinde, soliter fibröz tümör uyumlu, iğsi hücreli mezenkimal neoplazi saptandı. Hastaya göğüs cerrahisinde sağ torakotomi ile kitle enükleasyonu uygulandı. Cerrahi ile alınan patoloji örneği soliter fibröz tümor olarak raporlandı.

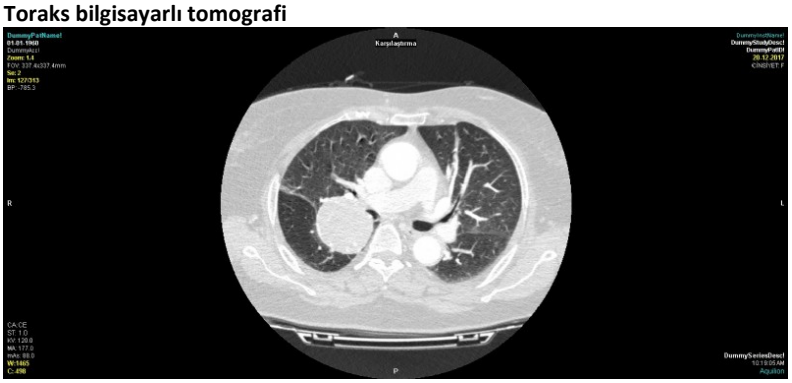
Sonuç olarak; bu olgu anatomik nadir yerleşimli ve literatürde EBUS ile tanı konulan çok az örneği olan bir SFT olgusudur.

Anahtar Kelimeler: Endobronşial ultrasonografi, soliter fibröz tümör, mezenkimal tümör

PA akciğer grafi

sağ hemitoraksta orta zonda paramediastinal yerleşimli, düzgün sınırlı homojen opasite

Toraks bilgisayarlı tomografi



Sağ akciğerde santral yerleşimli düzgün konturlu kitle

EP-166

ENDOBRONŞİAL TEDAVİ UYGULANAN GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS OLGUSU

Merve Sinem Oğuz, Maung Thura Tun, Yasemin Ateş, Züleyha Kaya Bingöl, Mustafa Erelel
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

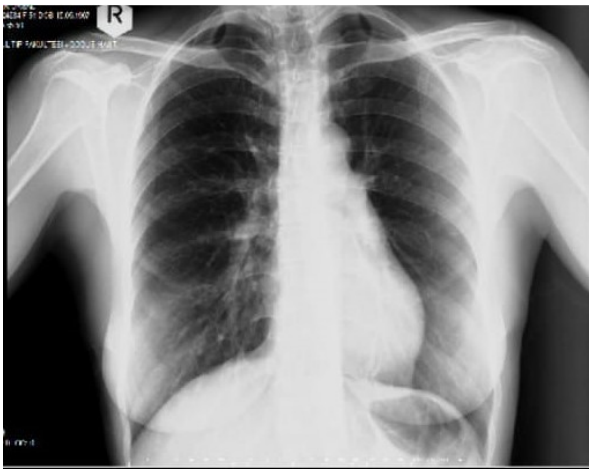
GİRİŞ: Granülomatöz Polianjitis(GPA), sebebi tam olarak bilinmeyen, nadir görülen, küçük ve orta boy damarları tutan sistemik bir vaskülittir.GPA tanısı klinik, patolojik ve serolojik bulguların korelasyonu ile konulmaktadır.Olguların çoğunda üst solunum yolları patolojisi ve %90-95'inde akciğer tutulumu mevcuttur. Akciğer tutulumu, boyutları 1-10 cm arasında değişen ve kaviteleşme ile seyredebilen multipl nodüler lezyonlarla karakterizedir. Daha nadir görülmekle birlikte trakeal tutulumlar (subglottik stenoz) hayatı tehdit edici durumlara sebep olabilmektedir.GPA'nın trakeo-bronşial tutulumları ise ülserasyon, psödotümör ve stenoza yol açar. Semptomları astımı taklit edebilir.GPA tanısı mevcut olan nefes darlığı şikayetiyle ile kliniğimize başvuran ve astım tanısı ile bronkodilatör tedavi almakta olan olguyu GPA'ya bağlı trakeal tutulumları vurgulamak amacıyla sunacağız.

OLGU: Elli bir yasında kadın hasta son bir yıldır eforla artan nefes darlığı şikayetiyle tarafımıza başvurdu.Özgeçmişinde hipotiroidi,GPA,otitis media ve mastoidit mevcuttu..İki yıl önce GPA ve astım tanısı konulmuştu.Bronkodilatör (SABA), azatioprin,kortizol ve trimetoprim-sulfametoksazol profilaksisi almaktaydı. Uygulanan medikal tedavilerle nefes darlığı geçmeyen ve son bir aydır şiddetlenen hastanın solunum sistemi muayenesinde stridoru mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hemogram, biyokimya, tam idrar tahlili normal olup sedimantasyon 10 mm/saat bulundu. PA akciğer grafisi, trakea üst kesitlerinde izlenen şüpheli bir kalibrasyon azalması dışında normaldi. Solunum fonksiyon testinde FVC: 3170 ml (%95), FEV1: 760 ml (%27), FEV1/FVC: %24, akım-volüm halkasınında fiks havayolu darlığını düşündüren inspiratuar ve ekspiratuar bölümündeki dekapitasyon dikkati çekmekteydi (Resim 1) Hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde trakea distalinde lümeni daraltan endotrakeal lezyon dışında başka bir özellik saptanmadı.Videobronkoskopik incelemede trakea distalinde lümeni ön planda membran şeklinde %80-90 daralmıştı.(Resim 2)Trakea distalinde ana karenadan 1 cm uzaklıkta 1,5 cm boyunca ana karenaya uzanamıyordu.. Lezyon argon plasma koagulatoru ile devitalize edildi.İntralezyonel 40 mg metil prednizolon enjekte edildi.Tedavi sonrası yapılan solunum fonksiyon parametreleri ve akım volüm halkasında onemli ölçüde düzelme saptandı Kontrol videobroskopisinde trakea %90-95 oranında açık görüldü.

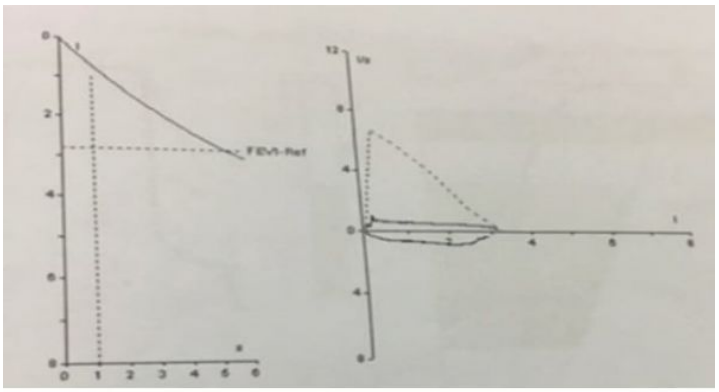
TARTIŞMA: GPA tanısı olan hastalarda nefes darlığı ve fizik muayenesinde bifazik dinleme bulguları varlığında büyük hava yolu obstrüksiyonu kliniği mevcutsa trakeal tutulum akla gelmelidir.Hayatı tehdit edici bu durumda endotrakeal tedavi tekrarlanabilir ve güvenli bir yöntemdir

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz Polianjitis Trakeal Stenoz,Granülomatöz Polianjitis trakeobronşial tutulum,Fiks intratorasik obstrüksiyon,Granülomatöz Polianjitis endobronsial tedavi

Resim 1

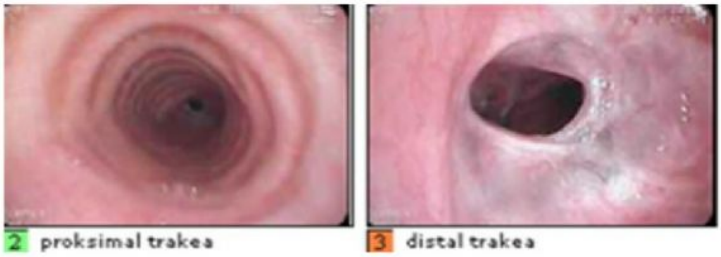


Resim 2



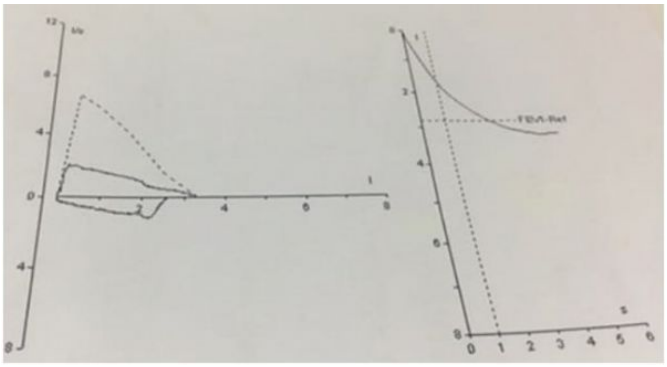
Resim 3

Resim 4



Resim 5

Resim 6



Resim 7

EP-167

SARKOİDOZDA ENDOBRONŞİAL ULTRASONOGRAFİ REHBERLİKLİ TRANSBRONŞİAL İĞNE ASPİRASYONU - YAYMA VE HÜCRE BLOKLARININ TANISAL DEĞERİ

Aydan Mertoğlu[1], Semra Bilaçeroğlu[1], Günseli Balcı[1], Emel Tellioğlu[1], Nur Yücel[2], Zekiye Aydoğdu Dinç[2]
[1]İzmir Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkarı Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları
[2]İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Patoloji Birimi

Endobronşiyal ultrasonografi rehberlikli transbronşiyal iğne aspirasyonu (EBUS-TBİA), mediastinal ve hiler lenfadenopatilerin tanısında kullanılan minimal invazif ve doğruluk oranı yüksek bir tekniktir. EBUS-TBİA ile alınan örneklerden yapılan hücre bloklarının patolojik incelemesinin tanısal verimi arttırması beklenir. Bu çalışmanın amacı, EBUS-TBİA ile nonnekrotizan granülomatöz lenfadenit saptanan ve sarkoidoz tanısı alan olgularda yayma ve hücre bloklarının tanısal değerini araştırmaktır.
Bilgisayarlı toraks tomografisinde mediastinal lenfadenopatisi olan, EBUS-TBİA ile nonnekrotizan granülomatöz lenfadenit saptanmış, klinik ve radyolojik bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde sarkoidoz tanısı almış olguların patoloji raporları retrospektif olarak incelendi. Sitolojik yaymalar ve hücre bloklarının tanıya katkısı değerlendirildi.Toplam 63 olgu saptandı. 47 (%74.6) kadın, 16 (%25.3) erkek idi. Altmış üç olguda, EBUS-TBİA ile 165 lenf bezi örneklemesi yapılmıştı. Yayma ile 60 (%36.3), hücre bloğu ile 103 (%62.4), hem yayma hem hücre bloğu ile 53 (%32.1) örneklemede "nonnekrotizan granülomatöz enflamasyon" saptandı. Doksan yedi (%58.7) yayma ve 44 (%26.6) hücre bloğu örneklemesi antrakozik, reaktif veya benign sitoloji, 8 (%4.9) yayma ve 18 (%11) hücre bloğu örneklemesi de yetersiz olarak raporlandı. Dört olguda (%2.45), sadece yayma örneklerinde, 30 (%47.6) olguda ise sadece hücre bloğunda granülomatöz enflamasyon saptandı. Yirmi dokuz (%46) olguda da, hem yayma hem de hücre bloğunda, granülomatöz enflamasyon görüldü.
Sonuç olarak, sarkoidozda yayma örnekleriyle ile birlikte hücre bloğu patolojik incelemesi, granülomatoz enflamasyonun tanısında ek katkı sağlamakta, yanlış negatiflik oranını azaltmaktadır. Bu nedenle EBUS-TBİA örneklerinde sitolojik yaymaların yanında hücre bloğu incelemesi yapılması önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal ultrasonografi, transbronşiyal iğne aspirasyonu, yayma, hücre bloğu, sarkoidoz

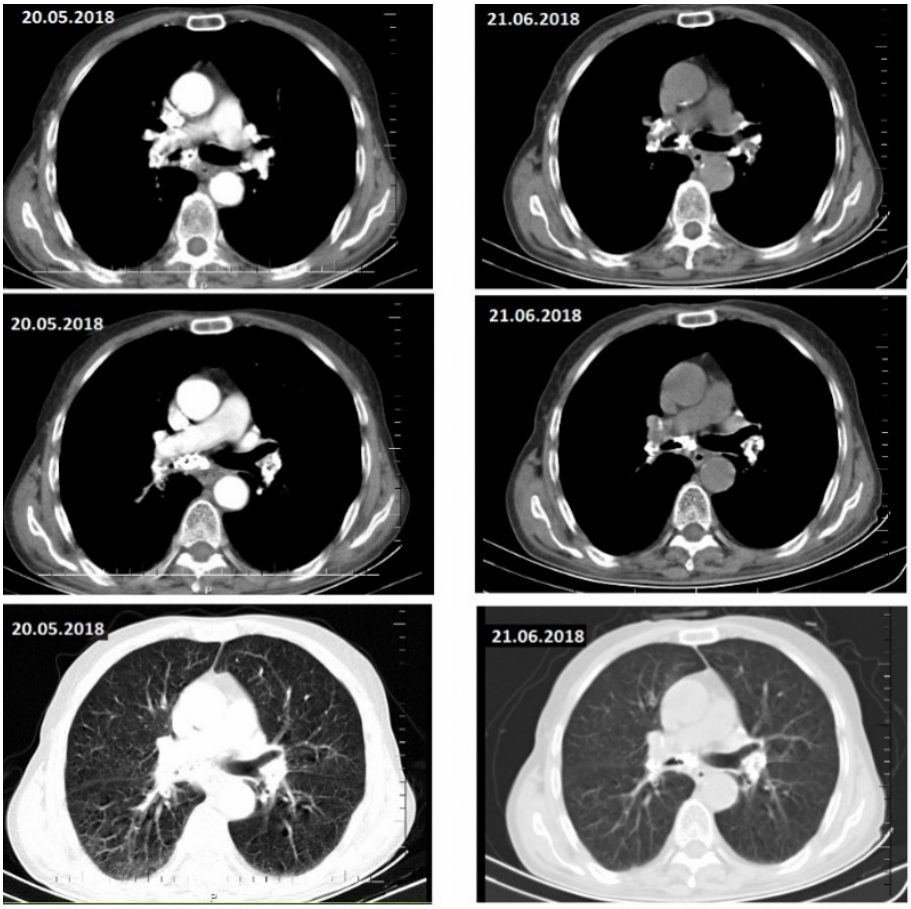
EP-168

FLEKSİBL BRONKOSKOPİ OLGUSU: SAĞ İNTERMEDİER BRONŞU KAPATAN İNORGANİK MADDE ASPİRASYONU

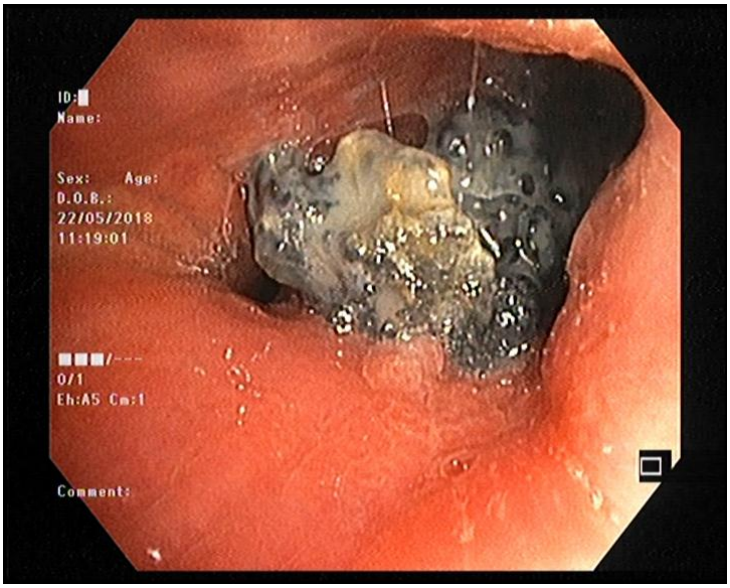
Fatma Erboy, Bülent Altınsoy, Müge Meltem Tor
Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak

Yabancı cisim aspirasyonu özellikle de küçük yaş olgularda ve ileri yaş olgularda önemli bir sorun oluşturmakta, bronkoskopik müdahale gerektirmektedir. Bazen kitle veya konsolidasyon ön tanısı ile işleme başlanarak işlem sırasında yabancı cisimle karşılaşılabilmekte, bazen de sıra dışı yabancı cisimlerle karşılaşılmaktadır. Bu yazıda bahsedeceğimiz olgu 79 yaşında, erkek hasta, 20 PY sigara kullanım öyküsü olup sigarayı bırakmıştır. Kömür madeninde yer altında 8 yıl, yer üstünde 22 yıl çalışma öyküsü vardır. 1 haftadır olan öksürük, halsizlik ve iştahsızlık yakınması ile gelen ve bronkospazmı olan, akciğer grafisinde sağ alt zonda infiltrasyonu ve CRP yüksekliği olan hasta pnömoni tanısı ile interne edildi, moksifloksasin ve bronkodilatör tedavi başlandı. Toraks tomografisinde mediastinal ve hiler kalsifikasyonlarına ek olarak sağ intermedier bronşu tama yakın kapatan kalsifiye oluşum izlendi, stabil olduğunda bronkoskopi planlandı. Bronkoskopi sırasında sağ intermedier bronş orta kısmından itibarek lümeni dolduran ve orta lob içini doldurarak ilerleyen koyu gri metalik renkte ve sert, mobil cisim izlendi. Bronkoskopi biyopsi iğnesi yardımı ile küçük parçalar halinde parçalanarak çıkartıldı. Orta lob içi de dahil olmak üzere ulaşılabilen, görülebilen tüm yabancı cisim parçaları temizlendi. Bronkoskopik temizlik sonrası orta ve alt lob tamamen açık izlendi, mukoza hiperemik idi. Yabancı cisim temizliği sırasında ve sonrasında distal bronşlardan mukopürülan sekresyon geldiği izlendi, temizlik sonrası sekresyon azaldı. İşlem sonrasında detaylı anamnez alındığında hastanın sadece 4-5 yıl önce diş dolgusunun kırıldığı ve bir kısmının ağız içinde kaybolduğu öğrenildi. Bunun haricinde aspirasyon öyküsü veya şüphesi bulunamadı. Patolojik analizde inorganik materyal olarak rapor edildi. Amalgam olasılığı açısından materyal içeriği analizi yapılamadı. Hastanın antibiyoterapisi 10 güne tamamlandı. Bronş lavajı kültüründe üreme olmadı. Kontrol tetkiklerinde CRP normal sınırlara geriledi, klinik olarak hastada iyileşme sağlandı, taburcu edildi. 1 ay sonra hastanın kontrol muayenesinde solunumsal yakınması bulunmamakta, toraks tomografisinde sağ bronşial sistem lümeni açık izlenmekte idi, bununla birlikte peribronşial kalsifikasyon devam etmekteydi. Civa içeriği, toksik etkileri ve ileri yaş olgularda aspirasyon olasılığı nedeni ile diş tedavileri ve dolgu kullanımı önem arz etmektedir. Yabancı cisim aspirasyonu için rijid bronkoskopi daha efektif olmakla birlikte uygun vakalarda fleksibl bronkoskopi ile de yabancı cisim çıkartılması yapılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: yabancı cisim aspirasyonu, amalgam, bronkoskopi



Tomografi kesitleri (bronkoskopi öncesi ve bronkoskopiden 1 ay sonra)



Yabancı cisimin bronkoskopik görüntüsü

EP-169

ENTÜBASYON SIRASINDA GELİŞEN YABANCI CİSİM ASPİRASYONUNA BAĞLI HAVA YOLU OBSTRÜKSİYONU İLE İLGİLİ KLİNİK TABLONUN YOL AÇTIĞI TANISAL SORUNLAR

Volkan Yılmaz[1], Caner İşevi[1], Özkul Çolak[2], Seher Kır[2], Ahmet Başoğlu[1]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi,Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi,Dahiliye Ana Bilim Dalı, Samsun

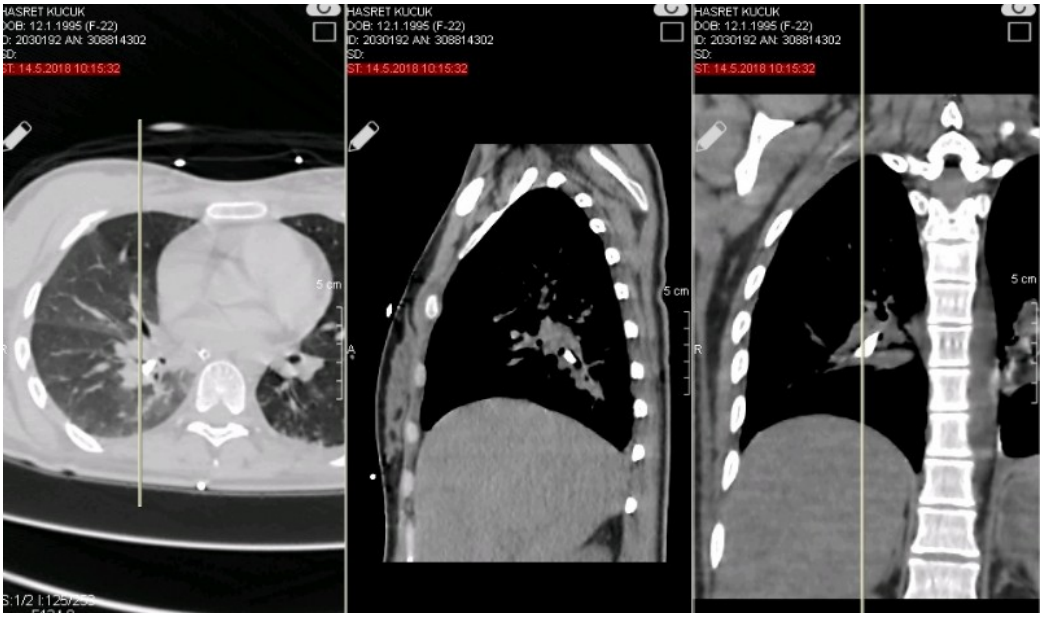
GİRİŞ: Yabancı cisim aspirasyonu her yaşta görülebilen hayatı tehdit edici ve acil müdahale gerektiren bir durumdur. Yabancı cismin büyüklüğüne, şekline ve takıldığı lokalizasyona göre hastanın kliniği hafif respiratuvar semptomlardan ciddi solunum yetmezliğine kadar değişebilen bir şekilde olabilir. Bu çalışmamızda bir olguda CP arrest nedeniyle entübasyon sırasında diş aspirasyonuna bağlı gelişen hava yolu obstrüksiyonu ile ilgili klinik tablonun yol açtığı tanısal sorunlar sunuldu.

OLGU: Olgumuz, sezaryen ile doğum ve sonrasında mastit ve pansitopeni gelişmiş hemofagositik sendrom ön tanılı 23 yaşında kadın hastadır. Tanı ve tedavi amaçlı hematoloji servisinde yatarken kardiak arrest gelişen hasta, KPR uygulanarak entübe edilmiş. Takip sırasında, Toraks BT de multipl kot fraktürü vefizik muayenede yelken göğüs düşünülerek tarafımıza konsülte edildi. PAAG ve Toraks BT kesitleri tekrar gözden geçirildiğinde "endobronşial yabancı cisim" görüldü. Entübe hastada NG sonda ile aspirasyon denendi ve yabancı cisim(diş) aspire edilerek çıkarıldı. Hastanın orofarenks muayanesinde alt kesici dişlerden 1 tanesinin olmadığı teyit edildi. Yabancı cisim çıkartılmasından 24 saat sonra hasta ekstübe edildi ve klinikte belirgin düzelme gerçekleşip ayaktan servisine devir edildi.

SONUÇ: Yabancı cisim aspirasyonu tedavi edilmediğinde ciddi morbidite ve mortaliteye sahiptir. Entübasyon dahil orofaringeal girişimlerde çok dikkatli olunmalıdır. Entübe hastalarda paradoks solunum, yabancı cisim aspirasyonuna bağlı olabilir bu sebeple tanıda klinik şüphe oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: trakeobronşial, aspirasyon,entübasyon

resim 1



Toraks BT kesitlerinde kemik dansitesinde yabancı cisim

resim 2

Çıkarılan yabancı cisim

EP-170

ENDOBRONŞİYAL REZEKSİYON İLE TEDAVİ EDİLEN TRAKEANIN NADİR TÜMÖRÜ: FİBROEPİTELYAL POLİP

Efsun Gonca Uğur Chousein[1], Elif Tanrıverdi[1], Demet Turan[1], Barış Demirkol[1], Mehmet Akif Özgül[1], Halit Çınarka[1], Neslihan Akanıl Fener[2], Erdoğan Çetinkaya[1]
[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

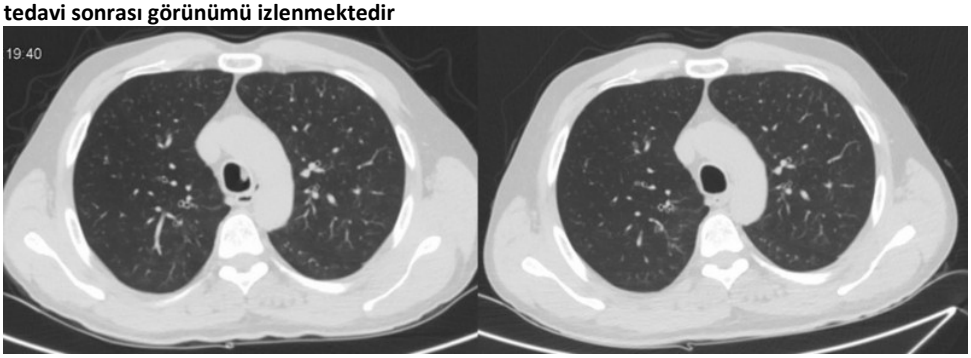
GİRİŞ: Fibroepitelyal polipler sıklıkla deri ve genitoüriner bölgede izlenen bening nonepitelyal mezodermal tümörleridir. Solunum yollarında görülmesi oldukça nadirdir. Endobronşiyal reeksiyon ile tedavi edilen fibroepitelyal polip olgumuz sunuldu.

OLGU: Sabahları balgam çıkarma ve yaklaşık 6 aydır geçmeyen öksürük şikayeti ile polikliniğimize başvuran 54 yaşında erkek hastanın özgeçmişinde bilinen bir hastalığı yok idi. 40 paket/ yıl sigara içme öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, koopere, oryante idi. Kan basıncı 120/70 mmHg, solunum sayısı 14/dk, nabız 86/dk, oda havasında oksijen saturasyonu % 98'di. Oskültasyonda solunum sesleri doğaldı. Hemogram ve biyokimya tetkikleri normaldi. Posteroanterior akciğer grafisinde anormal bir patoloji saptanmadı. Kronik öksürük sebebiyle çekilen toraks BT'sinde trakea distalinde anterior duvardan lümene protrüde lezyon izlendi. Fiberoptik bronkoskopide trakea distalinde anterior duvarda saat 12 hizasında geniş tabanlı sert mukozal kabarıklık mevcuttu, biyopsi pensiyle örnek alınamadı. Genel anestezi altında rijid bronkoskopla, rijid tüp içinden kriyo-prob ile tüm lezyon ekstrakte edildi. Histopatolojik inceleme sonucu fibroepitalyal polip ile uyumlu idi.

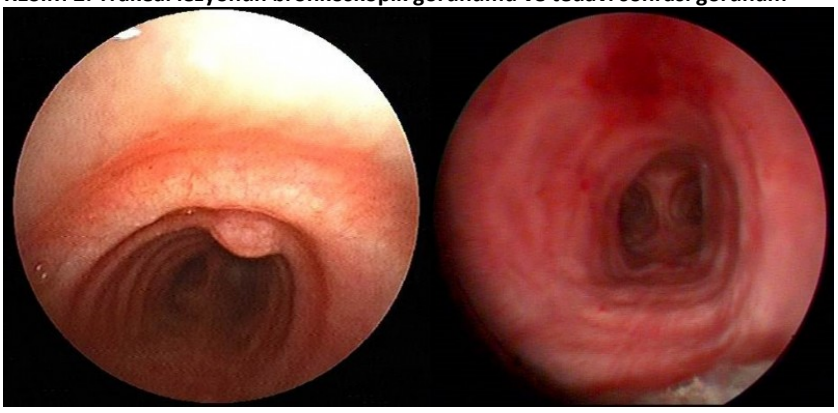
SONUÇ: Fibroepitelyal tümörler solunum yollarının oldukça nasir görülen tümörleridir. Endobronşiyal tedavi yaklaşımları bu tümörlerde minimal invaziv küratif tedavi seçeneğidir. Tedavi sonrası takip BT veya bronkoskopi ile yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: endobronşiyal tedavi, fibroepitelyal polip, trakea

RESİM 1: Hastanın rijid bronkoskopla endobronşiyal tedavi öncesi toraks bilgisayarlı tomografisinde trakeal lezyon ve tedavi sonrası görünümü izlenmektedir



RESİM 2: Trakeal lezyonun bronkoskopik görünümü ve tedavi sonrası görünüm



EP-171

DİYAFRAGMADAN KAYNAKLANAN BRONKOJENİK KİST OLGUSU

Mehmet Muharrem Erol[1], Turgut Aydın[2]
[1]Medicana Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği,Bursa
[2]Patomer Patoloji Merkezi, Bursa.

Bronkojenik kistler, intrauterin dönemde trakeobronşiyal ağacın anormal tomurcuklanmasından kaynaklanan nadir konjenital anomalilerdir. Genellikle mediastende ana bronşlara yakın olarak saptanırlar.Ana semptomlar öksürük ve göğüs ağrısıdır. Bizim hastamız, 33 yaşında erkek, sol göğüs duvarında ağrı şikayetiyle başvurdu.Bu şikayetinin yaptığı kürek çekme egzersizlerinden kaynaklanabileceğini belirtti.Hastaya çekilen Toraks CT de solda vertebra- diafragma kesişimine tam oturmuş düzgün sınırlı lezyon izlendi.(Resim 1)Hastaya sol torakoskopik cerrahi uygulanarak kitle rezeke edildi. Hasta ertesi gün taburcu edildi. Cerrahi esnasında kitlenin diyafragmadan kaynaklandığı izlendi.(Resim 1) Patolojik tanısı bronkojenik kist olarak raporlandı.

Diyafragmadan kaynaklanan bronkojenik kist olgusu literatürde oldukça nadir olarak belirtilmiştir. Bu nedenle olgumuzu; kaynaklandığı yerin çok nadir olması, direkt grafide saptanması oldukça zor olan lokalizasyonda bulunması hem de oldukça demonstratif bir operasyonel görüntüsü olmasından dolayı sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Bronkojenik Kist, Akciğer, Diyafragma,

EP-172

MEDİASTİNİTLERDE ERKEN TANI VE AGRESİV CERRAHİ HAYAT KURTARIRI

Fatih Meteroğlu, Menduh Oruç, Serdar Onat, Refik Ülkü
Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı\Diyarbakır

AMAÇ: Desenden nekrotizan mediastinit (DNM) nadir görülen, fakat yüksek oranda ölümcül seyreden bir durumdur. DNM, mediastendeki hayati organların etrafında görülen enfeksiyöz bir hastalıktır. Zamanında tanı konulmaz ve uygun olarak tedavi edilmezse sonuç fatal olur. Tedavideki gecikme enfeksiyonun mediastene yayılmasına yol açar. Erken tanı, uygun antibiyoterapi ve cerrahi girişimle şifa olasıdır. Amacımız mediastinitlerin etiyolojisini, medikal ve cerrahi tedavi yönetimlerini, morbidite ve mortalite oranlarını geriye dönük olarak incelemekti.Anahtar Sözcükler: Cerrahi, desendan, nekrotizan, mediastinit.

MATERYAL-METOD: Ocak 2002 ile Temmuz 2017 yılları arasında kliniğimizde tedavi ettiğimiz DNM 15 olgunun dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Bu incelemede Akciğer grafisi ve Bilgisayarlı toraks tomografi (BT) görüntülerine göre acil şartlarda ameliyata alınan olgulardır.

BULGULAR: Hastanemiz acil servisine yüksek ateş, boyunda kızarıklık ve şişlik ön tanısıyla başvuran KBB kliniğiyle beraber acil ameliyata alınan 15 olgunun dosyaları geriye dönük olarak değerlendirildi. Bunların 13'ü erkek 2'sı kadın idi. Yaş ortalamaları 37 olarak hesaplandı. Olguların %30' da diyabetes melitus,%15'inde hipertansiyon mevcuttu. DNM'li 4 olguya boyun eksplorasyonu + mediastinoskopi, Onbir olguya boyun diseksiyonu + torakotomi ile plevra disseksiyonu uygulandı (Resim 1,2). Aldığımız sıvı örneklerinin 12'sinde üreme görüldü. Olguların ortalama yoğun bakımda kalış süreleri 34,2 (3-93) gün idi. İki olgumuz ex oldu.

TARTIŞMA: Desenden nekrotizan mediastinit (DNM) nadir, fakat tanıda gecikme olunca yüksek oranda ölümcül seyreden bir durumdur. Sıklıkla orofarengeal, veya odontojenik şiddetli enfeksiyonlara bağlı gelişen bir durumdur (1,2). Akut desenden nekrotizan mediastinit (DNM), primer cilt ve kas tutulumu olmaksızın fasyal düzlemler boyunca yayılan bağ dokusu nekrozunun olduğu, fulminant, yüksek mortalite oranları olan servikal nekrotizan fasiitisin bir komplikasyonu olaraK ortaya çıkar (3). Erken tanı ve cerrahi müdahale hayat kurtarıcı olabilir.

SONUÇ: **SONUÇ:** Akut nekrotizan mediastinit, servikofasyal enfeksiyonların nadir fakat mortal bir komplikasyonudur. Bu olgularda, erken tanı, hızlı cerrahi yaklaşım, geniş spektrumlu antibiyotik tedavi kombinasyonu yüksek olan mortalite oranını düşürerek hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, desendan, nekrotizan, mediastinit.

Resim 1

Resim 2

EP-173

ŞANSLI BİR KESİCİ ALET YARALANMASI

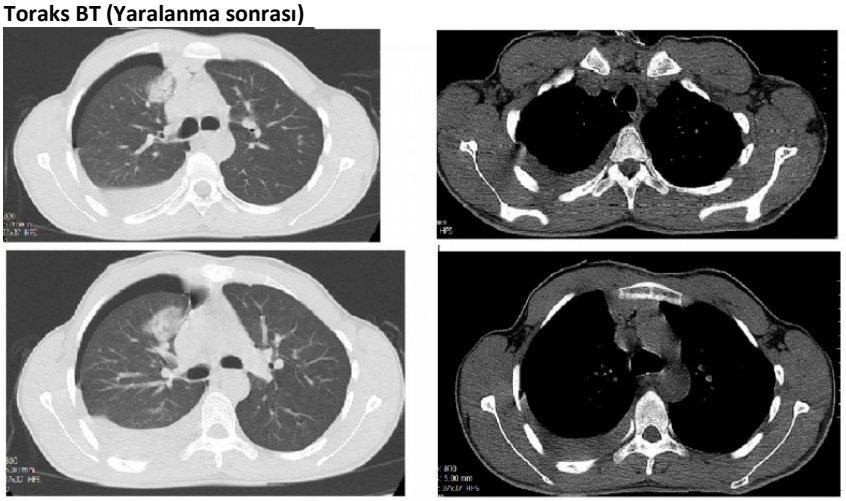
Hüseyin Fatih Sezer[1], Erdinç Kınalı[2], Hakan Dayanır[3], İsmayil Yılmaz[3]
[1]Nyala, Sudan Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği
[2]Nyala, Sudan Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği
[3]Nyala, Sudan Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reaminasyon Kliniği

Travma sıklıklarına bakıldığında toraks travmaları kraniyal ve ekstremite travmalarından sonra 3.sırada yer almaktadır. Travmaya bağlı ölümlerin yaklaşık %25'inden sorumludur. Toraks tarvmalarının büyük çoğunluğu künt travma olmakla birlikte yaklaşık %30'u penetran travmalarıdır. Penetran toraks travmalarının en sık iki sebebi ise ateşli silah yaralanmaları ve kesici delici alet yaralanmalarıdır. Geniş çaplı çalışma serilere bakıldığında farklı oranlar verilse bile penetran toraks yaralanmalarında en sık sebep kesici delici alet yaralanmaları ve daha az oranda ateşli silah yaralanmalarıdır. Penetran toraks yaralanmaları yüksek mortalite ve morbidite riski taşıdıkları için doğru tanı konularak zamanında ve etkin müdahale edilmesi gereken durumlardır.Bu bildirimizde kesici alet yaralanması sonrası takip edilen hastayı sunuma değer bulduk. 18 yaşında genç erkek sternal çentikten kesici aletle yaralanma sonrası götürüldüğü dış merkezde yara yeri sütüre edilmiş ve hastanemize sevk edilmişti. Toraks BT de sağda hemopnömotoraks, sternal çentikte sternum başlamadan hemen önce başlayıp tiroidin hemen altından trakeaya ve innominate vene komşu şekilde sağ hemitoraksa uzanan kesici alet yaralanmasına bağlı hava değeri ve sağ akciğer üst lob mediastinal yüzde kesi trakt alanı görünmekte idi. Bu kadar vasküler yapı ve trakeaya komşu alanda ilerleyip akciğerde hasar oluşturan yaralanmada hastanın yaşaması büyük şanstı. Sağdan tüp torakostomi ile takip edilen hasta 5. gün taburcu edildi. Taburcu sonrası takipleri sorunsuz şekilde devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kesici alet yaralanması, pnömotoraks, hemotoraks

Kesi Yeri (Takip fotoğrafı)

Toraks BT (Yaralanma sonrası)



EP-174

AKSİLLER SCHWANNOMA OLGUSU

Gökay Reyhan, Elçin Ersöz Köse, Eyüp Turgut Işıtmangil
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Primer torasik nörojenik tümörlerin %10'undan daha azı interkostal sinirlerden köken alır. Schwannoma çoğu asemptomatik, malignite oranı çok düşük, eksizyon sonrası nadiren nüks görülebilen bir tümördür. Aksiller schwannoma olgumuz irdelendi.

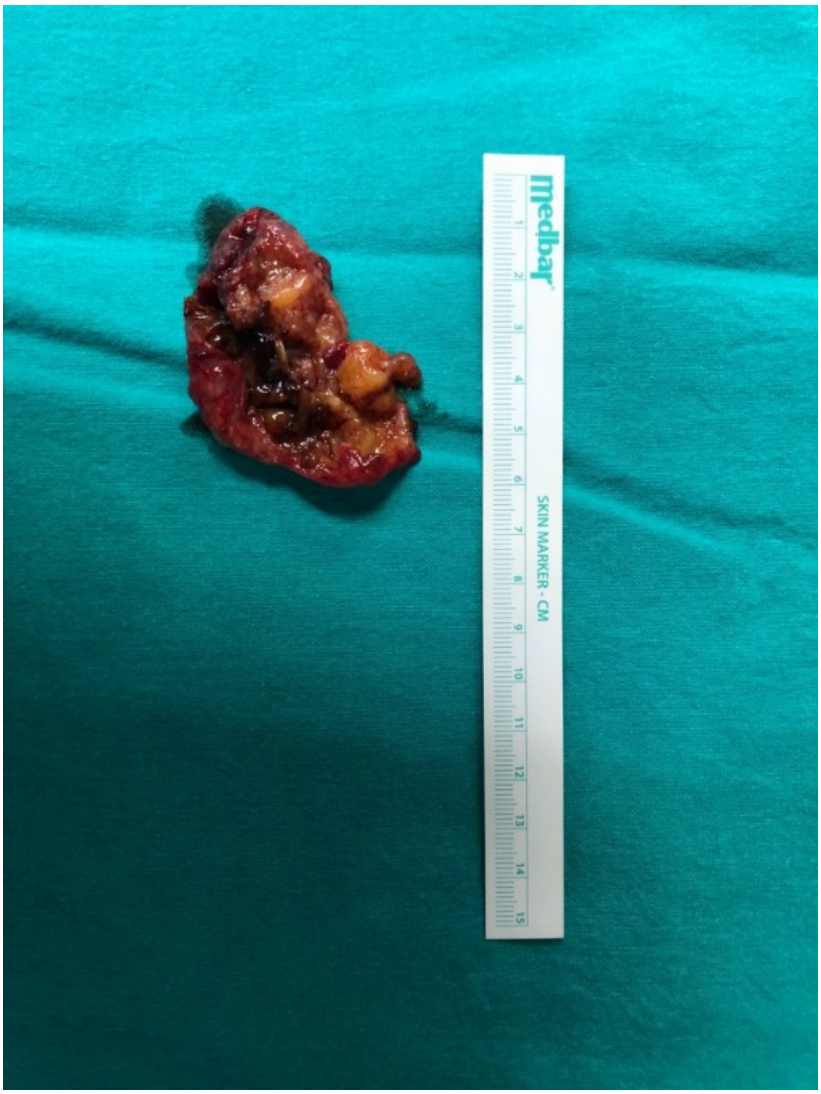
OLGU: 25 yaşında erkek olgu sağ elde uyuşukluk ve aksiller ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Dış merkezde uygulanan ultrasonografide sağ humerus anteriorunda düzgün sınırlı 12x9mm boyutunda kitle lezyon tespit edilmiş. Ultrasonografik bulgular üzerine hastaya Sağ Omuz MR çektirilmiş. Sağ Omuz MR'da sağ omuz anterior superior kesimde pektoral kasların derininde aksiller arter ve vene komşu seyirli intramüsküler planlarda yerleşim gösteren düzgün sınırlı enkapsüle görünümlü kontrast tutulumu göstermeyen multipe kistik odak barındıran santralinde hemorajik odaklar izlenen kalın çepersel ve septal kontrast tutulumu gösteren kitle lezyon izlendi. Hastaya operasyon kararı alındı. Kitle eksize edildi. Eksizyon sonrası ağrı şikayeti geçti, elde uyuşukluk şikayeti azaldı. Kitle patolojisi Schwannoma S100 diffüz kuvvetli pozitif, Desmin, SMA, MSA, CD34 negatif, Kİ67 proliferasyon indeksi %2-3 olarak geldi. Hastaya postoperatif fizik tedavi başlandı.

SONUÇ: Schwannomalarda kitlenin total rezeksiyonu tam şifa sağlar. Prognoz iyidir ve nüks nadirdir. Malign schwannomalarda radyoterapi lokal kontrolde faydalı olabilir, kemoterapinin rolü ise belirsizdir.

Anahtar Kelimeler: aksiller, schwannoma, elde uyuşukluk

AKSİLLER MR

REZEKSİYON MATERYALİ



EP-175

MASAOKA EVRE IV TİMOMA OLGUSUNDA TİMEKTOMİ VE EKSTRAPLEVRAL PNÖMONEKTOMİ

Serdar Evman, Onur Derdiyok, Hakan Kıral, Serda Kanbur, Çağatay Tezel, Volkan Baysungur
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sureyyapasa Gogus Hastaliklari ve Gogus Cerrahisi Egitim ve Arastirma Hastanesi Gögüs Cerrahisi Klinigi

GİRİŞ: Cerrahi eksizyon, timoma için birincil tedavi yöntemidir. Bununla birlikte, göğüs boşluğuna kadar uzanan ileri evre timoma ve plevral yayılımı olan veya tekrarlayan olgularda (Masaoka evre IVb) uygun tedavi tartışmalı bir konudur. 65 yaşında bayan hastada, hiler bölgeye invazyon ve plevra yayılımı bulunan geniş bir timoma saptandı. Perikard, pulmoner arter ve sol akciğer invazyonu ve plevra metastazı şüphesiyle tip B2 timoma tanısı konulan hastaya (Masaoka- Koga evre IVb) sistemik kemoterapiden sonra radikal rezeksiyon uygulandı.

OLGU: 65 yaşında kadın hastaya plörezi invazyonu ve plevral efüzyon, perikardium, pulmoner arter ve sol akciğer invazyonu ve plevral metastaz ile masif timoma tanısı konan B2 tipi (Masaoka-Koga evre IVb) tanısı kondu. Sistemik kemoterapi verildi. Kemoterapi sonrası miyasteni gravis bağlı semptomların kaybolduğu saplandı. BT ve PET/CT taramasında, mediastinal tümörün boyut ve metabolik aktivitesinde (7.3 x7 cm ve SUVmax 7.89) bir azalma ve daha yüksek bir yanıt gösterdi. Akciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı.(FEV1: 2,4 lt % 88). Sol posterolateral insizyon ile total timektomi ve ekstraplevral pnömonektomi yapıldı (şekil 2). On iki aylık takiplerinde herhangi bir patolojiye saptanmadı.

SONUÇ: Ancak, bu çalışmanın takip süresi geç nüks ve uzun dönem sağkalımı değerlendirmek için nispeten kısa olmuştur. Gelecekte, cerrahi prosedürler de dahil olmak üzere multimodalite tedavisi kullanılarak standart tedaviyi kurmak için çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: timoma,pnömonektomi,cerrahi yaklaşım

EP-176

AKCİĞERDE ÇOK NADİR BİR PATOLOJİ: PRİMER AKCİĞER MALİGNİTESİNİ TAKLİT EDEN KAPOSİ SARKOMU

Onur Derdiyok, Çağatay Tezel, Hakan Yılmaz, Serda Kanbur, Serdar Evman, Volkan Baysungur
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sureyyapasa Gogus Hastaliklari ve Gogus Cerrahisi Egitim ve Arastirma Hastanesi Gögüs Cerrahisi Klinigi

GİRİŞ: Kaposi sarkomu (KS) çok merkezli lenfoproliferatif bir kanserdir. Sıklıkla bu tümör cilt ve cilt altı dokularla sınırlıdır ve nadiren akciğer gibi geniş viseral tutulum ile ortaya çıkar. Bu nedenle kutanöz bulguları olan hastalarda klinik ve laboratuvar bulgularından şüphe duymak önemlidir. Bu çalışmada, mediastinoskopi ile akciğerde sağ üst lob, kitle ve kitle kaynaklı metastatik lenf nodlarından şüphelenilen bir hastada evreleme amacıyla örneklenmiştir. Kaposi sarkomu olarak bildirilen olgu literatürde bir katkı olarak sunulmuştur.

OLGU: Kırk beş yaşında yaşında erkek hasta hemoptizi şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde ve özgeçmişinde belirgin bir özellikle bulunmamaktadır. Posterior anterior(PA) akciğer grafisinde sağ hiler ve alt zonda dansite artışı tespit edildi.s Bilgisayarlı tomografide (BT) ve Pozitron emisyon tomografisinde (PET/CT) sağ akciğer üst lobda 36x33 mm üst lob bronşunu çevreleyen kitle (SUDmax 7.7) ve sol akciğer üst lob da 12 mm noduler lezyon (SUDmax 4.3)olarak raporlandı.Preoperatif preparatlar sırasında 3 kuşak seroloji testinde HIV pozitif saptandı. Şüpheli mukokütanöz lezyonlardan biyopsi alındı fakat herhangi bir patoloji saptanmadı. Akciğer kitlesi ve mediastinal lenfadenopati tanısı nedeniyle mediastinoskopiyle lenf nodu (2R-4R-7), örnektir. Lenf bezi patolojisi Kaposi sarkomu olarak rapor edildi. Bu tanı ile hasta kemoterapi protokolüne alındı.
Sonuç olarak, KS tanısında klinik, laboratuvar ve radyografik bulguların spesifik olmadığı akılda tutulmalıdır. AIDS'le birlikte ortaya çıkabilen diğer akciğer hastalıklarından ayırt edilememesi nedeniyle hala tartışmalı bir sorudur.

Anahtar Kelimeler: kaposi sarkom,hıv, cerrahi yaklaşım

EP-177

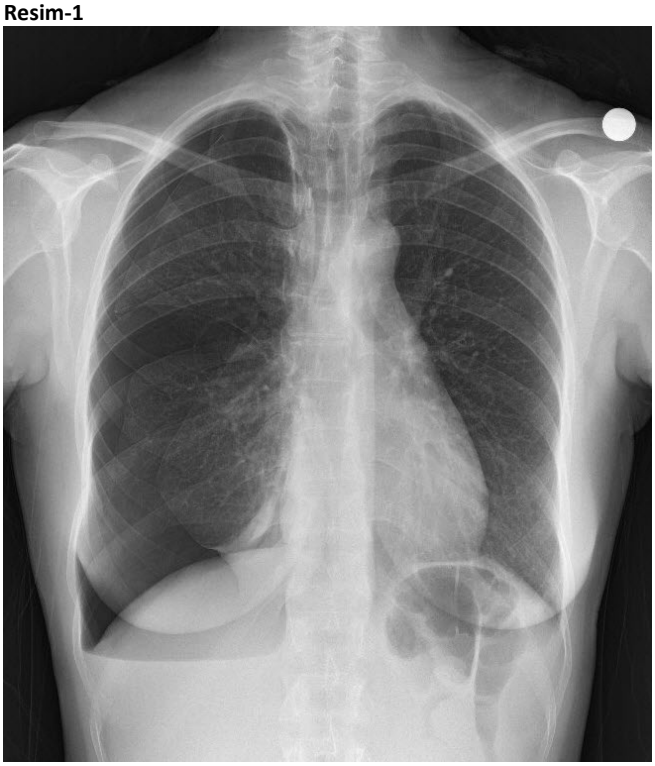
KATAMENİAL PNÖMOTORAKS OLGUSU

Erkan Akar[1], Miktat Arif Haberal[1], Özlem Şengören Dikiş[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Bursa
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bursa

Sekonder spontan pnömotoraks, altta yatan parankim hastalığına bağlı olarak gelişen pnömotorakstır. En sık nedeni kronik obstrüktif akciğer hastalığı olup, diğer nedenler enfeksiyöz akciğer hastalıkları, interstisyel akciğer hastalıkları (sarkoidoz, histiositoz, vb.), bağ dokusu hastalıkları, maligniteler (akciğerin metastatik sarkomları, primer akciğer kanserleri, vb.) ile toraks içi endometriozistir (katamenial pnömotoraks).Yaklaşık 2 yıl önce, sırt ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri ile Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran 38 yaşında kadın hastanın çekilen posteroanterior akciğer grafisinde (PA) ve toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), sağ hemitoraksta pnömotoraks görülmesi üzerine tüp torakostomi uygulanıp serviste 4 gün takip edildi. Sonrasında şifa ile taburcu edilen hastanın 12 ay sonra yeniden aynı şikayetleri olması üzerine dış merkezde bir hastaneye başvurmuş, sağ akciğerde pnömotoraks gelişmesi üzerine göğüs tüpü takılmış. Hasta bu olaydan 8 ay sonra aynı şikayetler ile kliniğimize başvurdu. Yapılan radyolojik incelemelerde sağ hemitoraksta yeniden pnömotoraks tespit edildi. Önceki pnömotoraks ataklarının menstrüel siklusla ilişkisi sorgulandığında net cevaplayamayan hasta, üçüncü atağından sonra video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) için hazırlanıldı. İntraoperatif, akciğer ve diyafragma üzerinde herhangi bir patolojik dokuya rastlanılmadı. Hastaya plevral abrazyon ve kısmi plörektomi uygulandı. Hastanın derinleştirilen anamnezinde pnömotoraks ataklarının menstrual siklus ile uyumlu olabileceği öğrenildi. Bunun üzerine hastaya batın BT çekildi ve kadın hastalıkları konsültasyonu istenerek takibi yapıldı.Katamenial pnömotoraksın tedavisi cerrahidir. En sık görülen komplikasyonu tekrarlamasıdır. Yüksek riskli hastalarda, erken tanı ve hormonal tedavininde dahil edildiği multidisipliner tedavi yaklaşımı yararlı olabilir.

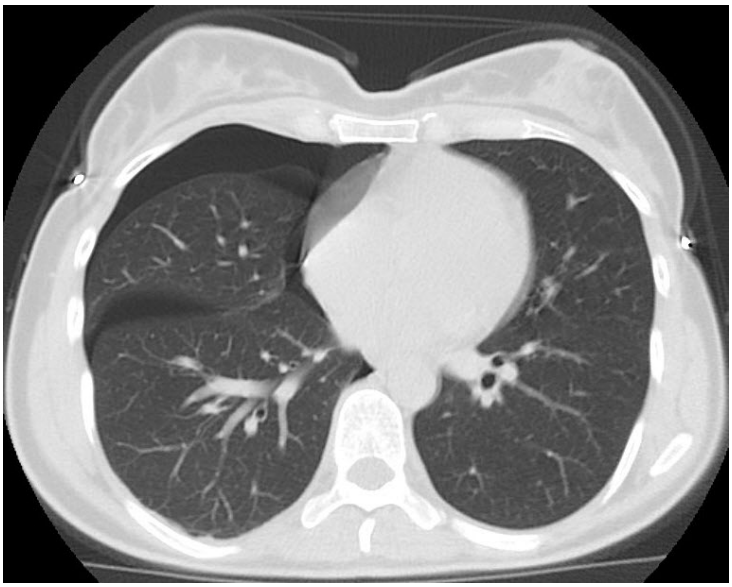
Anahtar Kelimeler: Katamenial pnömotoraks, video yardımlı torakoskopik cerrahi, tüp torakostomi

Resim-1



Posteroanterior akciğer grafisinde pnömotoraks görüntüsü.

Resim-2



Toraks bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

EP-178

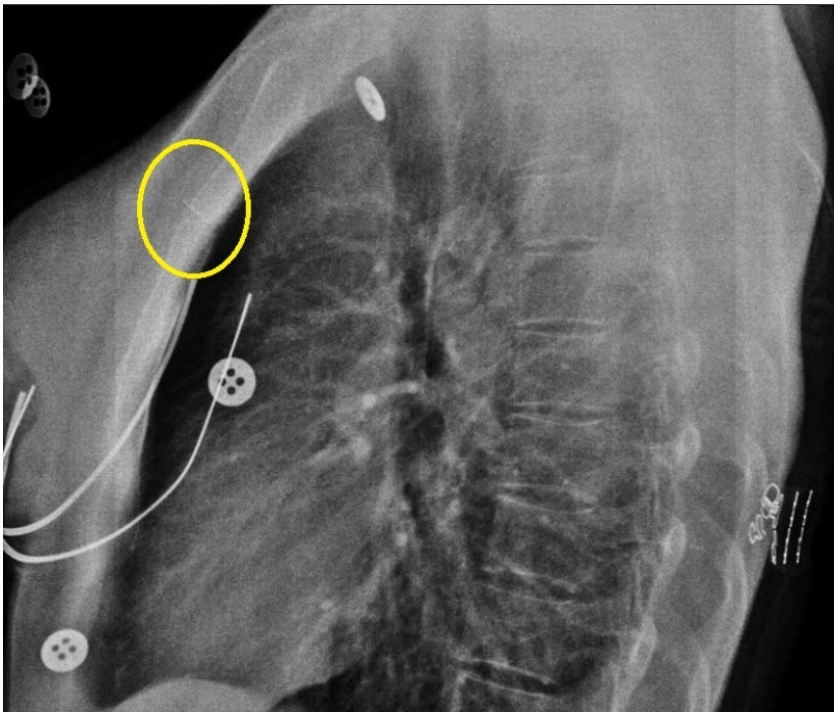
YABANCI CİSMİN LOKALİZASYONUNDA YARDIMCI BİR YÖNTEM; FLOROSKOPİ

Erkan Akar[1], Miktat Arif Haberal[1], Özlem Şengören Dikiş[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Bursa
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bursa

Yumuşak dokudaki yabancı cisimler sık karşılan bir problem olmakla beraber, penetre oldukları dokularda başta enfeksiyon olmak üzere bir çok komplikasyona yol açabilmektedir. Göğüs duvarındaki yabancı cisim, özellikle iğne gibi sivri ve ince olduğunda, hem yerinin saptanması zorluk arz etmekte, hem de cerrahi manipülasyon sırasında kolayca yer değiştirebilmektedir.Otuz iki yaşında bayan hasta, çocuklarıyla şakalaşırken göğüs ön duvarına elindeki dikiş iğnesinin batması ve bu iğnenin kırılması şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede, 2. interkostal aralık manubrium sternum üzerinde giriş yeri tam belli olmayan fakat palpasyonda ağrı veren hassasiyeti mevcuttu. İki yönlü direkt göğüs grafisinde, manubrium sterni düzeyinde yaklaşık 1 cm'lik metalik dansiteli yabancı cisim izlendi (Resim-1). Tam lokalizasyonun belirlenebilmesi amacıyla, toraks bilgisayarlı tomografi çekildi (Resim-2). Hastaya floroskopi eşliğinde girişim planlandı. Göğüs ön duvarı cildi üzerine kılavuzluk edecek bir metalik alet konularak floroskopinin yönlendirmesiyle, lokal anestezi altında yapılan 2 cm'lik bir insizyondan kırık iğne ucu çıkarıldı. Povidon iodin ile sahanın irrigasyonunu takiben kesi primer sütüre edildi. Yedi gün sonra sütürleri alınan hastada komplikasyon gelişmedi.Radyoopak yabancı cisimli olgularda floroskopi eşliğinde uygulanan cerrahi girişimin, söz konusu materyalin operasyon sırasındaki kesin ve anlık lokalizasyonunu sağladığı, daha küçük bir insizyon ve daha az kan kaybı ile gereksiz doku diseksiyonunu azalttığı, cerrahi işlem süresini kısalttığı ve postoperatif morbiditeyi ortadan kaldırdığı kanısındayız.

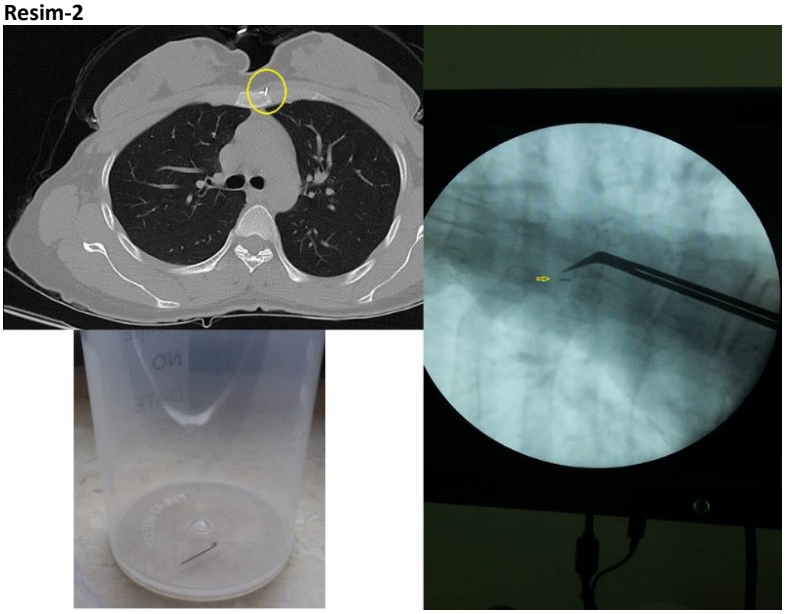
Anahtar Kelimeler: Yabancı cisim, sternum, floroskopi, cerrahi

Resim-1



Lateral akciğer grafisinde yabancı cismin görüntüsü.

Resim-2



Yabancı cismin, toraks bilgisayarlı tomografide ve çıkartılmış görüntüsü

EP-179

AFRİKA'NIN ORTASINDA BİR PROJE HASTANESİNDE GÖĞÜS CERRAHI SONRASINDA Kİ 2,5 AYLIK SÜREÇTE TÜP TORAKOSTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Hüseyin Fatih Sezer[1], Adil Avcı[2]
[1]Nyala, Sudan Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Nyala/Sudan
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

GİRİŞ: Tüp torakostomi plevral aralıktaki hava yada sıvı mahiyetindeki oluşumların boşaltılması mantığına dayanan cerrahi bir yöntemdir.Tüp torakostomi acil durumlarda hayat kurtarıcı bir girişim olması yanında aynı zamanda iyi bir takip tedavi aracıdır.Afrika'da sosyo ekomik düzeyi düşük bir bölgede kurulan bir proje hastanesinde 2,5 aylık süreçte tüp toraksotomi uyguladığımız hastaların genel özellikleri, başvuru sebepleri, tedavi süreçleri, karşılaşılan komplikasyonlar, tedavi sonuçları araştırılmıştır.

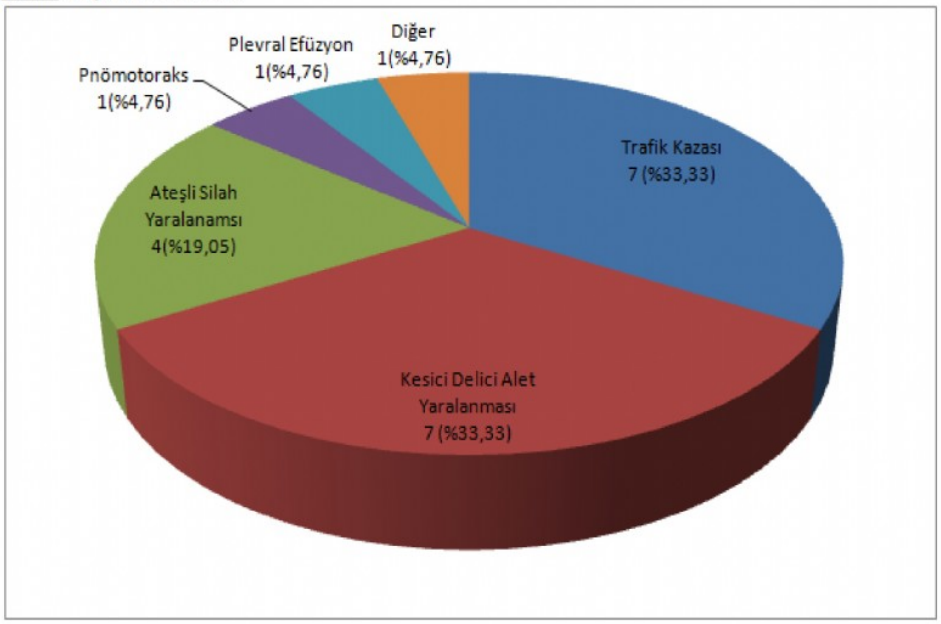
Gereç ve METOD: Nisan 2018 ile Haziran 2018 tarihleri arasında Nyala, Sudan Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran ve yapılan tetkikleri sonrasında tüp toraksotomi uygulanan 21 hastanın epidemiyolojik özellikleri, etyoloji, başvuru zamanları, toraks patolojileri, uygulanan tedaviler, oluşan komplikasyonlar, mortalite bilgileri geriye yönelik olarak incelendi.

BULGULAR: 7 (%33,33) hasta araç içi trafik kazası, 7 (%33,33) hasta kesici delici alet yaralanması, 4 (%19,05) hasta ateşli silah yaralanması, 1 (%4,76) hastaya dış merkezde saptanan spontan pnömotoraks, 1 (%4,76) hasta dış merkezde saptanan plevral efüzyon, 1 (%4,76) hasta özofagus yabancı cismine bağlı oluşan komplikasyon nedeni ile tüp toraksotomi uygulandı. 2 (%9,52) hastamızda dren sonrasında artan cilt altı amfizemi, 1(%4,76) hastada cilt enfeksiyonu dışında tüp toraksotomiye bağlı komplikasyon görülmedi. Drenden bağımsız görülen komplikasyonlar ise; hastaların 7(%33,33)'sinde ekspansiyon kusuru, 6(%28,57)'sında atelektazi,1(%4,76) kişide cilt enfeksiyonu idi. Hastalardan 1(%4,76) tanesi takipleri esnasında ex olup diğer tüm hastalarımızın takipleri sorunsuz olarak devam etmektedir.

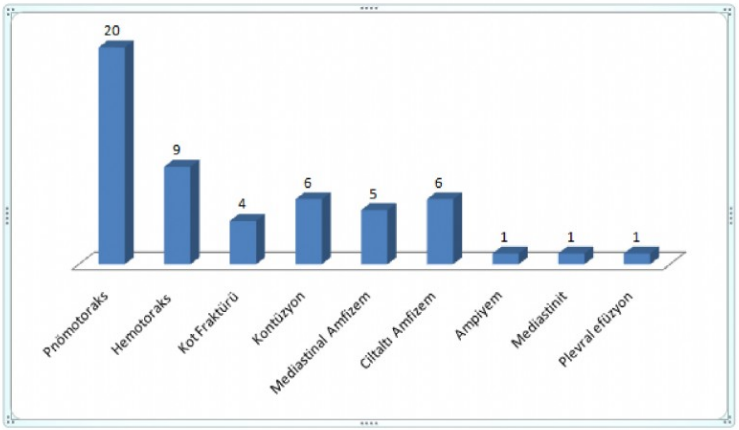
Tartışma ve SONUÇ: Bölgede oturmuş bir sağlık sistemi olmaması, sağlık kültürü zayıflığı, insanların çoğunluğunda sosyal güvence olmaması, yaşanan ekonomik güçlükler sebebi ile başvuru hastalarının çoğunluğunu travma hastaları oluşturdu ve başvuru süresi uzun sayılabilecek düzeydeydi. Hasta epidemiyolojik özellikleri, uygulanan tedaviler, karşılaşılan komplikasyonlar, tedavi sonuçları literatürle benzerken etyolojide kısmen farklılıklar mevcuttu.Sonuç olarak tüp toraksotomi her coğrafyada güvenilir ellerde; basit, kullanışlı, etkin, tedavi edici ve hayat kurtarıcı bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Tüp torakostomi, Afrika, Göğüs Cerrahı

Şekil 1: Başvuru nedenleri



Şekil 2: Saptanan toraks patolojileri



EP-180

KURU ÖKSÜRÜKLE İLİŞKİLİ SUBKUTANÖZ AMFİZEM VE PNÖMOMEDİASTİNUM: NABİR BİR KLİNİK BULGU

Erkan Akar[1], Miktat Arif Haberal[1], Özlem Şengören Dikiş[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Bursa
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bursa

GİRİŞ: Spontan pnömomediastinum (SPM) herhangi bir risk faktörü ve hastalık olmaksızın, genelde genç erişkin erkeklerde gözlenen, çoğu zaman semptomların kendiliğinden gerilediği ve invaziv bir müdahele gerekmeyen nadir bir klinik durumdur. Erken tanı konulup uygun tedavi planlanmayan ciddi vakalarda hayatı tehdit edici olabilmektedir. Tansiyon pnömomediastinum riski ve potansiyel komplikasyonlar, hastanın yakın takip edilmesi ve gereğinde invaziv girişim yapılmasını gerektirebilmektedir.Burada, daha önce sağlıklı erişkin bir olguda, persistan kuru öksürük ile gelişen subkutanöz amfizem ve pnömomediastinum birlikteliğini, literatür bilgileri ışığında sunmayı amaçladık.

OLGU: Elli iki yaşında erkek hasta, bir gün önce başlayan persistan kuru öksürük ve nefes darlığı şikâyeti ile acil servise getirildi. Travma, ilaç alımı, kusma, ağır iş ve kronik bir hastalık hikâyesi bulunmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde, boyun ve göğüs ön bölgesinde yaygın cilt altı amfizemi, palpasyonda krepirasyon mevcuttu. Dinlemekle bilateral solunum sesleri doğaldı. Vücut sıcaklığı: 36.5°C, solunum sayısı: 26/dak. ve kan basıncı 130/75 mmHg idi. Posteroanterior akciğer grafisinde (PA), boyun ve göğüs bölgesinde cilt altında serbest hava izlendi. Mediasten ve trakea orta hatda, bilateral akciğer parankimi doğal olarak görüldü (Resim-1). Akciğer ve mediastinal yapıları daha ayrıntılı incelemek için toraks bilgisayarlı tomografi çekildi (BT). BT de, yaygın cilt altı amfizemi, mediasten anterior kısımda, retrosternal alanda, ana vasküler yapılar, trakea ve özefagus çevresinde pnömomediastinum ile uyumlu serbest hava izlendi (Resim-2). SPM tanısı ile Göğüs Cerrahi kliniğine yatırıldı. Oral alımı durduruldu ve parenteral 3. kuşak sefalosporin, analjezik, omeprazol ve Oksijen (5ml/dak) verildi. Üçüncü günkü PA akciğer grafisinde subkutanöz amfizemin azaldığı görülerek hasta taburcu edildi. On beş gün sonra kontrol toraks BT çekildi ve serbest havanın tamamen kaybolduğu görüldü.

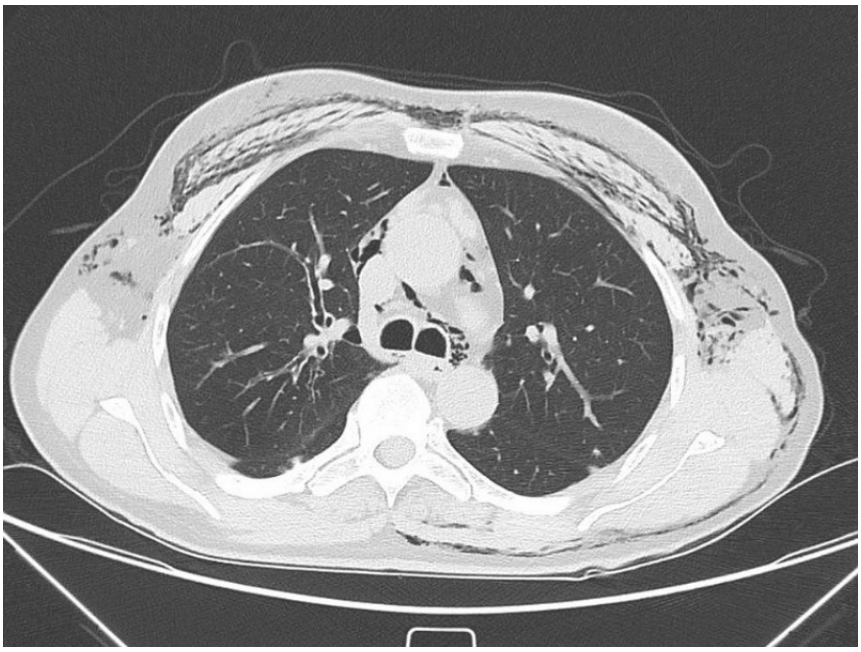
SONUÇ: SPM nadir görülmekle birlikte oldukça da iyi seyirli bir hastalıktır. Ancak yaşamı tehdit eden komplikasyonları olduğu da unutulmamalıdır. Özellikle erişkin olgularda persistan kuru öksürük sonrası SPM mutlaka düşünülmeli, PA akciğer grafisinde subkutanöz amfizem varlığında, akciğer ve mediastinal dokuların ayrıntılı incelenmesi için toraks BT çekilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pnömomediastinum, subkutan amfizem, göğüs ağrısı, nefes darlığı

Resim-1

Posteroanterior akciğer grafisinde, boyun ve göğüs bölgesinde cilt altında serbest hava izlendi.

Resim-2



Toraks bilgisayarlı tomografide, yaygın cilt altı amfizemi, mediasten anterior kısımda, retrosternal alanda, ana vasküler yapılar, trakea ve özefagus çevresinde pnömomediastinum ile uyumlu serbest hava izlendi.

EP-181

TRAKEOSTOMİ BAKIMINDA CIMBIZ ASPİRASYONU

Barış Hekimoğlu, Yücel Akkaş, Büşra Özdemir, Yasin Burak Yılmaz, Bülent Koçer
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Trakeal yabancı cisim aspirasyonları göğüs cerrahi kliniklerinin rutin olarak karşılaştığı durumlardır. Kalıcı trakeostomisi olan hasta grubu ise özellikle sigaranın yaygın olarak tüketildiği ve buna bağlı larenks kanserlerinin sık olarak görüldüğü ülkemizde, giderek artan sıklıkta karşımıza çıkmaktadır. Trakeostomi bakımında, hastalara önerilen tıbbi metodlar dışında hasta ve yakınlarının bulduğu yöntemler de kullanılmaktadır. Özellikle krut temizliği amacıyla tığ, örgü şişi, kalem kapağı ve uç kısmı ve cımbız gibi materyaller hasta ve yakınları tarafından, tıbbi olarak önerilmemesine rağmen sık olarak kullanılmaktadır. Dolayısıyla, bu tip yabancı cisimlerin trekeal aspirasyonları da günlük klinik pratiğinde yer almaktadır. Bu çalışmamızda, trakeostomi stomasından temizlik amacıyla kullandığı cımbızı aspire eden olgumuzu, hastaların uyguladıkları yanlış yöntemlere olan farkındalığın artması amacı ile sunduk.

OLGU:Trakeostomi stomasından krut temizliği yaparken yabancı cisim aspire eden 57 yaşındaki erkek hasta acil servise dispne şikayeti nedeni ile başvurdu. Hastanın öyküsünde, başvurudan üç yıl önce larinks yassı hücreli karsinomu nedeniyle yapılan total larenjektomi,boyun diseksiyonu ve tiroidektomi ile operasyonda açılan kalıcı trakeostomi stoması mevcuttu. Eski sigara kullanımı öyküsü mevcut olan hastanın maruziyeti 76 paket/yıl olup ek akciğer hastalığı bulunmamaktaydı. Larenks kanseri nedeniyle hastalıksız sağ kalım sürecinde olan hastanın kemo-radyoterapi öyküsü bulunmamaktaydı. Hastanın pulse oksimetre ile ölçülen oksijen saturasyonu 81 idi.Acil serviste çekilen postero-anterior akciğer grafisinde yabancı cismin cımbız olduğu seçilmekte idi. Cımbızın sağ ana bronşa yaslandığı belirlendi. Hastaya acil olarak trakeostomi stomasından lokal anestezik uygulaması sonrası rijit bronkoskopi ile yabancı cisim eksizyonu müdahalesi, uygun koşullar altında başarı ile yapıldı ve kontrol filmi görülen ve inhaler tedavisi verilerek spazm tedavisi yapılan hasta komplikasyonsuz şekilde taburcu edildi.

SONUÇ: Trakeostomi bakımı sırasında hasta ve yakınları tarafından, medikal öneriler dışında uygulanan yöntemler hayati tehdit edici durumlara yol açmaktadır. Acil rijit bronkoskopi endikasyonu olan bu hastalarda işleminin geciktirilmeden yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Bronkoskopi, cımbız, yaban cisim aspirasyonu, trakeostomi

Resim 1

Akciğer grafisinde cımbız görünümü

Resim 2

Rijit bronkoskopi sonrası kontrol akciğer filmi

EP-182

ŞİFA ARARKEN PNÖMOTORAKS OLMAK: BİR AKUPUNKTUR KOMPLİKASYONU PNÖMOTORAKS

Barış Hekimoğlu, Yasin Burak Yılmaz, Yücel Akkaş, Kadir Baturhan Çiflik, Bülent Koçer
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Akupunktur tedavisi Çin'de yaklaşık 3000 yıldır myofasial ağrıların tedavisinde yaygın olarak kullanılan alternatif tıp yöntemidir. Bu olguda akupunktura bağlı bir pnömotoraks olgusunu sunmak istedik.

OLGU: 53 yaşında vücut kitle indeksi (VKI) 27 olan kadın hasta soldan posterior akupunktur tedavisi sonrası 4.saatte gelişen nefes darlığı ve plöretik göğüs ağrısı ile acil servise başvurmuş. Hastanın tansiyon arteyeli 120/80, nabzı 115 atım/dk ve solunum sayısı 30 /dk idi. Çekilen postero-anterior akciğer grafisinde sol total pnömotoraks görülen hastaya sol tüp torakostomi yapılarak servisimize yatırıldı (Resim 1A,B). Hastaneye yatışının 3. gününde hasta tüpü çekilerek taburcu edildi (Resim 1C).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Akupuntur uygulaması hastanın VKI, uygulayıcının tecrübesi, kullanılan iğne çeşidi ve uygulama bölgesine bağlı olarak değişik komplikasyonlara neden olabilmektedir. Özellikle toraks bölgesinde yapılan uygulamalar sonrası nefes darlığı ve göğüs ağrısı semptomları olan hastalarda nadir de olsa pnömotoraks gelişebileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akupunktur, iatrojenik pnömotoraks, tüp torakostomi

Akupunktur tedavisi sonrası gelişen pnömotoraks ve tedavi süreci resimleri

A.Akciğer filminde akupunktur tedavisi sonrası gelişen pnömotoraksın görünümü B.Tüp torakostomi sonrası ekspanse akciğerin görünümü C.Taburculuk öncesi akciğer grafisi

EP-183

SUPRAKLAVİKULAR DEV FİBROLİPOM

Tuba Şahinoğlu
Konya Numune Hastanesi,Göğüs Cerrahisi Bölümü, Konya

GİRİŞ:Lipomlar vücudun her hangi bir bölgesinde gelişebilir. En sık görülen benign mezenkimal tümörlerdir. Histopatolojik özelliklerine göre klasik lipomlar, fibrolipom, anjiolipom, infiltratif lipom, pleomorfik lipom, intramüsküler lipom ve hibernom olarak tanımlanırlar. Büyük çoğunluğu kapsüllü klasik lipomlardır. Diğer tipleri daha nadir görülür. Lipomlar baş-boyun bölgesinde sıklıkla gelişse de bu bölgede dev lipomların görülmesi nadirdir. Lipomların %80'i 5 cm den küçüktür. Dev lipom tanımı için lipomun en az 10 cm genişlikte veya 1000g'dan daha ağır olması gerekmektedir. Dev lipomlar genellikle asemptomatiktir. Bizim olgumuz da supraklavikular yerleşimli dev fibrolipom olması nedeniyle ilgi çekicidir.

OLGU: 62 yaşında erkek hasta, supraklavikular bölgede şişlik nedeniyle polikliniğe başvurdu. Yapılan yüzeyel USG'de sol omuz medialinde derin yerleşimli yaklaşık 5 x 2 cm ebatlarında lipom ile uyumlu kitle saptandı. Sol supraklavikular kitlenin beş yıldır olduğu ancak zaman içinde daha da büyüdüğü öğrenildi. Aktif şikayeti olmayan hastanın özgeçmişinde oral antidiyabetik ile regüle diabetes mellitus ve astım dışında özellik yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol supraklavikular hareketli, kapsüllü,yaklaşık 5cm çapında kitle palpe edildi. Ancak kitlenin derinliği öngörülemediğinden MR görüntüleme istendi. Hastanın anksiyetesi nedeniyle MR çekilemedi. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Operasyonda, kitlenin supraklavikular bölgeden kupulaya kadar devam ettiği görüldü. Yaklaşık 15cm uzınluğundaki kapsüllü yağlı doku total eksize edildi. Operasyon sonrası servis takiplerinde sıkıntısı olmayan hasta operasyon sonrası 7. günde taburcu edildi. Kitle patolojisi '15x8,5x2,5 cm ölçülerinde kirli sarı kahverenkli kapsüllü yuvarlak doku parçası; fibrolipom' olarak raporlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Dev servikal lipomlar nadir görülen benign tümörlerdir. Tedavi yaklaşımı eksizyondur. Yerleşimlerine göre boyutları bizim vakamızda olduğu gibi operasyon öncesi dönemde tahmin edilenden daha büyük olabilir. Cerrahi sonrası poliklinik takibi uygundur. Zaman içinde nüks görülebilir. Mobil yumuşak doku kitlelerinde lipomlar her zaman ayırıcı tanıda aklımızda bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dev Lipom, Fibrolipom, Supraklavikular Dev Fibrolipom

Operasyonda eksize edilen fibrolipom

15x8,5x2,5 cm ölçülerinde fibrolipom

EP-184

SKALEN LENF NODU BİYOPSİ İNSİZYONUNDAN SUPERİOR MEDİASTEN ALANA ULAŞIM

Büşra Özdemir, Barış Hekimoğlu, Kadir Baturhan Çiflik, Yücel Akkaş, Bülent Koçer
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara

GİRİŞ:Skalen lenf nodu biyopsi tekniği ilk defa 1949'da Daniels tarafından tarif edilmiştir. Daniels skalen lenf nodu bölgesini lateralde omohiyoid kası, inferiorda subklavyen ven, medialde sternokleidomastoid(SKM) kası arasında bulunan bölgede anterior skalen kasın üzerinde üçgen şeklinde bir alan olarak tanımladı.Bu çalışmamızda skalen biyopsi insizyonundan çıkardığımız süperior mediasten kitle olgusunu sunmak istedik.

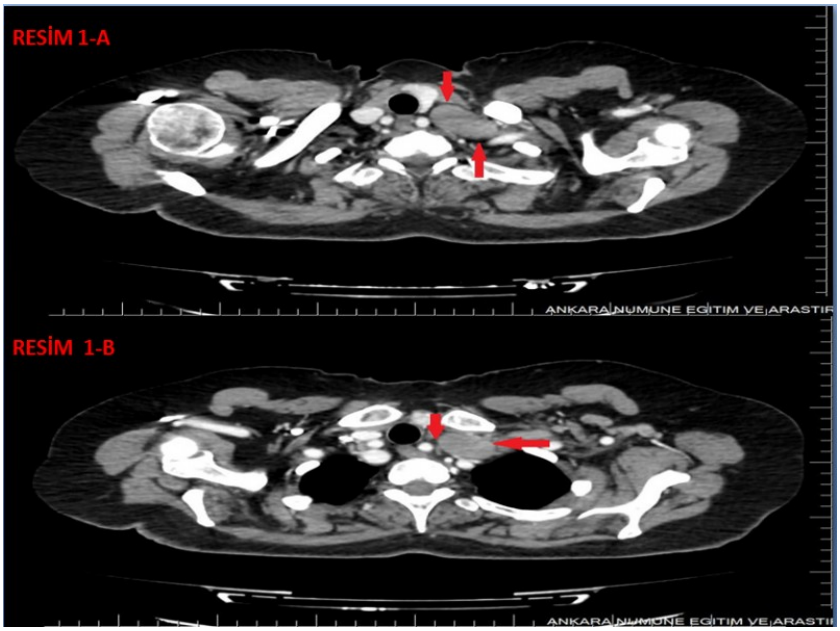
OLGU:Hodgkin lenfoma tanısı ile medikal onkoloji kliniği tarafından takip edilen 66 yaşındaki kadın hasta, takipleri esnasında dirençli ateşleri olması nedeni ile çekilen boyun ultrasonografi(USG) ve toraks bilgisayarlı tomografisi(TBT) tetkiklerinde sol servikal level 3, 4 ve 5'te en büyüğü 39x26 mm boyutlarında ölçülen birkaç adet lenfadenopati(LAP) saptandı [Resim 1-A]. LAP'ların en büyüğü trakea posterolateralinden klavikula ve birinci kaburga altına kadar uzanmaktaydı ve medikal onkoloji kliniği özellikle bu LAP'ın total eksizyon ile incelenmesini talep etmekteydi [Resim 1-B]. Ancak muayenede sol supraklavikuler alanda palpabl lenf nodu yoktu.Medikal onkoloji kliniği tarafından lenf nodu örneklemesi istenen hastaya skalen bölge lenf nodu biyopsisi planlandı. Operasyonda klavikulanın 2 cm yukarısından, klavikulaya paralel yaklaşık 4 cm'lik insizyon açıldı. SKM kası mediale doğru çekildi. 2 adet skalen lenf nodu eksize edildi. Anterior skalen kas açığa çıkarıldı, bu kasın medialinde ve internal juguler ven derinliğinde lenf nodları araştırıldı. Klavikula altına dönülerek torasik inlete yerleşen hedeflenen kitleye ulaşıldı ve kitle total olarak eksize edildi [Resim 2-A]. Çıkarılan kitle yaklaşık 4 cm boyutlarındaydı [Resim 2-B]. Patoloji sonucu B hücreli lenfoproliferatif neoplazi olarak rapor edildi. Hastanın takip ve ileri tedavisi medikal onkoloji kliniğince devam ettirildi.

TARTIŞMA :Süperior mediastene cerrahi yaklaşım, hem net olarak histolojik tanının ortaya konması hem de tedavi için önerilen en etkili yöntemdir. Bunun için mediastinoskopi, anterior mediastinotomi, transservikal mediastinoskopi, sternotomi, torakotomi ve VATS en sık kullanılan cerrahi yöntemlerdir. Bizim olgumuzda ise superior mediastende yer alan kitleye skalen lenf nodu biyopsi sahasından yapılan insizyon ile ulaşıldı ve kitle medikal onkoloji kliniğince hedeflenen şekilde komplikasyonsuz şekilde eksize edildi.

SONUÇ:Özellikle ileri yaş ve ek morbiditesi olan hastalarda, ön mediasten kitleye cerrahi yaklaşımda skalen lenf nodu biyopsi insizyonu yaklaşımının, sık kullanılan diğer operasyonlara oranla daha az invaziv olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca anestezi yönetimi olarak larigeal mask altında yapılabildiğinden, bu riskli hasta grubunda entübasyonun getirebileceği komplikasyonlar açısından da ek avantaj sağlamaktadır.

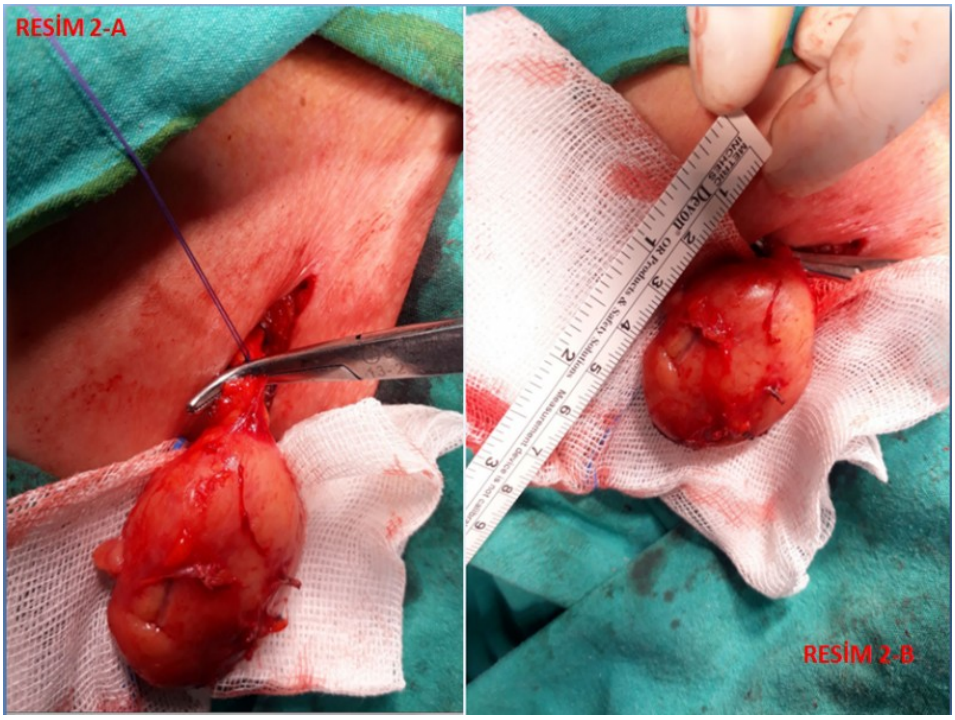
Anahtar Kelimeler: Lenfoma,skalen, süperior mediasten

Resim 1



1-A:Eksize edilen süperior mediastene yerleşen LAP'ın TBT'nin üst kesiti 1-B: Eksize edilen süperior mediastene yerleşen LAP'ın TBT'de klavikulanın altındaki görünümü

Resim 2



2-A:Operasyon sırasında skalen biyopsi insizyonundan kitlenin eksziyon öncesi görünümü 2-B:Eksize kitlenin boyutu

EP-185

AKCİĞERİN BEKLENMEYEN MİSAFİRİ: PRİMER PULMONER PARAGANLİOMA

Barış Hekimoğlu[1], Kadir Baturhan Çiflik[1], Yücel Akkaş[1], Servet Güreşçi[2], Bülent Koçer[1]
[1]Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara
[2]Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

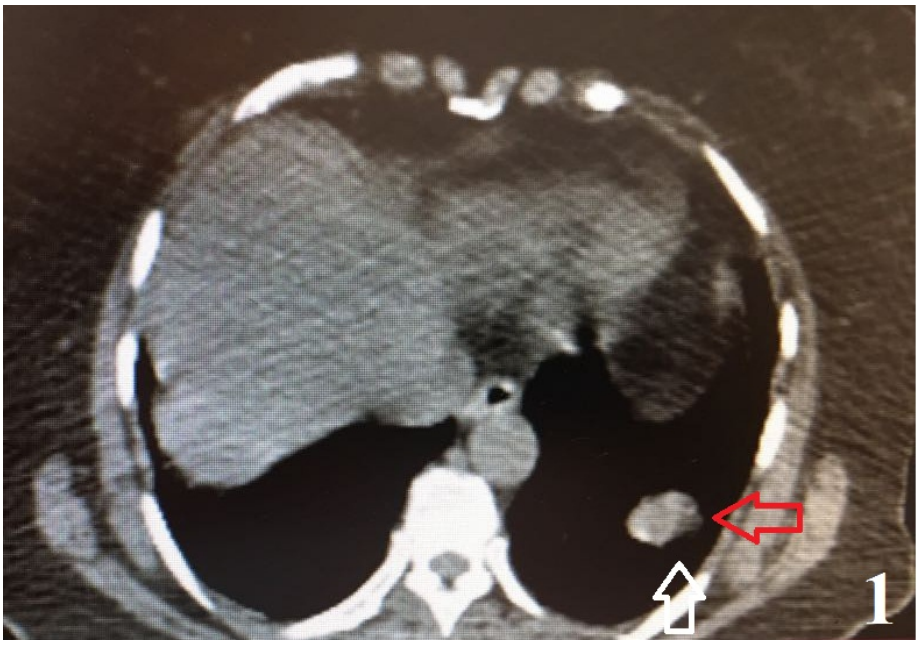
GİRİŞ:Toraksta görülen paragangliomlar, tüm paragangliomların %5-10'unu oluşturur. Biz de nadir görülen bir primer pulmoner paraganglioma olgusunu bildirmek istedik.

OLGU:64 yaşında kadın hasta, öksürük ve balgam şikayeti nedeniyle başvurduğu başka bir hastanede yapılan incelemeler neticesinde, akciğerde kitle tespit edilmiş ve tarafımızca operasyon amacıyla yatırılmıştır. Hastanın sigara içme öyküsü olmayıp, hipertansiyon nedeniyle kandesartan ve hidroklorotiyazid kullanımı mevcuttu.Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sol akciğer alt lobda yaklaşık 3x3.5 cm boyutunda kitle ve sağ akciğerde de yaklaşık 7 mm boyutunda nodül saptanmıştır (Resim 1) PET-BT taramasında sol akciğer alt lobdaki kitlede tutulum izlendi (SUV max: 7.1). Aynı zamanda rektumun distal kesiminde artmış F-18 FDG tutulumu (SUV max: 11.9) izlenmiş kolonoskopide 1 adet 1 cm çapında saplı polip eksize edilmiş patolojik incelemesi hiperplastik polip olarak sonuçlanmıştır.Sol lateral torakotomi ile sol akciğer alt lob anterior segmentte bulunan kitleye wedge rezeksiyon yapıldı. Materyalin frozen incelemesi "malign" olarak değerlendirilmesi nedeniyle hastaya sol alt lobektomi yapıldı. 5-6-7-9-11 numaralı mediastinal lenf nodları diseke edildi. Makroskopik incelemede materyalin kesit yüzünde plevraya 0,3cm, parankim cerrahi sınıra 0,1cm uzaklıkta 4,2 cm çapta, düzgün sınırlı, kanama alanları içeren nodüler yapıda lezyon izlendi. Histopatolojik incelemede çevre akciğer parankiminden ince fibröz kapsülle ayrılan, organoid paternde (Zellballen), tümör adaları çevresinde belirgin ince vasküler ağ içeren tümör görüldü (Resim 2A). Tümör hücreleri oval-yuvarlak, birkısmı kaba kromatinli, bir kısmı hiperkromatik nukleuslu ve dar sitoplazmalı idi (Resim 2B). On büyük büyütmede 1-2 mitoz gözlendi. Damar invazyonu ya da nekroz gözlenmedi. İmmunohistokimyasal çalışmada tümör hücreleri PanCK ile boyanmazken (Resim 2C), kromogranin A (Resim 2D) ve sinaptofizin ile boyanma göstermiştir. S100 ile sustantaküler hücreler belirginleşmiştir (Resim 2E). Ki 67 proliferasyon indeksi %1'den az olarak değerlendirilmiştir (Resim 2F). Tüm bulgular sonucunda olgu paragangliom olarak tanımlanmıştır. Lenf nodları incelemesinde antrakoz izlenmiş olup metastatik bulgu saptanmamıştır. Postoperatif dönemi komplikasyonsuz geçiren hasta, 4. günün sonunda taburcu edildi.

SONUÇ:Pulmoner paraganliomalar nadir görülüp, çoğunlukla hormon aktif değillerdir. Dolayısıyla hastalığın tanısını koyduracak semptom vermezler. Yani operasyon öncesi tanıları konamaz. Genellikle intraoperatif dönemde frozen ile malignite olarak değerlendirilip, ameliyat sonrası kesin tanısı konmaktadır. Bu yüzden malignite düşünülerek tercih edilen cerrahi yöntem doğrudur.

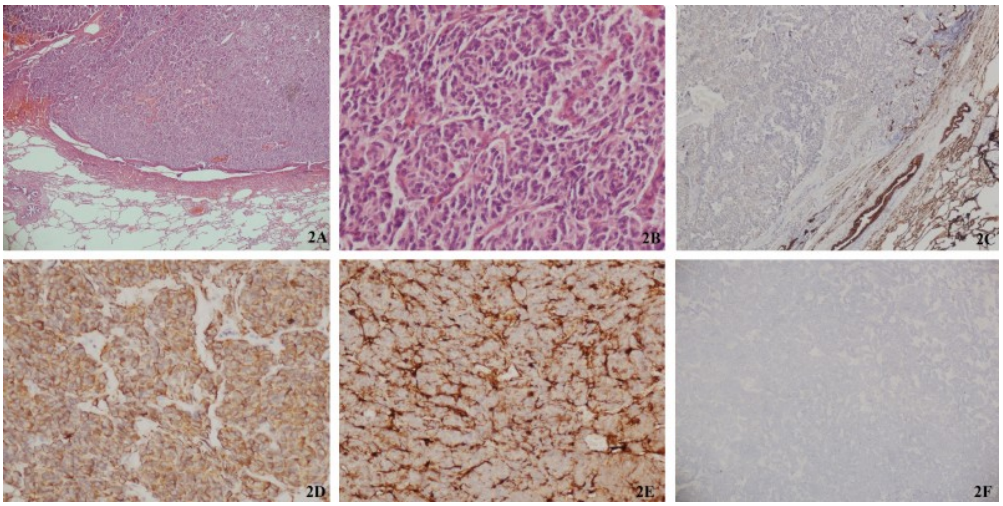
Anahtar Kelimeler: Akciğer nadir tümörü, lobektomi, paraganglioma

Resim 1



Resim 1:Akciğer parankimine yerleşen paragangliomanın BT görünümü

Resim 2



Resim 2A-F: Lobektomi ile çıkarılan pulmoner paragangliomanın patoloji preparatları resimleri

EP-186

ASA SKORU YÜKSEK HASTALARDA UYANIK GÖĞÜS CERRAHİ AMELİYATLARINDAKİ ANESTEZİ ETKİSİ

İrfan Genc[1], Onur Derdiyok[2], Hilal Köşük[1], Çağatay Tezel[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sureyyapasa Gogus Hastaliklari ve Gogus Cerrahisi Egitim ve Arastirma Hastanesi anestezi Klinigi
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sureyyapasa Gogus Hastaliklari ve Gogus Cerrahisi Egitim ve Arastirma Hastanesi göğüs Cerrahisi Klinigi

Video Yardımlı Torakoskopik Cerrahi (VATS) çoğunluklagenel anestezi altında ve çift lümenli endotrakeal tüplerle yapılmaktadır. minimal invaziv tekniklerin kullanımı arttıkça, uyanık olarak uygulanan video yardımlı toraks cerrahisi (vats) olgularının sayısı da artmaktadır. Uyanık operasyonların avantajları arasında, genel anestezinin ve entübasyonun risklerinden korunmak, hastanede kalış süresini kısaltmak ve genel maliyeti düşürmek sayılabilir. Bu çalışmamızda anestezi asa skoru yüksek iki hasta da tanısız nodul nedenıyle uygulananan uyanık olarak uygulanan vats wedge işlemi literatür eşliğinde sununmaktadır.

OLGU: kardiyopulomer rezervi yetersiz (fev1 1,5 lt ve fev1 50 % az) asa skoru 3 olan 2 hasta akciğer de tanısız nodul nedenıyle operasyon plandı. gold koah skoru 3 olan iki hasta anestezinin risklerinden korumak için sedasyon ve lokal anestezi ile VATS uygulaması kararı alındı. hastalar Sedasyon için 0,5 mg/kg propofol, 0,5-1 µcg/kg fentanil, 1-2 mg midazolam intravenöz yoldan uygulandı. Gereğinde propofol tekrarlandı. lateral dekubit pozisyon ile Plevra boşluğuna girmek için 11 mm çapında portlar ve 5 mm çaplı 30 derecelik torakoskop kullanıldı. vats wedge uygulandı. frozen benıgn olarak raporlandı.operasyon preop ve postop dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi.

TARTIŞMA: Genel anestezi gerektiren tek akciğer ventilasyonunun sedasyon ve kas gevşemesine bağlı pnömoni riskini artırdığı, kardiyak performansı düşürdüğü, nöromusküler sorunlara neden olduğu bilinmektedir. Spontan solunum ile gerçekleştirilen uyanık cerrahi uygulamalarında bu sorunlardan kaçınmak mümkün olmaktadır. Olgularımızın ameliyat sonrası birinci saatte oral alımı açıldı, üçüncü saatte mobilize oldu ve ikinci gün taburcu edildi. Olgunun üçüncü ay kontrolünde akciğeri ekspanse idi ve ağrısı yoktu. yapılan çalışmalarda asa skoru yüksek özelikle koah hastalarında uyanık göğüs cerrahi operasyonların uygulanabilirliği daha kısa hastanede kalış süresi olduğu gösterilmektedir.Sonuç olarak, uyanık video yardımlı toraks cerrahisi tekniğinin seçilmiş olgularda, anestezinin getirmiş olduğu riskleri azaltarak güvenle kullanılabileceğini düşünmekteyiz. uygulanan uyanık video yardımlı göğüs cerrahisi akciğer manipülasyonunda zorluklar yaşanmasına rağmen,zamanla gelişen minimal tekniklerle uygulama sıklığı artacaktır

Anahtar Kelimeler: awake surgery, göğüs cerrahi,anestezi

EP-187

ABERRAN SUBKLAVYEN ARTER OPERASYONU SONRASI ŞİLOTORAKS GELİŞEN OLGUYA VİDEOTORAKOSKOPİK YAKLAŞIM

Seda Kahraman[1], Merve Ezgi Ünal[1], Önder Kavurmacı[2], Tevfik İlker Akçam[1], Ayşe Gül Ergönül[1], Kutsal Turhan[1]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

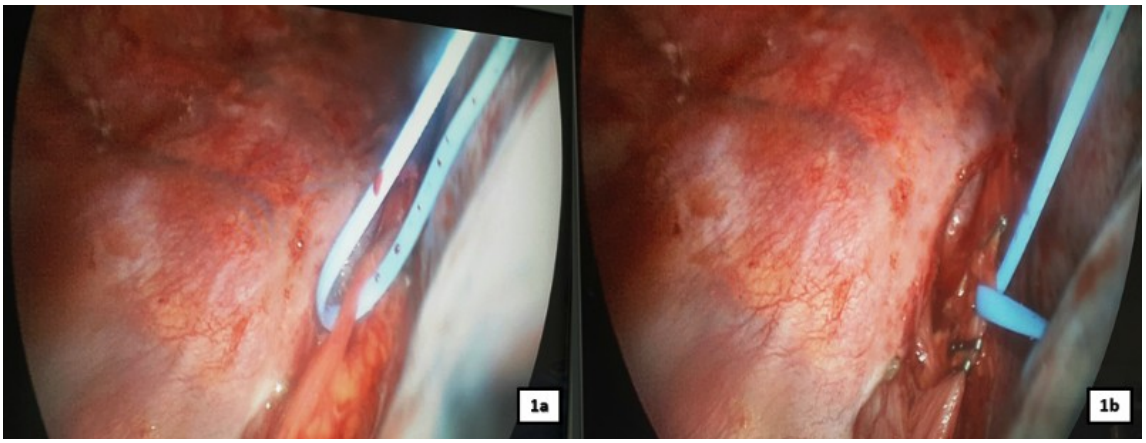
GİRİŞ: Şilotoraks, plevral aralıkta şilöz sıvı birikimi olarak tanımlanır. Konjenital faktörler, travma, enfeksiyonlar, maligniteler ve iyatrojenik faktörler şilotoraksa sebep olabilmektedir. Torasik cerrahi sonrası %2 - 4 oranında ortaya çıktığı bildirilmektedir. Çalışmamızda sağ aberran subklavian arter nedeniyle opere edilen ve postoperatif dönemde, şilotoraks gelişmesi üzerine, tarafımızca videotorakoskopik duktus ligasyonu uygulanan hasta sunuldu.

OLGU: Disfaji nedeniyle tetkik edilen 44 yaşında kadın hasta aberran sağ subklavyen arter anomalisi saptanması üzerine opere edilmiş. Postoperatif dönemde toraks dreninden sıvı drenejı devam eden olguda şilotoraks saptanması üzerine olgu kliniğimize yönlendirildi. Oral alımı kapatılan ve total parenteral nutrisyon ile takip edilen hastanın medikal tedavisine, somatostatin analoğu olan octreotid tedavisi de eklendi. On dört günlük izlem ardından 600cc/gün miktarında plevral sıvı drenajı devam eden hasta için operasyona kararı alındı. Hastaya videotorakoskopik girişim planlandı. Sağ hemitoraksta azigos ven ile özefagus arasında duktus görüntülendi ve disseke edildi (Resim1a/1b). Proksimal ve distal kısımlarından endo-klipler ile klemplendi. Postoperatif 1. günde oral alımı açılan hastada şilöz drenaj izlenmedi. Hastanın toraks dreni postoperatif 3. sonlandırıldı ve hasta sorunsuz eksterne edildi.

SONUÇ: Torasik cerrahi sonrasında bazı olgularda şilotoraks meydana gelebilmektedir. Pleral sıvıda yüksek trigliserit düzeylerinin gösterilmesi tanıda yeterli olmaktadır. Tedavinin ilk adımı oral beslenmenin sonlandırılmasıdır. Somatostatin analoglarının kullanımı ile olumlu sonuçlar bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Tüm bunlara rağmen sonuç alınamaz ise cerrahi önerilmektedir. Uygun olgularda videotorakoskopik cerrahi ile daha iyi bir eksplorasyon sağlanabileceği ve normalde bulunması zor olan duktus torasikusa daha kolay erişilebileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aberrran subklavyen arter, şilotoraks, videotorakoskopik duktus ligasyonu

Resim 1



Ductus thoracicus'un videotorakoskopik disseksiyonu

EP-188

SPONTAN STERNUM FRAKTÜRÜ

Sercan Aydın[1], Önder Kavurmaci[2], Seda Kahraman[1], Tevfik İlker Akçam[1], Ali Özdil[1], Ayşe Gül Ergönül[1], Kutsal Turhan[1], Ufuk Çağırıcı[1], Alpaslan Çakan[1]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

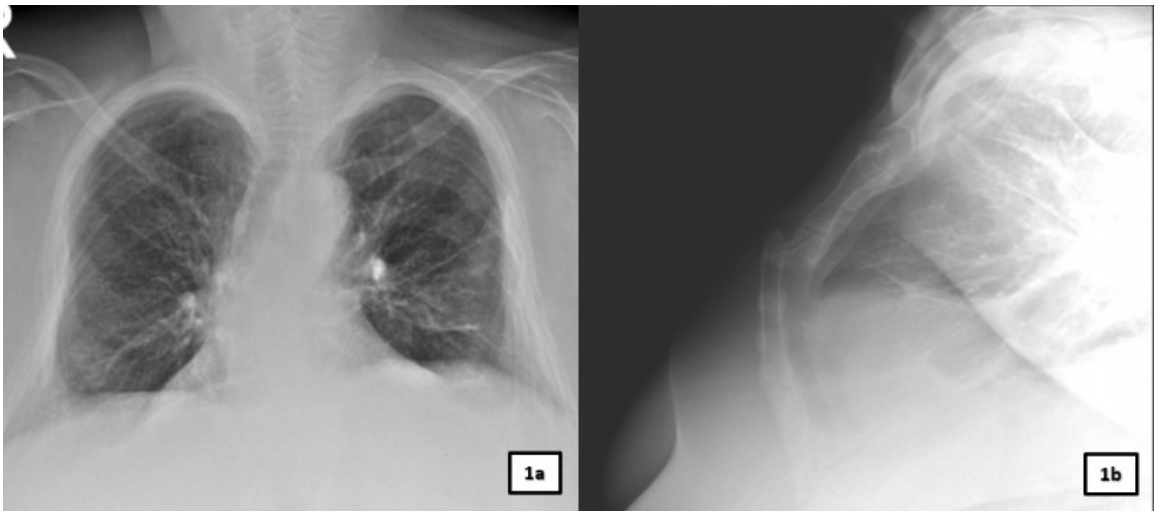
GİRİŞ: Travma olmaksızın gelişen spontan sternum fraktürü oldukça nadir bir antitedir. Etiyolojide osteoporoz, romatoid artrit, sistemik lupus eritomatozus (SLE), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), sternal enfeksiyonlar (tüberküloz), multipl myelom ve sternuma metastaz yapmış tümörler rol oynayabilir. Çalışmamızda göğüs ağrısı ile başvuran ve sternum fraktürü saptanan olgu sunuldu.

OLGU: Elli üç yaşında kadın olgu yaklaşık 15 gün önce başlayan göğüs ön duvarında ağrı şikayeti ile başvurdu. Ağrının merdiven çıkma sırasında başladığını ve giderek arttığını, göğsün ön kısmında yoğunlaştığını ifade etti. SLE, KOAH, osteoporoz, torakal kifoz ve kortizon kullanımı hikayesi bulunan olgunun 17 yıl önce endometriyum malignitesi sebebi nedeniyle opere olduğu saptandı. Fizik muayenesinde sternum üzerinde palpasyon ile ağrı ve hassasiyet tarifleyen hastanın rutin biyokimyasal tetkikleri ve EKG'si normal sınırlarda idi. Radyolojik incelemeler sonucunda (Resim 1a/1b) deplase sternum fraktürü geliştiği tespit edildi. Klinik izleminde, kardiyak enzim, EKO ve EKG'sinde patoloji izlenmeyen olgu ağrı kontrolü sağlanarak eksterne edildi.

SONUÇ: Spontan sternum fraktürü gerek klinik prezentasyonu gerekse görüldüğü ileri yaş hasta popülasyonu nedeni ile göğüs ağrısının ayırıcı tanısında yer almalıdır. Lateral akciğer grafisi tanı için kullanılabilecek pratik bir yöntemdir.

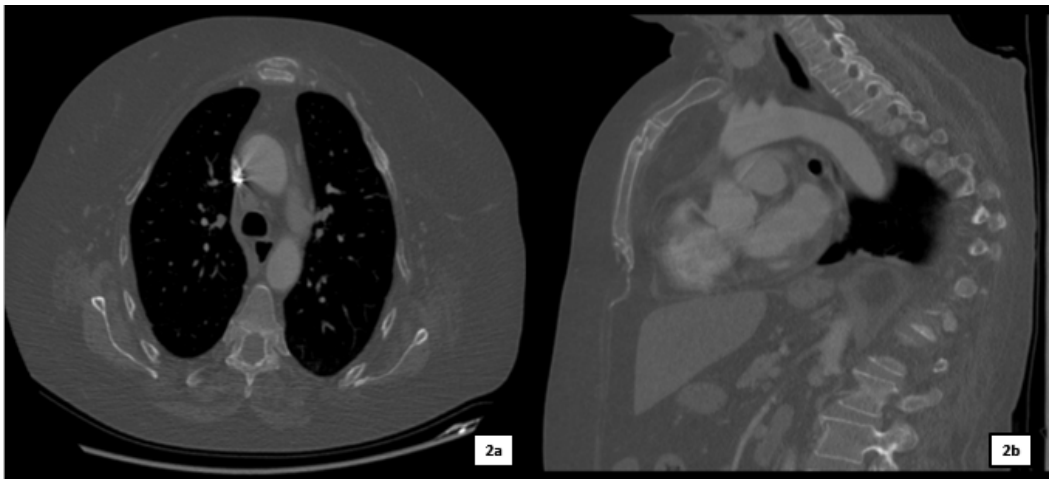
Anahtar Kelimeler: Spontan sternum fraktürü, Sistemik lupus eritematosuz, osteoporoz

Resim 1



Olgunun direkt grafilerinden görünüm

Resim 2



Bilgisayarlı tomografiden görünüm

EP-189

KALP TRANSPLANTASYONU SONRASİ GELİŞEN AKCİĞER MALİGNİTESİ VE CERRAHİ TEDAVİSİ

Ali Özdil[1], Önder Kavurmaci[2], Seda Kahraman[1], Sercan Aydın[1], Merve Ezgi Ünal[1], Alpaslan Çakan[1], Ufuk Çağırıcı[1]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

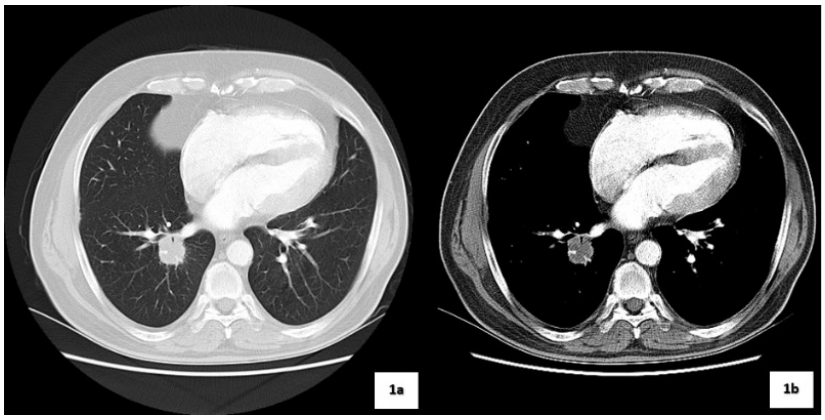
GİRİŞ: Ülkemizde solid organ transplantasyonunun yaygınlığı giderek artmaktadır. Bu özel hasta grubunda, kanser riskinin genel popülasyondan daha yüksek olduğu; cilt kanseri, non-Hodgkin lenfoma, Kaposi sarkomu, renal ve hepatobiliyer karsinomalar gibi birçok kanser türünün daha sık görüldüğü bilinmektedir. Çalışmamızda kalp transplantasyonu sonrası akciğer kanseri gelişen ve cerrahi tedavi uygulanan hasta sunuldu.

OLGU: İskemik kardiyomyopati nedeni ile 12 yıl önce kalp transplantasyon uygulanan 58 yaşında erkek hasta, bulaş tarzında hemoptizi ile başvurdu. Solunum sistemi muayenesinde patolojik bulgu saptanmayan hastanın biyokimyasal tetkikleri normal sınırlarda idi. Özgeçmişinde 30 paket/yılı sigara öyküsü bulunan hastanın 3 yıl önce, skrotal cilt bölgesinde skuamöz hücreli karsinom nedeni ile operasyon öyküsü bulunmakta idi. Bilgisayarlı tomografide sağ akciğer alt lobda yaklaşık 3 cm çapında kitlesel lezyon (Resim 1a, Resim 1b) izlendi. Pozitron emisyon tomografisinde 3,5x3,2 cm boyutlu lezyonda SUVmaks: 9.5 olarak saptandı (Resim 2b). Lezyondan transtorasik biyopsi ile alınan örneğin histopatolojik inceleme sonucu ''akciğer adenokarsinomu'' olarak raporlandı. Preoperatif kardiyoloji kliniği tarafından değerlendirilen hastanın ekokardiyografik incelemesinde patolojik bulgu saptanmadı. Operasyona alınan hastaya sağ alt bilobektomi uygulandı (Resim 2a). Postoperatif dönemde uygun aralıklar ile kan tacrolimus düzeyleri takip edildi. Takipte ek sorunu olmayan hasta şifa ile eksterne edildi. Hasta yaklaşık 1 aydır sorunsuz takiptedir.

SONUÇ: Akciğer kanseri kalp transplantlı hastalarda normal popülasyondan daha sık (yaklaşık %14) görülmektedir. Etyolojide immunsupresif ilaçlara ek olarak hem iskemik kardiyopati hem de akciğer kanserine neden olan ''sigara kullanımı'' büyük rol oynamaktadır. Erken evrede saptanan hastalar normal popülasyon gibi cerrahi tedaviden yararlanabilmektedir ancak bu özel hasta grubunun cerrahi tedavisinde kardiyoloji, enfeksiyon hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzmanlarının işbirliği önem taşımaktadır.

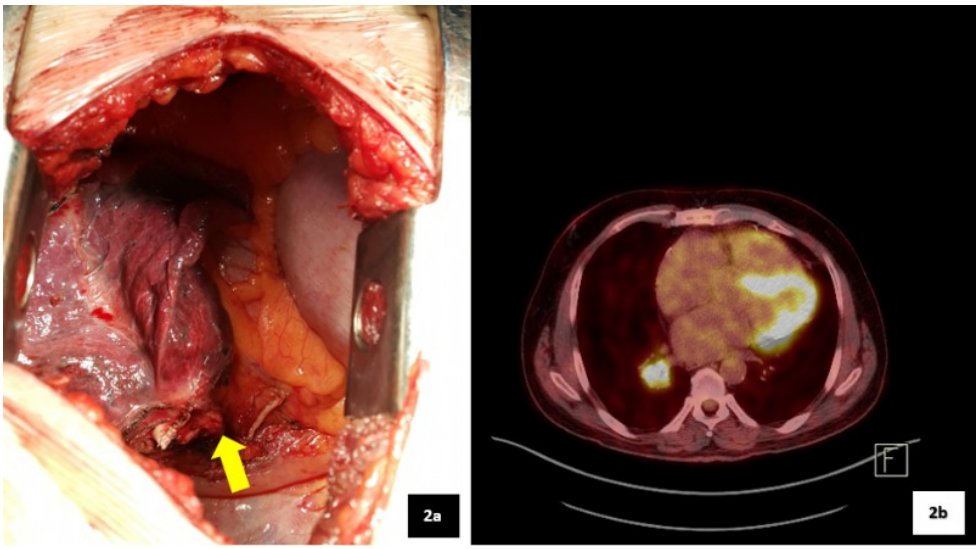
Anahtar Kelimeler: Kalp nakli, Akciğer kanseri, Organ nakline sekonder malignite

Resim 1



Bilgisayarlı tomografiden görünüm

Resim 2



PET-BT'den kesitler ve peroperatif görünüm

EP-190

NADİR BİR OLGU: TEK İNSİZYON VATS İLE MEDİASTİNAL PARAGANGLİOMA EKSİZYONU

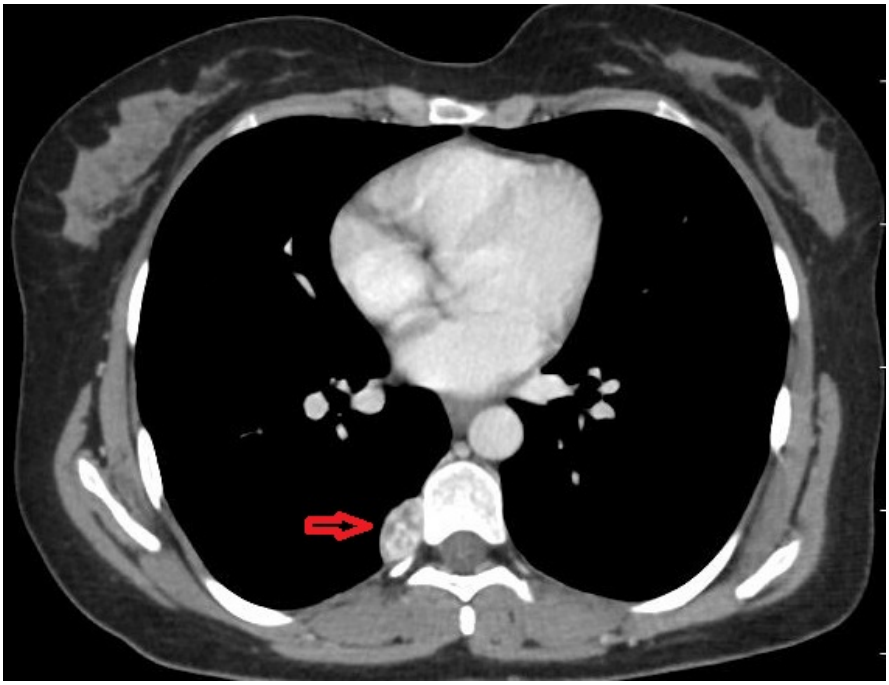
Barış Hekimoğlu, Yasin Burak Yılmaz, Kadir Baturhan Çiflik, Yücel Akkaş, Bülent Koçer
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara

GİRİŞ:Mediastinal nörojenik tümörler, genellikle mediastenin posterior kompartmanında (%90-95), paravertebral sulkuslarda yerleşirler. Sempatik zincir, spinal sinir veya interkostal sinirlerle bağlantıları vardır. Paraganglioma ise paraganglionik sistemin kimyasal olarak aktif veya inaktif, benign ve malign tümörüdür. Tüm mediasten tümörlerinin yaklaşık %1'ini oluştururlar. Aktif olanlar, yoğun kanlanmaya sahip olan lezyonlar olup operasyon sırasında manipülasyonla ciddi hipertansiyon ataklarına neden olmaktadırlar. Bu olgu, Behçet Hastalığı tanısıyla takip halinde iken insidental olarak saptanan posterior mediasten kitlesinin tek insizyon VATS ile eksizyonu sonrası oldukça nadir olarak görülen lezyonu olan aktif paraganglioma tespit edilmesi üzerine sunuldu.

OLGU:Behçet Hastalığı nedeni ile 16 yıldır deltakortil ve kolşisin tedavisi alan kadın hasta, akciğer tutulumu ihtimaline karşın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (TBT) sağ hemitoraksta, sekizinci interkostal aralığın vertebra korpusu ile birleştiği alanda 3x2 cm boyutunda, kontrast madde tutulumu olan lezyonunun tespit edilmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi(Resim 1). Hastanın iki sene önce konan hipertansiyon hastalığı da mevcuttu. Hastaya tek insizyon VATS ile operasyon kararı alındı. Tek insizyon 3 cm boyutunda ve 5. İnterkostal aralığın anterior kısmına açıldı. Yüksek oranda kanlanma gösteren lezyonun diseksiyonunda yüksek enerjili koagülasyon cihazı ve endoklipsler dikkatlice kullanıldı(Resim 2). Kitlenin özellikle medial yüze bakan alanının diseksiyonu sırasında arterial tansiyonun 250/150 mmhg düzeyine yükseldiği ve antihipertansif ajanlara ciddi direnç gösterdiği görüldü. Tansiyonun kontrol altına alındığı aralıklarda diseksiyon tamamlanabildi. Komplikasyonsuz şekilde operasyona son verildikten 24 saat sonra toraks dreni sonlandırıldı. Hipertansiyon epizodlarının ise görülmediği tesbit edildi. Patoloji sonucu paraganglioma, malignite bulgusu yoktur şeklinde raporlandı ve hasta takipte olduğu romatoloji kliniğine yönlendirildi.

SONUÇ:Vaskülitik hastalığı olan hastaların gerek operasyon öncesi gerek ise operasyon sırası ve sonrasında vaka yönetimi zorlu bir süreç olmaktadır. Bu hastaların sistemik tutulumlarına ve kullandıkları immünsupresif ilaçlara bağlı komplikasyon oranları yüksek görülmekle birlikte dikkatli yaklaşımla her türlü operasyon başarı ile yapılabilmektedir. Özellikle minimal invaziv ve tercihen tek insizyon operasyon biçiminin seçilmesi hastalara iyileşme fazında büyük avantaj sağlamaktadır. Paraganglioma gibi yüksek vaskülariteye sahip hastalarda preoperatif dönemde embolizasyon ile kan akımının engellenmesi özelleşmiş merkezlerde planlanabileceği gibi intraoperatif yüksek enerjili koagülasyon cihazlarının kullanılması da operasyon sürecinde etkin olarak kanama kontrolü sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Behçet, paraganglioma, tek insizyon VATS



Lezyonun kontrast tutulumunu gösteren toraks BT resmi.

Ameliyat sırasında lezyon çevresindeki vasküler yapıların koterizasyonu sırasında çekilen ekran görüntüsü.

EP-191

NADİR BİR İATROJENİK PNÖMOTORAKS OLGUSU: SÜRRENAL BEZ LEZYONUNA İĞNE BİYOPSİSİ

Barış Hekimoğlu, Kadir Baturhan Çiflik, Büşra Özdemir, Yücel Akkaş, Bülent Koçer
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara

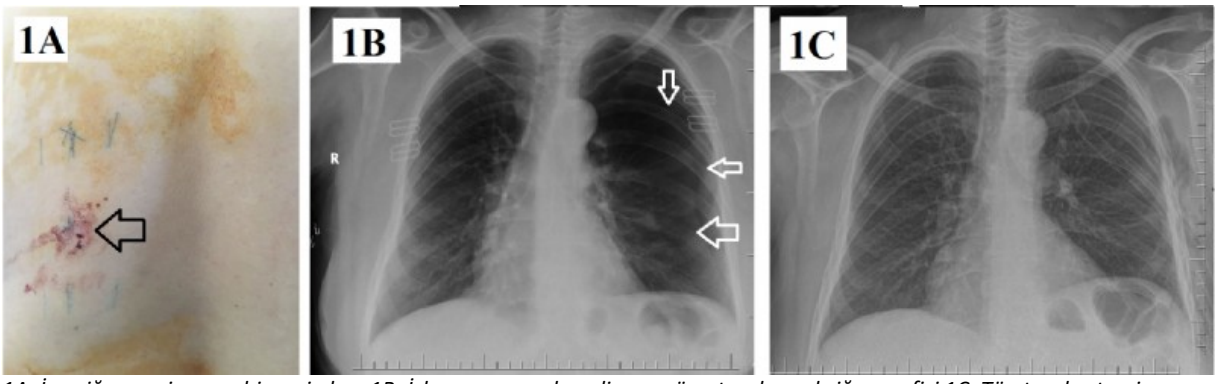
GİRİŞ: Pnömotoraks, intraplevral aralıkta hava birikimine denir. Sık olarak primer spontan pnömotoraks ve sekonder nedenlere bağlı olarak gelişmekle birlikte, günümüzde teşhis ve tedavi amaçlı yapılan girişimsel işlemlerin artışına bağlı olarak giderek artan sıklıkta iatrojenik olarak da görülebilmektedir. Bu çalışmamızda iatrojenik pnömotoraks nedenleri arasında nadir bir yere sahip olan sürrenal bez biyopsisi sonucunda gelişen pnömotoraks olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU:Dış merkezden hastanemize primer-metastaz ayrımı yapılamayan sol sürrenal bez lezyonu nedeniyle yönlendirilen 59 yaşında kadın hasta lezyondan biyopsi amacıyla hastanemize yatırılmıştır. Girişimsel radyoloji kliniğince yapılan biyopsi işleminin, bilgisayarlı tomografi (BT) altında ince iğne aspirasyonu metodu ile yapıldığı öğrenildi (Resim 1A). İşlem sonrası hastada dispne gelişmesi üzerine çekilen kontrol akciğer grafisinde pnömotoraks tespit edilmesi üzerine hasta kliniğimize konsulte edildi (Resim 1B). Gelişen iatrojenik pnömotoraks nedeni ile hastaya kliniğimizde sol hemitoraksa tüp torakostomi ile kapalı su altı drenajı tedavisi uygulandı (Resim 1C). Üç gün süren takibinde drenaj sisteminden hava kaçağı kesilen ve akciğer filminde ekspansasyon saptanan hastanın dreni sonlandırıldı. Dren sonlandırılması sonrası çekilen kontrol akciğer filminde pnömotoraks saptanmayan hasta, takibinin yapıldığı servise yönlendirilerek taburcu edildi (Resim 2).

SONUÇ:Tanı ve tedaviye yönelik yapılan girişimsel işlemlerden sonra oluşan iatrojenik pnömotoraks tablosu giderek artan sıklıkta görülmektedir. Özellikle onkolojik branşların kesin doku tanısına yönelik tedavi yapma isteği ile ince iğne aspirasyon biyopsisi yöntemlerinin çeşitlerini ve yapılma sayıları artmaktadır. Bu işlemlerin sonuçlarında gelişen pnömotoraksın tedavisi göğüs cerrahi kliniklerince yapılmaktadır.İatrojenik pnömotoraksın etiyolojik nedenleri arasında sürrenal kitle biyopsisi nadir olarak görülmektedir. Ancak sürrenal kitle biyopsi işleminin de en sık komplikasyonu pnömotoraks ve hemoraji olarak bildirilmiştir. Olgumuzda da olduğu gibi toraksa yakın bu tip girişimsel işlemler sonrasında kontrol akciğer grafisinin mutlaka görülmesi gerektiğini önermekteyiz.

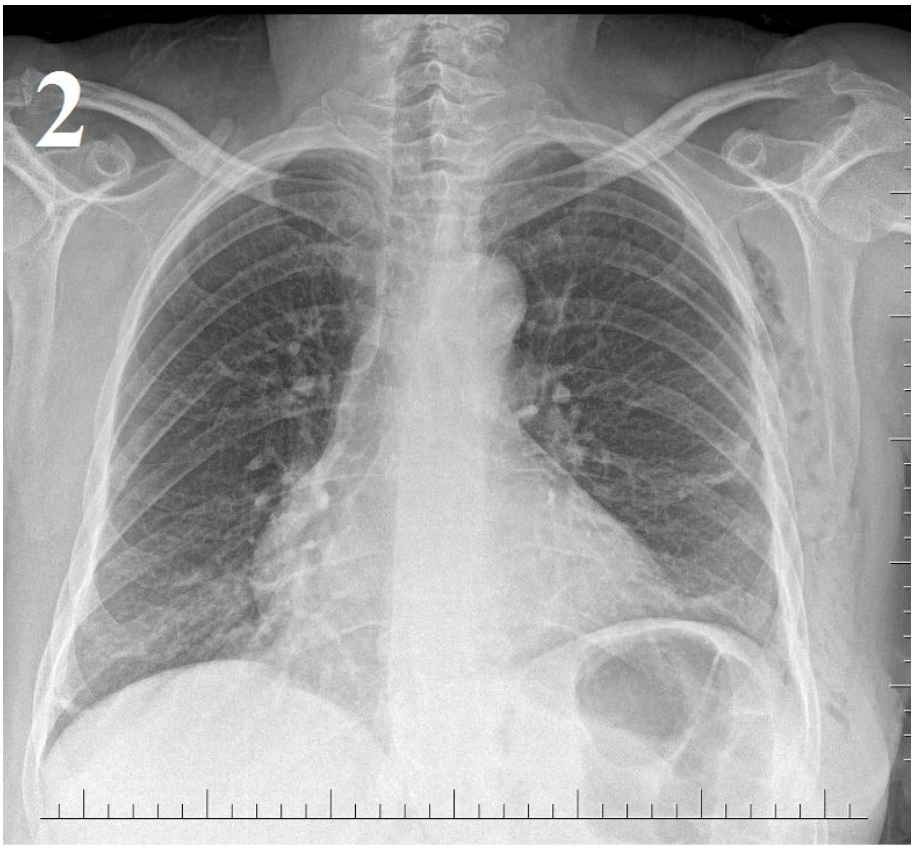
Anahtar Kelimeler: İatrojenik, pnömotoraks, sürrenal biyopsi

Resim 1



1A: İnce iğne aspirasyon biyopsi alanı 1B: İşlem sonrasında gelişen pnömotoraksın akciğer grafisi 1C: Tüp torakostomi sonrasında çekilen akciğer grafi görüntüsü

Resim 2



Taburculuk öncesi çekilen akciğer grafisi

EP-192

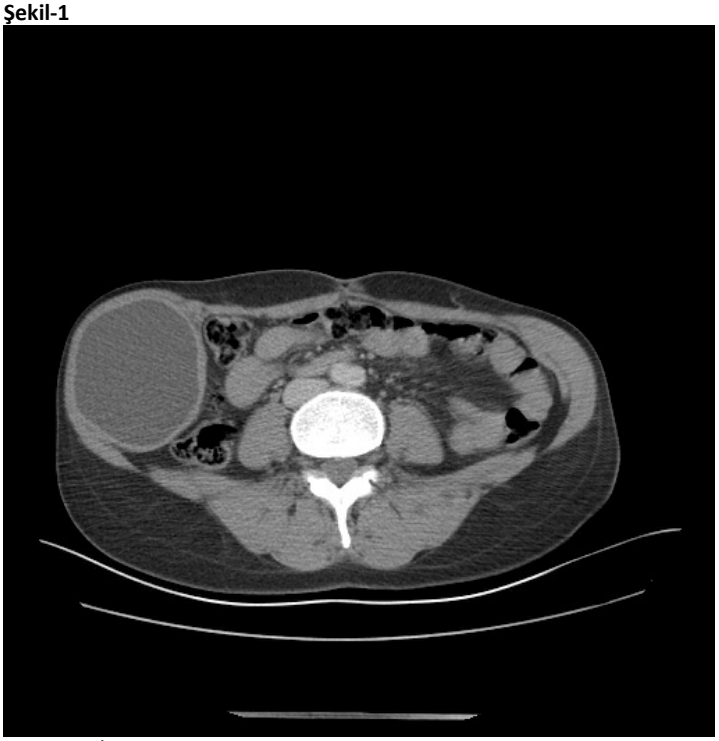
AKCİĞER, DALAK VE İNGUİNALDE YERLEŞİMLİ KİST HİDATİK OLGUSU

Selime Kahraman, Mine Demir
S.B.Ü. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

34 yaşında kadın hasta hemoptizi ve sağ kaşık bölgesinde şişlik şikayeti ile başvuruyor. Yapılan fizik muayenede sağ inguinal bölgede yaklaşık 5*5 cm yumuşak kıvamlı, düzgün sınırlı kitle palpe edildi. PA grafisinde sol akciğer alt zonda konsolide alan, ABDG de sağ pelvis kemiği üst sınırını içine lan 7*7 cm düzgün sınırlı kaviter lezyon görülmesi üzerine hastanın toraks ve batın tomografisi istendi. Toraks tomografisi sol akciğer lingulada zemininde hava bronkogramsız konsolidasyon sahası içerisinde 35 mm çaplı kistik mass olarak raporlandı. Batın tomografisinde dalakta en geniş yerinbde 108*122 mm öliçülen düzgün sınırlı kistik lezyon ve sağ inguinal bölgede yerleşimli 73*73 mm düzgün sınırlı kistik lezyon olarak raporlandı. Yapılan bronkoskobide sağ sistem doğal, sol sistem üst lob girişi üzeri beyaz renkli nefes alıp vermekle hareketli doku görüldü. Patoloji raporu hidatik kist ile uyumlu aselüler laminer membran olarak bildirildi. Dış merkezli yapılan İHA testi pozitif gelmiştir Hasta genel cerrahi ile de görüşüldü, öncelikle batından yaklaşım ile dalak ve inguinal yerleşimli kist hidatiğin opere edilmesine karar verildi. Genel cerrahinin operasyonunda 2 ay sonra sol posterolateral torakotomi ile 5.İKA dan toraksa girildi. Eksplorasyonda linguler kitleye ait kavite ve etraf parankimin hepatize olduğu görüldü, usulüne uygun lingulektomi yapıldı. Postop 3. gününde dreni sonlandırılan hasta albendazol reçete edilerek sorunsuz tapurcu edildi.

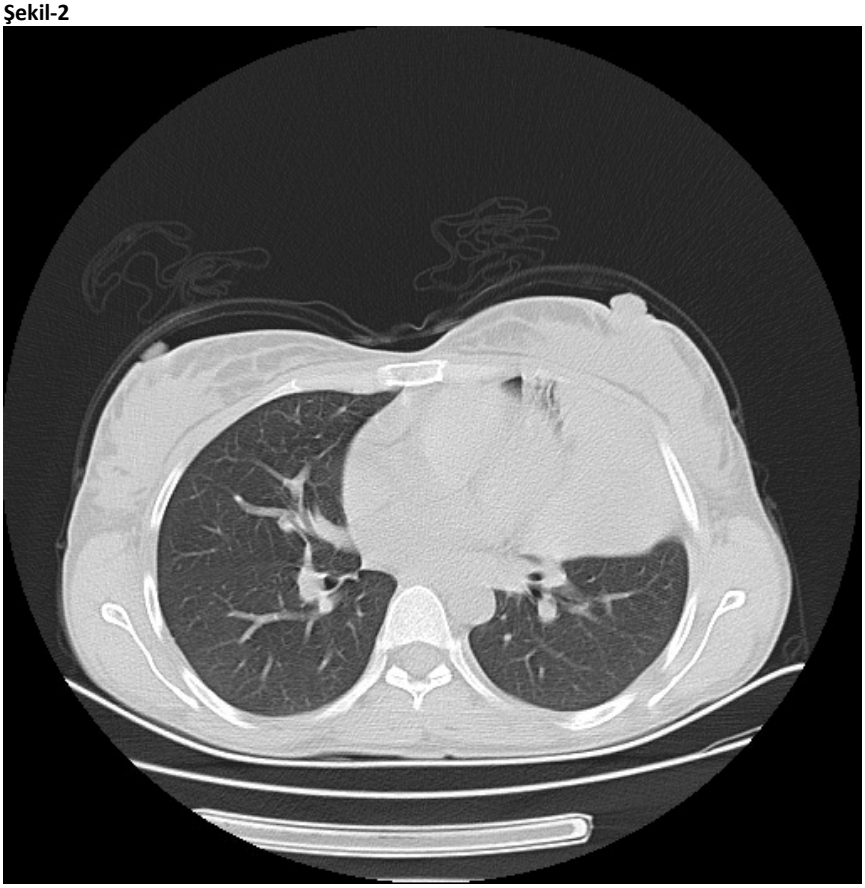
Anahtar Kelimeler: Hidatik kist, Akciğer hidatik kisti, Nadir yerleşimli hidatik kist

Şekil-1



Batın BT, İnguinal yerleşimli hidatik kist

Şekil-2



Toraks BT, Akciğer yerleşimli hidatik kist

EP-193

BEHÇET VE ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTASINDA TESADÜFEN SAPTANAN NÖROFİBROMUN TEK İNSİZYON VATS İLE EKSİZYONU

Barış Hekimoğlu, Büşra Özdemir, Kadir Baturhan Çiflik, Yücel Akkaş, Bülent Koçer
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara

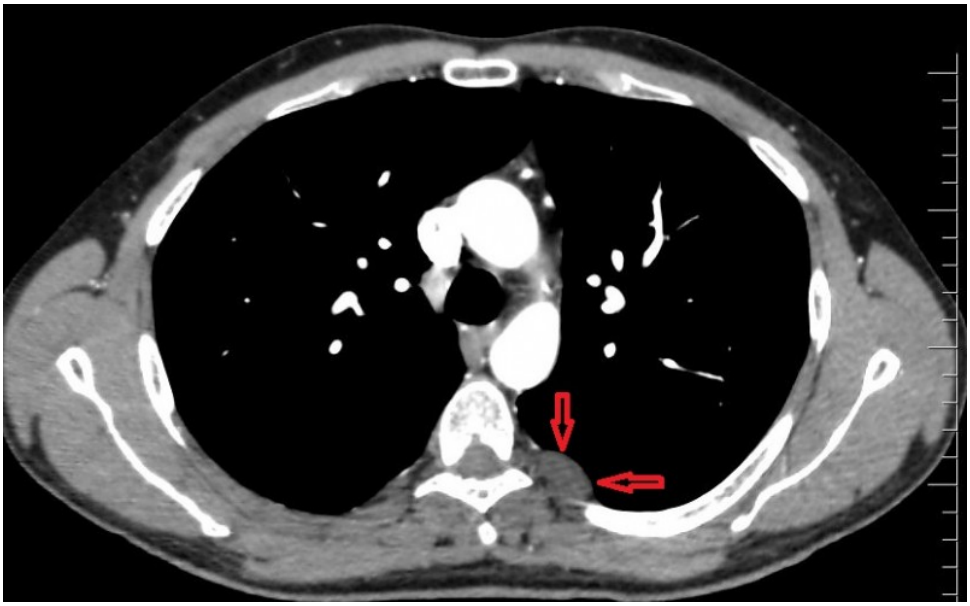
GİRİŞ:Mediastenin sinir kaynaklı tümörleri, genellikle mediastenin posterior kompartmanında (%90-95), özellikle paravertebral sulkuslarda yerleşirler. Sempatik zincir, spinal sinir veya interkostal sinirlerle bağlantıları vardır. Nörojenik tümörlerin malignite oranı, yetişkinlerde düşük olup %5-10 iken, çocuklarda %40-60'dır.Sinir kılıfından kaynaklanan nörojenik tümörler en sık rastlanan grubu oluşturur. Bu grupta yer alan Nörofibrom, homojen, iyi sınırlı ve kapsülsüz yapıda olup periferik sinir sisteminin schwann hücreleri,miyelinli ve miyelinsiz sinir lifleri ile fibroblastlar gibi tüm elemanlarını içeren bir tümördür.Nörofibroma olgularının bir kısmında (%10-45) aynı zamanda nörofibromatosis (von Recklinghausen hastalığı) mevcuttur. Multipl nörofibromada ve von Recklinghausen hastalığı mevcut olanlarda malign dejenerasyon sıktır. Soliter nörofibromlar ise nadir görülmekle birlikte cerrahi rezeksiyonları tedavi açısından yeterli olmaktadır.Biz bu çalışmamızda, Behçet ve Ankilozan Spondilit hastalıkları olan sokliter nörofibrom olgumuzda gerçekleştirdiğimiz tek insizyon VATS operasyonunu sunmayı amaçladık.

OLGU:Behçet ve ankilozan spondilit hastalıkları nedeni ile takipli 43 yaşındaki erkek hasta 11.kür endoksan tedavisi için romatoloji kliniğinde tedavi almakta iken eforla oluşan dispnesi nedeni ile akciğer tutulumu açısından toraks bilgisayarlı tomografisinde (TBT) çekildi. TBT'de sol hemitoraksa yerleşmiş, T5 vertebra düzeyinde Kosta-vertebral bileşkeye oturan 23x11 mm boyutlarında, düzgün konturlu nodüler lezyon raporlandı. Bunun üzerine hasta kliniğimize yönlendirildi (Resim 1). Doku tanısı olmayan hastaya tek insizyon VATS ile yaklaşım planlandı. Hastanın operasyonunda, sol lateral pozisyonda 5.interkostal aralığın anteriorundan 3 cm'lik tek insizyon hattı açıldı. 5. Kot posterior yüzeyinde paravertebral yerleşimli 2x1,5 cm'lik yuvarlak lezyon tespit edildi. Kanama kontrolü için yüksek enerjili koterizasyon cihazı ve endoklips kullanıldı. Plevra bir alt ve üst kot mesafesinden başlanarak, lezyonun altındaki intratorasik fasyası ile birlikte total olarak eksizyonu tamamlandı (Resim 2). Hastanın toraks dreni aynı insizyondan yerleştirildi ve postoperatif 2. gün sonlandırıldı. Eksize edilen kitlenin patoloji sonucu nörofibroma olarak raporlandı. Hasta takipte olduğu romatoloji kliniğine endoksan tedavisinin devamı amacı ile devredildi.

SONUÇ:Behçet ve Ankilozan Spondilit gibi altta yatan romatolojik hastalığı olan hastaların kullandıkları medikal tedaviler nedeniyle operasyon öncesi ve sonrasında zorluklar yaşanmaktadır. Yara yeri iyileşme süreçleri uzun süren bu tip hastalarda operasyon planlanırken olabilecek en az invaziv prosedürlerin tercih edilmesini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, behçet, nörofibrom, tek insizyon VATS

Resim 1



Posterior mediasten kitlenin bilgisayarlı tomografi görünümü

Resim 2

Operasyon ile eksize edilen lezyonun makroskopik görünümü

EP-194

PULMONER İNFLAMATUAR PSÖDOTÜMÖR

Semih Koçyiğit[1], Murat Kılıç[2]
[1]sağlık bilimleri üniversitesi elazığ eğitim araştırma hastanesi,Elazığ
[2]sağlık bilimleri üniversitesi elazığ eğitim araştırma hastanesi, Elazığ

21 yaşında, erkek hasta hasta hemoptizi nedeniyle dış merkeze başvuran ve çekilen toraks bt sinde sağ alt lob parakardiak alanda pet ct suv max değeri 19 olan kitle görünümü olması üzerine hasta polkliniğimize başvurdu. nisan 2018'de, 2 aydır devam eden öksürük, balgam ve sırt ağrısı yakınmaları ile merkezimize basvurdu. Sigara kullanma öyküsü 4 yıl / paket yıl vardı. Akciğer grafisi, sağ akciğer alt zonda yaklaşık 3 cm çapında kitle lezyonu gösteriyodu. torax mr Sağ akciğer orta lob medial segmentte bazalde santral kesimde parakardiak alanda mediastinal plevral tabanlı aksiyalde ~ 3,5x2,5 cm boyutunda T2 heterojen hipointens, T1 heterojen hipointens IVKM sonrası belirgin kontrast tutulumu göstermeyen nisbeten düzgün sınırlı solid kitle izlendi. (Neoplazi ? Histopatolojik örnekleme önerilir.)Fizik incelemede patolojik bulgu saptanmadı. Hemogram ve rutin biyokimyasal incelemeler normal sınırlarda idi. Fiberoptik bronkoskopi incelemesinde normal olarak değerlendirildi. Bronkoskopik biyopsi patolojisi kronik iltihap olarak rapor edildi. Bronkoskopi tekrarı ve transtorasik ince inne aspirasyonu ile de tanı elde edilemedi. Sağ torakotomi uygulanan hastada sağ üst lobda kitle görüldü ve hastaya sağ üst lobektomi yapıldı. Torakotomi materyalinin patolojisi Pulmoner İnflamatuar Psödotümör olarak rapor edildi. Operasyonu takiplerinde 3 ayda bir patoloji izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner, İnflamatuar, Psödotümör

EP-195

RİNOPLASTİ SONRASINDA GELİŞEN İLGİNÇ VE NADİR BİR KOMPLİKASYON: ELDİVEN DREN ASPİRASYONU

Adem Karataş, Fazlı Yanık, Yekta Altemur Karamustafaoğlu
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Edirne

GİRİŞ: Rinoplasti operasyonları, Plastik ve Kulak Burun Boğaz Kliniklerince en sık yapılan ve aynı zamanda en komplike operasyonlardan biridir. Operasyon sonunda burun içi tampon-dren koyulup koyulmaması halen tartışmalı bir konudur. Tampon-dren uygulamasının postoperatif hemorajiyi, kıkırdak kaymalarını önlemede faydaları olsa da, komplikasyonlarada sebep olabilmektedir. Operasyondan sonra hastaların yaklaşık %10'unda solunumsal problemler ortaya çıkabilmektedir.

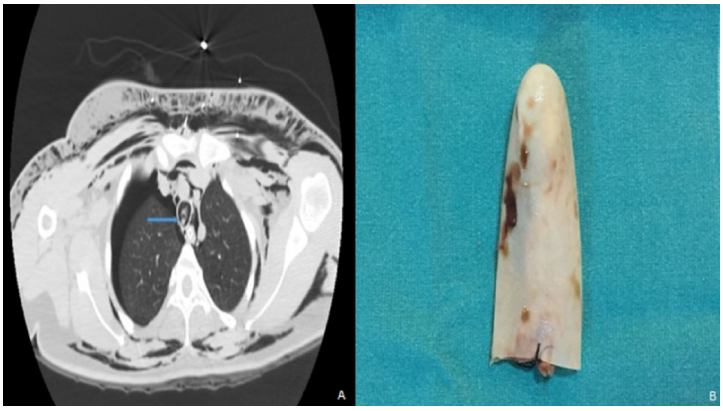
AMAÇ: Rinoplasti sonrası tampon dreni aspire eden ve bilateral cilt altı amfizemi ve pnömomediastinum gelişen bir vakayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 22 yaşında kadın hasta dış merkezde rinoplasti operasyonu geçirdiği, ekstübe edildikten 4 saat sonra serviste bronkospazm geliştiği ve yeniden entübe edildiği öğrenildi. Yeniden entübasyon sonrasında yaygın bilateral ciltaltı amfizemi ve pnömomediastinum gelişmesi üzerine, yine aynı merkezde bilateral tüp torakostomi uygulanarak hastanemiz yoğun bakım servisine sevk edilmiş. Mekanik ventilatöre bağlanan hastanın, tedaviye rağmen ciddi karbondioksit retansiyonunun sürmesi üzerine ekstrakorporal membran oksijenizasyonuna geçilmiş. Hastaya çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografide, trakeada şüpheli yabancı cisim (Resim 1A) izlenmesi üzerine fiberoptik bronkoskopi uygulandı. Bronkoskopide ipek sütürü kopmuş lateks eldiven dren (Resim 1B) görüldü ve cisim çıkarıldı. Saatler içerisinde ekstube edilen ve cilt altı ve mediastinal amfizemi gerileyen hasta ertesi gün yoğun bakım ünitesinden servisimize nakledildi. Toraks tüpleri serviste çekilen hasta ekstubasyon sonrası dördüncü gün şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Rinoplasti sonrası burun içi tampon ve dren kullanımının disfaji, havayolu obstrüksiyonu, östaki tüp fonksiyonlarında blokaj, göz kapaklarında ödem- ekimoz, yabancı cisim reaksiyonu ve enfeksiyon gibi ciddi komplikasyonları olabilmektedir. Tampon ve ya drenin aspirasyonu nadir bir komplikasyon olmakla birlikte fatal seyirli olabilmektedir. Literatürde ilk kez bildirilen bu hayatı tehdit edici ve nadir komplikasyonun akılda tutulması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Rinoplasti, trakea, aspirasyon

Resim 1



Resim 1: A: Toraks BT'de bilateral ciltaltı amfizemi, sağda pnömotoraks ve trakeada yabancı cisime ait imaj (Mavi ok ile işaretli) B: Trakeadan çıkartılan sütürü kopmuş lateks eldiven drene ait imaj

EP-196

BEL İNCELTME AMELİYATLISI DEĞİL, RUDİMENTE 12. KOSTA ANOMALİSİ

Özgür Öztürk, Banu Aktin Yoldaş
Sbu Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi SUAM, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

GİRİŞ:Kosta füzyonları, iki kot arası köprü varlığı, bifid kosta, kosta hipoplazisi/aplazisi gibi konjenital kosta anomalileri toplumda % 0.15 – 0.31 gibi bir oranda görülebilmektedir. Klinikte çoğu zaman asemptomatik olan bu anomaliler nadiren semptom oluşturmaktadır. Semptomatik olgularda ayırıcı tanıda akılda bulunması gereksiz tetkikleri önlemektedir. Bir çok klinik gezerek polikliniğimize başvuran 17 yaşındaki kadın olgu rudimente 12. kot anomalisi saptanması sebebiyle sunuldu.

OLGU:Altı aydır sırt bölgesinden başlayarak her iki arcus kostaruma yayılan ağrı şikayeti olan 17 yaşındaki kadın olgu polikliniğimize başvurdu. Ortopedi, genel cerrahi, fizik tedavi gibi pek çok poliklinik başvurusunda da bulunan hasta son olarak polikliniğimize yönlendirilmişti. Önceki tetkikleri olan rutin kan tahlilleri, batın ultrasonografisi ve toraks, batın bilgisayarlı tomografileri de normal saptanmıştı. Hastanın başvurusu üzerine çekilen akciğer grafisinde ilk bakışta patolojik bulgu saptanmadı. Ancak dikkatle bakıldığında on ikinci kotta rudimente görünüm mevcuttu. Hastanın daha önce çekilen tomografileri incelendiğinde bilateral 12. kotların rudimente olduğu görüldü (Şekil: 1,2). Aralıklı şikayetleri olan hastaya analjezik tedavi düzenlendi. Poliklinik kontrolünde izleme alındı.

SONUÇ:Göğüs cerrahisinde kosta rezeksiyonları kimi zaman bel inceltme operasyonları nedeniyle magazin basınında yer alsa da gerçekte bu rezeksiyonların çoğunlukla amacı ya altta yatan bir malignitenin tedavisi ya da bir anomalinin düzeltilmesidir. Kostaların sayısal ve strüktürel konjenital anomalileri çok çeşitli oranda görülebilmektedir. Rudimente 12. kosta anomalisine ise bu anomaliler arasında çok daha nadir olarak rastlanmaktadır. İnterkostal vasküler ve sinirsel yapılara bası ya da etraf dokulara bası ile semptomlar oluşabilmektedir. Semptomatik bir hastanın son çare olarak başvuracağı bir göğüs cerrahının konuyla ilgili bilgisinin olması ve bu anomaliyi akılda tutması gereksiz incelemeleri engelleyeceği gibi hastanın sinir blokajı gibi tedavilere yönlendirilmesini de sağlayacağı için önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anomali, kosta, Onikinci kot

Şekil 1

Şekil 2

EP-197

GEBELİK VE PNÖMOTORAKS

Önder Kavurmaci[1], Seda Akgün Kavurmaci[2], Tevfik İlker Akçam[3], Kutsal Turhan[3], Ufuk Çağırıcı[3]
[1]S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerahisi Kliniği, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ:Spontan pnömotoraks (SPnx) ve gebelik birlikteliği, nadiren karşılaşılan ancak hem gebe hem de fetus için ciddi sorunlara neden olabilen klinik bir sorundur. Literatür incelendiğinde olguların birçoğunun ''vaka sunumu'' olarak bildirildiği ve toplam hasta sayısının halen 100'e ulaşmadığı görülmektedir. Çalışmamızda; gebelikte SPnx ile başvuran iki olgu sunuldu.

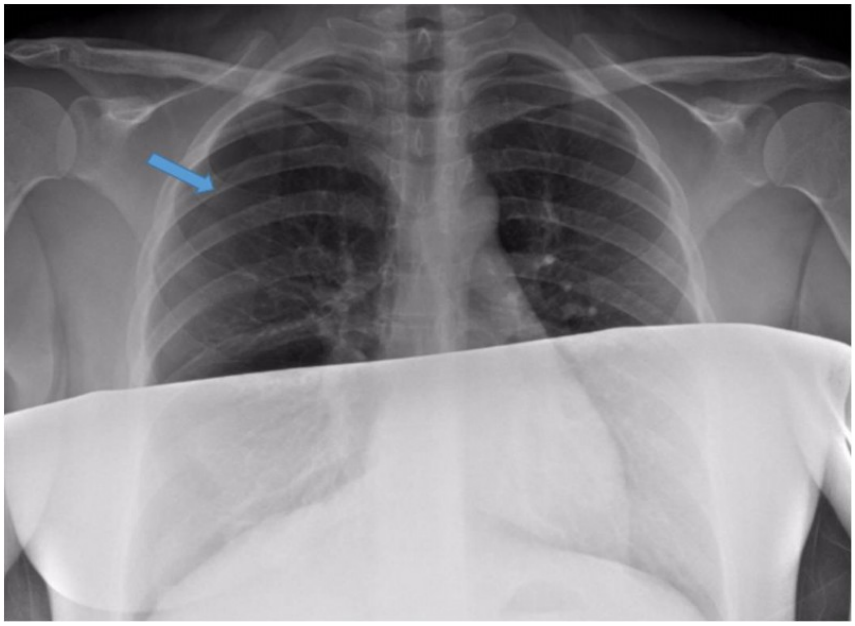
OLGU-1:30 yaşında gravite 2, parite 1, beşinci gebelik haftasındaki hasta, ani başlayan göğüs ağrısıyla başvurdu. Özgeçmişinde 5 paket yılı sigara öyküsü olan hastanın 6 ay önce SPnx sebebiyle sağ tüp torakostomi (TT) uygulanarak tedavi edildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ hemitoraksta solunum seslerinin kısmen azaldığı, toraks ultrasonografisinde ise pnömotoraksla uyumlu bulguların bulunduğu saptandı. Kadın hastalıkları ve doğum kliniği tarafından transvajinal ultrasonografiyle değerlendirilen hastada bulgular gebelik haftasıyla uyumlu idi. Dispne-takipne bulgusu olmayan hasta, oksijen tedavisi ile izlendi. Takibin 3. gününde göğüs ağrısı artan hasta korumalı akciğer grafisiyle değerlendirildi (Resim-1). Operasyon önerisini kabul etmeyen hastaya TT uygulandı. Takipte ek sorunu olmayan hastanın dreni 5. gün sonlandırıldı ve hasta sorunsuz eksterne edildi. Takipte kendi isteğiyle gebelik terminasyonu uygulanan hastanın 1 yıllık izleminde nüks izlenmedi.

OLGU-2:28 yaşında gravite 2, parite 1, 22. gebelik haftasındaki hasta, ani başlayan sol göğüs ağrısıyla başvurdu. Özgeçmişinde sigara kullanımı veya akciğer hastalığı tariflemeyen hastanın fizik muayenesinde sol hemitoraksta solunum seslerinin azalmış olduğu saptandı. Toraks ultrasonografisiyle değerlendirilmesinde sol hemitoraksta pnömotoraksla uyumlu bulgular izlendi. Kadın hastalıkları ve doğum kliniği tarafından değerlendirilen hastada bulguların gebelik haftasıyla uyumlu olduğu belirtildi. Sol TT uygulanan hastanın dreni 5. günde sonlandırıldı ve hasta sorunsuz eksterne edildi. Taburculuktan 1 hafta sonra ipsilateal göğüs ağrısıyla başvuran hastanın toraks ultrasonografisinde pnömotoraksla uyumlu bulgular saptanması üzerine hasta nüks pnömotoraks olarak değerlendirildi. Operasyon planlanan hasta preoperatif akciğer grafisi ile değerlendirildi (Resim-2). Total pnömotoraks saptanan olguya videotorakoskopik wedge rezeksiyon uygulandı. Hastanın dreni postoperatif 4. gün sonlandırıldı ve hasta sorunsuz eksterne edildi. 39. gebelik haftasında spinal anestezi ile 3025 gr erkek bebek doğurtuldu. Yedi aylık takipte nüks pnömotoraks saptanmadı.

TARTIŞMA:Gebelik ve spontan pnömotoraks birlikteliği nadiren karşılaşılan ancak dikkatle yönetilmesi gereken önemli bir klinik tablodur. Grafi ve bilgisayarlı tomografi gibi standart tanı yöntemlerinin kullanılmasındaki kısıtlamalar ve gebelik sırasında solunum fizyolojisinde meydana gelen değişiklikler konunun önemini bir kat daha arttırmaktadır.

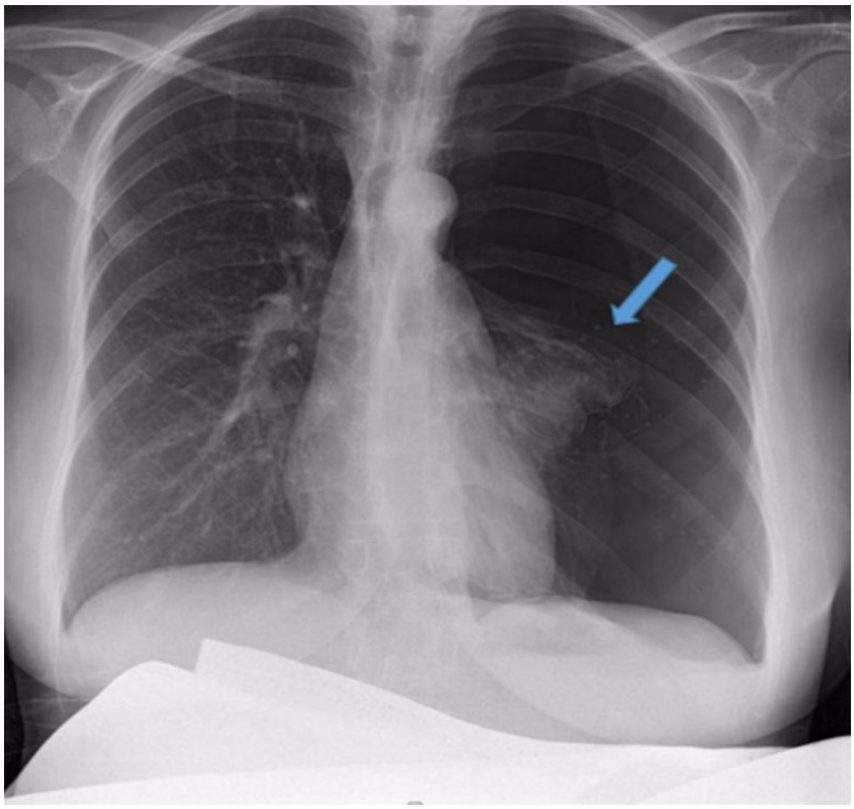
Anahtar Kelimeler: Gebelik, Spontan pnömotoraks, Toraks Ultrasonografisi

Resim 1



Olgu 1 korumalı akciğer grafisi

Resim 2



Olgu 2 korumalı akciğer grafisi

EP-198

HEİMLİCH VALF DRENİ İLE TABURCU OLAN HASTALARDA EĞİTİM ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Münevver Ulutaş, Hatice Uyiş Kavadar, Aysel Göktaş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ:Akciğer Rezeksiyonu sonrasında Uzamış Hava Kaçağı en sık görülen komplikasyonlar arasındadır. Uzamış hava kaçağı, hava kaçağının yedi günden daha uzun sürmesi olarak tanımlanabilir.[1] Uzamış hava kaçağı, Lobektomi sonrası erken taburculuğu engelleyen en önemli nedenlerdendir.[2] Bu gibi durumlarda göğüs tüpüne Heimlich Valf Dreni takılarak ayaktan tedavi yoluna gidilmiştir. Bu çalışmada Heimlich Valf Dreni takılarak taburcu edilen hastalara verilen eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Eğitim amaçlı verilen yazılı/sözlü eğitimin kayıt altına alınması, değerlendirme verilerine dayanarak mevcut Hemlich Valf Dren Kullanımı ile İlgili Bilgilendirme Form revizyonu planlanmıştır.

GEREÇLER VE YÖNTEM:Prospektif bir çalışma olup, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniklerinde 09.03.2018/05.04.2018 tarihinde değişik nedenlerle ameliyat olmuş, ameliyat sonrası Uzamış Hava Kaçağı tedavisinde Heimlich Valf Dreni takılan ve drenliyken taburcu edilmiş hastalar alınmıştır. Taburcu edilirken verilen eğitimin ve çıkarılma sürecine kadar ki dönemin etkinliği değerlendirilmiştir. Etik kurulundan izin alınmıştır.

BULGULAR:31 hastaya ulaşıldı. İki hasta değerlendirme dışı bırakıldı (Ex-Dışmerkez) Değerlendirilen 29 hasta verileri sekiz başlık altında incelendi.Dren Yeri Pansumanının Günlük Değiştirilmesi:19 Hasta pansumanını günaşırı yaptırırken,7 hasta günlük yaptırmış (%24), 2 hasta ise 2-3 güne bir,1 hasta ise haftada bir yaptırmıştır. Hastaların sadece %24 ü eğitime uygun şekilde pansumanını yaptırırken %76 'sının farklı zamanlarda yaptırdığı görülmüştür.Günlük Drenaj Torbası Değişimi: Hastaların %27 'sinin günlük değişimi yaptığı görülmüştür. Drenaj Mayisinin Günlük Kaydedilmesi: Hastaların 24 'ünün günlük gelen maiyi kaydettiği (% 83),5 hastanın kaydetmediği görülmüştür(%17). Dren Yerlerinde Kıvrılma yada Ayrılmanın Olması: Hiçbirinde böyle bir durum görülmemiştir. Drenaj Torbasının Taşınması: Tüm hastaların taşımayı poşette yaptığı tespit edilmiştir. Heimlich Valf'in Tıkanmaması İçin Saatlik Pompalanması: 16 Hasta aklına geldikçe (% 75),13 hasta saat başı (2-3/3-4/4-5) pompaladığını ifade etmiştir (%44), 1 hasta da drenaj torbası delinmediği için, drenaj torbasının balon gibi şiştiği görülmüştür,Yine 1 hasta da Hemlich Valf pompasının yapışık kaldığı tespit edilmiştir.

SONUÇ ve TARTIŞMA:Sonuç olarak Mevcut formda eksiklikler olduğu ve eğitimi veren kişilerce forma sadık kalınsa da bazı hastaların uyum göstermediği görüldü. Ameliyat sonrası uzamış hava kaçağı,boşluk sorunu olan hastalarda Heimlich valf uygulaması yüksek oranda başarılı sonuçlar vermektedir(3). bu yöntemin daha etkin kullanılması için hasta eğitimi önem taşımaktadır. Hemşirelerin bu eğitimi taburculuk aşamasında vermelidir. Çalışmanın sonunda bilgilendirme formu revize edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Heimlich Valf Dren,Uzamış Hava Kaçağı,Akciğer Rezeksiyonu

EP-199

ROSAİ-DORFMAN HASTALIĞI MASİF LENFADENOPATİLİ SİNÜS HİSTİOSİTOZİS: OLGU SUNUMU

Abidin Şehitoğulları[1], Fuat Sayır[2], Ahmet Nasır[1], Rüçhan Anbar[1], Yusuf Aydemir[3]
[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye
[2]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Van, Türkiye
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye

Rosai-Dorfman hastalığı ya da yaygın lenfadenopatili sinus histiositozisi; nedeni bilinmeyen, ağrısız lenfadenopati, yüksek ateş ve kilo kaybıyla karakterize selim bir hastalıktır. Genellikle kendiliğinden geriler. Nadir görülen bir hastalık olması nedeniyle Rosai-Dorfman hastalığı tanısı olan 58 yaşındaki bir olguda sunuldu. Tanı mediastinal lenf bezi biyopsisi ile konuldu. Hastalık kendiliğinden geriledi ve 2 yıllık izlemi normaldi.

OLGU:Göğüs ağrısı, yüksek ateş, dispne yakınması olan acil başvurusu yapan 58 yaşında erkek hastanın öyküsünde bilinen koroner arter hastalığı ve hipertansiyon mevcuttu; alınan kardiak enzimleri ile çekilen elektrokardiyografisinde (EKG) patoloji saptanmadı. Enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatışı yapıldıktan sonra boyun ultrasonografisinde boyun ön kısmında 1,3 cm'lik lenf nodu saptanmış. Olgu boyundaki lenfadenopati açısından Kulak Burun Boğaz Kliniği'ne konsülte edildi. Hastanın otoskopik ve rinoskopik bakılarında bir patoloji saptanmadı. Nazofarenks ve larenks'in endoskopik bakısının olağan olduğu görüldü. Lenf bezi ince iğne aspirasyon biyopsisinde malignite saptanmamış, reaktif lenf nodu olarak raporlanmış. Olguya kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisi çekildi. Akciğer parankim içinde aktif infiltrasyon saptanmadı. Mediastinal multipl lenf nodu saptanınca göğüs cerrahisi konsültasyonu istendi. Hasta kliniğimize transfer edildi. Mediastinoskopi yapıldı. Olgudan yapılan biyopside sonuç reaktif histiosis (Rosai-Dorfman) olarak raporlandı. Çıkarılan lenf nodunun histopatolojik incelemesinde normal lenf nodu yapısının yaygın sinuzoidal dilatasyon ve histiositik hücre proliferasyonuna bağlı olarak bozulduğu izlendi. Histiositik hücre grupları, marjinal sinüs ya da medüller sinüsler içerisinde kohezif olmayan hücre toplulukları oluşturmaktaydı. Bu hücrelerin atipi bulguları göstermediği izlendi. Histiositik hücrelerin bir bölümünün sitoplazması içerisinde fagosite lenfositler dikkati çekti (emperipolesis). Olgunun flow sitometri ile CD4/CD8, immun globulinler bakıldı, sonuçların Rosai-Dorfman Hastalığı ile uyumlu olduğu görüldü.Sonuç olarak yüksek ateş, dispne, halsizlik ve göğüs ağrısı gibi sık karşılaştığımız ve pek çok patolojiye yorumlanabilecek semptomları olan spesifik laboratuvar bulgusu olmamasına rağmen mikrositik anemi, artmış eritrosit sedimantasyon hızı, trombositoz ve CD4/CD8 düzeylerinde değişme saptanmış bir olguda, araştırma derinleştirildiğinde sinüs histiosis gibi oldukça nadir bir vakanın saptanabildiği bu nedenle sık görülen semptomlarda ayırıcı tanıya gitmek için olguya dikkatli ve multidisipliner yaklaşımın ne kadar önemli olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: mediastinoskopi, Rosai-Dofman hastalığı,

EP-200

HEİMLİCH MANEVRASI SONRASI KABURGA KIRIĞI: VAKA SUNUMU

Mehmet Oğuzhan Özyurtkan[1], Zeliha Arslan Ulukan[2], İlknur Mumyapan[3]
[1]Medicana International İstanbul Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul
[2]Medicana International Istanbul Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul
[3]Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

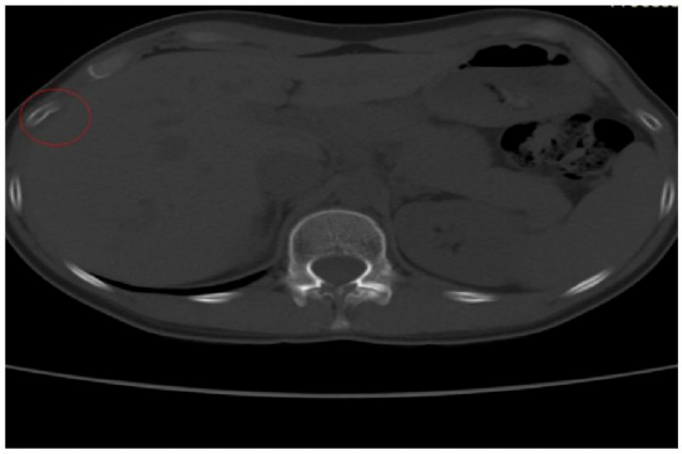
GİRİŞ: Henry Heimlich tarafından 1974'te tanımlanan Heimlivh Manevrası (HM), yabancı cisim aspirasyonu tedavisinde acil koşullarda uygulanan ve batın basıncını aniden yükselterek yutulan cismi dışarı çıkarmaya yardımcı olan hayat kurtarıcı bir yöntemdir. Batın ve göğüs bölgesinde ani baskı uygulanarak basınç artışı yaratılması çeşitli komplikasyonlara sebebiyet verebilmektedir.

OLGU:Kırk sekiz yaşındaki bayan hasta sağ yan-arka göğüs ağrısı ile başvurdu. Özgeçmişinde hipotiroidi ve demir eksikliği anemisi vardı, osteoporoz veya romatizmal hastalık öyküsü yoktu. hasta 3 gün önce yemek esnasında ekmek aspire ettiğini ve ani nefes darlığının başladığını, bunun üzerine yanındaki arkadaşının kendisine Heimlich manevrası uyguladığını belirtti. Yabacncı cismin geri çıkması sonrası nefes darlığının düzeldiğini, ancak sağ yanda göğüs ağrısının başladığını söyledi. Hastanın palpasyonla sağ lateralde 9-10.kostalar üzerinde hassasiyeti vardı. Akciğer grafisi doğaldı. Toraks BT'sindeyse sağ 9.kostada non-deplase kırık hattı görüldü (Resim 1 ve 2). Kontüzyon veya hemotoraks yoktu. Analjezik tedavi verilmesi sonrası kontrollerde hastanın rahatladığı görüldü.

TARTIŞMA: Heimlich manevrası acil durumlarda uygulanabilen önemli bir yöntem olmakla birlikte çeşitli komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Kusma, göğüs ağrısı, özofagus yırtılması ve kaburga kırıkları daha sık, batın organ yaralanması, diyafram herrnisi, pnömomediastinum ve cilt altı amfizem daha nadir görülen komplikasyonlardandır. Heimlich manevrası sonrası ani göğüs ağrısı gelişen hastalar olası kaburga kırıkları açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Heimlich manevrası, Kaburga kırığı, Göğüs ağrısı

Resim 1



Hastanın Toraks BT'sinde sağ 9. kaburgada non-deplase kırık hattı görülmektedir.

Resim 2

Kaburga kırığının daha büyütülmüş görüntüsü

EP-201

AV TÜFEĞİ İLE YARALANMA SONRASI GENİŞ KEMİK DOKU DEFFEKTİNİN ACİL KOŞULLARDA STERNUM TELİ İLE REKONSTRÜKSİYONU

Op Dr. Elif Duman
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

GİRİŞ: Gerek tümöre bağlı gerekse travmalara bağlı geniş göğüs duvar defektlerinde göğüs duvarı stabilizasyonu bozulmaktadır. Göğüs duvarı rekonstrüksiyonu kemik toraksın stablizasyonu ve yumuşak doku defektlerinin kapatılmasını içermelidir. Beş cm'den küçük ve göğsün herhangi bir yerindeki defekt için genellikle rekonstrüksiyona ihtiyaç duyulmaz. Toraks duvar rekonstrüksiyonu için kullanılan değişik prostetik materyaller mevcuttur. Ancak bunların acil bir vakada hemen temini her zaman kolay olmayabilir. Burada acil şartlarda eldeki olanaklarla göğüs duvarı rekonstrüksiyonu yapılmış olgu sunulmuştur.

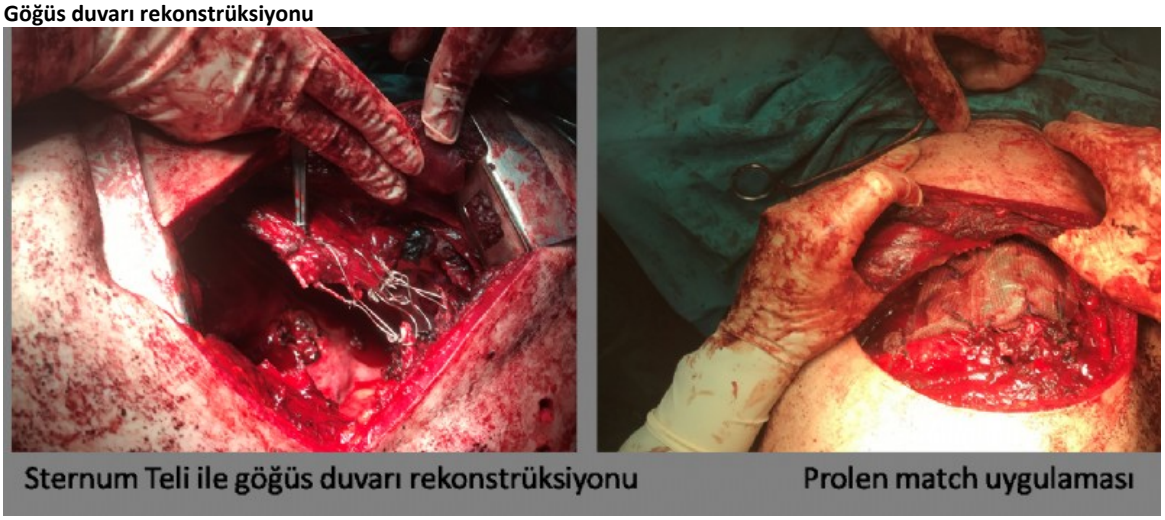
OLGU: Olgumuz 25 yaşında erkek hasta suicid amaçlı av tüfeği ile yaralanma sonrası acil servise getirilmiş. Soldan ikinci inter kostal aralıktan toplu giriş deliği ve sol skapula altından dört ayrı yerden çıkış delikleri mevcuttu. Açık pnömotoraks saptanan, vital bulguları stabil olmayan ve hemorajik şok tablosunda olan hasta acile gelir gelmez direkt operasyona alındı. Sol pnömonektomi yapıldı. Gögüs ön duvarındaki defekt debride edilerek primer kapatıldı. Gögüs arka-yan duvardaki 3.4.5.6.7.8.9.10. kotların ve üzerindeki kas dokusunun parçalanması ve kopması sonrası oluşan yaklaşık 10x18 cm lik göğüs duvarı defektini kapatmak için acil koşullarda uygun materyal bulunmadı. Ve sternum teli ile defektin üzeri sağlam kosta uçlarından geçerek örümcek ağı şeklinde kafes oluşturuldu. Bu kafesin üzerinede prolen match ile kapama yapıldı. operasyon sonrası hasta yoğun bakıma alındı. Postop 1. gün ekstübe edildi. Bir kaç saat sonra solunum yetmezliği gelişmesi üzerine tekrar entübe edildi. Posop 2. gün ateş (38.5) yüksekliği saptandı. İntaniye tarafınca sepsis tablosu geliştiği belirtildi. Antibiyoterapisi yeniden düzenlendi. Postop 3. gün toraks dreni sonlandırıldı. 4. gün ekstübe edilen olguda daha sonra herhangi bir sorun yaşanmadı. Hasta izleminin 6. ayında ve sorunsuz olarak takibine devam edilmektedir.

SONUÇ: Göğüs duvarı rekonstrüksiyonlarında günümüzde kullanılan çeşitli materyaller mevcuttur. Prostetik materyal olarak polipropilen, polytetraflouroetilen yamalar, metil-metakrilat sandviç greft ile güvenli stabilizasyon sağlanmaktadır. Ancak bunların temini hasta başına alım gerektirdiği ve acil alım bile olsa temini bir ya da bir çok günü bulmaktadır. Acil bir operasyonda hemen hemen her hastanede olan sternum teli ve prolen match'in de kurtarıcımız olacağı akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ateşli silah, göğüs duvarı rekonstrüksiyonu, sternum teli.

Ateşli silah giriş-çıkış delikleri

Göğüs duvarı rekonstrüksiyonu



Sternum Teli ile göğüs duvarı rekonstrüksiyonu

Prolen match uygulaması

EP-202

OLDUKÇA NADİR BİR YABANCI CİSİM ASPİRASYONU: DİŞ KAPLAMASI

Mehmet Oğuzhan Özyurtkan[1], Zeliha Arslan Ulukan[2]
[1]Medicana International İstanbul Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul
[2]Medicana International Istanbul Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

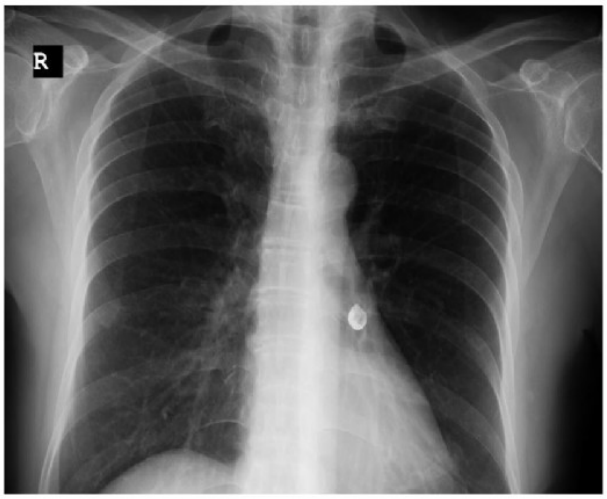
GİRİŞ: Yabancı cisim aspirasyonu sık karşılaşılan bir durumdur ve ölümcül olabilir. İnorganik madde aspirasyonu yetişkinlerde daha sıktır, bunlar arasında diş aspirasyonu (takma veya normal diş) sıklıkla bilinen bir durumdur. Ama diş tedavilerinde kullanılan kaplama, çivi gibi maddelerin, tedavi esnasındaki aspirasyonu oldukça nadirdir. Toplam 24651 diş hekiminin 11 yıl boyunca tuttukları kayıtları inceleyen en geniş seride sadece 44 vakada (%0.18) tedavide kullanılan maddelerin aspirasyonu bildirilmiştir.

VAKA: Elli sekiz yaşındaki bayan hasta öksürük ve hafif dispne şikayetiyle başvurdu. Yaklaşık 30dk önce diş tedavisi esnasında, ani bir hareket sonucu diş kaplamasının boğazına kaçtığını belirtti. Hastanın akciğer grafisinde solda metalik yabancı cisim görülmekteydi (Resim 1). Ameliyathaneye alınan hastaya rijid bronkoskop yerleştirildi. Yabancı cismin sol alt lob segment dallarına yakın olduğu görüldü. Fiberoptik bronkoskop yardımıyla cisim sol ana bronşa kadar yaklaştırıldı, sonra da rijid forseps ile çıkartıldı (Resim 2a, b). Takibi sıkıntısız geçen hasta ertesi gün taburcu edildi.

TARTIŞMA: Diş tedavisi esnasında kullanılan materyellerin aspirasyonu oldukça nadir bir durumdur. Bir çalışmada aspirasyonun %90'ının özofagus yoluyla, sadece %10'unun trakea yoluyla olduğu görülmüştür. Tedavi esansında cismi yuttuğunu fark eden veya öksürük ile dispne gibi şikayetleri gelişen hastalar radyolojik inceleme ve tedavi amacıyla doktora başvurmalıdırlar. Havayollarındaki yabancı cisimler bronkoskopi yoluyla çıkartılabilirler.

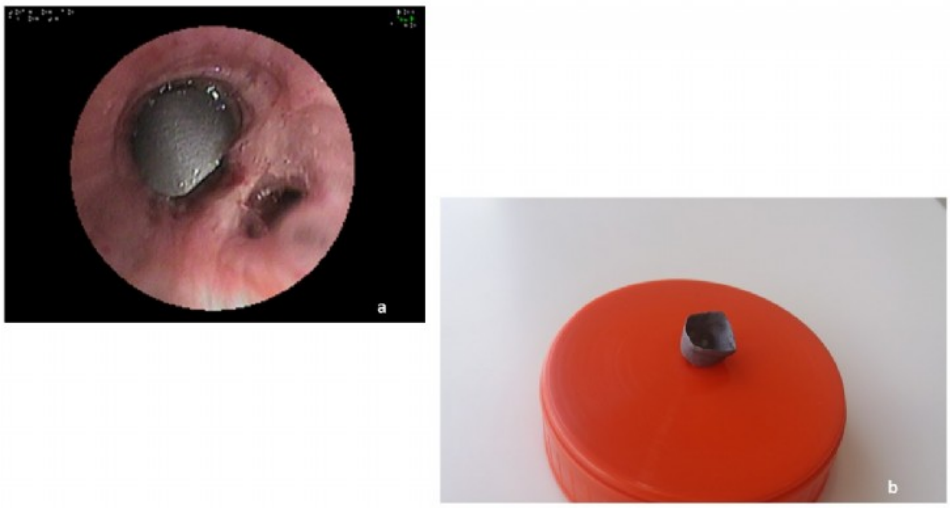
Anahtar Kelimeler: yabancı cisim aspirasyonu, diş kaplaması, bronkoskopi

Resim 1



akciğer grafisinde solda görülen metalik yabancı cisim

Resim 2



a. bronkoskopi esnasında alt lob bronşu seviyesindeki cismin görüntüsü. b. çıkarılan yabancı cisim (diş kaplaması)

EP-203

KRİSTALİZE METAMFETAMİN HİDROKLORÜR KULLANIMI SONRASI GELİŞEN PNÖMOMEDİASTİNUM OLGUSU

Önder Kavurmacı[1], Ali Karakılıç[1], Asuman Akın Türker[1], Elif Duman[1], Alper Torun[2], Selin Bulut[2], Özkan Erarslan[2]
[1]S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerahisi Kliniği, İzmir
[2]S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İzmir

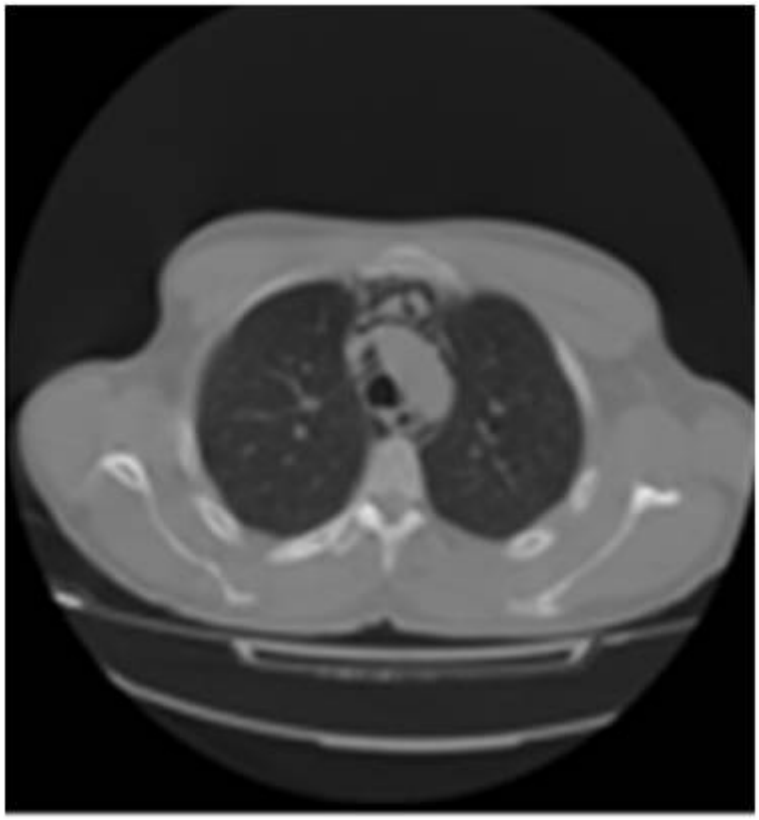
GİRİŞ: Pnömomediastinum (PM), mediastinal alanda hava varlığı olarak tanımlanmaktadır. Travmatik gelişebildiği gibi spontan veya iyatrojenik olarak da gelişebilen PM'un etiyolojisinde narkotik madde inhalasyonu nadiren rol oynamaktadır. Literatürde olgu sunumları şeklinde kokain, marihuana, ekstazi ve metamfetamin kullanımı sonrası PM gelişen vakalar bildirilmiştir. Çalışmamızda, son zamanlarda ülkemizde kullanımı yaygınlaşan ve halk arasında ''buz'' ya da ''cam'' olarak isimlendirilen kristalize metamfetamin hidroklorür (MH) (Resim 1) kullanımı sonrası, PM gelişen olgu sunuldu.

OLGU: Yirmi yedi yaşında erkek hasta, MH inhalasyonu ve sıvı içerisinde eriterek oral alımı sonrası ani başlayan dispne, ses kalınlığında incelme yakınmasıyla acil servisimize başvurdu. Fizik muayenesinde boyun ön yüzünde cilt altı amfizem saptanan hastanın rutin biyokimyasal incelemelerinde lökositoz ve CRP yüksekliği dışında ek bir özellik saptanmadı. Akciğer grafisinde boyun bölgesinde cilt altı amfizem ile uyumlu bulgular saptanan hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde; mediastende her iki ana bronş çevresine ve paraözefageal alanda inferiora devam eden yaygın pnömomediastinum alanları ve üst mediastinal düzeyde yumuşak dokular içerisinde cilt altı amfizemine bağlı hava dansiteleri izlendiği raporlandı (Resim 1). Oral alımı sonlandırılan hasta analjezik, antibiyotik ve nazal oksijen tedavisi ile takip edildi. Cilt altı amfizem bulgularında regresyon sağlanan, biyokimyasal incelemelerinde enfeksiyon parametreleri normale dönen hastanın oral alımı kademeli olarak açıldı ve hasta yatışının 3. gününde eksterne edildi. On gün sonraki poliklinik kontrolünde sorun saptanmadı (Resim 2).

SONUÇ: Kristalize metamfetamin hidroklorür, metamfetamine nazaran daha ucuz ve erişilebilir olması nedeni ile kullanım sıklığı artmakta olan bir uyuşturucu çeşitidir. Gerek kendi kristalize yapısı gerekse derin inhalasyon ile alınması nedeni ile pnömomediastinuma neden olabilmektedir. Olguların birçoğu cerrahi müdahaleye gerek duyulmadan konservatif olarak yönetilebilmektedir. Ancak olası trakeobronşial-özefagial yaralanma açısından tetikte olunmalıdır. Bu hasta grubunda, tedavi uyumunu arttırmak amacıyla psikiyatri kliniğinden de görüş alınabilir.

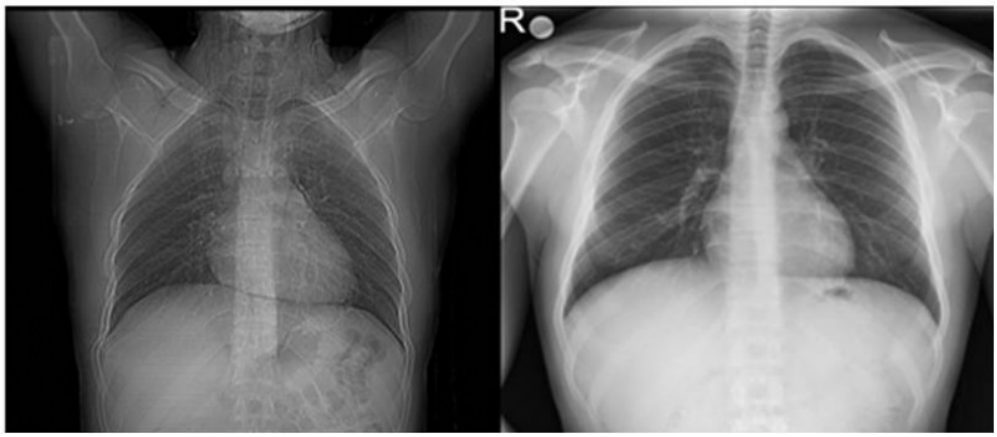
Anahtar Kelimeler: Pnömomediastinum, metamfetamin hidroklorür, inhalasyon, mediastinal amfizem

Resim 1



Bilgisayarli tomografiden kesit

Resim 2



Hastanın geliş ve poliklinik kontrolü sırasında çekilen akciğer grafileri

EP-204

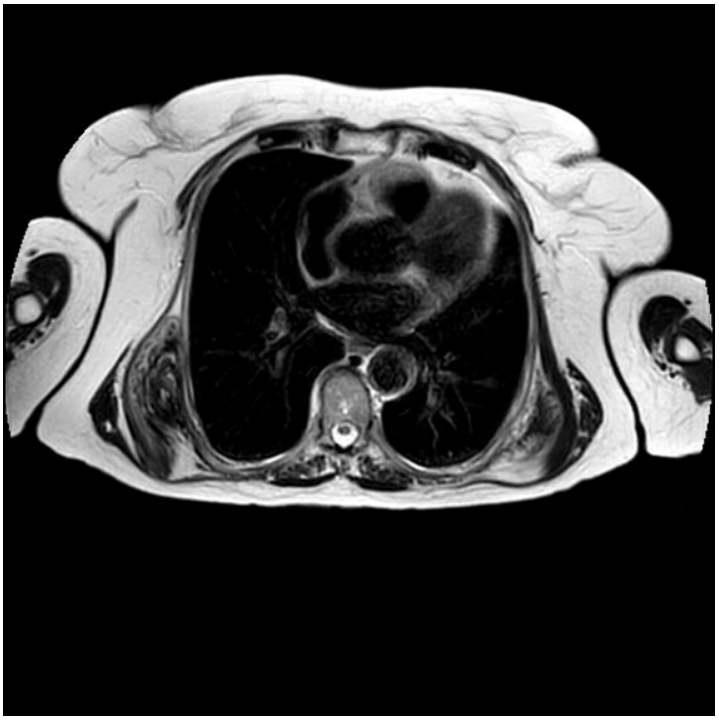
BİLATERAL ELASTOFİBROMA DORSİ; OLGU SUNUMU

İrem Beniz Ersoy Şiğva, Kerem Karaarslan, Tülin Durgun Yetim
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı Hatay

Elastofibroma Dorsi(ED) nadir görülen, karakteristik periskapular yerleşimi iyi huylu bir yumuşak doku lezyonudur. Kostalar ile göğüs duvarı kasları arasında gelişir. Sıklıkla asemptomatik olmakla birlikte periskapular bölgede şişlik omuz hareketleriyle artan ağrı, rahatsızlık veya gerginlik görülebilir. Etyolojisinde skapulanın torasik fasyaya sürtünmesine bağlı olarak elastik liflerin anormal dejenerasyonu sonucu reaktif bir lezyon olabileceği düşünülmekle birlikte, patogenezi halen tam olarak belirlenmemiştir. Elastofibroma dorsi sıklıkla ileri yaştaki kadınlarda daha çok tek taraflı (%90) görülür. Manyetik rezonans görüntüleme, kitlenin karakteristik fibröz ve yağ komponentini gösterebilen en güvenilir ve non-invaziv tekniktir.Bizim olgumuz; 71 yaşında bayan hasta sol supskapular bölgede şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sol skapula alt kısmında omuz hareketleri ile daha da belirginleşen şişlik izlendi.Hastanın toraks mr'ıında bilateral subskapular alanda sağda 90x40 mm ve solda 80x30 mm elastofibroma dorsi ile uyumlu görünüm izlendi (şekil 1). Hastanın sağ subskapular bölgedeki lezyonu daha büyük olmasına rağmen asemptomatikti. Hastaya aynı seansta bilaretal kitle eksizyonu operasyonu uygulandı (şekil 2). Post operatif dönemde sıkıntısı olmayan hasta ertesi gün taburcu edildi.Elastofibroma dorsinin yaygın olarak önerilen tedavi şekli cerrahi olarak total eksizyondur. Ancak, özellikle asemptomatik ve 5 cm'den küçük lezyonlarda cerrahiden kaçınılması ve takibi önerilmektedir. Bilateral olgularda aynı seansta her iki lezyon total eksize edilebilir.

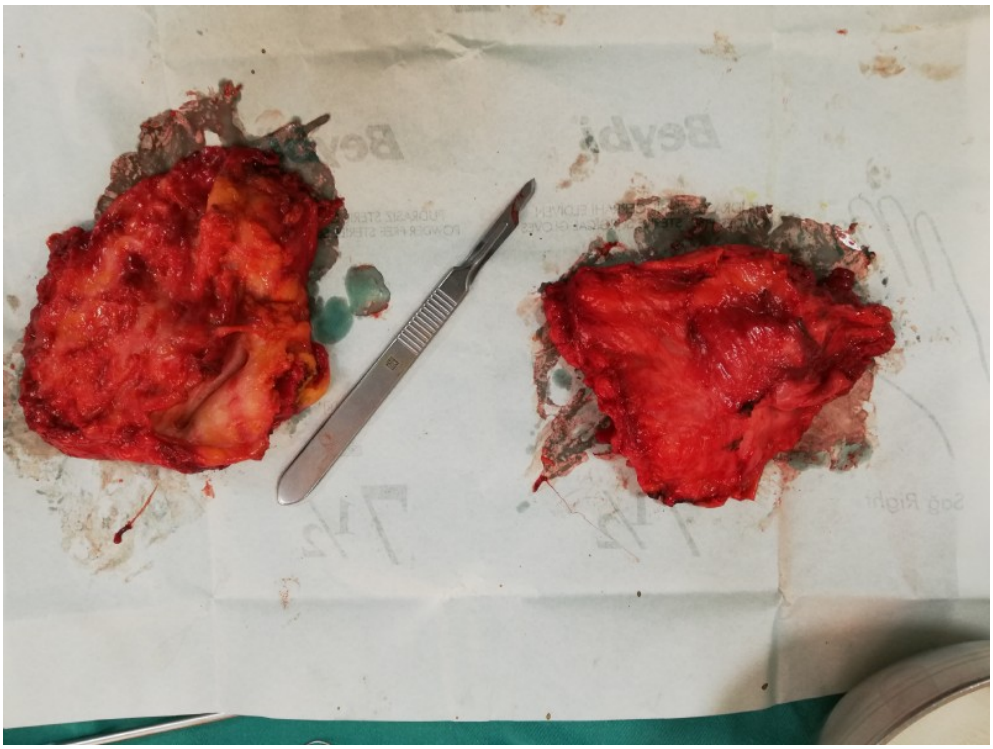
Anahtar Kelimeler: elastofibroma, dorsi, bilateral

resim 1



toraks mr

resim 2



post-op

EP-205

HAYATI TEHDİT EDEN NADİR BİR OLGU: SPONTAN HEMOPNÖMOTORAKS

İsa Döngel[1], Levent Duman[2]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Isparta
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Isparta

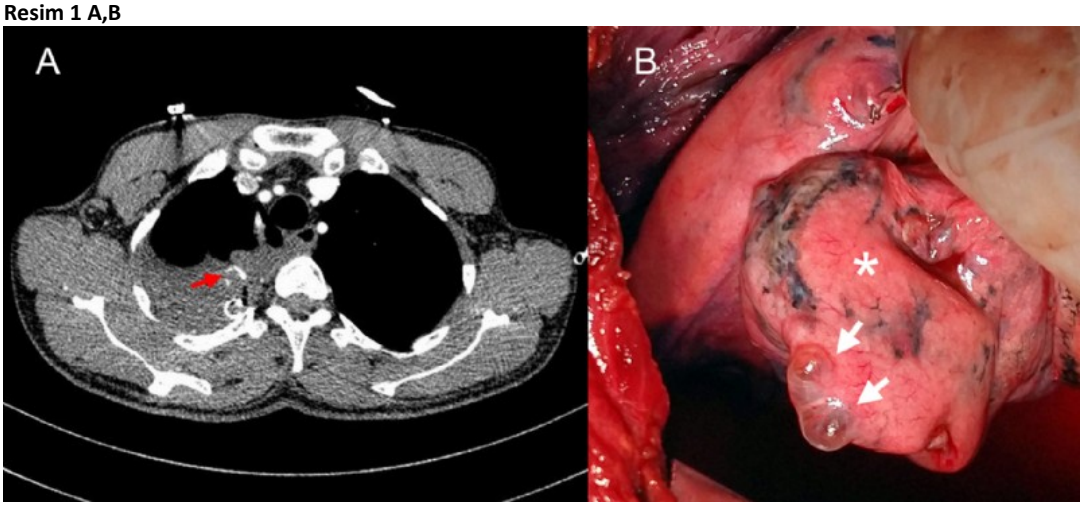
GİRİŞ: Spontan hemopnömotoraks, travma veya başka bir neden olmaksızın plevral kavitede hava ve kanın eşzamanlı birikmesi ile karakterize, nadir görülen bir hastalıktır. Spontan pnömotorakslı olguların %0.5-11.6'sında gözlenebilir. Genellikle adölesanlarda veya genç erkeklerde spontan pnömotoraks sonrası visseral ve paryetal plevra arasındaki yapışıklıklarda bulunan küçük aberran damarların kopması sonucunda oluşur.En sık gözlenen klinik belirtiler göğüs ağrısı, dispne, anemi ve nadiren de olsa kanama miktarına bağlı olarak hayatı tehdit edebilecek boyutta gelişen şok tablosudur.

OLGU: 32 yaşındaki erkek hasta ani başlayan göğüs ağrısı,nefes darlığı şikâyeti ile dış merkeze başvurmuş.Yapılan tetiklerinde pnömotoraks tanısı ile sağ tüp torakostomi uygulanmış ve ilk saatte yaklaşık 500cc hemorajik vasıfta drenajı olması üzerine hastanemiz acil servisine sevk edilmiş. Hastanın hikayesinde herhangi bir travma öyküsü yoktu. Özgeçmişinde geçirilmiş bir akciğer hastalığı,kanama diyatezine yol açabilecek ilaç kullanımı,kalıtsal ve edinsel bir kanama bozukluğu tespit edilmedi. Fizik muayenede kan basıncı130/90 mmHg,nabız 92 atım/dk idi. Dinlemekle sağ hemitoraks alt zonda solunum sesleri azalmış ve matite alınıyordu. Laboratuvar incelemesinde geliş hemoglobin15.2 g/dL; hematokrit%44.6; trombosit166.000/mm^3 idi.PT,PTT ve INR değerleri normal sınırlardaydı. Hastanın acilde çekilen toraks tomografisinde sağ hemitoraksta 7cm'ye ulaşan yoğun içerikli plevral mayi ve 3cm'ye ulaşan parsiyel pnömototaks ile uyumlu görünüm, sağ akciğer üst lob apikal bölgede pevral mayi içerisine kontrast eksravazasyonu(Resim 1A) ve azigos lob tespit edildi(Resim 1B).Takiplerinde hemoglobin değerinin 10.8g/dL'ye düşmesi ve 1500cc'yi geçen hemorajik vasıflı drenajın olması üzerine acil cerrahiye alındı. Sağ 5.interkostal aralıktan mini torakotomiyle toraksa girildi,hemotomla uyumlu ve hemorajik vasıfta mayi aspire edilip temizlendikten sonra sağ hemitoraksta apekse yakın,azigos ven lateralinde bir aberran arterin koparak her iki uçtan kanamaya neden olduğu tespit edildi.Sağ akciğer apeksindeki distal uç lineer stapler kullanılarak rüptüre bül ve blepler ile birlikte ligate edildi(Resim 2A).Proksimal uç ise 5'lik metal klipslerle klipslendi ve kanamanın durduğu gözlendi(Resim 2B).Post operatif akciğer filmi normal(Resim 2C) olan hasta sorunsuz taburcu edildi.

SONUÇ OLARAK: Travma olmaksızın ani başlayan göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile başvuran hastalarda radyolojik olarak hidropnömotoraks görünümü saptandığında spontan hemopnömotoraks olabileceği düşünülmeli, erken tanı ve en uygun tedavi yaklaşımı ile hayatı tehdit edebilecek ölümcül komplikasyonların önüne geçilebileceği akılda bulundurulmalı, hastanın klinik durumu ve drenaj takibine göre, cerrahi gereksinim olabileceğinden sıkı hemodinamik takip yapılmalıdır.

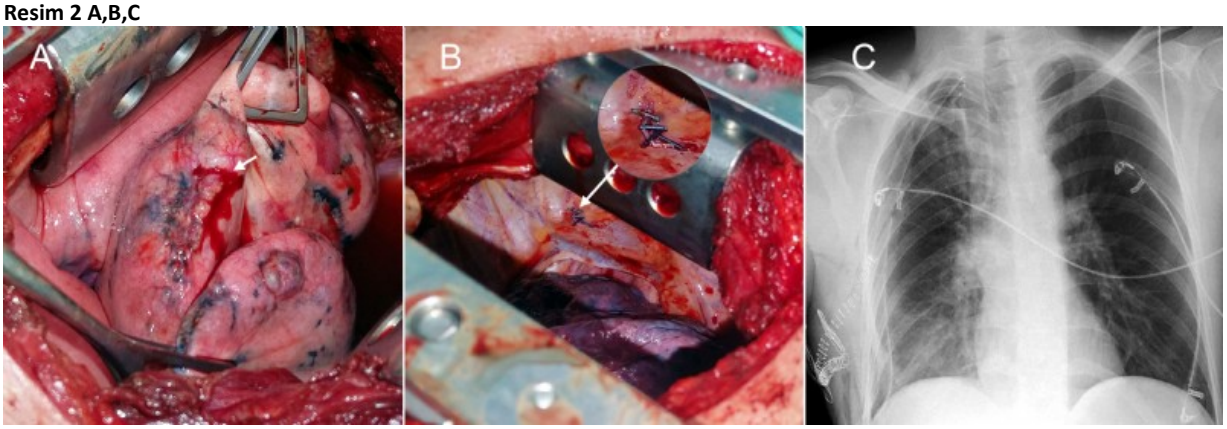
Anahtar Kelimeler: Anemi, Göğüs ağrısı, Hemopnömotoraks, Nefes darlığı

Resim 1 A,B



Resim 1A: Olgunun toraks tomografi görüntüsü ve kopan aberran arterden kontrast ekstravazasyonu görünümü (Kırmızı ok).
Resim 1B: Azigos lob (Asteriks işareti) ve bül, blep görünümü (Beyaz ok).

Resim 2 A,B,C



Resim 2A: Sağ akciğer apeksinde aberran arterin koptuğu distal ucun kanama görüntüsü (Beyaz ok). Resim 2B: Aberran arterin toraks duvarında kupulaya yakın proksimal ucun klipslenmiş görüntüsü (Beyaz ok). Resim 2C:Olgunun post operatif postero-anterior akciğer grafisi

EP-206

DİAFRAGMADA RÜPTÜR VE PULMUNER YETMEZLİK NEDENİ OLAN DEV RETROPERİTOENAL LİPOSARKOM

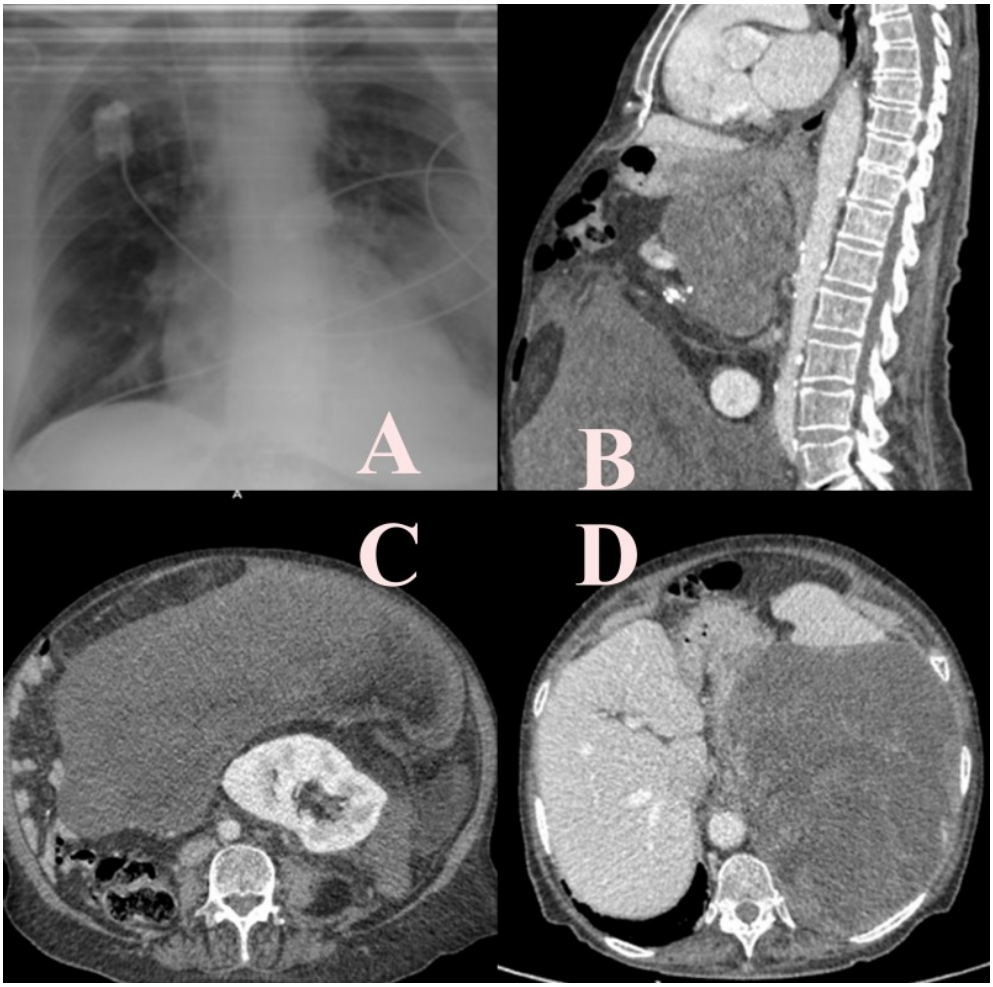
Dursun Fırat Ergül, Mehtap Pehlivanlar Küçük, Fatma Ülger
Ondokuz Mayıs Universitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ: Yumuşak doku sarkomları erişkinlerde görülen tüm solid malignitelerin % 1'ini oluşturur.Bunların da % 10-20'si retroperitoneal yerleşimlidir.Retroperitoneal sarkomlar(RPS) semptomatik olmaması sebebiyle büyük boyuta ulaşana kadar belirti vermezler ve geç tanı konulur.Bu olguda görece erken dönemde dev boyutlara ulaşmış diafragma invazyonu, efüzyon ile solunum sıkıntısı yaratmış vakada, postoperatif yogun bakım takibini paylaşmak istedik.

OLGU:82 yaşında kadın hasta son 6 aydır devam eden karın ağrısı karında şişlik solunum sıkıntısı şikayetleri ile üroloji polikliniğine basvurdu. Özgeçmişinde RA öyküsü olan hastanın çekilen AC grafisinde şüpheli kitle görünüm nedeniyle kontrastı batın BT önerildi. Tomografide abdomenin sol yarısında retroperitoneal kaynaklı birden fazla odak şeklinde iyi sınırlı, kapsüllü, içerisinde yağ, solid, kalsifikasyon ve geniş sıvı komponentleri içeren çevre dokuları basıya uğratıp yer değişikliğine neden olan çok büyük boyutlara ulaşmış kitle lezyonları mevcut olup miksoid dejenerasyon gösteren liposarkomlar olarak yorumlandı (Resim-1A,B,C,D). Toraks BT'de hastanın sol akciğer bazalinde sıvı ve kitleyle uyumlu görünüm tespit edildi (Resim-2). Operasyon planlanan hastada toplamda 12.5 kg kitle cıkarıldı ve splenektomi yapıldı. Aynı zamanda kitle yapışıklığı tespit edilen hastanın diafram rüptürü olması nedeniyle aynı taraf akciğer lobuna göğüs tüpü konularak entübe sekilde yogun bakıma alındı. Takiplerinde hastanın replasman ihtiyacı olmayıp hasta ASV mdda bir süre takip edildi. Batın direnlerinden ve göğüs tüpünden gelenleri olmayan hasta post-operatif 10. Saatte ekstübe edildi. Takiplerinde ek problem yaşanmayan hasta postop 2. Günde göğüs tüpü çekilerek servise taburcu edildi.

SONUÇ:RPS'lara geniş bir çapa ulaşmadıkça semptom vermediği için tanı koyulması zordur ve malign hastalıklar içerisinde %1'den daha az izlenmektedir. Ancak yüksek lokal nüks oranlarıyla ve bazı hayatsal organların çıkarılmasına sebep olduğu için problem yaratan bir konudur. Retroperitoneal sarkomların tedavisindeki zorluk esas olarak retroperitoneal anatominin karışıklığından ve tanı anında genellikle büyük çaplarda olmalarına bağlıdır. Her ne kadar bu tip primer yada rekürrens tümörlerde tedavide agresif olunmalı ve vital organların rezeksiyonuna mal olsa da ve hedef cerrahi sınırda negatiflik sağlamak olsa da, negatif sınır sağlamak zor olabilir. Cerrahi sınıra ulaşmak için yapılan agresif cerrahi müdahaleler invazyonlar nedeniyle bizim olgumuzda olduğu gibi diafragma rüptürüne neden olabilecek komplikasyonlara neden olabilir.. Peroperatif ve postoperatif erken dönemde yasanabilecek olası sorunlar açısından uyanık olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diyafragma rüptürü, Liposarkom, Yoğun Bakım



Liposarkom; PA akciğer grafi ve batın Tomografi

Akciğer Tomografi

EP-207

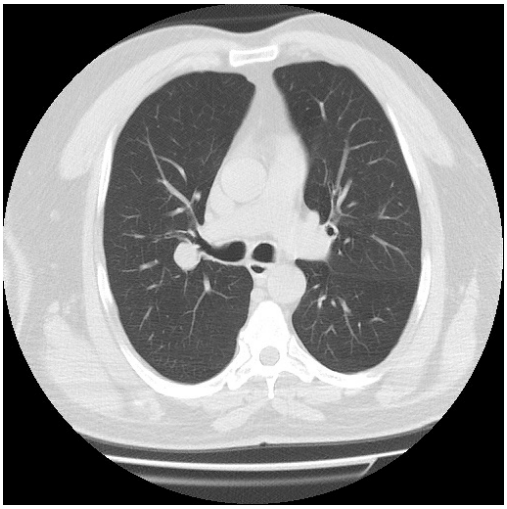
BİR AKCİĞER NODÜLÜNÜN 11 YILLIK SERÜVENİ

Ozan Kaya, İlker Kolbaş, Baran Gündoğuş, Serda Kanbur Metin, Çağatay Saim Tezel, Selami Volkan Baysungur, Hatice Türker, Rıza Serdar Evman
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Akciğerin en sık görülen benign tümörleri hamartomlardır. Kesin etyolojisi tam olarak bilinmemektedir ve genellikle insidental olarak bulunurlar. Ebatları genellikle 1-5 cm arasında değişmekle birlikte dev hamartomlar da literatürde bildirilmişlerdir. 11 yıldır takip edilen ve radyolojik progresyon tespit edilip cerrahi kliniğe yönlendirilen olgumuzu, literatüre katkı amaçlı sunuyoruz. 57 yaşında erkek hasta 2007 yılından beri KOAH ve akciğer sağ üst lob nodül tanısı ile takip ediliyor. Hastanın son 3 aydır artan prodüktif öksürük şikayeti ve mevcut nodülde progresyon olması nedeniyle kliniğimize yönlendirildi (Resim 1). Hastanın özgeçmişinde 80 p/y sigara, DM ve HT tanıları mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografileri incelendiğinde sağ üst lob broş duvarı posteriordaki 15x12 mm ebatlarında nodüler kitlenin, yıllar içindeki takipler esnasında 22x20 mm boyutuna çıktığı tespit edildi. Yapılan fiberoptik bronkoskopide sağ üst lob posterior segment girişinde dıştan bası dışında patoloji tespit edilemedi. PET-CT incelemesinde sağ üst lob bronş duvarı posteriorunda, majör fissür komşuluğunda 24x22 mm, minimal FDG tutulumu (SUVmax 1.24) mevcut olan düzgün kontürlü lezyon tespit edildi. Kitlede progresyon olması üzerine torakotomi kararı alındı. Sağ posterolateral torakotomi ile kitle parenkim içinden enükle edildi (Resim 2). İntraoperatif frozen section inceleme benign, definit patoloji "kontromatöz hamartom" olarak bildirildi. Hamartomlar, epiteliyal ve mezenkimal elementlerin anormal karışımı ile ortaya çıkmış malformasyonlardır ve kıkırdak, yağ, düz kaslar ve respiratuar epitelyum komponentleri içerirler. Akciğer hamartomlarının büyük çoğunluğu periferik nodül ya da kitle şeklinde izlenir. Olgular genellikle asemtomatiktir ve kontrol amaçlı yapılan incelemelerde insidental olarak saptanırlar. Tipik radyografik görünümleri düzgün sınırlı veya hafif lobüle kenarlı soliter pulmoner nodül şeklindedir. Nadiren birden fazla sayıda da görülebilirler. Kitlenin yağ içermesi tanısaldır. Nadir de olsa malignite gelişim potansiyeli olduğundan, kesin tanı ve tedavisi cerrahidir. Akciğer parankimini olabildiğince koruyarak rezeke edilmeleri temel cerrahi yaklaşımdır.

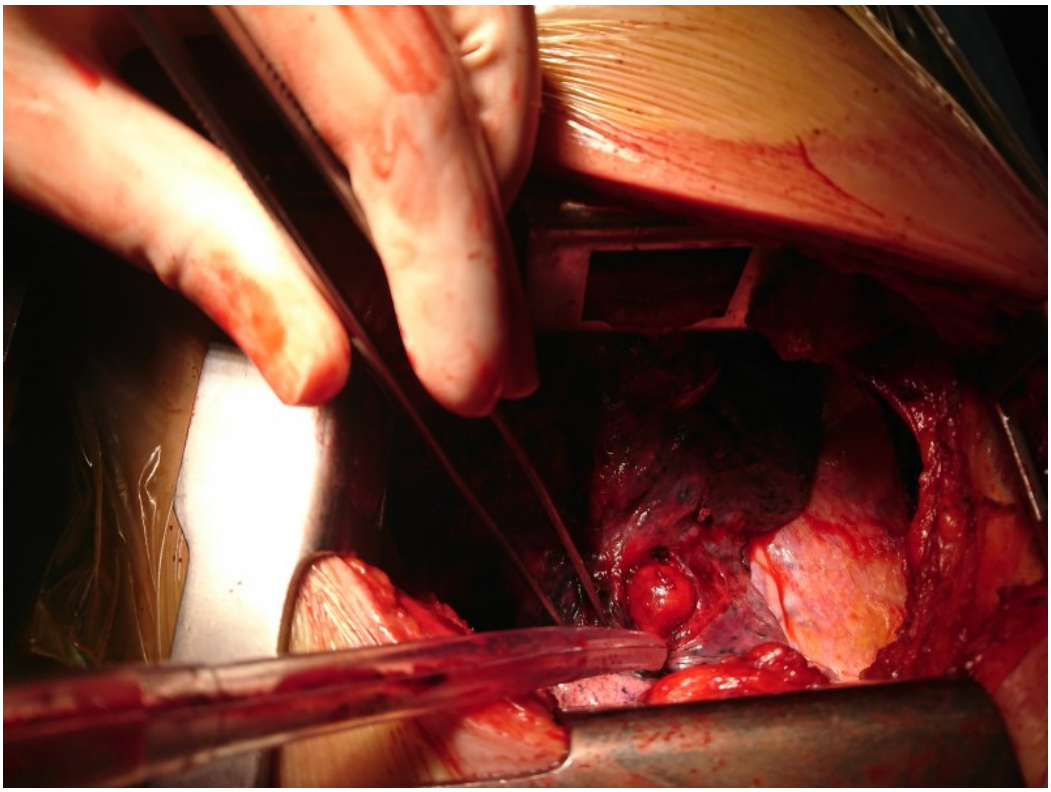
Anahtar Kelimeler: Akciğer, Cerrahi, Göğüs, Hamartom, Kitle, Nodül

Resim 1



Sağ Üst Lob Progrese Nodül

Resim 2



EP-208

İLERİ YAŞ HASTALARDA YUTMA GÜÇLÜĞÜNÜN NADİR BİR NEDENİ: BRONKOJENİK KİST

Betül Cengiz[1], Argün Kış[2], Ümit Aydoğmuş[2]
[1]Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli
[2]Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ: Bronkojenik kistler embriyolojik dönemde trakeobronşiyal sistemin anormal gelişmesi sonucu meydana gelen ve genellikle akciğer parankimi veya mediasten yerleşimli olan lezyonlardır. Bronkojenik kist olgularının çoğu asemptomatik seyredip rastlantısal olarak tanınabilmektedir. Bazı hastalarda nefes darlığı, öksürük, göğüs ağrısı gibi solunumsal semptomlar görülebilmektedir.Bu olguda ileri yaşta yutma güçlüğü ile gelen ve bronkojenik kist tanısı alan hasta sunulmuştur.

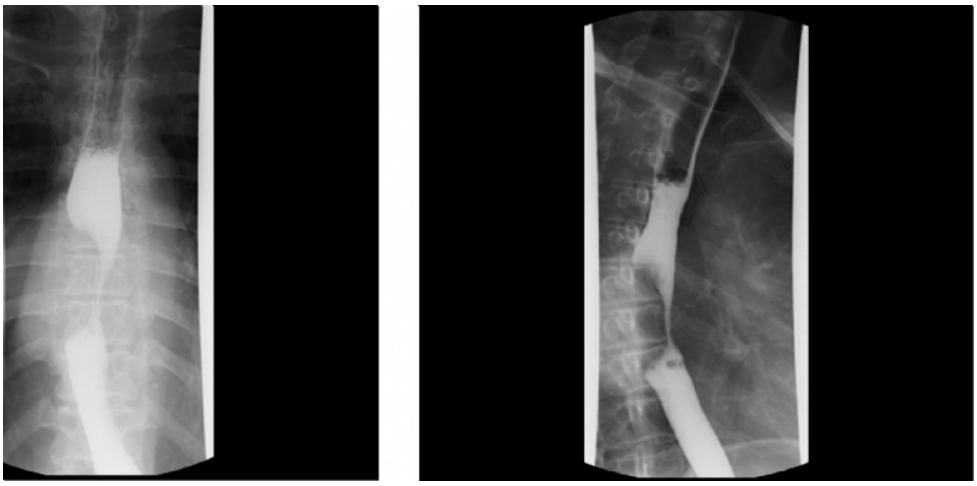
OLGU: 64 yaşında erkek hasta 2 haftadır devam eden yutmada güçlüğü şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hastanın 40 paket/yıl sigara öyküsü bulunmaktaydı. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik olmayan olgunun fizik muayenesi ve laboratuvar tetkikleri normaldi. PA akciğer grafisinde sağ akciğer orta zon medial kesimden vertebra arkasına uzanan düzgün sınırlı yaklaşık 12 cm boyutunda dansite artışı görüldü.(Resim 1) Toraks BT'de subkarinal mesafede 107x60 mm boyutlarda ölçülen anteriorda sağda daha belirgin bilateral pulmoner artere ve sol atriuma hafif bası oluşturan posteriorda özofagusu basılayan ve her iki ana bronş ve sağ internal mediate bronşunu basılayan içerisinde ince septa bulunan kistik lezyon görüldü.(Resim 1)Yutma güçlüğü nedeni ile özefagografi de çekilen hastada özafagus orta - distal kesimde özafagusta dolma defekti, bu düzeyde darlık izlendi.Oral yoldan verilen kontrast maddenin darlık distaline geçişi izlendi.(Resim 2)Ön tanı olarak bronkojenik kist düşünülen olgunun kesin tanı ve tedavisi amacıyla göğüs cerrahisi tarafından operasyon planlandı.Hastaya ateral torakotomi yapıldı. Kitle özefagusun müsküler tabakasından diseksiyonlarla ayrıldı. Özefagus izole edildi. Kistin subkarinal alana doğru ilerlediği, karşı taraf pulmoner venlerine sınır olduğu görüldü. Diseksiyon sırasında kist spontan drene oldu. İçinden kirli sarı-yeşil kıvamda sıvı aspire edildi. Lezyon total olarak eksize edildi. Toraks 28F tek direnle kapalı su altı drenajına bağlandı. 3 gün sonra dren çekilerek ve kontrol PA akciğer grafisi çekilerek taburcu edildi. Patoloji sonucu bronkojenik kist gelen hasta operasyonun 1.ayında sorunsuz olarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bronkojenik kistli hastalarda en sık semptom göğüs ağrısı,öksürük,nefes darlığıdır. Birçok olgu ise asemptomatiktir.Burada ileri yaşta yutma güçlüğü ile başvuran hasta sunulmuştur.Bronkojenik kistler ayırıcı tanılarının tam olarak yapılabilmesi, komplikasyon ve malignite gelişiminin engellenebilmesi için cerrahi olarak rezeke edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bronkojenik,Kist,Yutma,Güçlüğü

Resim 1

Resim 2



EP-209

EKTOPİK YERLEŞİMLİ, AKCİĞERDE DEV TİMOMA OLGUSU

Mehmet Kayadelen, Şükran Atikcan, Sevim Düzgün, Filiz Çimen, Melike Aloğlu, Mehmet Kuruş
Ankara atatürk göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi hastanesi

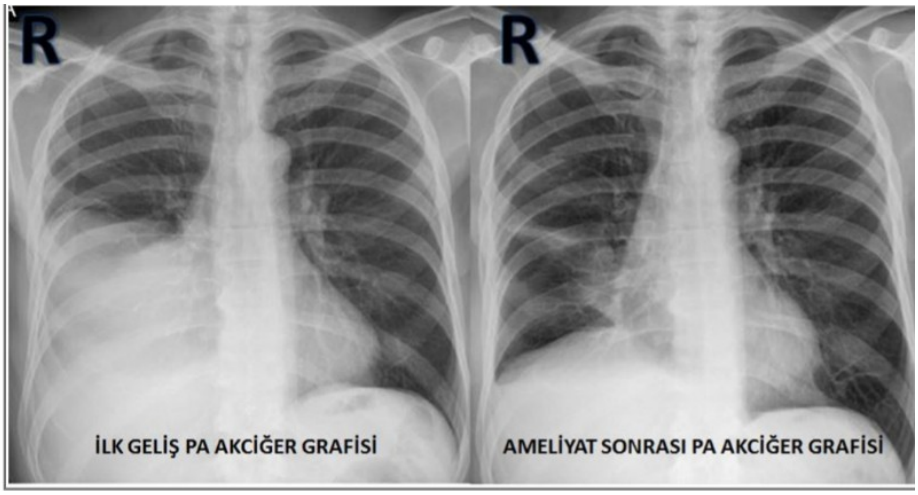
GİRİŞ: Timoma en sık anterior mediastende görülen timus bezinin epitelyal hücrelerinden köken alan mediasten tümörüdür. En sık 40-60 yaş arasında görülür. Erkeklerde daha sıktır. Bu olgumuzu timomanın nadir görülen ektopik olarak akciğer yerleşimli dev bir kitle şeklinde ortaya çıkmasından dolayı sunmak istedik.

OLGU: 58 yaşında erkek hastada görme kaybı için yapılacak operasyon öncesi çekilen postero-anterior (PA) akciğer grafisinde sağ akciğerde orta zondan başlayan tabana kadar uzanan konsolidasyon saptanmış. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde(BT); sağ akciğerde kitleyleuyumklu lezyonu görülmesi üzerine Kosova devleti ülkemizle irtibata geçip hastanemize yönlendirilmiş. Öz ve soy geçmişinde 70-80 paket/yıl sigara öyküsü dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde sağ akciğer orta ve alt zonlarda solunum sesleri alınamıyordu. Diğer sistem muayenleri normaldi. Laboratuvar değerlerinde patolojik bulgusu yoktu. Çekilen PET-BT'de sağ hemitoraksta plevral effüzyon (SUVmax:1.27)ile sağ akciğer orta-alt lobu tamamen dolduran, yaklaşık 17x9.5x20 cm boyutlarında, içerisinde milimetrik kalsifikasyonlar izlenen heterojen dansitede lobüle konturlu, düzensiz sınırlı yumuşak doku lezyonu (SUVmax:4.71) saptandı(resim 2). Hastaya BT eşliğinde transtorasik biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu timoma olarak raporlandı. Göğüs cerrahisi bölümüne yönlendirilen hastaya sağ torakotomi + mediastinal kitle eksizyonu uygulandı. Patolojisi, mikroskopik kapsül invazyonu olan TİMOMA TİP AB olarak raporlandı. Operasyon sonrası hasta ülkesine döndü.

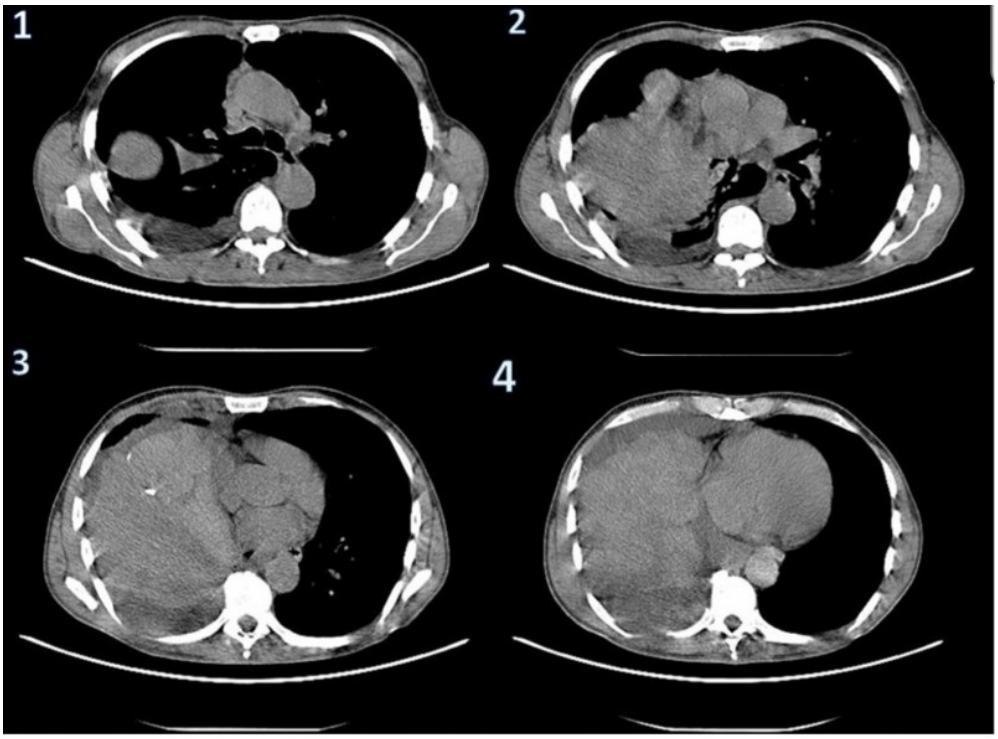
SONUÇ: Timoma, tüm mediastinal tümörlerinin %20-25 ini, anterior mediasten tümörlerinin %55 ini oluştururur. Timomaların %90'ı ön mediastende, %10'u de ektopik yerleşimli olabilir. Ektopik olarak ensık orta ve arka mediastende daha az oranda boyunda, kafa tabanında, perikartta, akciğer parankiminde ve plevral boşlukta bulunabilir. Hastaların yarısı asemptomatik olmakla beraber öksürük, göğüs ağrısı, VCSS, disfaji gibi lokal semptomların yanı sıra miyestenya graves, anemi, dermatomiyozit, SLE, Cushing sendromu gibi sistemik semptomlar da olabilir. Kesin tanı biyopsi ile konur. Erken evre hastalarda cerrahi eksizyon, lokal ileri ve ileri evrelerde cerrahi eksizyon ve/veya radyoterapi-kemoterapi uygulanır. Timomaların malignite potansiyeli Tip A'dan B3'e doğru giderek artar. Tip AB (Sinonimleri: Mikst timoma) timomaların sık görülen tiplerindendir (%15-43). 5-10 yıllık sağkalım %81-100 olarak bildirilmektedir.Sonuç olarak bu hasta akciğerde kitle şeklinde prezentasyonundan dolayı nadir bir vaka olduğu için sunuldu.

Anahtar Kelimeler: dev kitle, ektopik, timoma

Resim 1



Resim 2



EP-210

ERDHEİM – CHESTER HASTALIĞI

Mehmet Akif Tezcan, İbrahim Ethem Özsoy
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü,Kayseri

GİRİŞ:Göğüs tümörlerinin çoğu yaygın değildir ve vaka bildirimi şeklindedir. Tüm torasik neoplazmların %5'ni oluşturur. Primer göğüs tümörlerinin %0.004'ü yeni kanser tanısı almıştır. Göğüs duvarı tümörleri, kemik ya da yumuşak doku orjinine göre ve benign ya da malign olmasına göre çok iyi sınıflandırılmıştır. Göğüs tümörlerinin çoğu ya metastazdır ya da alltaki bitişik tümördür. Biz burada nadir görülen bir vakayı sunduk.

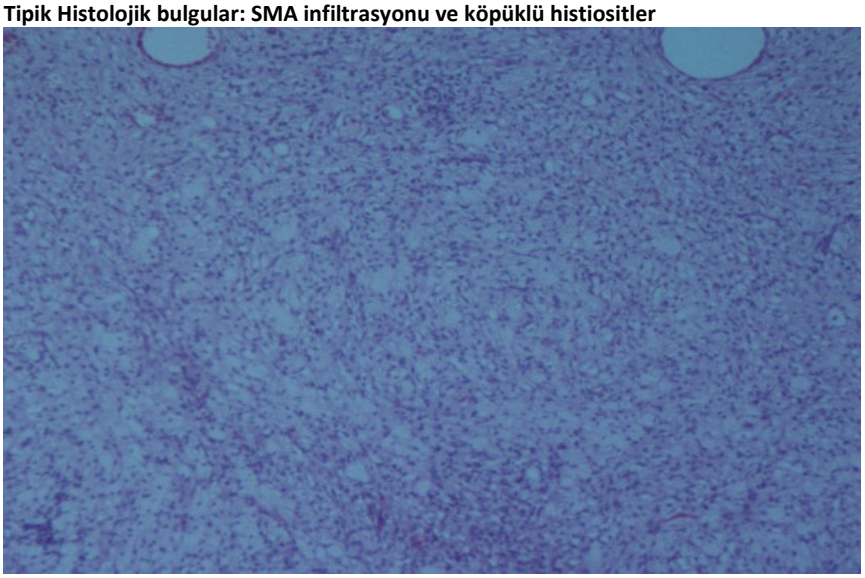
OLGU:Göğüs ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvuran 41 yaşında erkek hastanın fizik muayenesinde göğüs duvarında kitle tespit edildi. Hastanın çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde (CT) sağ 4.kaburgada (Res.1) ekpansiyon tesbit edildi. Hasta opere edildi ve lezyon proximal ve distalinden 4cm genişliğinde eksize edildi. Hasta postoperatif 3.gün komplikasyonsuz bir şekilde taburcu edildi. Hastanın patolojisi Erdheim – Chester Hastalığı (histiositik hücreler, immünohistokimyasal boyamada CD68,Vimentin, SMA ile infiltrasyonda (+) boyanma, CD34 ile damarlarda (+) boyanma, FB keratin ile zemin boyanması, Ki67 ile %2'nin altında prolifrasyon izlendi) olarak rapor edildi (Res.2).

SONUÇ:Primer göğüs tümörleri her yaş grubunda görülmesine rağmen malign tümörler genç ve yaşlılarda daha fazla görülür. Erdheim-Chester Disease (ECD) ise etiyolojisi bilinmeyen Langerhans olmayan köpüklü histiositlerin (CD68+,CD1a) organ infiltrasyonu ile karakterize nadir görülen inflamatuar hastalıktır (2,3).EDC'de klinik, lezyonların dağılımına bağlı olarak oldukça yaygındır. Hastalık primer olarak uzun kemikleri (özellikle distal femur,proksimal tibia ve fibula) tutar ancak tüm organ ve dokuları tutabilir. Klinik tuttuğu organa göre asemptomtikden hayatı tehdit edecek kadar geniş bir spektrum gösterir. Hastaların %96 'sında kemik tutulumu mevcuttur ancak % 50'sinde semptomatiktir.

Anahtar Kelimeler: tümör, kosta, göğüs, erdheim-chester

Preop 3D CT

Tipik Histolojik bulgular: SMA infiltrasyonu ve köpüklü histiositler



EP-211

DİŞ ÇEKİMİ SONRASI GELİŞEN NEKROTİZAN FASİİT OLGUSU

Önder Kavurmaci[1], Ahmet Kayahan Tekneci[2], Ali Özdil[2], Alpaslan Çakan[2], Ufuk Çağırıcı[2], Ozan Can Canpolat[3], Yiğit Özer Tiftikçioğlu[3], Can Uç[4], Murat Özdemir[4], Levent Yeniay[4], Fetih Furkan Şahin[5]
[1]S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerahisi Kliniği, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İzmir
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[4]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir
[5]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Nekrotizan fasiit (NF); deri, subkutan dokular ve fasyaların ilerleyici nekrozu ile karakterize, yaşamı tehdit eden bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Erken tanı ve tedaviye rağmen mortalite ve morbiditesi yüksektir. Monomikrobiyal veya polimikrobiyal olarak gelişen bu klinik tabloda, olguların birçoğunda Streptococcus pyogenes, E. Coli, anaerob bakterilerden ise B. Fragilis veya Clostridium türleri ile karşılaşılmaktadır. Çalışmamızda diş çekimi sonrası boyundan başlayarak göğüs ön duvarını kaplayan ve batın üst duvarına kadar ulaşan NF olgusu sunuldu.

OLGU:50 yaşında, depresyon tanısı ile takip edilen kadın hasta; boyun ve göğüs gölgesinde şiddetli ağrı ve ciltte renk değişikliği ile başvurdu. Ağrı şikayetinin yaklaşık 2 gün önce başladığı, cilt bulgularının ise ilk başta kızarıklık şeklinde iken, bir günlük süre içerisinde siyaha doğru renk değiştirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde boyundan başlayarak batın üst duvarına kadar ulaşan kızarıklık, ısı artışı, ödem bulgularına ek olarak, cilt üzerinde doku nekrozu ile uyumlu lezyonların bulunduğu saptandı (Resim 1). Öyküsünde yaklaşık 1 hafta önce diş çekimi tarifleyen, rutin biyokimyasal incelemelerinde CRP yüksekliği ve lökositoz bulguları saptanan hastaya, NF tanısı ile acil debritman uygulandı. Boyun bölgesi kulak-burun boğaz ekibi, sol meme bölgesi genel cerrahi ekibi ve göğüs ön duvarı ise tarafımızca debrite edildi. Kültürde acinetobacter baumanii complex, staphylococcus epidermidis ve candida albicans üremesi saptanan hastanın medikal tedavisi enfeksiyon hastalıkları kliniği tarafından düzenlendi ve hasta plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi anabilim dalı kliniği tarafından servis izlemine alındı. Yaklaşık 6 ay sonraki poliklinik kontrolünde sorunu olmayan hastanın revizyon operasyonu planlanmaktadır (Resim 2).

TARTIŞMA :Nekrotizan fasiit uygun tedaviye rağmen mortal seyredebilen (%30-70) ciddi bir klinik tablodur. Hızlı seyirli olması, ciltte gangren oluşturması, bilinç değişikliği ve şok tablosu gelişmesi diğer yumuşak doku enfeksiyonlarından ayrımda yardımcı olabilmektedir. Tedavinin temelini erken tanı, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi, geride nekrotik doku kalmayacak şekilde, (sağlam dokulara kadar ulaşan) ve gerektiğinde tekrarlanan debridman uygulanması ve sıvı-elektrolit dengesinin düzenlenmesi oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan fasiit, diş çekimi, enfeksiyon

Olgunun başvuru sırasındaki muayene bulguları. Ödem, kızarıklık bulgularına eşlik eden cilt nekrozu da görünmektedir.

Peroperatif dönemde ve postoperatif 6. ayda enfeksiyon bölgesinin görünümü. Peroperatif görüntü, mastektomi öncesinde elde edilmiştir.

EP-212

VİDEOTORAKOSKOPİK CERRAHİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU; AKCİĞER HERNİASYONU

Güntuğ Batihan[1], Demet Yaldız[2], Kenan Can Ceylan[1], Şeyda Örs Kaya[1]
[1]SBÜ Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi
[2]Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi

GİRİŞ:Akciğer herniasyonları, göğüs duvarındaki mevcut defektten akciğer parankiminin bir kısmının plevrasıyla birlikte protrüze olması şeklinde tariflenmiştir. Literatürde videotorakoskopik akciğer rezeksiyonlarına sekonder gelişen akciğer herniasyonları çok az sayıda bildirilmiş olup önleme ve tedavi yöntemlerinin tanımlanması açısından yetersiz kalmıştır. Bu makalede göğüs cerrahisi kliniğimizde küçük hücreli dışı akciğer karsinomu nedeniyle videotorakoskopik akciğer rezeksiyonu uygulanmış ve takiplerinde akciğer herniasyonu gelişmiş 3 vaka takdim edilecektir

OLGU 1 : 63 yaşında erkek hasta kliniğimize göğüste şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın tıbbi geçmişinde bir yıl kadar önce bronş karsinomu nedeniyle VATS ile sağ üst lobektomi operasyonu uygulanmış olduğu görüldü. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ 4. interkostal mesafede akciğer parankiminin toraksa kavitesinin dışına doğru herniye olduğu görüldü ve operasyon kararı alındı. Lateral dekübit pozisyonda eski utility insizyon skarının olduğu bölgeden 4 cm'lik insizyon yapılarak herniasyon bölgesine ulaşıldı. Parietal plevra açıldı, herniye olmuş parankim alanı serbestleştirilerek toraks içerisine düşürüldü. İnterkostal mesafe 2 numara Vicryl sütur materyali kullanılarak daraltıldı ve prolene mesh konularak desteklendi. Operasyon komplikasyonsuz sonlandırıldı ve hasta postoperative 3. günde externe edildi.

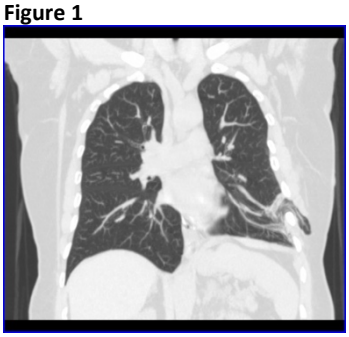
OLGU 2 : 58 yaşında bayan hasta öksürük ve göğüs ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. 10 ay önce tanısız nodul sebebiyle uniportal videotorakoskopik wedge rezeksiyon öyküsü bulunan hastanın çekilen toraks BT'sinde 7. interkostal mesafede herniye akciğer parankimi tespit edildi ve bir önceki olguda uygulanan cerrahi prosedür ile herni onarımı gerçekleştirildi.

OLGU 3 : 65 yaşında erkek hasta kliniğimize geçmeyen göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Tıbbi geçmişinde 3 ay önce metakron akciğer karsinomu nedeniyle sağ akciğere yönelik videotorakoskopik rezeksiyon yapıldığı görüldü. Çekilen toraks BT 'de herniye akciğer parankiminin görülmesinin ardından operayson planlandı ve diğer olgularda uygulanan benzer cerrahi teknik uygulandı. Farklı olarak defektin daha geniş ve hastada re-operasyon öyküsü olması nedeniyle göğüs duvarının desteklenmesi amacıyla prolene mesh yerine Goretex yama kullanıldı.

TARTIŞMA: Videotorakoskopik akciğer rezeksiyonlarının yaygınlaşmasıyla birlikte VATS ilişkili nadir görülen komplikasyonların da sıklığı artmaktadır. Eski tarihli yayınlarda daha çok anterior torakotomi ile ilişkilendirilmiş olan akciğer herniasyonları bu tarz komplikasyonlar arasında gösterilebilir. Klinik pratikte operasyon bölgesinde inatçı ağrı ve özellikle soluk alıp vermeyle paradoksal olarak hareket eden şişlik varlığı herniasyon açısından şüphe uynadırmalıdır. Doğru teknik ile uygulanacak cerrahi girişim herniasyonun progrese ve komplike olmasının önüne geçecektir.

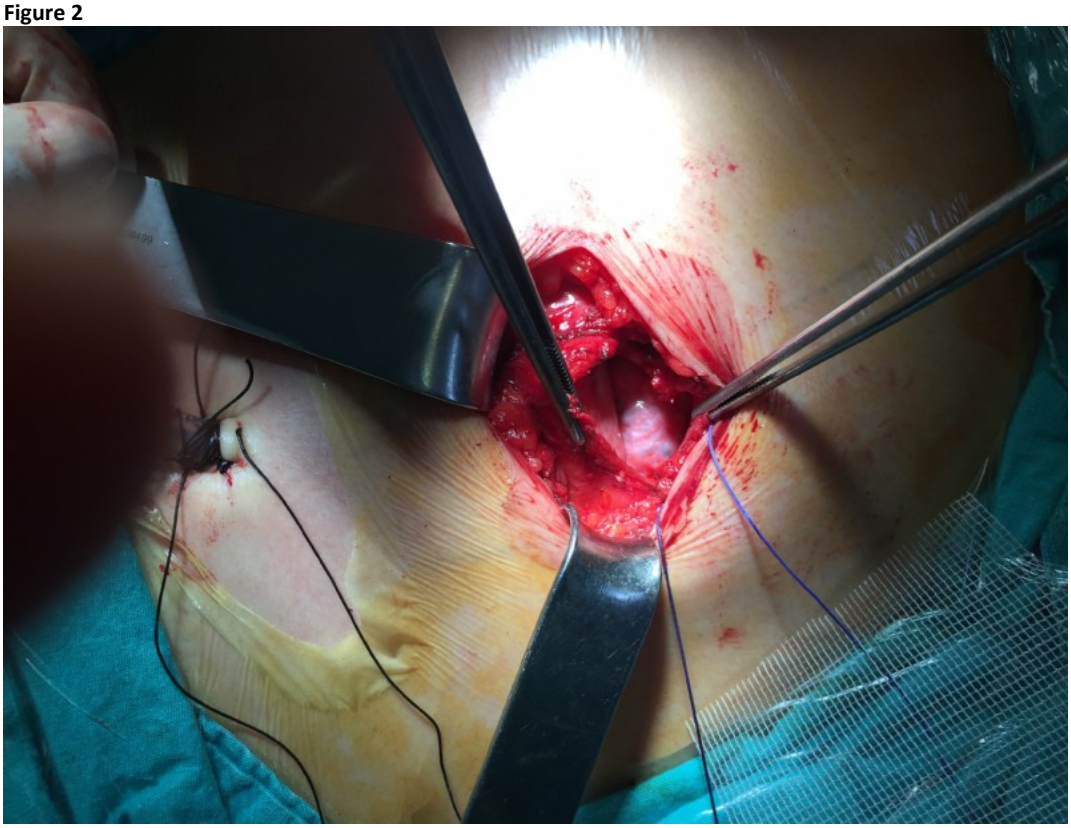
Anahtar Kelimeler: Akciğer herniasyonu, Akciğer kanseri, Videotorakoskopik cerrahi

Figure 1



7. interkostal aralıktan herniye olmuş akciğer parankimi görülmekte.

Figure 2



Olguda paryetal plevra açılarak herniye olmuş parankim toraks içerisinde düşürüldü ve göğüs duvarı prolene mesh ile desteklendi.

EP-213

PET DE SOLİD KİTLE GÖRÜNÜMÜ VEREN BRONŞEKTAZİ OLGUSU

Serkan Bayram, Onur Derdiyok, İlker Kolbaş, Sevinç Çıtak, Volkan Baysungur
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sureyyapasa Gogus Hastaliklari ve Gogus Cerrahisi Egitim ve Arastirma Hastanesi Gögüs Cerrahisi Klinigi

Bronşektazi,akciğer kanseri bazen birbiriyle karışabilen buna bağlı olarakda tanı ve tedavide gecikmelere neden olan hastalıklardan biridir.Kliniğimizde hemoptizi şikayetleri nedeniyle yapılan PETde kitle lezyonu nedeniyle akciğer kanseri düşünülen ancak ameliyat sonrası incelemeler sonucunda bronşetazi tanısı alan olguyu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU: 72 yaşında erkek hasta, masif hemoptizi şikâyet nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde tansiyon 125/80 mm/Hg, nabız 94/dk, ateş 36,5°C ve solunum sayısı 24/dk idi. Fizik muayenesinde ve özgeçmişinde belirgin bir özellikle yoktur. Laboratuvar parametreleri anormallik saptanmadı. Toraks bilgisayar tomografisinde (BT) ve Pozitron emisyon tomografisi (PET/CT) çekildi. Sol akciğer üst lobda apikoposterior subplevral 50x86 mm boyutlarında (SUDmax 11.0) kitle saptandı (Şekil 1). Fiberoptik bronkoskopik (FOB) incelemesinde sağ üst lobda kanama alanı izlendi. Fakat endobronşiyal lezyon görülmedi ve olağan değerlendirildi. Bronş lavaj materyalinde patolojiye rastlanmadı. Alınan aspirasyon ve fırça örneklerinde malignite bulgusu saptanmadı. Asidorezistan basil (ARB) görülmedi. Transtorasik ince iğne aspirasyonu yapıldı, Fakat tanı elde edilemedi. Kist hidatik için yapılan aglütinin testleri negatif tespit edildi. Torakotomide sağ üst lobda yaklaşık 8 cm çapında pulmoner kitle palpe edildi. Frozen materyalinin patolojik incelemesinin malıgn lezyon olarak rapor edilmesi üzerine,pnömonektomi uygulandı. Patolojik bronşektazi olarak rapor edildi. Hastanın 6 aydır devam eden takiplerinde patoloji saptanmadı.

TARTIŞMA: Bronşektazi, solunum yollarındaki çeşitli mikroorganizmaların uygun olarak temizlenememesi ve tekrarlayıcı enfeksiyonlara bağlı olarak gelişen kronik bronşiyalenflamasyonun neden olduğu kalıcı hava yolu genişlemesidir. Antibiyotik tedavisi, solunum fizyoterapisi (postüral drenaj), medikal/konservatif tedavi seçenekleridir. Bununla birlikte, medikal/konservafif tedaviye cevapsız, kistikfibrozis dışı bronşektazili hastalarda uygun tedavi seçeneği cerrahidir. yapılan çalışmalarda, cerrahi tedavide mortalite oranları %0-3,4 arasında verilmiştir. akciğer enfeksiyonlarının tedavisindeki iyileşmeler bronşektazi insidansını buna bağlı olarak cerrahi tedaviye olan gereksinimi azaltmıştır.Akciğer kanserinin tanısal yönetimi genellikle akciğer grafisi ve/veya bilgisayarlı tomografide (BT) görülen bulgularla başlar. Bu bulgular kabaca; buzlu cam opasiteleri, nodul /kitle ve konsolidasyonlardır. Maligniteler ve enfeksiyonlar dışında ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar; bağ dokusu hastalıkları, vaskülitler, idiopatik interstisyel pnömoniler, mesleki hastalıklar ve sarkoidozdur. Bu hastalıklar radyolojik olarak akciğer kanserine benzer görünüm verebilir. Aynı zamanda bu hastalıklarda, akciğer kanseri sıklığı topluma göre artmıştır.

PETde tutulumu olan lezyonlar da ayırıcı tanı çok önemlidir. Ülkemizde sıklıkla tüberkülozla karışan akciğer kanserinin ayırıcı tanısında bronşektazi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: PET yalancı pozistif, bronşektazi,solid kitle

EP-214

TORAKOTOMİ YAPILAN HASTALARDA KİNEZYOLOJİK BANTLAMANIN AĞRI VE SOLUNUM FONKSİYONLARINA OLAN ETKİSİNİN İNCELENMESİ - RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Neriman Temel Aksu[1], Mükerrem Erdoğan[2], Abdullah Erdoğan[3]
[1]Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Antalya
[2]Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Fizyoterapi Teknikerliği Programı, Antalya
[3]Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

GİRİŞ: Torasik cerrahi sonrası ciddi ağrı olabilir. Torakotomi sonrası ağrı; hastalar tarafından zonklama, saplanma, aşırı hassasiyet, ayrılma ve yanma olarak tariflenmiştir. Kinezyolojik bantlama uzun yıllar spor yaralanmalarında kullanılmış olup son yıllarda majör cerrahi sonrası ağrıyı azaltmak için kullanılmaktadır. Bu araştırmanın amacı; torakotomi yapılan hastalarda kinezyolojik bantlamanın ağrı ve solunum fonksiyonlarına olan etkisini incelemektir.

GEREÇLER VE YÖNTEM:Bu araştırma randomize kontrollü prospektif olarak planlanmıştır ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi'nde posterolateral torakotomi yöntemi ile ameliyat edilen ve araştırma kriterlerine uyan 27'si kontrol olmak üzere toplam 54 hasta üzerinde yapılmıştır.

Her iki gruba da standart medikal tedavi, bakım ve pulmoner rehabilitasyon programı uygulanırken; çalışma grubuna ek olarak postoperatif sıfırıncı günden itibaren kinezyolojik bantlama yapılmıştır. Preoperatif dönemde, postoperatif 0. gün bantlamanın hemen sonrasında, postop 1., postop 2., postop 7. günlerde Vizüel Analog Skalası (VAS - Visual Analog Scale), Solunum fonksiyon testi (FVC, FEV1/FVC) uygulanarak değerlendirme yapılmış ve analjezi kullanım miktarları kaydedilmiştir.

BULGULAR: Postoperatif 0. gün, 1. gün ve 2. gün her iki gruptaki hastaların VAS ortalamalarının ve solunum fonksiyon testi sonuçlarının benzer olduğu; postoperatif diğer günlerde ise çalışma grubunun VAS ortalamalarının, kontrol grubunun VAS ortalamalarına göre daha düşük; solunum fonksiyon testi sonuçlarının ise daha iyi olduğu görülmektedir. Her iki gruptaki hastaların analjezik kullanım miktarları postoperatif 0. günden postoperatif 7. güne doğru azalmıştır. Fakat kinezyolojik bantlama yapılan çalışma grubundaki hastalar postoperatif 3. Günden itibaren daha az analjezik ilaç kullanmışlardır. Fakat kinezyolojik bantlama yapılan çalışma grubundaki hastalar postoperatif 3. günden itibaren daha az analjezik ilaç kullanmışlardır.

SONUÇ: Sonuç olarak torakotomi sonrası yapılan kinezyolojik bantlama hastaların cerrahi sonrası yaşadıkları ağrı hissini azaltmış, dolayısıyla sonulum fonksiyon testi sonuçlarını iyileştirmiştir.

TARTIŞMA: Torakotomi sonrası en sık rastlanan problem ağrıdır. En çok uğraşılan konulardan biri bu ağrının nasıl tedavi edilebileceği konusudur. Toraks cerrahisi sonrası hasta azalan solunum kapasitesini arttırmak, biriken sekresyonları atmak için gün içerisinde sık sık solunum ve öksürme egzersizleri çalışmalıdır. Fakat ağrısı azaltılamayan veya giderilemeyen hasta bu egzersizlere uyum sağlayamayacaktır. Bu araştırmada torakotomi sonrası ağrıyı bir an önce azaltıp solunum ve öksürme egzersizlerine olan uyumu sağlamak için kinezyolojik bantlama uygulanmıştır. Hastaların solunum fonksiyonlarının artması mortalite, morbidite riskini ve ek analjezi kullanım miktarını azaltmıştır.

Anahtar Kelimeler: ağrı, torakotomi, kinezyolojik bantlama, solunum fonksiyon testi.

EP-215

STERNUM FRAKTÜRÜ;23 OLGUNUN ANALİZİ

Kerem Karaarslan, İrem Beniz Ersoy Şiğva, Tülin Durgun Yetim
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Hatay

Sternum fraktürleri, özellikle künt göğüs travmaları sonrası %3-8 oranında karşımıza çıkan ve travmanın şiddeti açısından önemli bir durumdur. Trafik kazalarında artış özellikle ön koltukta oturan sürücü ve yolcularda sternum fraktürleri ile daha sık karşılaşmamıza neden olmaktadır, emniyet kemeri kullanımı insidansı arttıran diğer faktördür.Sternum fraktürleri yüksek enerjili bir travma sonucu oluşması nedeniyle beraberinde ek patolojiler eşlik edebilir. Özellikle kardiyak patolojiler açısından dikkatli olunması gereklidir. Tanısında lateral akciğer grafisi yeterli olmakla birlikte travma olgularının çoğunda mobilizasyon sıkıntısı nedeniyle tanı bilgisayarlı toraks tomografisi ile konulmaktadır.

Tedavide çoğunlukla konservatif yaklaşım yeterli olmakla birlikte nadiren sternumun cerrahi fiksasyonu gerekebilmektedir.Hastanemizde 2011-2018 yılları arasında sternum fraktürü nedeniyle hospitalize edilen 23 (17 erkek-6 kadın)hasta bu çalışmada değerlendirilmiştir. Hastalar yaş, cinsiyet, travmanın oluş şekli, emniyet kemeri kullanımı, kırığın lokalizasyonu ve şekli, tanı, ek patolojiler, tedavi ve yatış süreleri açısından retrospektif olarak değerlendirildi. ortalama yaş 47(17-86), en sık trafik kazası 16 (%69.5) izlendi, bu vakaların 8'inde emniyet kemeri takılı idi. Lokalizasyon olarak 14 olguda korpus 8 olguda manibriumda fraktür mevcuttu, ateşli silah yaralanması nedeniyle takip edilen bir olguda sternum korpusunda yaklaşık 2 cm lik kemik kaybı mevcuttu. 12 olguda kırık hattı deplase izlendi. Ek patoloji olarak; 5 olguda kot fraktürü, 5 olguda vertebra fraktürü, 2 olguda hemopnömotoraks, 1olguda pelvik fraktür, 1 olguda supdural hematom ve 1 olguda mediastinal hematom izlendi. 15 hastada gözlem yeterli olurken, 2 olguya tüp torakostomi, 1 olguda fiksasyon, 1 olguda sternum rezeksiyonu ve greftleme uygulandı. 3 olgu beyin cerrahisi tarafından opere edildi. tanı için 19 olguda bilgisayarlı toraks tomografisinden yararlanıldı. Sternumda kısmi kayıp olan ve sternum rezeksiyonu+greft uygulanan 1 hasta yatışının 44. gününde sepsis nedeniyle, servikal fraktürü olan bir hasta ise yatışının 11. gününde servikal dislokasyon nedeniyle kaybedildi. Hastanede yatış süresi ortalama 6.5 gün (2-44) olarak tesbit edildi.Sternum fraktürü insidansı son yıllarda trafik kazaları ve emniyet kemeri kullanımının artmasına bağlı olarak yükselmektedir. İzole sternum fraktürlerinde konsevatif tedavi yeterli olmakla birlikte ek patolojilerin bulunması morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: sternum, travma, fraktür

sternum fraktürü

lateral akciğer grafisinde sternum corpusta non-deplase fraktür hattı

sternum fraktürü

sternum corpusta deplase fraktür hattı

EP-216

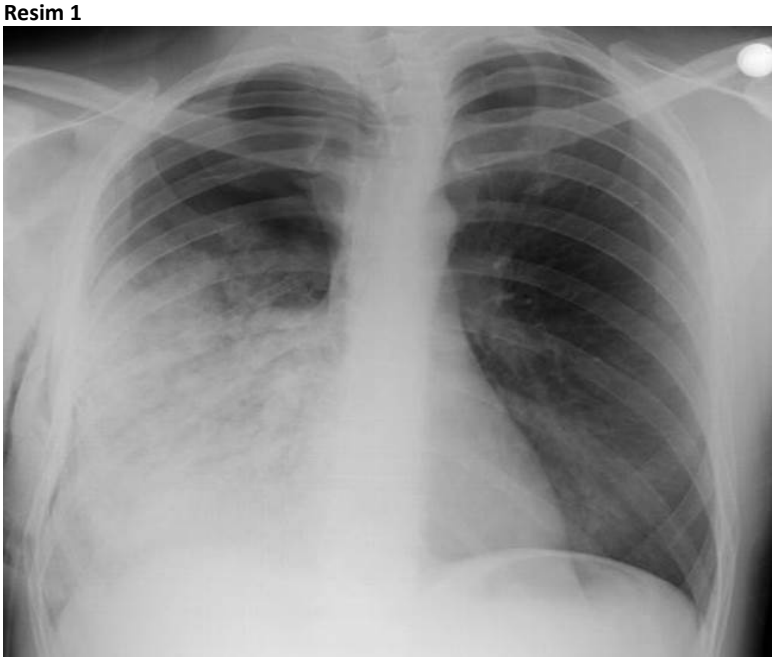
ÖLÜMCÜL BİR KOMPLİKASYON:REEKSPANSİYON AKCİĞER ÖDEMİ

Ahmet Dumanlı[1], Şule Çilekar[2], Ersin Günay[2], Gürhan Öz[1]
[1]Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar
[2]Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Reekspansiyon akciğer ödemi; pnömotoraks, plevral efüzyon ve atelektaziye sekonder olarak, kollabe olmuş akciğerin tedavisi sırasında gelişen nadir ancak ölümcül olabilen klinik bir durumdur. Genellikle akciğerin 72 saatten fazla süre ile kollabe kaldığı durumlarda havanın veya sıvının hızlı boşaltılması ile oluşur.31 yaşında erkek hasta 3 gün önce başlayan batıcı tarzda sırt ağrısı ve son 24 saatte gelişen nefes darlığı şikayeti acil servise başvurmuş. Çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ hemitoraksta total pnömotoraks saptanması üzerine kliniğimize konsulte edildi. Tüp torakostomi uygulandıktan hemen sonra genel durumu kötüleşen ve reekspansiyon akciğer ödemi gelişen hasta yoğun bakıma alındı. Kortikosteroid, diüretik ve oksijen tedavisi başlanan sıvı kısıtlaması uygulanan hastanın 48 saat sonra vital bulguları düzeldi Yatışından 5 gün sonra taburcu edildi. Uzun süre kollabe kalan akciğerin hızlı ekspansasyonuna bağlı gelişen bu komplikasyon, agresif müdahele edilmediği takdirde ölümcüldür. Olgumuz, hızlı tanı ve tedavinin taşıdığı hayati önemi vurgulamak için literatür eşliğinde sunuldu.

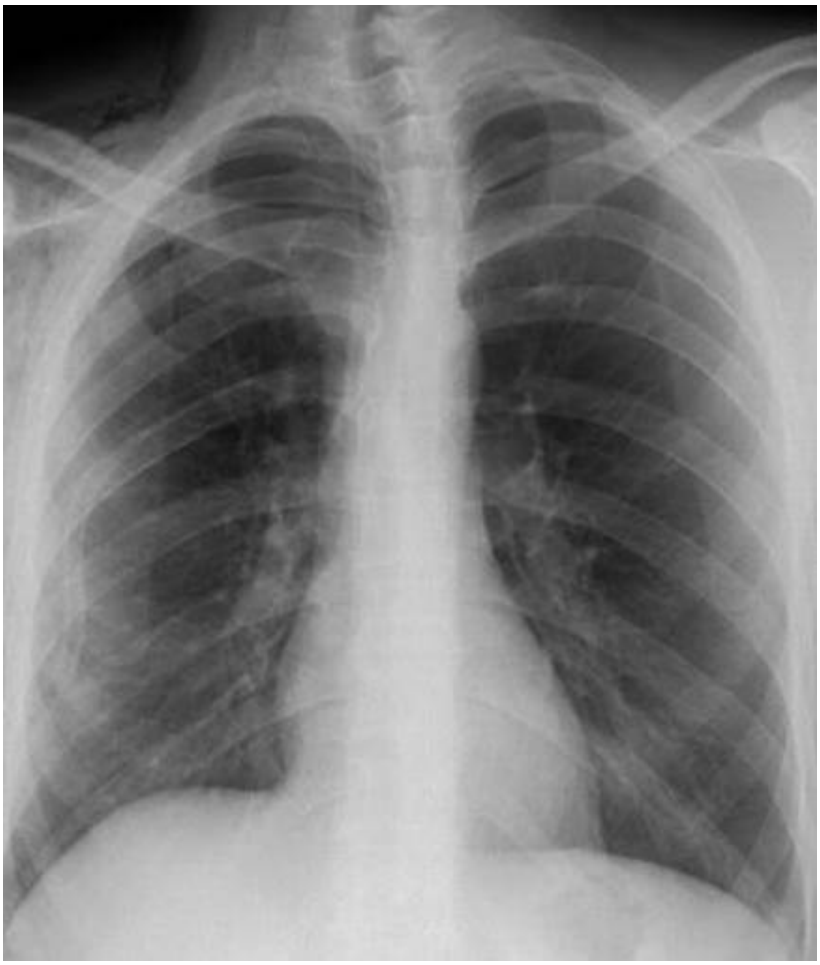
Anahtar Kelimeler: Pnömotoraks,reekspansiyon akciğer ödemi,ölümcül komplikasyon

Resim 1



PA akciğer grafide tüp torakostomi sonrası reekspansiyon akciğer ödemi

Resim 2



Tedavi sonrası 72.saat Pa Akciğer grafi

EP-217

SPONTAN ŞİLOTORAKS

Ekrem Senturk[1], Fadime Tülücü[2]
[1]Yakın Doğu Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi, Lefkoşa, Kıbrıs
[2]Yakın Doğu Üniversitesi, Göğüs hastalıkları, Lefkoşa, Kıbrıs

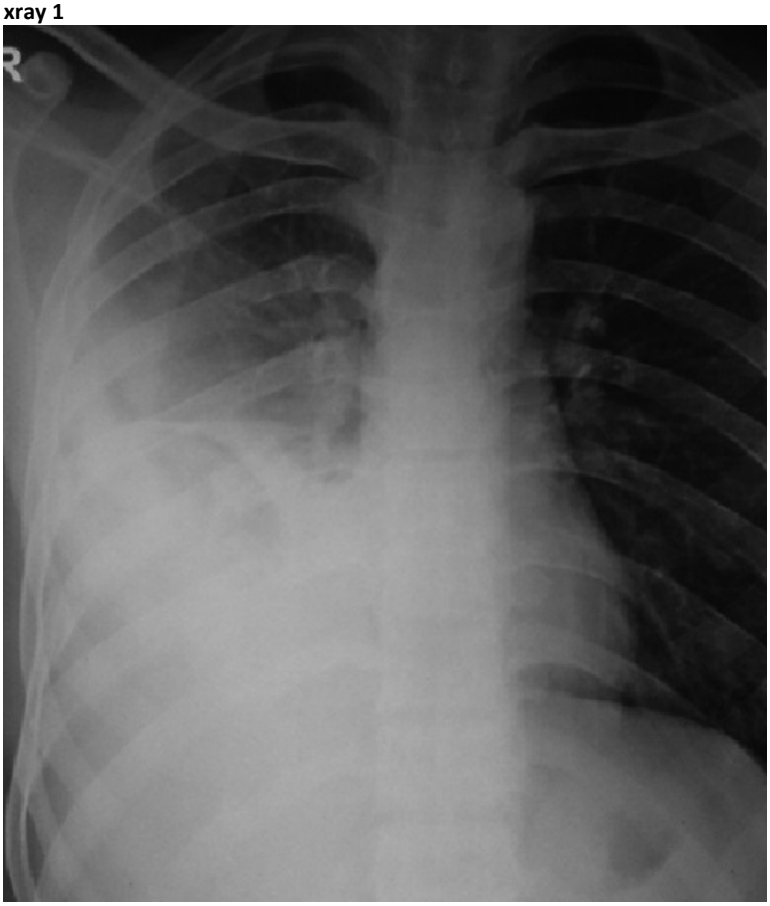
GİRİŞ :Şilotoraks plevral boşlukta lenfatik sıvının birikmesiyle gelişen nadir bir durumdur. Travma, malignite, enfeksiyon ve enflamatuar nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Tedavide 2 haftalık konservatif tedaviye yanıt olmaması durumunda cerrahi endikasyon vardır. Yazımızda herhangi bir patolojik etiyolojinin saptanamadığı bir şilotoraks olgusu paylaşılmıştır.

OLGU SUNUMU:44 yaşındaki erkek hasta nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede solunum sayısı artmış ve sağ bazalde solunum sesleri azalmış duyuldu. Akciğer grafisinde sağda ılımlı plevral efuzyon görülmesi üzerine hastaya torasentez yapıldı. (Resim 1). Torasentez sıvısı sarı beyaz renkte idi, şilotoraks ya da piyotoraks olabileceği düşünülerek laboratuar incelemesine gönderildi. Hastaya tüp torakostomisi uygulandı ve sualtı drenajına alındı. Hastanın yapılan tetkiklerinde lökosit; 11200, eritrosit 4.430.000, Hb 14.2 g/dL, Hct %37.8, trombosit 197000, glikoz 164 mg/dL, üre 55 mg/dL, kreatinin 1.33 mg/dL, sodyum 137 mEq/L, potasyum 4.85 mEq/L, kalsiyum 10.4 mg/dL bulundu. Plevral drenaj sıvısının yapılan biyokimyasal incelemesinde kolesterol 164 mg/dL ve trigliserid 213 mg/dL olarak saptandı. Plevral sıvının patolojik incelemesinde Sudan III ile yağ globüllerinin görülmesi ile şilotoraks rapor edildi. Hastada oral beslenme kesilerek total parenteral beslenme başlandı. Hastaya ocreotid 0.1 ml 2x1 subkutan başlandı. Günlük ortalama 400-600 ml drenajı olan hastanın 12. Günden sonra 100 ml nin altına düştüğü görüldü.15. günde akciğer gr de akciğer ekspanse ve sinuslar açık görüldü. Daha sonra Toraks BT, abdominal Bt ve abdominal USG ile toraksta ve abdomende patoloji saptanmadı. Hastanın hemotolojik ve biyokimyasal değerleri normal görüldü. Dreni çekilen hasta 3 gün oral alıma geçilerek kontrol grafileri ile takip edildi. İzlemde sorun yaşanmayan hasta taburcu edildi. (Resim 2).

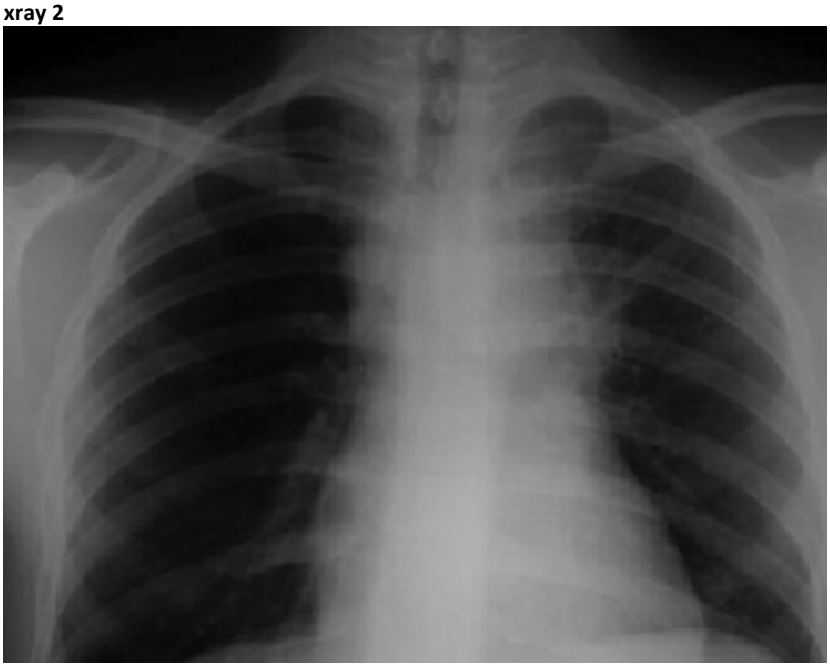
TARTIŞMA:Şilotoraks nadir gelişen, ancak kolay tanı konabilen bir klinik tablodur, ancak olgumuzda olduğu gibi spontan şilotoraksta tanı daha zordur. Hayati komplikasyonlara yol açabileceğinden derhal konservatif medikal tedavi uygulanmalıdır. Nedeni bilinmeyen sıvılarda şilotorak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: şilotoraks, spontan, plevral efuzyon

xray 1



xray 2



EP-218

HAVALI TÜFEK YARALANMASI; SAÇMA NEREDE?

Tülin Durgun Yetim[1], Kerem Karaarslan[1], İrem Beniz Ersoy Şığva[1], Cem Lale[3], Hafize Yalınız[2]
[1]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Hatay
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı Adana
[3]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı Hatay

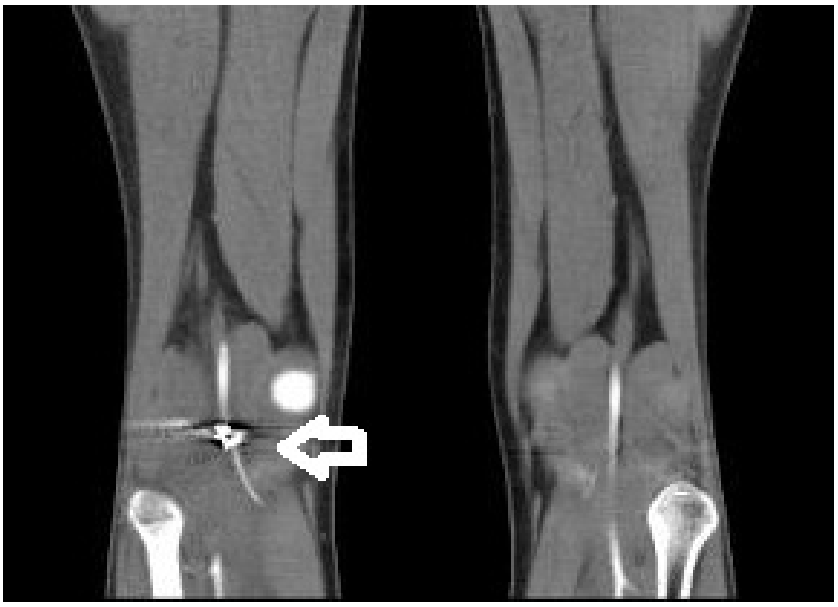
Havalı silahlar genelde lunapark ve benzeri yerlerde eğlence amacı ile kullanılan, atıldıktarı doğrultuda yüksek hızlara çıkabilen ve ciddi yaralanmalara neden olabilme potansiyeli taşıyan silahlardır. Havalı tüfekte, alüminyum merminin namludan çıkış hızı ortalama 150-200 m/sn'dir. Daha iyi havalı tüfeklerde 350 m/sn'ye yakın hızlar sağlanabilmektedir ki bu ortalama bir ateşli silah mermisinin namlu çıkış hızına yakındır. Bu havalı silahları üreten firmalar, orijinal ateşli silahları taklit ettiklerinden ilk bakışta ayırt edilememekte, bu açıdan da satışı rağbet gören bu tip silahlar günlük yaşamda deniz kenarları, çocuk parkları ve lunaparklarda ücret karşılığı kullanılabilmektedir.Ondokuz yaşında erkek hasta 4 gün önce kardeşi tarafından yaklaşık 15 m mesafeden kaza ile vurulma nedeniyle ayaktan polikliniğimize başvurdu. Vital bulguları stabil olan hastanın sol 2. interkostal aralık sternum kenarında yaklaşık 3-4 mm saçma giriş deliği olarak değerlendirilen lezyonu mevcuttu.Çekilen akciğer grafisinde patoloji izlenmedi. Hastanın bilgisayarlı toraks tomografisinde üst mediastende minimal amfizem, aortta brakiosefalik arter ve sol common carotid arter arasında lokalize mediastene minimal kontrast madde kaçışı izlendi, saçma ise izlenmedi(resim1). Hastanın anamnezinden sağ popliteal alanda hareketle ağrı şikayeti olması üzerine yapılan doppler ultrasonografik inceleme ve ct anjiyografide sağ popliteal arteri bifirkasyo düzeyinde tama yakın tıkayan yaklaşık 5mm çaplı yuvarlak opasite izlendi(resim2). Hastada yaralanma sonucu toraksa giren saçmanın aortu delerek sistemik dolaşıma katıldığı popliteal artere gelerek burayı tam tıkadığı anlaşıldı. Kalp ve damar cerrahisi tarafından değerlendirilen hasta acil operasyona alınarak sternotomi ile aort onarıldı ve popliteal arterdeki saçma çıkarıldı. Hastada herhangi bir morbidite gelişmeden şifa ile taburcu edildi.Havalı tabancalar masum silahlar olarak değerlendirilmemeli ve yaralanmalarının ciddi sonuçlar doğurabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: havalı silah, aort yaralanması, saçma

resim 1

aortta izlenen yaralanmanın ct görüntüsü

resim 2



sağ popliteal arter içerisinde saçma

EP-219

PULMONER KİTLE NEDENİYLE CERRAHİ UYGULANAN PNÖMOKONYOZ OLGULARI

Mertol Gökçe[1], Korcan Tilkan[1], Serkan Uysal[1], Bülent Altınsoy[2], Fatma Erboy[2], Figen Atalay[3], Meltem Tor[3], Burak Bahadır[4]
[1]Göğüs Cerrahisi Anabilimdalı, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak
[2]Göğüs Hastalıkları Anabilimdalı, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak
[3]Göğüs Hastalıkları, Medicana International Hastanesi, Ankara
[4]Patoloji Anabilimdalı, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak

GİRİŞ-AMAÇ: Toraks radyolojisinde opasitelerle kendini gösteren lezyonları akciğer kanserinden ayırmak önemlidir. Biz merkezimizde akciğerde nodül veya kitle nedeniyle tanı ve/veya tedavi amacıyla cerrahi uyguladığımız patoloji sonucu pnömokonyoz olan 11 olgumuzu geriye dönük değerlendirmek için sunuyoruz.

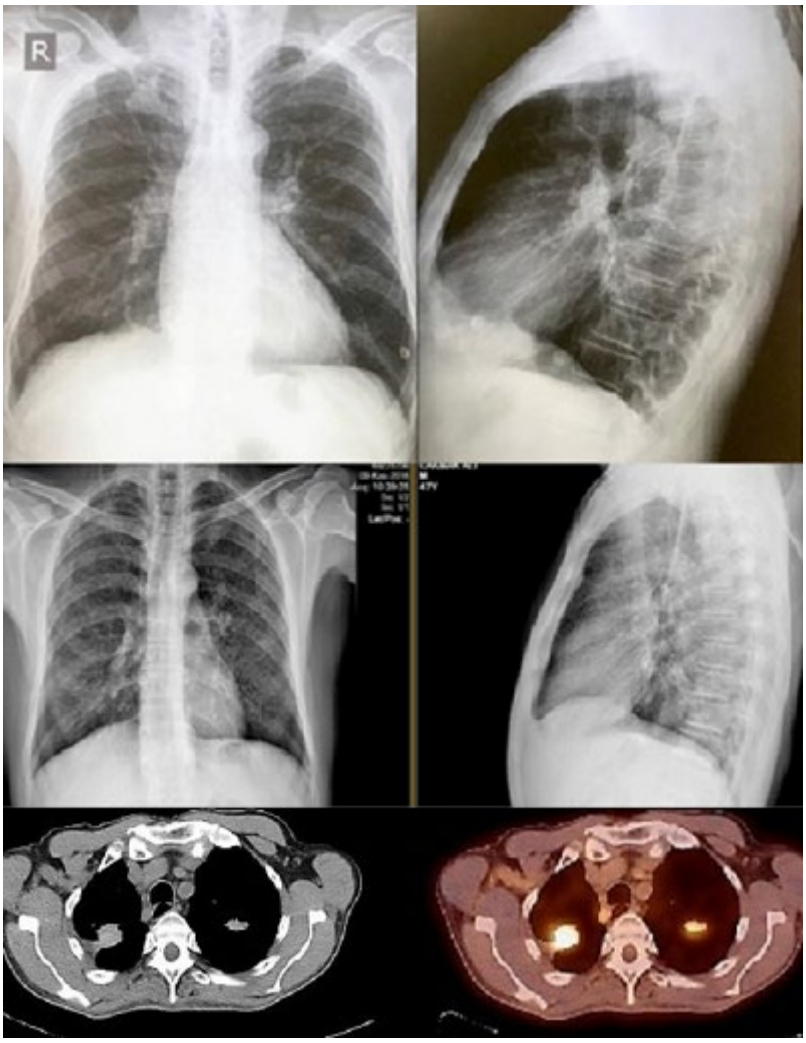
YÖNTEM-GEREÇLER: 2009-2017 yılları arasında akciğerde nodül veya kitle nedeniyle torakotomi ve/veya video-yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) ile rezeksiyon uyguladığımız patoloji sonucu pnömokonyoz olarak raporlanan 11 olgumuz tespit edildi. Olguların yaş, cinsiyet, meslek, radyolojik bulguları, operasyon, komplikasyon ve patoloji sonuçlarını geriye dönük inceledik.

BULGULAR: Olguların hepsi erkek cinsiyet olup yaş aralığı 47 ile 70 (ort:60) arasında idi. Olguların meslek dağılımları, 8'i kömür madeni işçisi, 2'si demir çelik fabrikası işçisi ve 1 olgu ise kahvehane işinde çalışıyordu. Lezyonlar radyolojik olarak 9 sağ, 1 sol ve 1 olguda ise bilateral yerleşimli idi. Olguların hepsine bronkoskopik inceleme yapıldı, 6 olguya trans-bronşial ince iğne aspirasyon (TBİİA) biyopsisi yapıldı. Mediastende patolojik boyutta lenf nodu olan olgular (n:6)'a önce mediastinoskopi yapıldı. Torakotomi ile 7 olguya, VATS ile 4 olguya yaklaşıldı. Cerrahi rezeksiyon olarak wedge rezeksiyon (9), biyopsi (1) ve sol üst lobektomi (1), uygulandı. Operasyon esnasında ve postoperatif dönemde mortalite izlenmedi. Bir olguda ekspansiyon kusuru ve bir olguda da post-torakotomi ağrı gelişti. Olguların patoloji sonuçları, 5 olgu basit pnömokonyoz, 3 olgu komplike kömür işçisi pnömokonyozu, 3 olgu ise antrakozis-fibrozis ile uyumlu raporlandı.

TARTIŞMA-SONUÇ: Klinik uygulamada, göğüs radyografisi, bilgisayarlı toraks tomografi (BT), pozitron emisyon tomografi (PET/BT), bronkoskopik inceleme ve transtorasik biyopsi, pnömokonyoz tanısını doğrulamak ya da reddetmek için her zaman yeterli olmayabilir. Bu koşullar altında teşhis koymak için akciğer biyopsisi gereklidir. Akciğerde yer alan lezyonların pnömokonyoz olabileceği akılda tutulmalıdır.

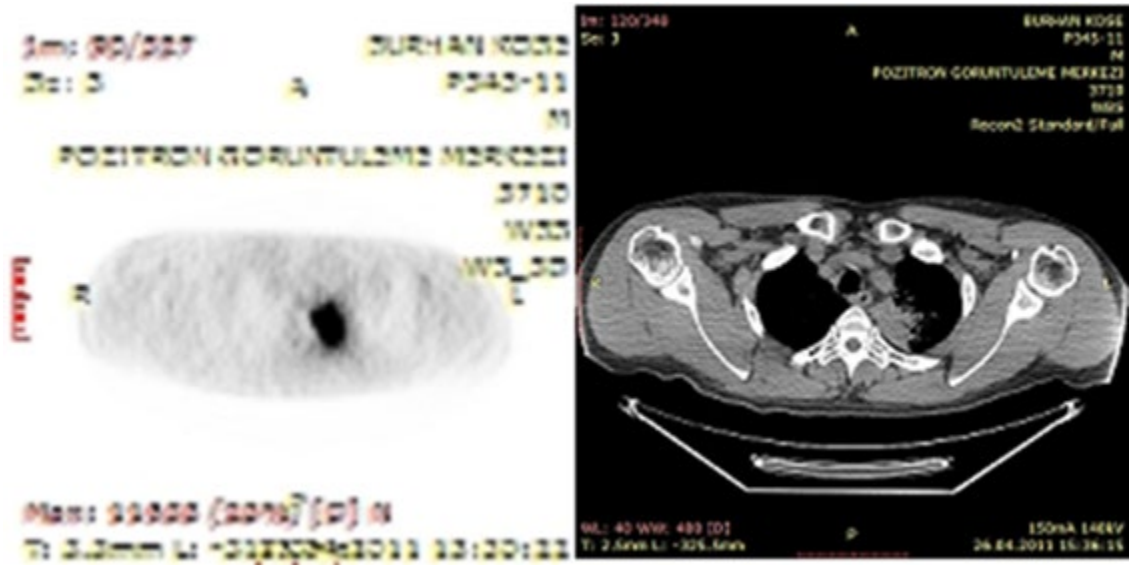
Anahtar Kelimeler: pulmoner kitle, cerrahi rezeksiyon, pnömokonyozis

Resim1



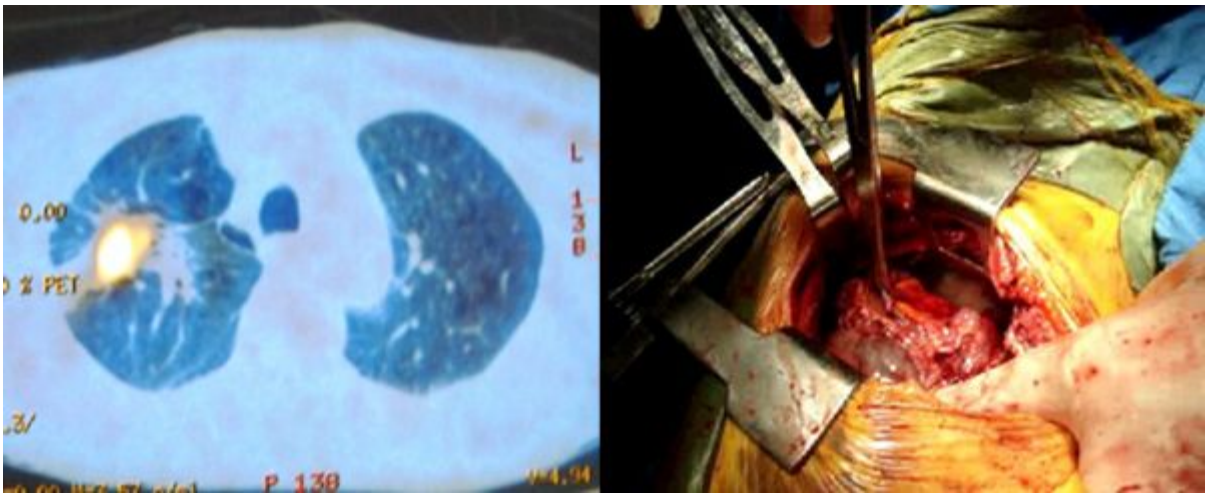
Toraks radyolojisinde opasitelerle kendini gosteren pnomokonyoz lezyonları.

Resim2



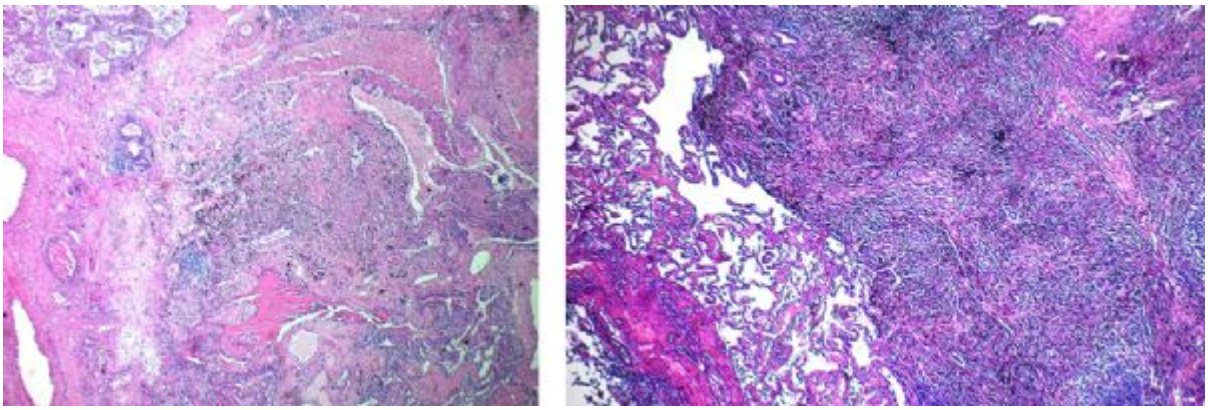
PET/BT de sol ust lob apikoposterior segmentte malign karakterde FDG tutulumu gosteren pnomokonyoz lezyonu

Resim3



Sag ust lob apikal segmentte malign karekterde tutulum gosteren lezyonun torakotomi ile frozen patoloji biyopsi ile pnomokonyoz tanısı konulan olgu.

Resim4



Resmin ortasında daha belirgin olmak uzere yogun fibrozis ve antrakozis. Sol ustte ve sag altta rezidu slit (yarik) seklinde alveoller. Ikinci resmin solunda alveoller sagda yogun fibrozis ve antrakozis

Tablo 1

	Üst lob	Alt lob superior segment
Sağ hemitoraks	7	2
Sol hemitoraks	1	-

Operasyona aldığımız olguların radyolojik olarak lezyonların lokalizasyonlarının dağılımı

Tablo 2

Üst lobektomi	Biyopsi	Kama (Wedge) rezeksiyon
1	1	9

Olguların akciğer biyopsi ve rezeksiyon dağılımları.

Tablo 3

Patolojik Tanı	olgu sayısı (n)
Basit pnömokonyoz	5
Komplike kömür işçisi pnömokonyozu	3
Antrakozis	3

Olguların patoloji sonuçlarının dağılımı

Tablo 4

Hemoptizi
Pnömotoraks
Plevral hastalıklar (plak, efüzyon)
Enfeksiyon (tb)
Otoimmün hastalıklar (RA, Skleroderma, SLE)
Antrakofibrozis
Kr. İnterstisyel pnömoni
Malignensi (Akciğer kanseri, mezotelyoma)

Pnömokonyozisin komplikasyonları

EP-220

AKCİĞER TRANSPLANT ADAYI HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

İpek Bayraktar[1], Hakan Kitapçı[2], Hafize Kaya Namazcı[1]
[1]Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Gebze Teknik Üniversitesi

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmanın amacı Akciğer Transplant adayı hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesidir. Elde edilen veriler SPSS programıyla analiz edilerek hastaların demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi alt boyutları açısından farklılıklarına bakılacaktır.

YÖNTEM: Çalışma 52 Akciğer Transplant adayı hastada gerçekleştirilmiştir. Hastalara, Amerikan Ulusal Tıp Merkezi ve Beckman Araştırma Enstitüsü tarafından önerilen yaşam kalitesi soruları yöneltilmiştir. Anket, yaşam kalitesinin alt boyutları olan fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal kaygılar ve ruhsal olarak iyi olma ve sosyo demografik özelliklere ilişkin sorulardan oluşturulmuştur. Veriler hemşireler tarafından görüşmeler yoluyla toplanmıştır.

BULGULAR: Elde edilen veriler SPSS programıyla analiz edilmiş hastaların demografik farklılıklarına göre yaşam kalitesi alt boyutları açısından farklılıklarına bakılmıştır. Ön analizde elde edilen bulgulara göre; Ruhsal iyi olma halinde ve yaşam kalitesi açısından sigara içmeyenler açısından anlamlı farklılık; Ruhsal iyi olma halinde alkol almayanlar açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Yaşam kalitesinin alt boyutları olan fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal kaygılar ve ruhsal olarak iyi olmaya ait ortalama, standart sapma ve medyan değerleri sırasıyla şu şekilde hesaplanmıştır; 3,08±,75, 3,10; 3,08±,45, 3,00; 3,84±,42, 3,88 ve 3,39±,49, 3,40.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ön analizde elde edilen bulgulara göre sosyal kaygı hastalar açısından daha fazla, fiziksel sağlık daha az hissedilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer nakli, yaşam kalitesi, transplant adayı hasta

YAŞAM KALİTESİ ALT BOYUTLARINA İLİŞKİN ORTALAMA, MEDYAN VE STANDART SAPMA DEĞERLERİ

	FİZİKSEL SAĞLIK	PSİKOLOJİK SAGLIK	SOSYAL KAYGI	RUHSAL İYİ OLMA HALİ	GENEL YAŞAM KALİTESİ
N	50	50	50	50	50
ORTALAMA	3.08	3.08	3.84	3.39	3.35
MEDYAN	3.10	3.00	3.88	3.40	3.32
STANDART SAPMA	.75	.45	.42	.49	.37

EP-221

TRANSSTERNAL/TRANSPERİKARDİYAL YAKLAŞIMLA AMELİYAT EDİLEN MEDİASTİNAL LİPOSARKOM OLGUSU

Merve Şatır Türk, Nur Dilvin Özkan, Elgün Valiyev, Aynur Baş, Anıl Gökçe, Muhammet Sayan, Ali Çelik, İsmail Cüneyt Kurul, Abdullah İrfan Taştepe
Gazi Üniversitesi, Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Mediastinal liposarkomlar nadirdir ve tüm mediastinal malignitelerin % 1'inden daha azını ve mediastinumun primer sarkomlarının yaklaşık % 9'unu oluşturmaktadır. Burada transsternal/transperikardiyal yöntemle rezeke edilen mediastinal liposarkom olgusunu sunmayı amaçladık.

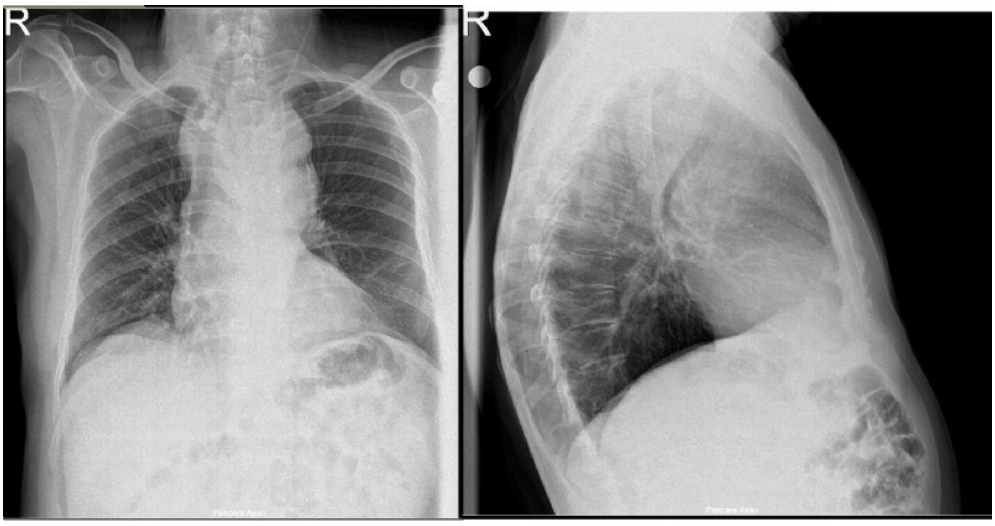
OLGU: 56 yaşında erkek hasta, öksürük şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın akciğer grafisinde mediastinal gölgede genişleme ve trakeal deviasyon saptanması üzerine çekilen toraks BT'de sternumun hemen üst düzeyinden başlayan orta ve posterior mediasteni dolduran, sol atriyumu komprese eden 165 x 95 x 75 mm boyutlarında multilobüle gross kitle izlendi(Resim1,2). PET BT'sinde kitlenin patolojik 18- FDG tutulumu suvmax: 2.70 olarak izlendi. Transsternal/transperikardiyal yaklaşımla kitle rezeke edildi. Patoloji raporu:miksoid değişiklikler gösteren iyi diferansiye liposarkom olarak raporlandı. Hasta postoperatif 5. günde komplikasyonsuz taburcu edildi.

TARTIŞMA: Primer mediastinal liposarkomlar nadir görülen neoplazmlardır. Liposarkomlar, tüm mediastinal kompartmanlarda tanımlanmıştır ancak en sık olarak posterior mediastende görülür. İnvaziv olmayan büyüme paterni nedeniyle bu tümörlerin çoğu tanı anında çok büyük boyutlara ulaşabilmektedir. Hastalar genellikle asemptomatik olmakla birlikte; göğüs ağrısı, nefes darlığı, hırıltı, öksürük ve kilo kaybı görülebilir. Asemptomatik olgularda insidental radyolojik görüntülemelerle tanı konulmaktadır.Kemoterapiye ve radyoterapiye dirençli olduklarından dolayı mediastinal liposarkomlarda ilk tercih tedavi olarak cerrahi önerilmektedir. Çevre dokuya invazyon nedeniyle total rezeksiyon imkansız olsa bile, kısmi eksizyon kitlenin kompresyon etkisini ve tümör yükünü hafifletebilir. Yapılan bir çalışmada mediastinal liposarkomlarda en önemli prognostik faktörün kitlenin komplet rezeksiyonu olduğu bildirilmiştir. Cerrahi teknik; tümörün yerleşimine göre torakotomi, VATS, sternotomi, Clamshell insizyonu vs. gibi değişik şekillerde uygulanabilir. Olgumuzda kitlenin visseral mediasten yerleşimli olması, vaskuler ve sol atriyum invazyonunun net olarak dışlanamaması nedeniyle ve de R0 rezeksiyonu sağlamak amacıyla sternotomi/ transperikardiyal yaklaşım tercih edildi. Sternotomi ile anterior mediasten eksplore edildi. Askı teyp ve damar ekartörleri yardımıyla asendan aort mediale, vena cava superior laterale ekarte edilerek perikard insize edildi ve visseral mediastene ulaşıldı, kitlenin komplet rezeksiyonu sağlandı(Resim3).Mediastinal liposarkomların prognozu, tümörün derecesine ve cerrahi rezeksiyonun R0 olmasına bağlıdır. Olgumuzun patolojisi iyi diferansiye miksoid liposarkom olarak raporlandı. Hastanın kontrolünde nüks saptanmadı, takiplerine devam edilmektedir.

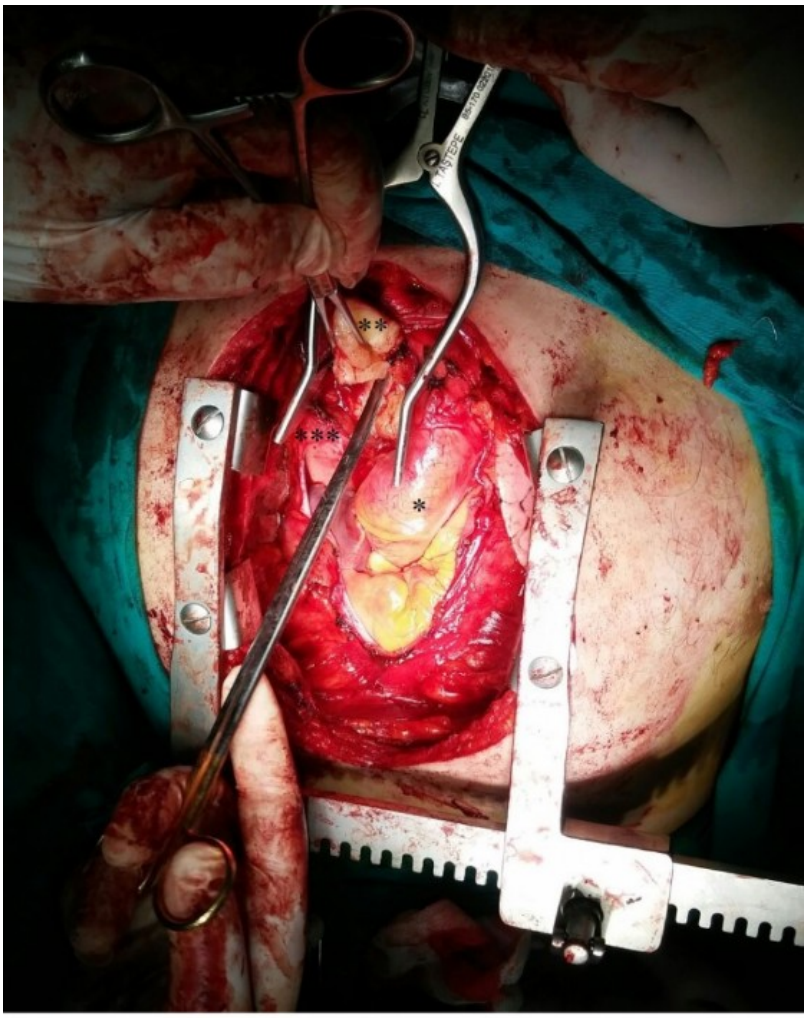
SONUÇ: Oldukça nadir görülen mediastinal liposarkomlarda öncelikli tedavi şekli diğer sarkomlarda olduğu gibi cerrahidir. Bu tümörler kemoradyoterapiye dirençli olup en önemli prognostik faktörler; R0 rezeksiyon ve tümörün düşük dereceli olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, mediastinal liposarkom, sternotomi,

resim 1



resim 2



*: Asendan aorta
**: Kitle
***: VCS

EP-222

AMPİYEM TEDAVİSİ SONRASI TANI KONULAN PSÖDOŞİLOTORAKS OLGUSU

Mertay Boran[1], Ertay Boran[2], Bülent Tunçözgür[3], Genco Çetinkanat[3]
[1]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Düzce
[2]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Düzce
[3]Güven Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Ankara

GİRİŞ: Psödoşilotoraks, plevral efüzyonların oldukça nadir görülen bir formudur. Psödoşilotoraksın gelişmesi için geçen süre ortalama beş yıl olup, bu süre 1-15 yıl arasında değişmektedir. Hastaların çoğu asemptomatiktir. Plevral zarlarda kalınlaşma ve kalsifikasyon mevcuttur. Psödoşilotoraksta semptom olmadığında tedavinin gerekli olmadığını ifade eden yayınlar da mevcuttur. Ampiyem tedavisi sonrası parsiyel Videotorakoskopik(VATS) dekortikasyon ile tanısı konulmuş psödoşilotoraks olgusunu sunacağız.

OLGU: Yüksek ateş, halsizlik şikayeti ile acil servise başvuran 52 yaş ek hastalığı olmayan erkek hastada sol hemitoraksta uygulanmış pesser sonda ve pürülan drenaj saptandı. 3 hafta önce tüp torakostomi uygulandığını ampiyem tedavisi icin dış merkeze haftalık kontrole gittiğini belirten hastada sedimentasyon 115 mm/saat, crp 29.6 mg/dl, wbc 14.3, saptandı. Pürülan plevral sıvı kültüründe stenotrophomonas maltophila, kleibsella pnömonia üremesine uygun antibiotik tedavisi başlandı. Toraks BT de plevral kalsifikasyonla birlikte plevral kalınlaşma ve ekstratorasik yerleşimli pesser sonda gözlendi(Resim 1). Tüp torakostomi ve günlük intraplevral lavaj ve antibiyotik tedavisi sonrası seröz renkte plevral sıvı drenajı sağlanan hastada crp 2, sedim 32 ye geriledi. 3 ay sonra tek port VATS eksplorasyon sonrası 1 cm civarı kalınlaşmış kostal plevra, önce ekstraplevral düşürüldükten sonra koter ile kesilerek dekortike edildi. Hastanın ileri girişime izin vermemesi nedeni ile visseral plevraya dekortikasyon uygulanmadı. Patolojide kronik plevrit, fibrin birikimi, kolesterol yarıkları oluşumu, bunlara karşı yabancı cisim doku reaksyonu saptandı. Tbc kültürleri negatif raporlandı. Taburcu edildikten sonra 20 günde bir dort defa 500 ml seröz plevral sıvı torasentez ile boşaltıldı. Torasentez sonlandırıldıktan sonra 2 ay takip edilen hastada sol hemitoraksa sabit seviyede duran plevral efuzyon saptandı. Crp sedim normal sınırlarda hasta asempomatik olarak takip edilmeye devam edilmektedir.

SONUÇ-TARTIŞMA: Psödoşilotoraksta biriken plevral sıvının belirli seviyede sabit olduğu ve artış göstermediği saptandı.VATS ile tek porttan dekortikasyon başarı ile yapılabilir. Asemptomatik olduğu sürece psodöşilotoraksta invazif girişimler ampiyem riski taşıdığı için yapılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: psödoşilotoraks, tedavi, videotorakoskopi, dekortikasyon

Figur 1

Toraks BT de kalınlaşmış plevral yapraklar ve ekstratorasik yerleşimli pesser sonda görünmektedir

EP-223

SAĞ ANA BRONŞTA ENDER BİR YABANCI CİSİM- ENDOTRAKEAL TÜP BAĞLANTI KONNEKTÖRÜ

Ertay Boran[1], Mertay Boran[2], Fatih Alper Akcan[3], Leyla Aydın[4]
[1]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Düzce
[2]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Düzce
[3]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, Düzce
[4]Düzce Özel Çağsu Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Düzce

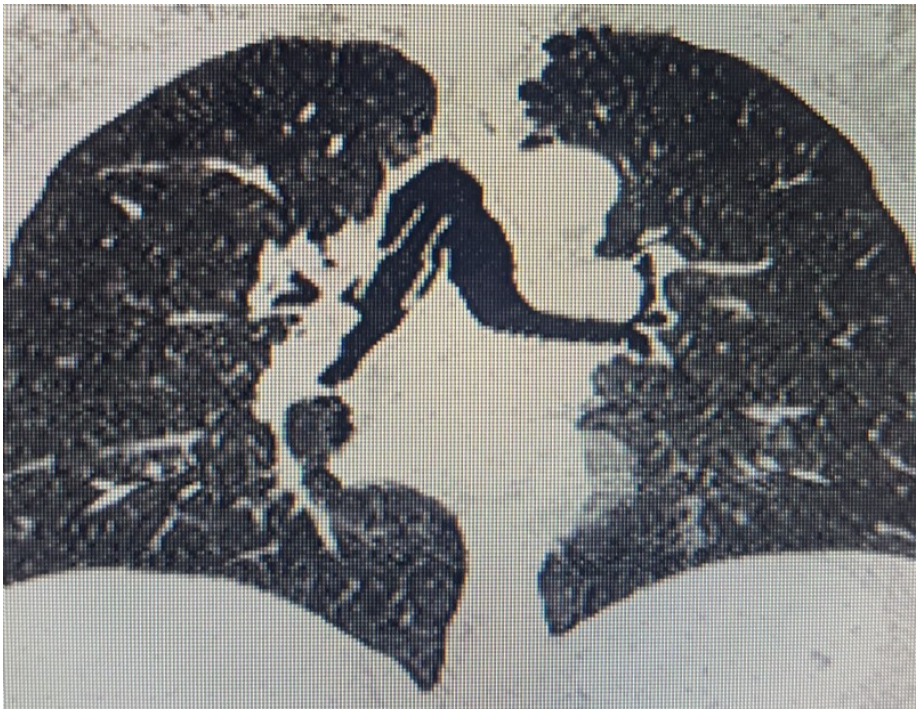
GİRİŞ: Yabancı cisim aspirasyonları en sık çocuk yaş gruplarında görülür. Peroperatif yabancı cisim aspirasyonu enderdir. Efor ile gelen şiddetli öksürük hikayesi olan hastada saptanan ilginç yabancı cisim olgusunu sunuyoruz

OLGU: 2 yıl önce hemoroid ameliyatı, 3 yıl önce spinal anestezi ile prostat operasyonu hikayesi, 10 yıl önce burun deviasyon ameliyatı,15 yıl önce apandisit ameliyatı hikayesi olan 64 yaş erkek hasta efor –konuşma sırasında gelen şiddetli öksürük atakları sonrası presenkop şikayetleri nedeni ile Kardiyoloji, Nöroloji polikliniklerinde tetkik yapıldığını belirtti. Öksürük etiyolojisine yönelik toraks BT çekildikten sonra Toraks bt de sağ ana bronşta, şekil değişikliğine neden olan yabancı cisim izlendi. Rijit bronkoskopi ile yabancı cisim vokal kortlara kadar çekildi, ancak çıkarılamadı. Cerrahi kararı alındı. Yüksek frekanslı jet ventilasyon ile havalandırma ile entübe edilmeden genel anestezi uygulanan hastaya boyun kesisi ile trakeaya kadar yapılan diseksiyon sonrası öncelikle fleksible bronkoskopi ile seviye belirlendikten sonra trakea 2-6 halka seviyesine anteriyor duvara vertikal insizyon uygulandı. Distal trakea seviyesinden endobronşial tüp ile havalandırılırken, Yabancı cisim forseps ile alındı, daha sonra hasta orotrakeal entübe edildikten sonra trakea ön duvarı primer tamir edildi. Yabancı cismin 8.5 numara endotrakeal tüp konnektörü olduğu gözlendi. Sorunsuz postoperatif takip dönemi sonrası hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA: Endotrakeal tüp ile entübe edilen hastaların ekstubasyon dönemine dikkat edilmelidir. Konuşurken oluşan öksürük ve presenkop şikayetlerinde tomografik tetkik unutulmamalıdır. Yüksek frekanslı jet ventilasyon trakea cerrahisinde başarıyı arttırmaktadır

Anahtar Kelimeler: peroperatif dönem, yabancı cisim aspirasyonu, trakea cerrahisi.

Resim 1



toraks bt: sağ ana bronşta şekil değişikliğine neden olan yabancı cisim

EP-224

MUAYENE VE ANAMNEZİN ÖNEMİ; VANİSHİNG LUNG SENDROMU

Hakkı Ulutaş, İlham Gülçek, Mehmet Ağar, Muhammet Reha Çelik
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

"Vanishing lung" sendromu; bir veya birden fazla dev bülün, bir hemitoraksın tamamına yakın kısmını doldurması ve alttaki akciğer dokusunu kollabe etmesi ile karakterize bir sendromdur. Fizik muayene ve anamnezin hastalığın tanısında ne kadar önemli olduğunu gösteren olgu sunuldu.

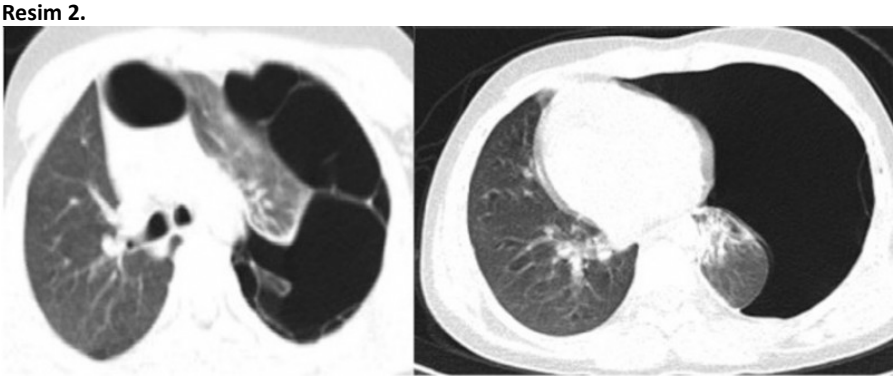
Hafif bir göğüs ağrısı şikayeti ile acile başvuran 12 yaşında bayan hastada solunum sıkıntısı ve nefes darlığı yoktu. Genel durumu iyi olan olgunun PA akciğer grafisinde; solda trakea deviasyonuna ve mediastinal şifte neden olmuş, sol hemitoraksın tamamını doldurmuş ve tansiyon pnömotoraksı düşündüren, akciğer dokusunun görülmediği hiperlüsensi saptanmış (Resim 1). Toraksın bilgisayarlı tomografisinde; özellikle apekste septasyonları olan sol akciğerde total atelektaziye neden olmuş hava dansitesi pnömotoraks olarak değerlendirilmiş (Resim 2) ve acil şartlarda sol tüp torakostomisi uygulanmış. Tüp torakostomi sonrası klinik ve radyolojik görünümde değişiklik saptanmayan hasta kliniğimize refere edildi. Radyolojik görünümün klinik anamnez ve fizik muayene bulguları ile uyumlu değildi. Mevcut klinik ve radyolojik değerlendirme sonrası Vanishing Lung Sendromu düşünülen hastaya cerrahi planlandı. Sağ kas koruyucu mini torakotomi ile bütün kompartmanlarda ileri derecede yapışık olan dev bül eksize edildi. Üst lob hipoplazik olan hastaya postoperatif solunum fizyoterapisi uygulandı. Takiplerinde akciğer ekspanse olan ve komplikasyon gelişmeyen olgunun 7. günü tüp torakostomisi sonlandırıldı ve externe edildi.Hastaların değerlendirilmesinde; iyi bir klinik anamnez, fizik muayene ve radyolojik inceleme korele yapılmalıdır. Vanishing lung sendromunda en önemli sıkıntı bül, pnömotoraks ayrımının yapılmasında ve altta yatan akciğer parankiminin ne derece sağlıklı olduğunun değerlendirilmesinde yaşanılan zorluktur. Uygun vakalarda bül eksizyonu ile kollabe akciğer ekspanse olarak tam bir klinik düzelme sağlanır.

Anahtar Kelimeler: Vanishing Lung, Tansiyon Pnömotoraks, Dev Bül, Mediastinal Şift

Resim 1

Preoperatif PA akciğer grafisi

Resim 2.



Preoperatif toraksın bilgisayarlı tomografisi

EP-225

ATELEKTAZİYE NEDEN OLAN PEDİATRİK ENDOBRONŞİYAL LENFOMA OLGUSU

Hakkı Ulutaş[1], Mehmet Ağar[1], İlham Gülçek[1], Emine Şamdancı[2], Erdem Topal[3], Muhammet Reha Çelik[1]
[1]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
[2]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
[3]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Allerji Bilim Dalı.

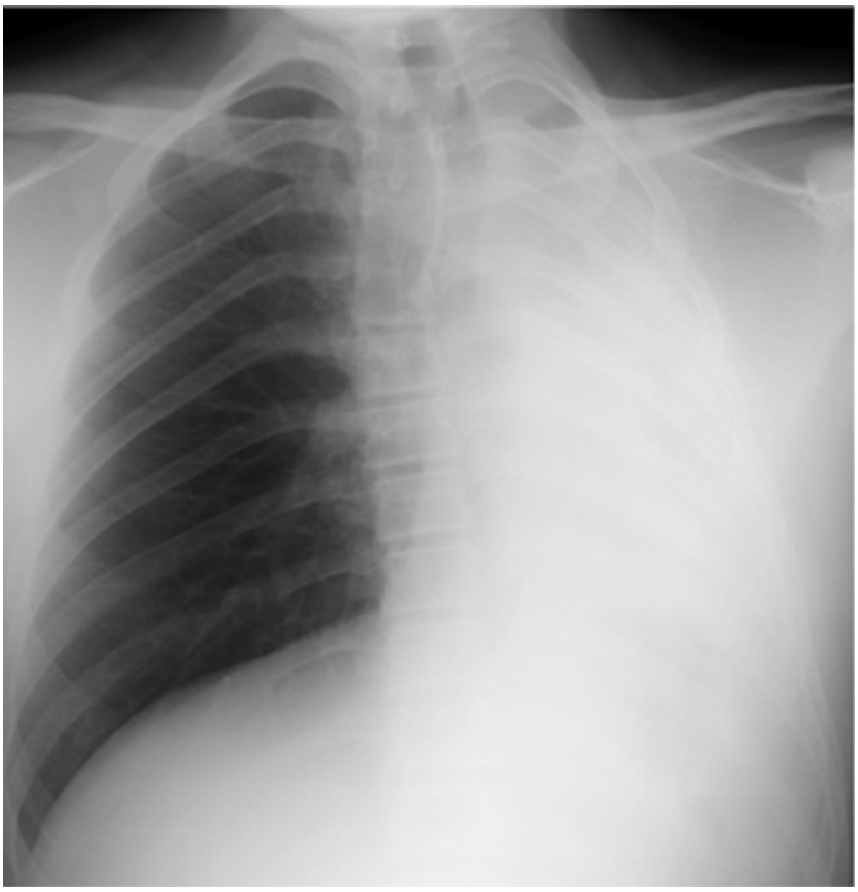
Non-Hodgkin lenfoma sıklıkla intratorasik yapılardan, mediasten ve akciğer parankimi tutulumu ile karşımıza çıkmaktadır. Hodgkin lenfomaların endobronşiyal yayılımları görülmesine rağmen, endobronşiyal non-Hodgkin lenfomalar oldukça nadirdir. Çocukluk çağında atelektaziye neden olmuş ve bronkoskopik olarak ekszie edilen endobronşiyal non-Hodgkin lenfoma olgusu sunuldu.

Yaklaşık 1.5 aydır öksürük şikayeti bulunan ve pnömoni tedavisi alan 14 yaşındaki erkek olgunun fizik muayenesinde dinlemekle solda solunum sesleri azalmıştı. Medikal tedaviye cevap vermeyen hastanın akciğer grf de; sol akciğerde total atelektazi, yaygın infiltrasyon, mediastinal çekilme ve hacim kaybı saptandı (Resim 1). Toraksın bilgisayarlı tomografisinde; mediasten sola deviye, sol ana bronşu karinadan 2.5 cm distalde tama yakın dolduran ve üst lobda atelektaziye neden olmuş görünüm saptandı (Resim 2). Özgeçmişinde özelliği olmayan, diğer sistem muayenesi doğal olarak izlenmiş. Kliniğimize refere edilen hastaya genel anestezi altında rijit bronkoskopi ile sol ana bronşu tama yakın tıkayan ve distale geçişe izin vermeyen endobronşiyal lezyon mekanik rezeksiyon ile eksize edildi ve bronşiyal sistemin subsegmentlere kadar açıklığı sağlandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen, atelektazisi düzelen ve sol akciğer ekspanse olan olgunun labaratuar sonuçlarında belirgin patoloji saptanmadı. Periferik yayma ve kemik iliği biyopsisinde özellik görülmedi. Eksize edilen 1x0.8 cm lik endobronşiyal lezyonun patolojik değerlendirmesi anaplastik büyük hücreli lenfoma olarak raporlandı, NHL-BFM 95 kemoterapi protokolü başlanıldı. Genel durumu iyi olan olgu, pediatrik onkolojide takip edilmektedir.

Çocuklarda endobronşiyal tümöral lezyonlar ile sık karşılaşılmaz. Klinik ve radyolojik değerlendirmenin iyi yapıldığı olgularda endobronşiyal lezyonlarda erken müdahale ile hem tanı hem de tedavi sağlanabilir, bronkoskopik rezeksiyon ile klinik düzelme görülebilir.

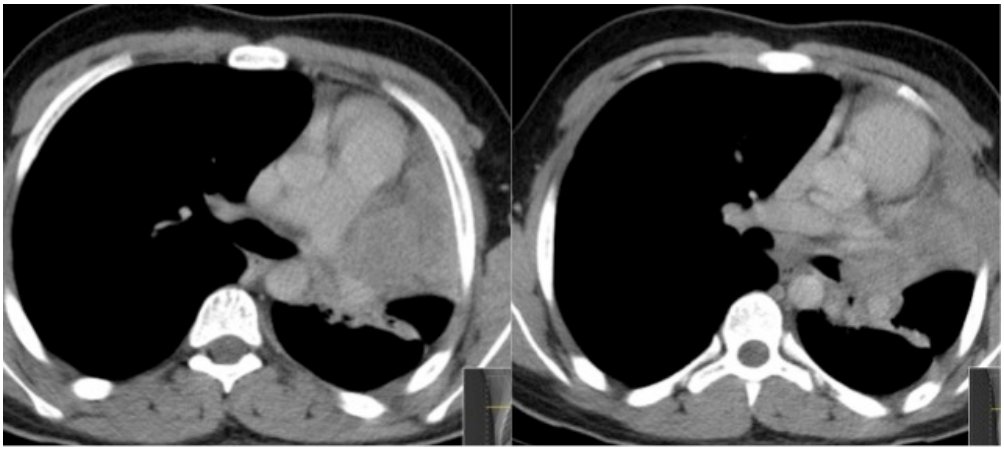
Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal, Non-hodgkin Lenfoma, Bronkoskopik Rezeksiyon, Atelektazi

Resim 1.



Preoperatif PA akciğer grafisi

Resim 2.



Preoperatif toraks bilgisayarlı tomografisi

EP-226

EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LİTOTRİPSY (ESWL) SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON: PNÖMOTORAKS

Seda Kahraman, Sercan Aydın, İlker Akçam, Ali Özdil, Alpaslan Çakan
Ege Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

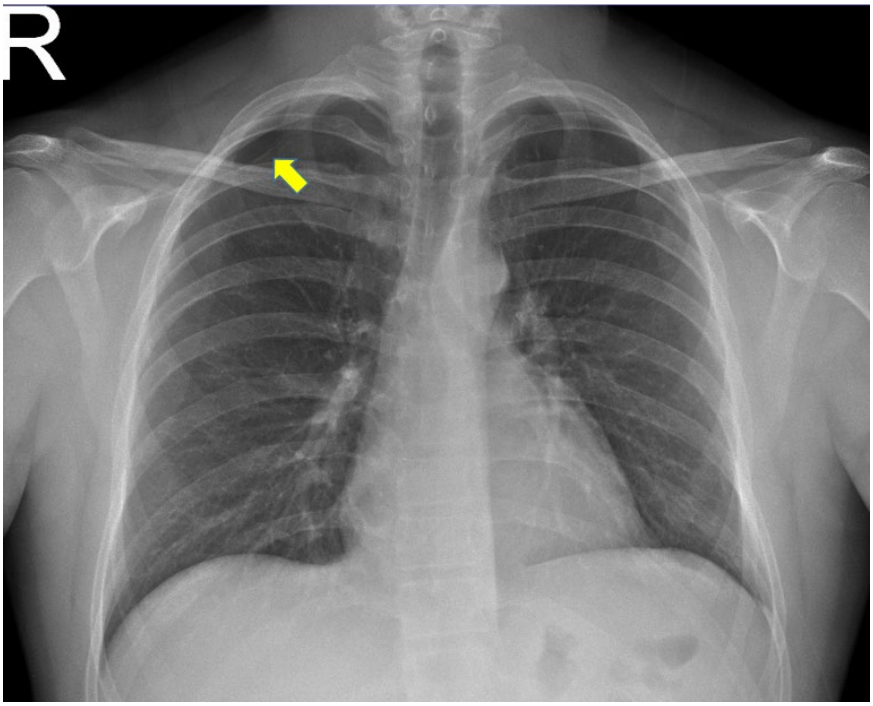
GİRİŞ: Vücut dışından şok dalgaları ile taş kırma (Extracorporeal Shock Wave Litotripsy (ESWL)) özellikle 2 cm ve altındaki boyutlardaki üst üreter ve böbrek taşlarında, invaziv cerrahi yöntemlere alternatif olarak kullanılmakta olan non-invaziv bir uygulamadır. Çeşitli komplikasyonlara yol açabilmekle beraber, işlem sonrası pnömotoraks oluşumu görülen bir durum değildir. Çalışmamızda ESWL sonrası pnömotoraks gelişen hasta sunuldu.

OLGU: Özgeçmişinde sol nüks pnömotoraks nedeniyle operasyon hikayesi bulunan 31 yaşında erkek hastada check-up sırasında mikroskobik hematuri saptanması üzerine ileri tetkik edilmiş. Batın USG ile değerlendirilen hastada sol böbrek orta polde 17 mm çapında taş saptanması üzerine hasta için ESWL planlanmış. ESWL işlemi sonrasında sağ göğüs ağrısı tariflemesi üzerine tarafımıza konsülte edildi. Hastanın grafisinde sağ hemitoraksta pnömotoraks (Resim 1) ile uyumlu görünüm saptandı. 2 günlük oksijen tedavisi ile takip edilen hastanın kontrol akciğer grafisinde pnömotoraks ile uyumlu görünümün regrese olduğu izlenmesi üzerine hasta önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: ESWL invaziv tedavi yöntemlerine alternatif, düşük komplikasyonlu bir işlem olarak bilinmektedir. Ancak pnömotoraks öyküsü ve büllöz akciğeri bulunan hastalarda işlem sırasında ve sonrasında pnömotoraks gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: böbrek, ESWL, pnömotoraks, taş

Resim 1



Hastanın semptomlar sonrası grafisi (Sarı ok: pnömotoraks hattı)

EP-227

DEV SCHWANNOMA: OLGU SUNUMU

Koray Aydoğdu[1], Müslüm Gökhan Baskan[1], Deniz Kaygusuz Tikici[1], Funda Demirağ[2], Göktürk Findik[1]
[1]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara
[2]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ:Periferik sinir kılıfının schwann hücrelerinden köken alan schwannomalar genellikle soliter, benign, enkapsüle tümörlerdir. Benign yumuşak doku tümörlerinin %5'ini oluştururlar. SSS dışında en sık baş, boyun ve ekstremitelerin ana sinir gövdelerinden köken alır. Ayrıca shwannomalar mediastende ve toraks içinde de görülür. Tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte dördüncü ve altıncı dekadlar arasında pik yapar. Çocuklarda Nörofibromatozis Tip 2 birlikteliği dışında çok fazla görülmemektedir. Cinsiyet farkı görülmez.

OLGU:Elli sekiz yaşında erkek hasta eforla ortaya çıkan dipne şikayetiyle dış merkeze başvurmuş. Dış merkezde çekilen PAAG'de sol üst zonda kitle saptanması üzerine toraks BT çekilmiş. Toraks BT'de sol akciğer üst zonda yaklaşık 101x98 mm boyutlu yer yer hiperdansiteler ve düşük dansiteli alanlar içeren iyi sınırlı kitle lezyonu izlendi. Lezyonun apekste yerleşimi nedeniyle vasküler yapılarla ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla çekilen BT anjiyoda (Resim 1) lezyonun vasküler yapılarla sınırlarının net ayrıldığı,ilişkisi olmadığı tespit edilince PET/BT çekildi. PET/BT'de sol akciğerde üst zonu büyük oranda dolduran, apikalde daha belirgin olmak üzere çeperinde milimetrik kalsifikasyonlar barındıran, plevral/parankimal ayırımı yapılamayan yaklaşık 10.5x9.7x11.0 cm boyutlu düzgün sınırlı, genel olarak ametabolik(kistik?) lezyon gözlenmiş olup heterojen düşük düzeyde artmış metabolik aktivite tutulumları izlenmiştir (SUVmax:3.63). Yapılan bronkoskopide sol üst lob girişi dıştan bası ile daralmış izlendi. Endobronşiyal lezyon görülmedi. lezyonun kistik natürde olması nedeniyle TTBx planlanmadı ve cerrahi kararı verildi.Hastaya sol torakotomi yapılarak kitleye ulaşıldı. Kupuladan plevraya yapışık izlenen ekstraparankimal, düzgün yüzeyli ve kapsüllü kitle çıkarıldı. (Resim 2) Patoloji sonucu ancient schwannom olarak raporlandı. CD56 ve NSE pozitifliği ve trikromda yer yer kollajen zenginliği izlendi. Hasta kitle eksizyonu sonrası takiplerinde sorun yaşanmaması üzerine drenleri sonlandırılarak taburcu edildi.

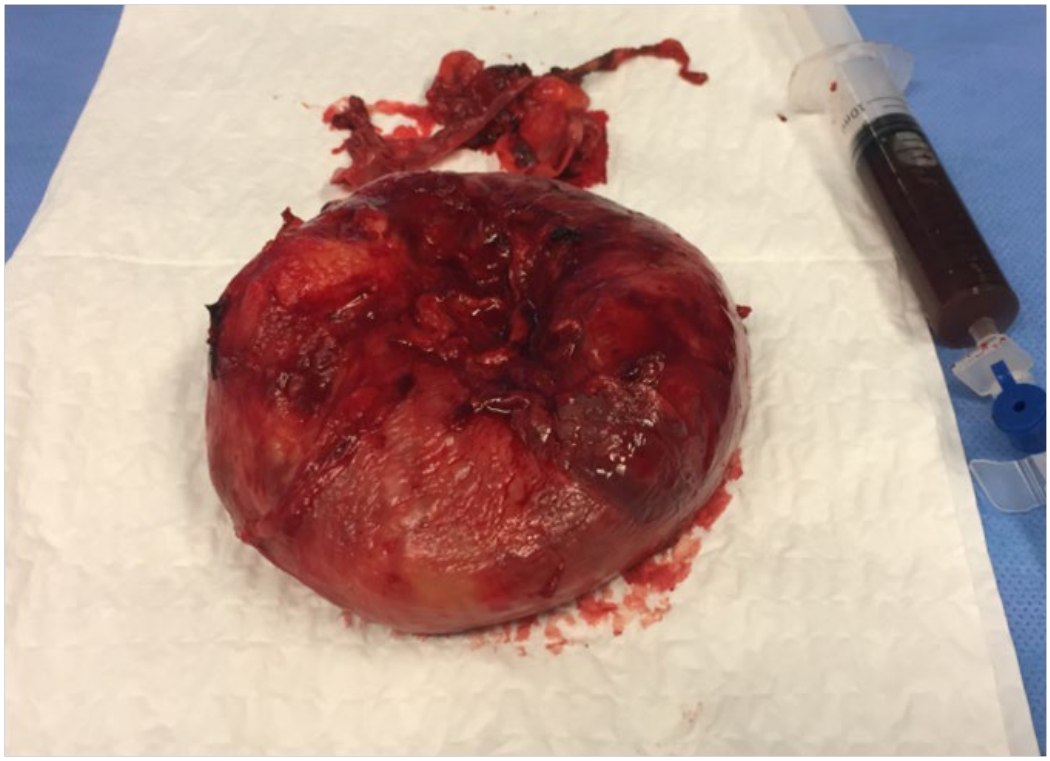
SONUÇ:Schwannomalar, sinir kılıfından köken alan sıklıkla 2-3 cm boyutlarında görülürken, literatürü taradığımızda olgumuzun Türkiye literatüründe bildirilen olgulara göre dev boyutlu olması(11 cm) ve dünya literatüründe de çok nadir olması nedeniyle paylaştık.

Anahtar Kelimeler: dev, intratorasik, schwannom

Resim 1

Preoperatif BT Anjiyo görüntüsü

Resim 2



Postoperatif kitle görüntüsü

EP-228

TÜP TORAKOSTOMİ SONRASI GELİŞEN HORNER SENDROMU

Nur Dilvin Özkan, Elgün Valiyev, Merve Türk Şatır, Aynur Baş, Anıl Gökçe, Muhammet Sayan, Ali Çelik, İsmail Cüneyt Kurul, Abdullah İrfan Taştepe
Gazi Üniversitesi, Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

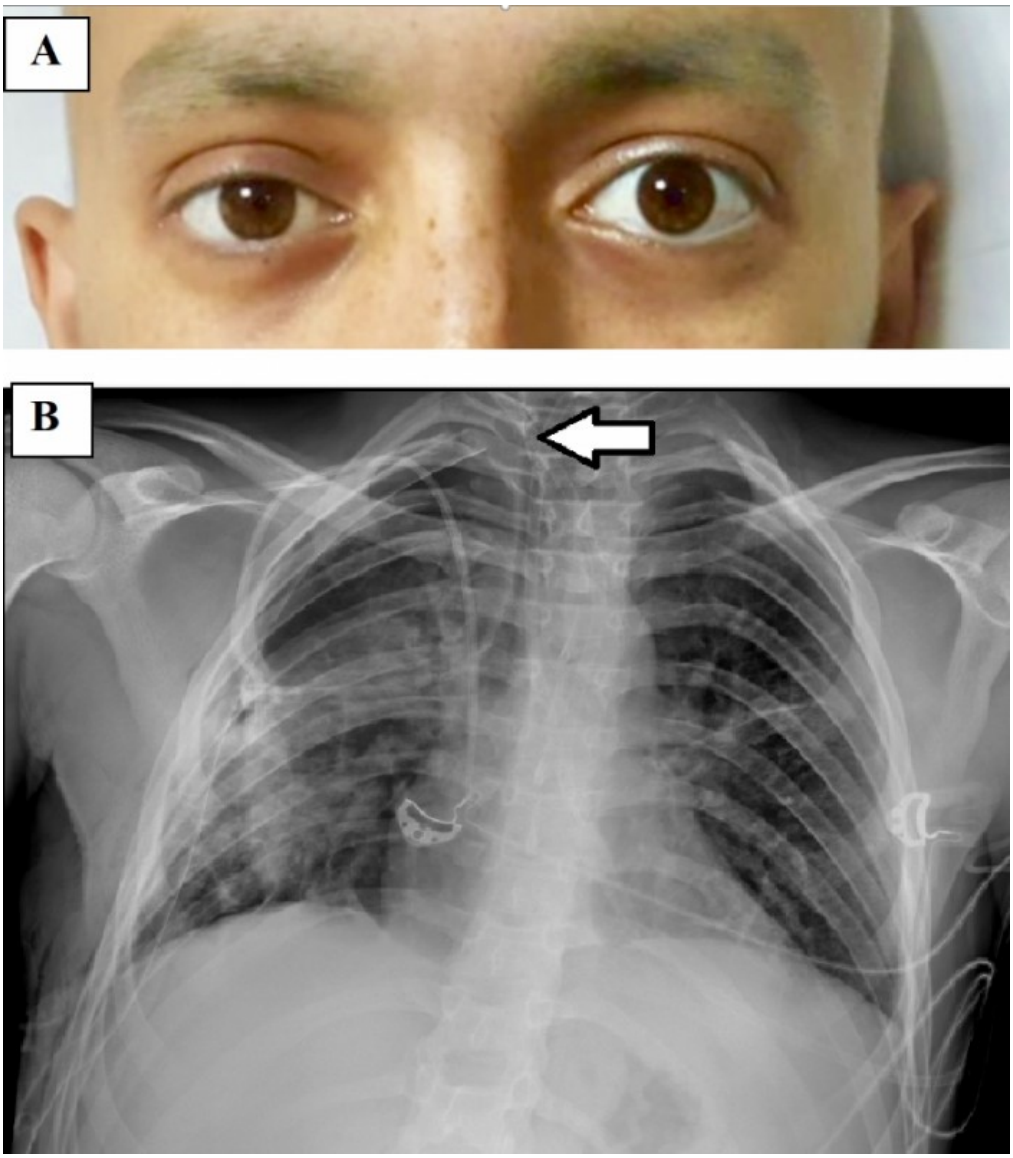
GİRİŞ:Okulosempatik yolaktaki kesinti sonucu ortaya çıkan Horner sendromu; ipsilateral pitozis, miyozis ve anhidrozis ile karakterizedir (1). Tüp torakostomi sonrası iyatrojenik bir komplikasyon olarak görülmesi ise oldukça nadirdir (2).

OLGU:Mikst germ hücreli tümör nedeniyle takipli 17 yaşındaki erkek hastanın takiplerinde çekilen toraks BT'de sağ akciğer üst lobda 1,5 cm'lik kitle görülmesi üzerine kliniğimizde hastaya sağ akciğere kama rezeksiyon ameliyatı yapıldı. Postoperatif takiplerinde akomodasyon güçlüğü gelişen hastada sağ pitozis ve miyozis tespit edildi, ışık refleksi bilateral pozitifti. Sağ fasial ve alın bölgesinde anhidroz tarifledi (resim1A). Hastanın akciğer grafisinde intraoperatif yerleştirilen göğüs tüpünün uç kısmının süperior yerleşimli olduğu görüldü (Resim 1B). Hastada göğüs tüpü basısına bağlı Horner sendromu düşünüldü. Göğüs tüpü bir miktar geri çekilen hastada semptomların ortadan kalktığı görüldü (Resim2).

TARTIŞMA:Göğüs kafesinin üst tarafında yer alan Stellat ganglion, hipotalamus ve göz arası okulosempatik sinir liflerinin uğrak yeridir. Bu bölgeye yapılan herhangi bir girişim ganglionda hasara yol açabilir (3). Bu yolak tümör infiltrasyonu, anevrizma basısı, iyatrojenik sebepler veya travma ile kesintiye uğrayabilir (1). Göğüs tüpü takılması sonrası Horner sendromu gelişmesi oldukça nadir olmakla birlikte günümüz literatüründe sadece 24 vaka bildirilmiştir. 2003'te yapılan yapılan 662 torakostomiden oluşan bir seride insidans %0,76'dır (3). Tüp torakostomi kolay uygulanabilir ve düşük komplikasyonlu bir işlem olarak görülse de bu olgu bize önemli ve önlenebilir bir tüp torakostomi komplikasyonunu göstermiş oldu. Göğüs tüpünün yeri ve pozisyonu işlem sonrası akciğer grafisi ile teyit edilmelidir. Malpozisyon saptanan durumlarda tüpe yeniden pozisyon verilip akciğer grafisi ile kontrol edilmelidir (3). Sonuç olarak tüp torakostomi uygulanan hastalarda gelişen anizokori varlığında Horner sendromunun akılda tutulması özellikle malignitesi olan ya da travmalı hastalarda gereksiz intrakranial inceleme ve konsültasyonları önlemiş olacaktır. Olgumuzda olduğu gibi asıl tedavi seçeneği sempatik gangliondaki basının ortadan kaldırılmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Horner Sendromu, Komplikasyon, Tüp Torakostomi

Resim 1



A: Sağ gözde miyozis ve pitozis görülüyor B: Akciğer grafisinde göğüs tüpünün sonlanımının üst seviyede olduğu görülüyor (ok işareti)

Resim 2

Göğüs tüpünün bir miktar çekilmesi sonrası hastadaki miyozis ve pitozisin düzeldiği görülüyor.

EP-229

DIŞ SERVİSLERDE TÜP TORAKOSTOMİ TAKİBİNDE YAŞANAN SORUNLAR

Selma Meral Akçal, Melike Urgancı, Muhammet Sayan, Ali Çelik, İsmail Cüneyt Kurul, Olgun Kadir Arıbaş, Abdullah İrfan Taştepe
Gazi Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

Plevral efüzyon, pnömotoraks, ampiyem, hemotoraks gibi endikasyonlarla uygulanan tüp torakostomi işlemi bazen Göğüs Cerrahisi Kliniği dışında da uygulanabilmektedir. Göğüs tüpünün takılması, takılması sonrası takibi, çıkarılması ve çıkarılma sonrası takibi sürecinde hekim, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personelleri bir takım sorunlarla baş etmek durumunda kalmaktadır. Göğüs Cerrahisi kliniklerinde bu sorunların daha rahat aşılabildiği fakat diğer kliniklerde bazı faktörlerle daha zor aşıldığı bilinmektedir. Çalışmamızda Göğüs Cerrahisi Kliniği dışındaki servislerde uygulanan Tüp Torakostomi işleminin uygulanması ve takibi sırasındaki sorunları araştırmayı amaçladık.

Çalışmada anket yöntemi tercih edildi. Göğüs Cerrahisi ve Acil Servis Kliniği dışında en çok tüp torakostomi uygulanan klinikler belirlendi. Tıbbi Onkoloji, Genel Cerrahi, Anestezi Reanimasyon Yoğun Bakım ve Göğüs Hastalıkları kliniklerinde görev yapan hemşire, sorumlu hemşire ve asistan hekimlere anket araştırması yapıldı (Resim 1). Çalışmamıza 45 katılımcı dahil oldu. Anket sonuçlarına en büyük problemler yara yeri problemleri ve solunum egzersiz ve fizyoterpisi olduğu belirlendi. İşlem yapılırken en büyük temin probleminin cerrahi set ve yardımcı sağlık personelinde yaşandığı belirlendi.

Sonuç olarak; uygulama endikasyonları ve komplikasyonları hayati öneme sahip olabilen tüp torakostomi işlemi için gereken ekipman acil müdahele arabasında bulunmalı gerekirse tüm malzemelerin bulunduğu setler oluşturulup istenildiğinde hemen ulaşılabilecek şekilde servislere yerleştirilmelidir. Göğü tüplü hastaların yara yeri ve tüp torakostomi bakımı, uygulanacak solunum fizyoterapileri, drenaj şişesinin boşaltılması, drenaj takibi, tüplü hastanın mobilizasyonu gibi konularda hizmet içi eğitimler yaygınlaştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi set, göğüs tüpü, tüp torakostomi

Resim 1

GÖĞÜS TÜPÜ TAKİBİ

Katılımcı Görevi

- ☐ Hemşire
- ☐ Sorumlu Hemşire
- ☐ Araştırma Görevlisi
- ☐ Çalıştığı Klinik

Göğüs tüpü takibinde en sık yaşadığınız problem(ler).

(Birden fazla işaretleyebilirsiniz, listede olmayan problemler için diğer kısmını seçiniz)

- ☐ Drenaj takibi
- ☐ Pansuman, yara yeri problemleri
- ☐ Göğüs tüpü takılırken ya da çekilirken gereken malzeme ya da personel eksikliği
- ☐ Drenaj şişesinin değişimi, boşaltılması
- ☐ Hastaların göğüs tüpü ile mobilizasyonu
- ☐ Ağrı yönetimi
- ☐ Takip eden hekime ulaşma problemi
- ☐ Solunum egzersizi/fizyoterapi
- ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

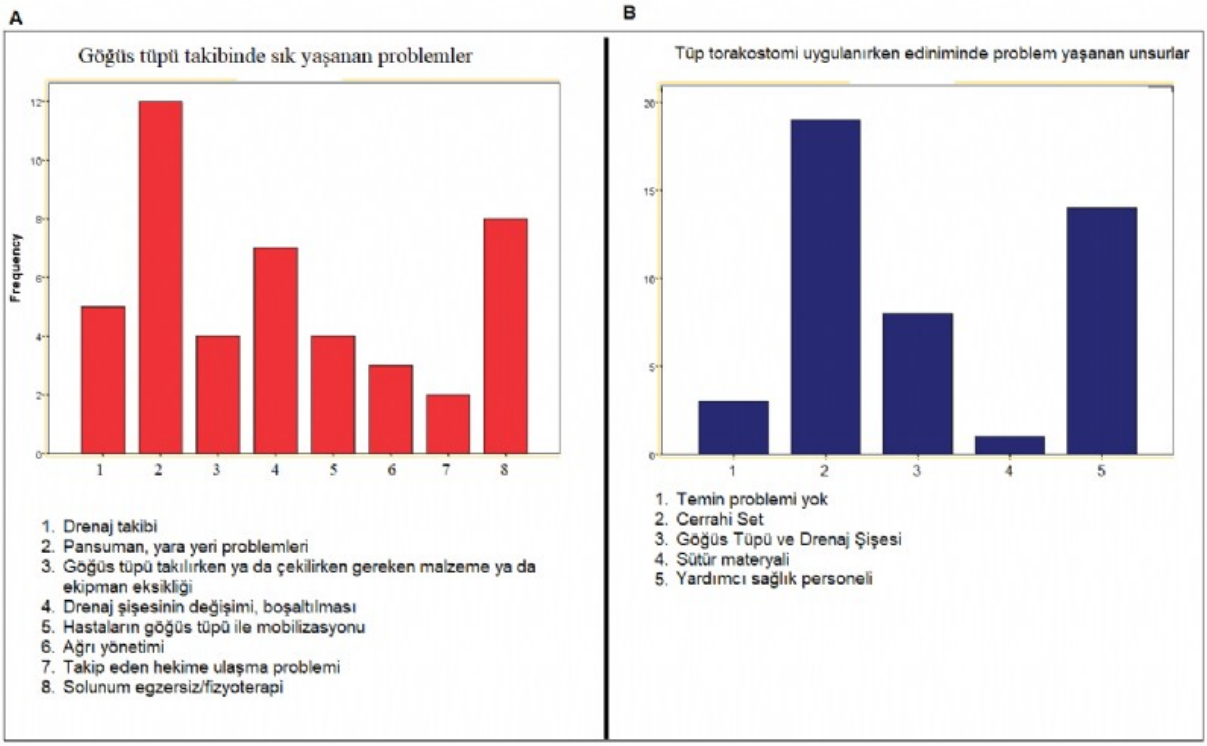
Tüp torakostomi uygulanırken ediniminde problem yaşıyorum;

- ☐ Cerrahi set
- ☐ Kateter ve drenaj şişesi
- ☐ Sütür materyali
- ☐ Monitör
- ☐ Uygun Bistüri
- ☐ Lokal anestetik
- ☐ Yardımcı sağlık personeli
- ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Katılımcılara yöneltilen sorular

Resim 2



Resim 2A: Göğüs tüpü takibinde sık yaşanan problemler Resim 2B: Tüp torakostomi uygulanması esnasında ediniminde problem yaşanan unsurlar

EP-230

NADİR BİR ANTİTE: GÖĞÜS DUVARINDAN AKCİĞER HERNİASYONU

Mustafa Akyıl[1], Fatma Tokgöz Akyıl[2], Erdem Şen[3], Murat Uygar Yapucu[1], Ahmet Topbaş[2]
[1]Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği
[2]Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[3]Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Medikal Onkoloji Kliniği

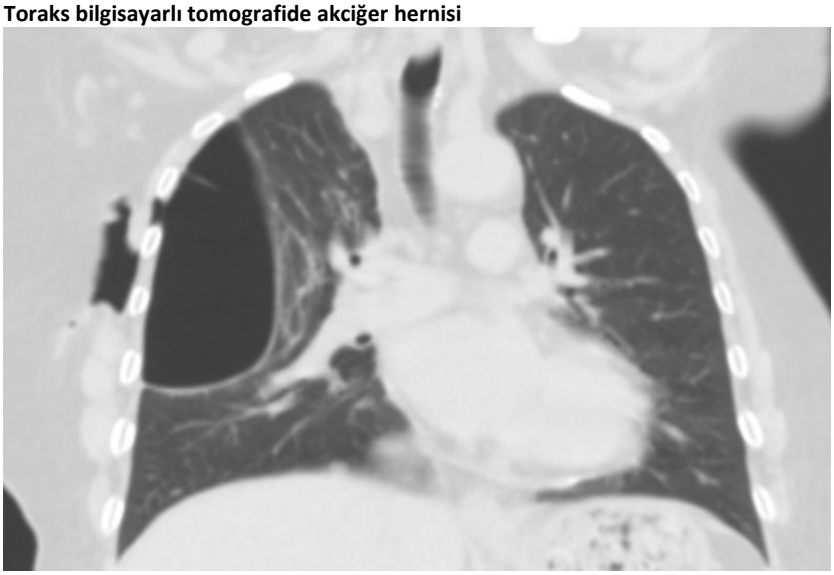
GİRİŞ: Akciğer herniasyonu plevra ile çevrili akciğer dokusunun göğüs duvarını oluşturan yapılardaki bir açıklıktan göğüs kafesi dışına çıkmasıdır. Herniasyonların %80'i travma ya da cerrahi sonrası dönemde ortaya çıkarken, %20'si konjenital olarak meydana gelir.

OLGU: Meme karsinomu nedeniyle 2004 yılında sol mastektomi yapılan hastanın kontrollerinde, 2017 yılında sağ akciğer orta lob lateral segmentte 2 cm boyutunda metastaz düşündüren nodül gözlenmesi üzerine dış merkezde sağ mini torakotomi ile metastazektomi yapılmış. Hastanemiz onkoloji kliniğinde takip ve tedavisi devam eden hastanın öksürmekle operasyon bölgesinde şişlik şikayeti olması üzerine tarafımıza konsülte edildi. Toraks bilgisayarlı tomografisi ile sağ 4. interkostal aralıktan herniye olan akciğer dokusu görüntülendi (Resim 1). Sağ posterolateral retorakotomi ile akciğer dokusunda patoloji gözlenmedi ve interkostal defekt PTFE mesh ile onarıldı (Resim 2). Postoperatif 3. gün toraks tüpü sonlandırılarak taburcu edildi.

SONUÇ: Nadiren cerrahi sonrası postoperatif erken ya da geç dönemde akciğer herniasyonu görülebilmektedir. Semptomatik vakalarda cerrahi müdahale ile primer veya greft kullanarak onarımı yapılmalıdır.

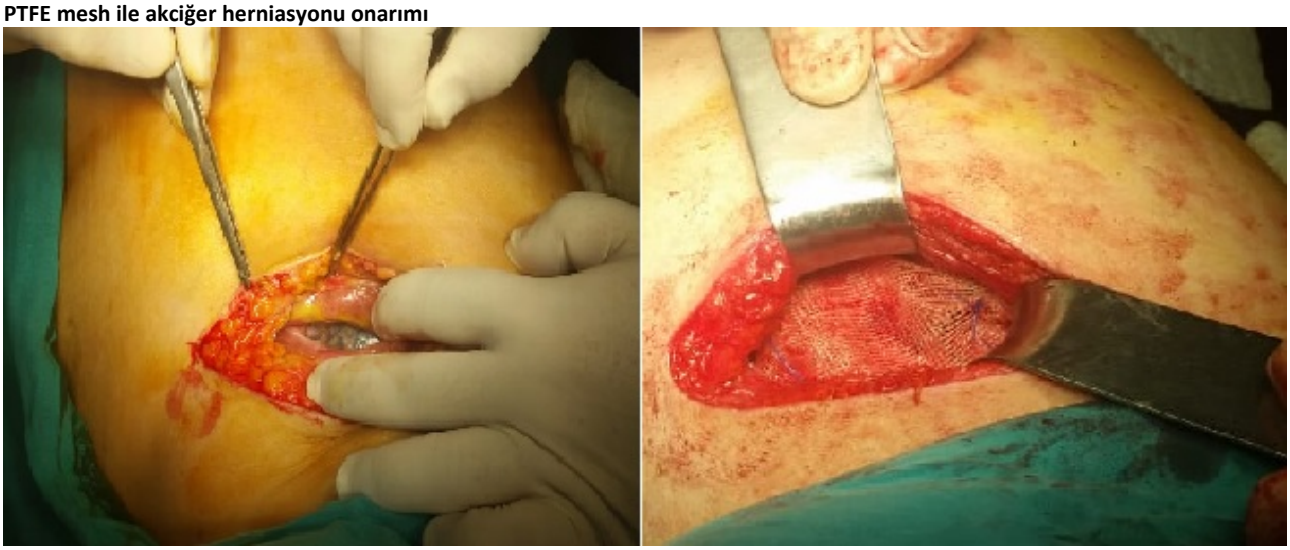
Anahtar Kelimeler: akciğer herniasyonu, göğüs duvarı, torakotomi

Toraks bilgisayarlı tomografide akciğer hernisi



Resim 1: Toraks BT de akciğer hernisi

PTFE mesh ile akciğer herniasyonu onarımı



Resim 2: PTFE mesh ile akciğer herniasyonu onarımı

EP-231

MEDİYASTENİN NADİR TÜMÖRÜ: PARAGANGLİYOMA

Göktürk Fındık[1], Mehmet Çetin[1], Koray Aydoğdu[1], Funda İncekara[1], Şevki Mustafa Demiröz[1], Deniz Tolga[2]
[1]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara
[2]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

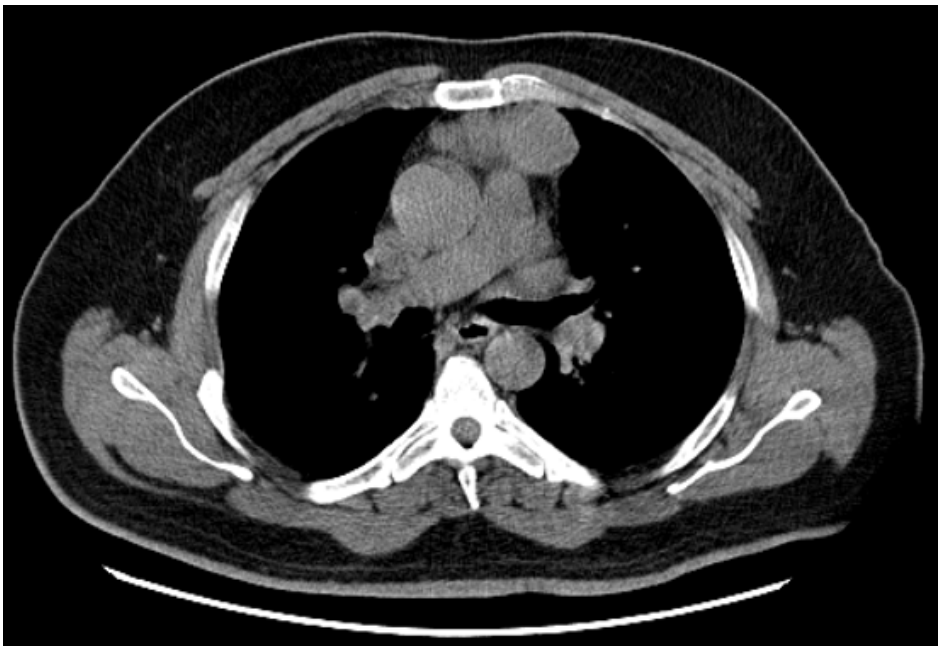
GİRİŞ:Paraganglioma, sempatik veya parasempatik sinir sistemi ile ilişkili nöroendokrin hücrelerden kaynaklanan tümörlere verilen genel isimdir. Sıklıklı retroperitoneal alanda yerleşim göstermekle beraber nadiren de olsa mediastende saptanabilmektedir. Sürrenal kaynaklı olanlar feokromasitoma adını alırlar. Klinik bulgular katekolamin salınımına bağlı olarak hipertansiyon, başağrısı, terleme ve taşikardi şeklinde ortaya çıkabilir. Ayrıca insidental olarak da tanı konulabilmektedir.

OLGU:55 yaşında erkek hasta, eforla ortaya çıkan dispne şikayetiyle dış merkeze başvurmuş. Özgeçmişinde hipertansiyon haricinde herhangi bir özellik bulunmayan hastalık yapılan fizik muayenesinde patoloji saptanmamış. Çekilen PAAG'de anterior mediastenin üst kısmında dolgunluk izlenmesi üzerine Toraks BT çekilmiş (Resim 1). Toraks BT'de ön mediastende kitle saptanması üzerine hastanemize yönlendirilmiş. Hastaya ön mediasten kitle öntanısıyla PET/BT çekildi (Resim 2). PET/BT, anterior mediastende yaklaşık olarak 35x60x50 mm boyutlarında ölçülen süperiorunda ve santralinde ametabolik hipodens alanlar barındıran lobüle konturlu yumuşak doku lezyonunda artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax: 6.34) mevcuttur şeklinde raporlandı. Lezyonun yaygın nekrotik alanlar içermesi ve klinik olarak da lenfomadan uzaklaşılmasından, ayrıca kitlenin rezektabıl olmasından dolayı TTBx planlanmayarak cerrahi kararı verildi. Bunun üzerine hastaya mediyan sternotomi yapıldı. Mediastende anteriorde komşu vasküler yapılardan kolaylıkla disseke edilebilen kistik içeriği olan kitle, yapışık olduğu komşu akciğer parankiminden wedge rezeksiyon ile ayrılarak komşu mediastinal yağ dokuları ile birlikte enblok olarak çıkarıldı. Hasta drenleri sonlandırılarak sorunsuz olarak taburcu edildi. Postoperatif patolojisi paraganglioma olarak raporlandı. Hastanın 6 aylık takibinde hipertansiyon nedeniyle antihipertansif kullanımının devam ettiği öğrenildi.

SONUÇ:Mediyastinal paragangliyoma olguları literatürde tüm dünyada 150 kadar vakada tanımlanmıştır. Posterior mediyastende mevcut tümörler rahatlıkla rezeke edilebilirken, ön ve orta mediyastende tümörün vasküler yapılara komşuluğu ve invazyon yapma sıklığı nedeniyle rezeksiyonu zorlaştırmaktadır. Olgumuzu nadir görülen anterior mediasten yerleşimli paraganglioma olgularına katkı sağlaması amacıyla paylaşmak istedik.

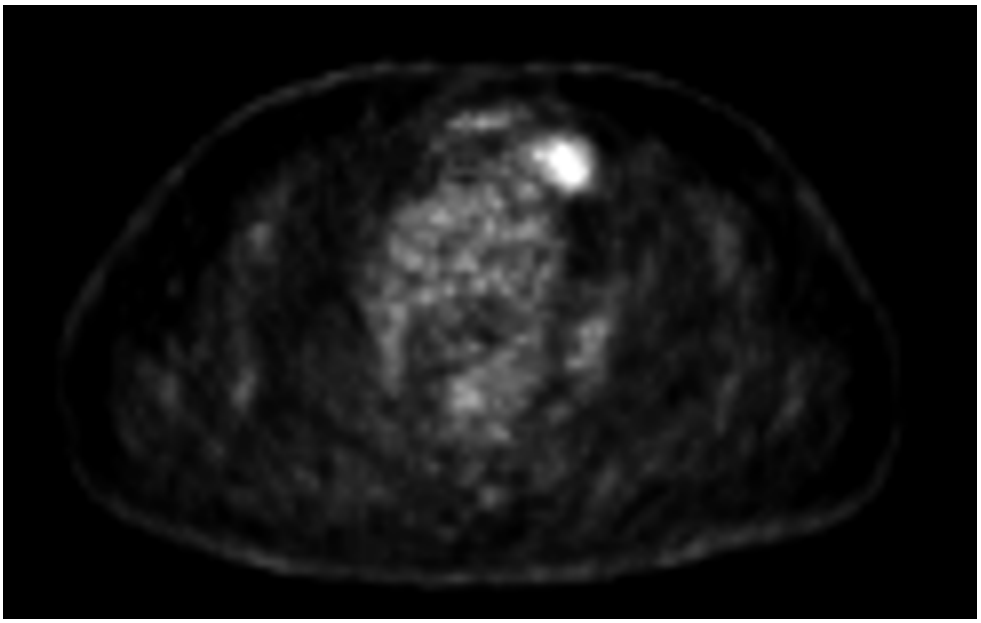
Anahtar Kelimeler: cerrahi, mediasten, paragangliyoma

Resim 1



Lezyonun Toraks BT görüntüsü

Resim 2



Lezyonun PET görüntüsü

EP-232

NADİR GÖRÜLEN BİR AKCİĞER MALİGNİTESİ: PULMONER MALT LENFOMA

Kübra Çetinkaya, Recep Ustaalioğlu, Deniz Mahmutoğlu, Seçkin Deniz, Mehmet Yıldırım, Tamer Okay
Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

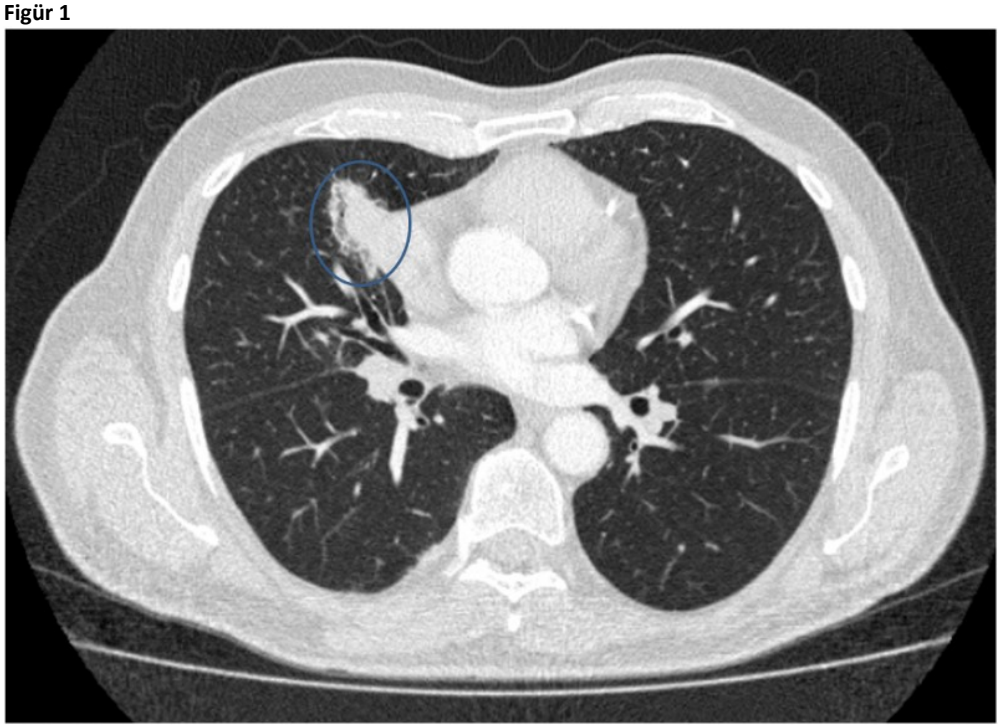
GİRİŞ: MALT lenfomalar, Non-Hodgkin lenfomaların %8-10'unu oluşturur. Pulmoner MALT lenfoma (pMALToma) bronş kaynaklı lenfojen dokudan geliştiği düşünülen nadir bir hastalıktır. Yavaş büyüyen ve yayılmadan önce uzun süre akciğerde lokalize kalan bu hastalık iyi bir prognoza sahiptir.

OLGU: 66 yaşında erkek hasta kliniğimize sağ taraflı göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu. 2,5 yıl önce plevral efüzyon nedeniyle videotorakoskopik plevral biyopsi öyküsü olan hastanın patoloji sonucunda herhangi bir malignite tespit edilmemiş. Hipertansiyon ve FMF dışında belirgin bir medikal öyküsü bulunmayan hastanın çekilen Toraks BT görüntülemesinde sağ orta lobda perikard komşuluğunda solid lezyon görüntüsü tespit edildi. Yapılan bronkoskopisinde sağ orta lob bronşunda mukozal düzensizlik izlenen hastada endobronşiyal patoloji tespit edilmedi. PET BT'sinde sağ orta lob medial segmentte paramediastinal yerleşimli 40x17mm (SUDmaks: 7,6) içerisinde hava bronkogramları izlenen düzensiz konturlu parankimal konsolidasyon alanı görülen hastaya küçük hücreli dışı akciğer kanseri ön tanısı ile operasyon planlandı. Videotorakoskopik sağ orta lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulanan hastada patolojik tanı olarak marjinal zon B hücreli lenfoma (MALT lenfoma) raporlandı.

SONUÇ: Nadir olmasından ötürü tedavisi hakkında bir ortak görüş bulunmayan bu hastalığın takip, kemoterapi ve cerrahi tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Literatürde Sjögren Sendromu ile birlikteliği bildirilmiş bu hastalığın olgumuzda FMF ile birlikteliği görülmektedir.

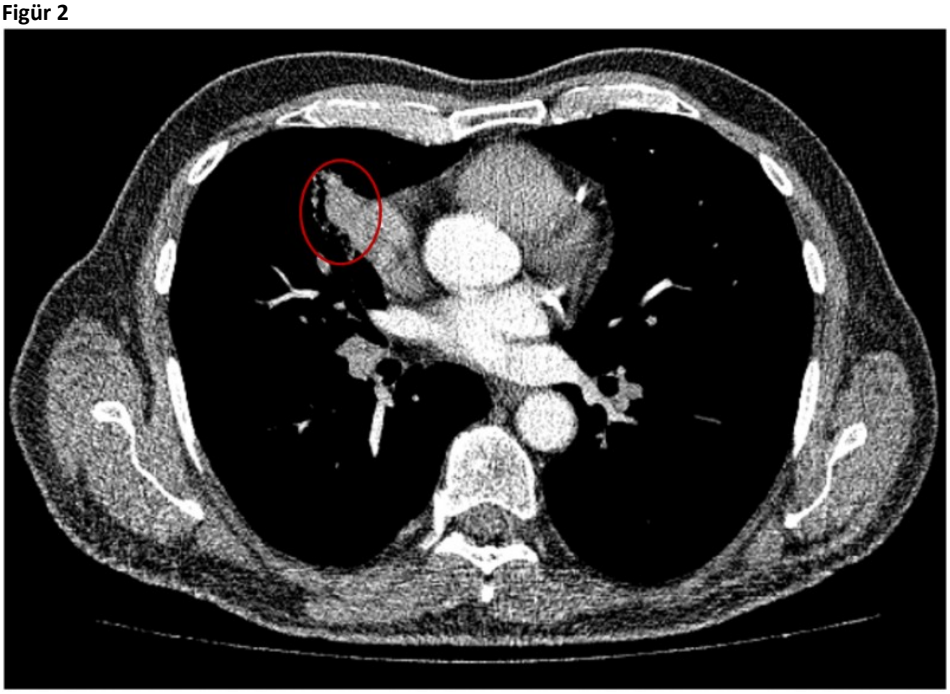
Anahtar Kelimeler: akciğer, maltoma, fmf,küçük hücreli dışı akciğer kanseri

Figür 1



Olgunun Toraks BT Parankim Penceresi Görüntüsü

Figür 2



Olgunun Toraks BT Mediasten Penceresi Görüntüsü

EP-233

AKCİĞER KANSERİ TANISIYLA OPERE EDİLEN HASTALARDA TORAKOTOMİ VE VATS IN HEMŞİRELİK BAKIMI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Melike Urgancı, Selma Akçal, Dilvin Özkan, Elgün Valiyev, Merve Şatır, Aynur Baş, Anıl Gökçe, Muhammet Sayan, Ali Çelik, İsmail Cüneyt Kurul, Abdullah İrfan Taştepe
Gazi Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

Akciğer kanseri tüm dünyada başta gelen ölüm sebepleri arasındadır. Erken evre akciğer kanserlerinde efektif tedavi şekli anatomik akciğer rezeksiyonu (segmentektomi, lobektomi, bilobektomi, pnömonektomi) ve mediastinal lenf nodu diseksiyonudur. akciğer kanser ameliyatlarında standart yaklaşım şekli torakotomi ya da son yıllarda kullanımı giderek yaygınlaşan Video Yardımlı Göğüs Cerrahisi (VATS) ile olmaktadır. Bir çok çalışmada VATS yönteminin yara yeri problemi, cerrahi süresi, kısa süre hastanede kalış ve postop ağrı bakımından torakotomiye üstünlüğü belirtilmiştir. Bizde çalışmamızda akciğer kanseri endikasyonu ile yapılan lobektomi - mediastinal lenf nodu diseksiyonu ameliyatlarında hemşire gözüyle VATS ve torakotomi tekniklerini karşılaştırdık.

YÖNTEM: Çalışmamıza akciğer kanseri endikasyonu torakotomi yoluyla lobektomi - lenf nodu diseksiyonu yapılan 10 hasta ve VATS ile lobektomi - lenf nodu diseksiyonu yapılan 10 hasta dahil edildi. Dosyalar retrospektif olarak incelendi. hemşire gözlemlerinde tüp torakastomi drenajları, analjezik ihtiyaçları, oksijen ihtiyacı, oksijen saturasyonları gibi parametreler karşılaştırıldı.

Tablo

Tablo: Hastaların demografik özellikleri ve klinik takip verileri

Teknik	Sayı	Cinsiyet	Yaş	Drenaj (ml)	Analjezik ihtiyacı (frekans/24 saat)	Yatış süresi (Gün)	ESR (Ünite)
VATS	10	14 K	65,1 ±1,9	91 ± 26	2 ± 0,6	5,1 ± 0,8	0,2
Torakotomi	10	6 E	dağ:49-82)	425±104	3,8 ± 1,03	5,5 ± 0,9	1,1

ESR: Eritrosit Süspansiyonu Replasmanı, ml: mililitre, VATS: Video Assisted Thoracoscopic Surgery
Klinik takip verileri postoperatif ilk 24 saat için ortalama değerlerdir.

Tablo: Hastalarin demografik ozelikleri ve klinik takip verileri

EP-234

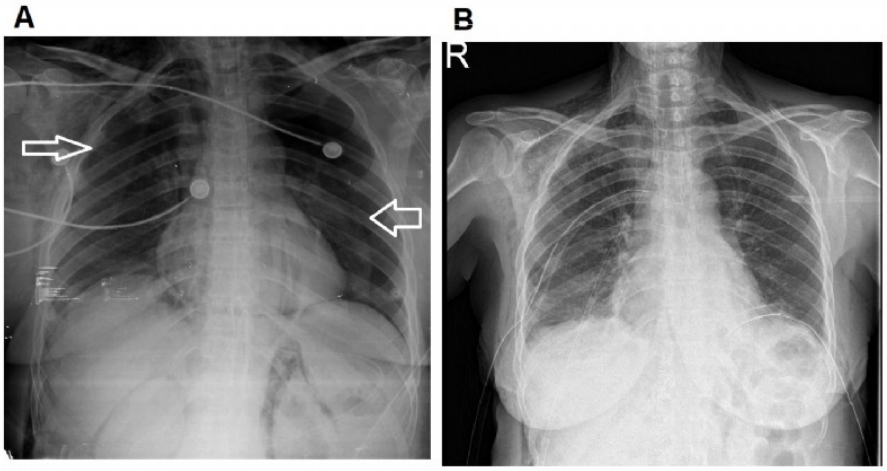
ERCP SONRASI GELİŞEN BİLATERAL PNÖMOTORAKS OLGUSU

Elgun Valiyev, Aynur Baş, Muhammet Sayan, Ali Çelik, İsmail Cüneyt Kurul
Gazi Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

Pnömotoraks farklı mekanizmalarla gelişen ve bu açıdan spontan, travmatik, iyatrojenik gibi grublara ayrılan,acil müdahile gerektiren bir durumdur. Pnömotoraksın oldukça nadir bir sebebi endoskopik Retrograt Kolonjio Grafi (ERCP) sonrası duodenum perforasyonudur Bununla ilgili literatürde az sayıda olgu bildirilmiştir. Burada ERCP sonrası tüp torakostomi ile tedavi edilen bilateral pnömotoraks olgusunu sunmayı amaçladık.50 yaş, kadın hasta akut kolesistit nedeniyle laporaskopik kolesistektomi operasyonu öyküsü mevcut. Postoperatif 3 hafta sonra batında yaygın ağrılar,şişlik nedeniyle yeniden doktora başvuruyor. Yapılan batın ultrasonografide batın içi serbest sıvı,kolesistektomi lojunda koleksiyon izleniyor. Ana safra yolları injuri dışlanaması üzerine ERCP planlanıyor. İşlem sonrası takipne, hipotansiyon ve oksijen saturasyon düşüklüğü gelişen hasta yoğun bakım ünitesine alınıyor. Çekilen akciğer grafisinde bilateral pnömotoraks izlenmesi ve sol taraftaki pnömotoraks yüzdesi daha belirgin olması üzerine hastaya sol taraflı tüp torakostomi uygulandı (Resim 1A). Takiplerinde semptomatik ve klinik düzelme sağlanan hastanın 24 saat sonraki kontrol akciğer grafisinde sağ tarafta pnömotoraksın artması üzerine sağdan da tüp torakostomi uygulandı (Resim 1B). Oral kapalı takip edilen,oksijen tedavisi,antibyotikoterapi alan hastanın kontrol akciğer grafilerinde akciğerlerin ekspanse olduğu görülerek yaklaşık 3 gün sonra göğüs tüpleri çekildi ve kontrol akciğer grafisinde kompliaksyon izlenmedi (Resim2).Liiteratürde ERCP sonrası pnömotoraks gelişen olgularda sfinkterotomi ve duodenum perforasyonu,etyolojik neden olarak bildirilmekte genelde pnömotoraksın unilateral ve sıklıkla sağda olduğu belirtilmektedir. ERCP sonrası duodenum perforasyonu oranı çeşitli kaynaklarda %0,6-%1 olarak bildirilmiştir. Literatür incelendiğinde ERCP sonrası geliştiği bildirilen pnömotoraks sayısının çok az oluşu, tüm olguların bildirilmemiş olabileceğini göstermektedir. Tedavisi diğer pnömotorakslarda olduğu gibi standart olarak tüp torakostomidir. Gelişebilecek tansiyon pnömotoraks açısından dikkatili olunmalıdır.ERCP sonrası solunum sıkıntısı gelişen hastalarda pnömotoraks akılda tutulmalı, uygun süre gözlenmeli ve akciğer grafisi ile pnömotoraks gelişmediği teyit edilmedlidir.

Anahtar Kelimeler: ERCP, pnömotoraks, tüp torakostomi

Resim 1



A: Akciğer grafisinde bilateral pnömotoraks görülüyor (ok). B: Bilateral Tüp torakostomi sonrası akciğerlerin ekspanse olduğu görülüyor

Resim 2

Tüpler çekildikten sonraki kontrol akciğer grafisinde komplikasyon izlenmedi.

EP-235

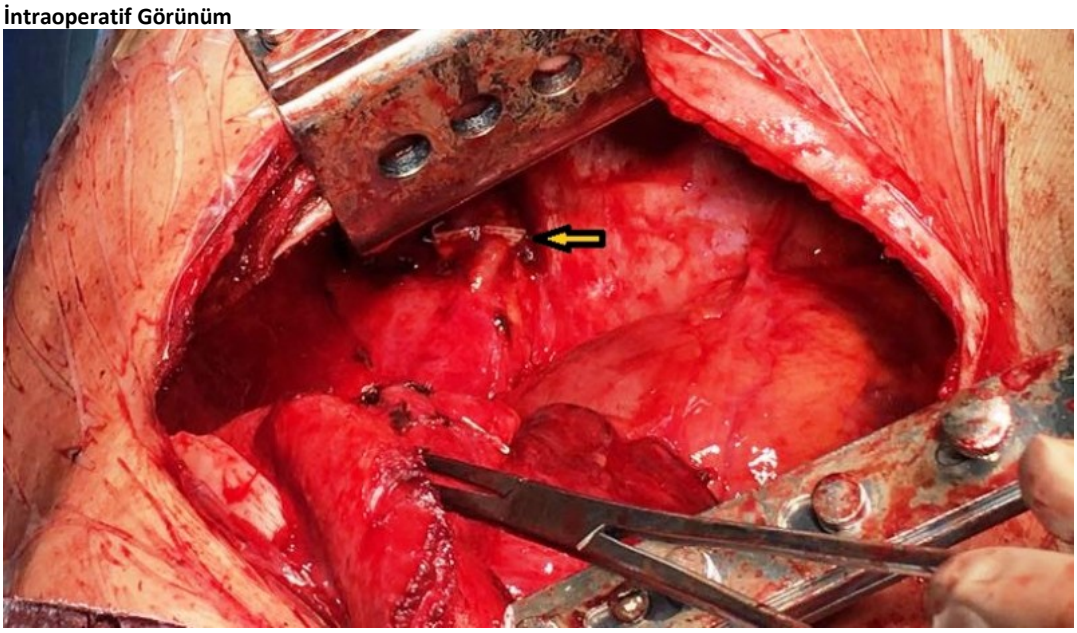
İNTRALOBER PULMONER SEKESTRASYON ZEMİNİNDE GELİŞEN BRONŞEKTAZİ OLGUSU

Emre Yılmaz[1], Seray Hazer[1], Pınar Bıçakçıoğlu[1], Selim Ş. Erkmen Gülhan[1], Yetkin Ağaçkıran[2]
[1]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara
[2]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

Pulmoner sekestrasyonlar trakeobronşiyal sistemle bağlantısız, fonksiyonel olmayan, sistemik dolaşımdan beslenen kistik akciğer dokusudur. Bronşektazi, pnömoni, akciğer apsesi, kavite, hemoptizi vb. bulgularla ortaya çıkabilirler. İntralober ve ekstralober olabilirler. Biz bu olguda Bilgisayarlı Tomografide tipik görünüme sahip, bronşektazi ve kavite ile birliktelik gösteren intralober sekestrasyon vakasını sunduk.24 yaş erkek hasta 2 yıldır artan öksürük ve balgam şikayeti ile tarafımıza başvurdu.15 paket/yıl sigara öyküsü olup tonsillektomi haricinde hastalık öyküsü yoktu.Çekilen kontrastlı Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde sol akciğer alt lobda torakal aortadan 2 arter dalı ile beslenen bronşektazik değişiklikler ve kavitasyon içeren intralober sekestrasyonla uyumlu lezyon izlendi. Hastaya operasyon planlandı. Hastanın laboratuvar değerleri, solunum fonksiyon testi, bronkoskopisi normaldi. Hastaya sol posterolateral torakotomi ile alt lobektomi yapıldı.Hasta postop 5. gün taburcu edildi kontrollerinde patoloji izlenmedi. Materyalin patolojisi *intralober pulmoner sekestrasyon* ile uyumlu geldi. İntralober pulmoner sekestrasyonun asıl tedavisi cerrahi rezeksiyondur.Cerrahide lobektomi tercih edilir sekestre dokunun beslendiği sistemik arter dalları dikkatlice diseke edilerek bulunmalı kesilmelidir. Biz olgumuzda aorttan kaynak alan iki arteri bularak vasküler stapler yardımıyla kestik ve sol alt lobektomi yaptık.Bronşektazi, kavite, kitle gibi lezyonlarda pulmoner sekestrasyon her zaman akla gelmeli ve BT anjio, MR anjio gibi tetkiklerle tanıya gdilmeli ve tedavi planı buna göre belirlenmelidir.

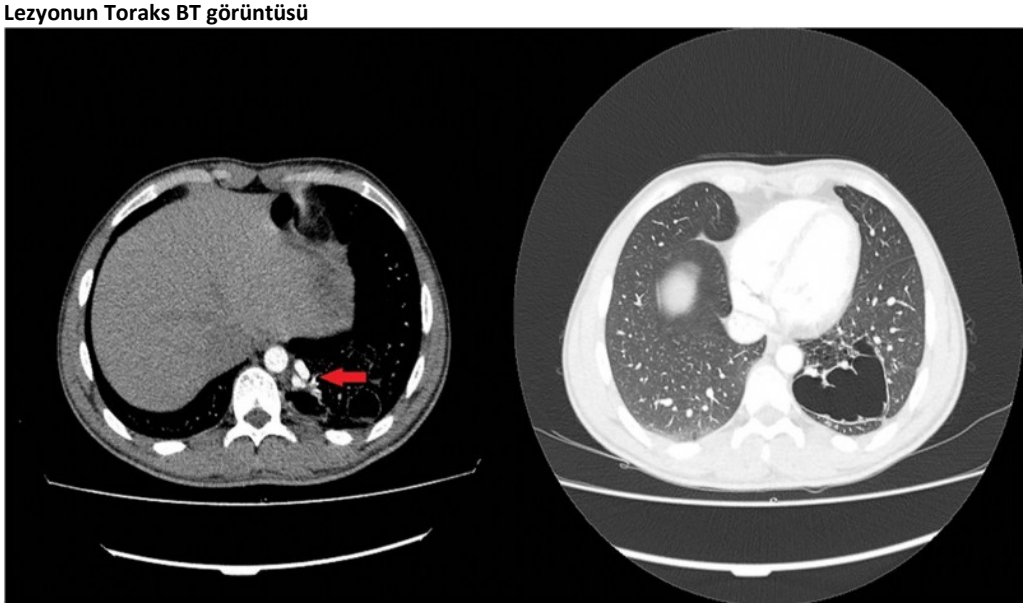
Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, İntralober, Kavite, Sekestrasyon

İntraoperatif Görünüm



Aortadan köken alan arterlerin kesildikten sonraki intraoperatif görünümü

Lezyonun Toraks BT görüntüsü



Sekestrasyonu besleyen sistemik arterlerin BT anjiodaki görünümü

EP-236

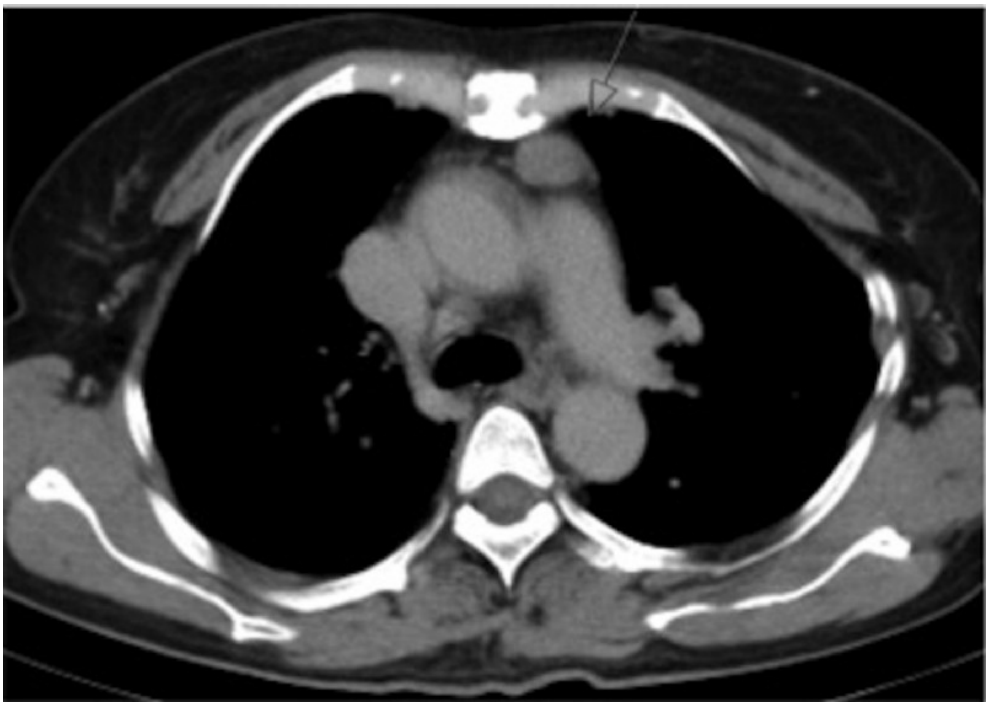
HİPERPARATROİDİZME NEDEN OLAN PARATROİD ADENOMUNUN UNİPORTAL VATS İLE EKSİZYONU

Hakkı Ulutaş, İlham Gülçek, Mehmet Ağar, Muhammet Reha Çelik
inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Primer hiperparatiroidizm nedeni %85 oranında soliter paratiroid adenomudur. Bunların %5-10'u ektopik yerleşimlidir ve bu ektopik adenomların %5'i mediastende, %95'i de timus içine lokalizedir. Hiperparatrodizm ile başvuran anterior mediasten yerleşimli paratroid adenom olgusunun sağ uniportal VATS ile total eksizyonu ve tedavisi sunuldu.Kronik böbrek yetmezliği tanısı ile periton diyaliz uygulanan ve bilateral extremitelerde ağrı şikayeti olan 58 yaşında bayan olgunun yapılan biyokimyasal tetkiklerinde PTH; 944 pg/ml(14-72), Kalsiyum; 12,3 mg/dl (8,4-10,2), Fosfor; 4,1 mg/dl (2,7-4,3) saptanması üzere hiperparatrodizm düşünülmüş tetkik edilmiş. Osteoporozu (T skoru; -3,3) bulunan olgunun çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde; ön mediastende; 24x18 mm lik nodül saptandı (Resim 1). Troid USG normal olan olguya cerrahi planlandı. Uygun hazırlıkları tamamlandıktan sonra sağ uniportal VATS ile lezyon timus dokusu ile eksize edildi. Patoloji raporu; paratroid adenoma ile uyumlu bulgular, timus dokusu, cerrahi sınırlar intakt olarak belirtildi. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen olgu 3. günü externe edildi. Postop 1. günü kalsiyum; 10,8 mg/dl, 1. ayda PTH; 133 pg/ml'ye geriledi. Semptomlarında belirgin düzelme sağlanan ve hiperparatroidizmi düzelen hasta sorunsuz takip edilmektedir.Mediasten yerleşimli olan paratroid adenomlarının neden olduğu hiperparatroidizme cerrahi ile postoperatif erken dönemde kür sağlanabilir. Minimal invazif girişim olan, deneyimli ekip tarafından yapılan uniportal VATS'ın etkin ve güvenli bir yaklaşım olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hiperparatroidizm, Uniportal VATS, Ön mediasten, Paratroid Adenom

Resim 1



Preoperatif bilgisayarlı tomografide ön mediastinal paratroid adenomunun görünümü.

EP-237

PRİMER SPONTAN PNÖMOMEDİASTİNUM

Mustafa Küpeli
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Tokat

GİRİŞ:İlk olarak 1939 yılında Hamman tarafından tanımlanan pnömomediastinum, mediastende havanın olmasıdır. Spontan olarak olduğu gibi barotravmadan ve iatrojenik olarak da oluşabilmektedir. Klinik olarak nefes darlığı ve göğüs ağrısı en sık görülen semptomdur. Burada servisimizde takip ve tedavi ettiğimiz Primer Spontan Pnömomediastenli bir hastamızı sunduk.

BULGULAR:29 yaşında daha önce hiçbir şikayeti ve hastalığı olmayan erkek hasta otururken bir anda gelişen nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikâyeti ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayenesinde TA: 130/85 Nabız:90/dk solunum 18/dk idi. Hemogram sonucu Hgb:14gr/dl Htc: %36,8 lökosit: 5200/mm3 trombosit:199 000/mm3. Çekilen pa ac grafisinde mediastende hava görünümü izlenmesi üzerine çekilen toraks bt de boyunda mediastende vasküler yapılar ve trakea komşuluğunda hava değerleri saptanması neticesinde spontan pnömomediastinum tanısı ile servisimize yatırıldı. İstenilen konsültasyonda hastaya bronkoskopi ve ösofagoskopi yapılması düşünülmedi. Hastaya nazal O_2, antibiyotik ve istirahat tedavisi uygulandı oral alım stoplandı. İstenilen tetkiklerde pnömomediastinuma sebep olacak bir etyoloji saptanmadı. Tedavinin 4. gününde klinik ve radyolojik olarak düzelen hasta poliklinik kontrolü ile taburcu edildi. Kontrole gelen hastanın PA AC grafisi normal olarak yorumlandı.

SONUÇ VE TARTIŞMA:Spontan pnömomediastinum özellikle genç erkeklerde nadir görülen bir durumdur. Daha çok ağır yük kaldırma gibi durumlarda oluşan durum nadir olarak spontan olarak oluşabilmektedir. Göğüs ağrısı şikâyeti ile gelen bir hastada spontan pnömomediastinumun ayırıcı tanıda düşünmek gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Oksijen Tedavisi, Pnömomediastinum, Primer Spontan Pnömomediastinum

EP-238

NADİR BİR YABANCI CİSİM ASPİRASYONU: ENDOTRAKEAL GAZLI BEZ

Rıza Serdar Evman, Ozan Kaya, Sevİnç Çıtak, Abdurrahim Gördebil, Selime Kahraman, Çağatay Saim Tezel, Selami Volkan Baysungur
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Larinks kanseri, baş boyun kanserleri içinde en yaygın görülen alt türlerden biridir ve çoğunlukla 5.-7. dekadlar arasında görülmektedir. Larinks kanseri tedavisinde evreye göre radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi tedavi uygulanabilmektedir. Total larenjektomi de cerrahi tedavi alternatiflerinden biridir. Yazımızda, larinks kanseri nedeniyle total larenjektomi öyküsü olan ve kliniğimize "trakeostomi bakımında kullandığı gazlı bezi aspire etmesi" nedeniyle kabul edilen vakamızı sunmak istedik.

VAKA: Kalıcı trakeostomi kanülünü bir gazlı bez ile temizlediği sırada aniden gelişen şiddetli nefes darlığı şikayeti için dış merkez acil servise başvuran 68 yaşındaki erkek hastanın KBB muayenesinde patoloji izlenmemesi üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. 70 paket/yıl sigara kullanımı mevcut olan ve on yıl önce larinks kanseri nedeniyle total larenjektomi uygulanıp son beş yıldır trakeostomi bakımını kendisi yapan hatanın gelişinde genel durum orta, aşırı terleme ve nefes almakta zorlanma şikayetleri mevcuttu. KTA:105, tansiyon:130/95, 5lt/dk nazal oksijen ile sO2:91 idi. Acil olarak tarafımıza yönlendirilen hastanın akciğer grafisinde hafif mediasten genişliği dışında patoloji izlenemedi. Acil rijid bronkoskopi planlanan hastaya rijid bronkoskop ile trakeostomi deliğinden girildi, trakeayı totale yakın tıkayan gazlı bez izlendi ve yabancı cisim çıkarılıp işlem komplikasyonsuz sonlandırıldı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta ertesi gün taburcu edildi.

SONUÇ: Larenjektomi geçiren hastalar ameliyat sonrasında medikal problemlerine ek olarak kısa ve uzun dönemde; solunum, konuşma, beslenme, kişisel temizlik ve bakım gibi konularda tamamen yeni durumlarına adapte olmak zorundalar ve bu durum birçok psikolojik ve sosyal sorunu da beraberinde getirmektedir. Bizim vakamızda aradan 10 yıl geçmesine rağmen böyle bir komplikasyonla karşılaşılmış olması larenjektomi sonrası hasta uyumunun ne kadar zaman alabileceği ve adaptasyon sürecinde hastaya destekte bulunulması gereken zamanın ne kadar uzun olabileceğinin bir örneğidir.

Anahtar Kelimeler: aspirasyon, bronkoskopi, cisim, kanser, larinks, yabancı

EP-239

LARİNKS KANSERLİ OLGUDA SOLİTER PULMONER ADENOFİBROMA

Kerim Tülüce, Gökçen Sevilgen, Hasan Türüt
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ: Pulmoner adenofibroma (PAF) akciğerin oldukça nadir görülen primer benign tümörlerindendir. Glandular epitelyal ve stromal komponent ile karakterize bifazik paterne sahiptir. Histolojik olarak meme ve kadın genital traktının adenofibromasını andırmaktadır. Bu lezyonlar rastlantısal olarak veya hemoptizi, öksürük ve göğüs ağrısı gibi semptomlara sebep olup yapılan radyolojik incelemeler sonucuda tespit edilebilmektedir. Genellikle düzgün sınırlı, homojen ve kontrastlanma göstermeyen lezyonlardır. Literatürde oldukça az sayıda PAF vaka bildirilmiş olup, 1-9 cm boyutuna varabilen soliter veya multiple lezyonlar şekilde görülebildiği ifade edilmştir.

OLGU: Elli üç yaşında erkek hastaya dört ay önce larinks skuamöz hücreli karsinomu nedeni ile total larenjektomi yapılmış ve takibe alınmış. Takiplerinde sağ akciğer üst lobda periferik yaklaşık bir santimetre boyutunda soliter lezyon saptanmış. Pozitron emisyon tomografisinde lezyonda tutulum saptanmamış. Skuamöz hücreli larinks tümörlerinde akciğer metastaz oranının yüksek olması sebebiyle tümör konseyinde olası metastaz riski açısından rezeksiyon kararı verildi. Olguya sağ lateral mini torakotomi yapıldı ve lezyon wedge tarzında rezeke edilip frozen incelemeye gönderildi. Frozen sonucu benign lezyon gelmesi üzerine operasyon sonlandırıldı. İmmünhistokimyasal inceleme sonucu pulmoner adenofibroma olarak sonuçlanan hastaya ek tedavi verilmesine gerek görülmedi.

SONUÇ: Malignite kökenli larenjektomili hastaların takipleri sırasında akciğerlerde tespit edilen lezyonlarda metastaz veya primer bronş kanseri tanısının ve yönetimin zorluğu bilinmektedir. Bu hastalarda yaklaşım konusunda frozen incelemesi kararın verilmesinde hayatidir. Ayırıcı tanıda PAF akılda tutulması gereken bir antite olmalıdır. Diğer taraftan histopatolojik kesin tanı konulması radyolojik olarak iyi diferansiye yoğun fibrozis içeren adenokarsinom ile düşük grade sarkomla benzerlik gösterdiği için önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mei F,et al.A rare pulmonary benign bi-phasic tumor: a case report of pulmonary adenofibroma and literature review. Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2017 Dec 18;49(6):1076-1080.
2. Al-Amer M,et al. Solitary pulmonary adenofibroma in a middle-aged man with bladder cancer. Lung India. 2017 Nov-Dec;34(6):570-572.
3. Hao J, et al. Pulmonary Adenofibroma: Report of a Case with Multiple Masses. Ann Clin Lab Sci. 2016 Dec;46(6):691-695.
4. Kumar R,et al. Pulmonary adenofibroma: clinicopathological study of 3 cases of a rare benign lung lesion and review of the literature. Ann Diagn Pathol. 2014 Aug;18(4):238-43.
5. Wang Y,et al. Pulmonary adenofibroma in a middle-aged man: report of a case.Surg Today. 2013 Jun;43(6):690-3.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, Pulmoner adenofibroma, rezeksiyon

Resim-1

Olgunun bilgisayarlı tomografisinde lezyonun görünümü

EP-240

RASTLANTISAL SAPTANAN VE VATS İLE EKSİZE EDİLEN BENİGN PERİFERİK SİNİR KILIFI TÜMÖRÜ

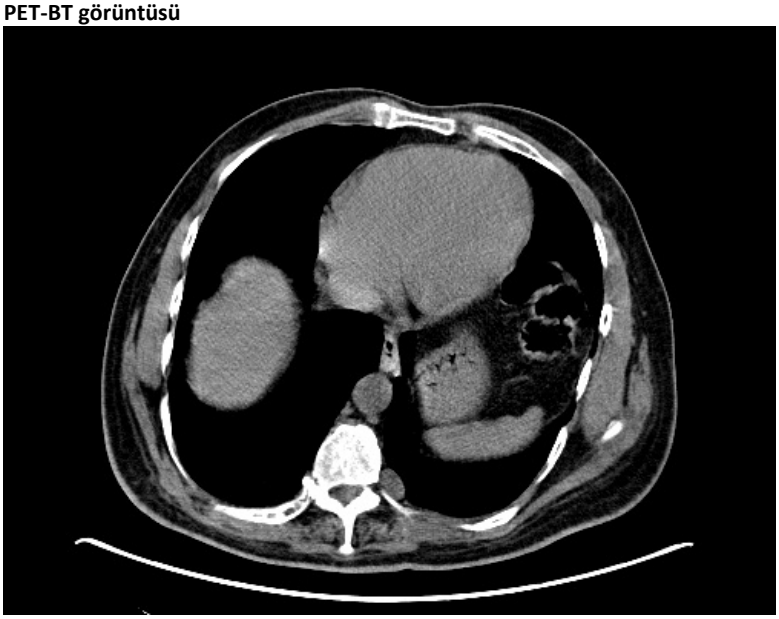
Funda İncekara[1], Necati Solak[1], Koray Aydoğdu[1], Şevki Mustafa Demiröz[1], Yetkin Ağaçkıran[2], Göktürk Fındık[1]
[1]Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara
[2]Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara

Periferik sinir kılıfı tümörleri (PSKT), nöral krest kökenli hücreler ile mezenkimal kökenli hücrelerden gelişir ve nörojenik tümör olarak da adlandırılır. Nörojenik tümörler, posterior mediastende en sık rastlanan tümörlerdir. Yetişkinlerde genellikle iyi huylu olan bu tümörlerin en fazla görülenleri schwannom ve nörofibromadır. Çocuklarda ise sıklıkla nöroblastoma ve ganglionöroma görülür. Spinal, interkostal, frenik veya vagus sinirlerinden köken alabilirler. Bazen vertebra ve kostalarda erozyon yapabilirler. Bu tümörlerin primer tedavisi cerrahidir.Kırkbir yaşında erkek hasta üriner taş nedeniyle başka merkezde operasyon planlanmakta iken çekilen Toraks BT de sol hemitoraksın T10 vertebra düzeyinde ve posterior mediastende 22 mm boyutlarında lezyon saptandı.PET-BT palnlandı ve raporunda T10 vertebra sol nöral forameni komşuluğunda ekstraparankimal-ekstraplevral olduğu düşünülen yaklaşık 20x13mm boyutlarında patolojik artmış metabolik aktivite tutulumu saptanmayan düşük dansiteli nodüler lezyon izlendi ve nörojenik tümör olarak yorumlandı.Hastaya nörojenik tümör öntanısıyla operasyon planlandı. VATS ile eksplorasyonda paravertebral bölgede ekstraplevral yaklaşık 2 cm çapında beyaz renkli kistik olarak saptanan lezyon eksize edildi. Hastanın post-operatif 2. günde dreni sonlandırılarak taburcu edildi. Patolojisi benign periferik sinir kılıfı tümörü olarak raporlandı.

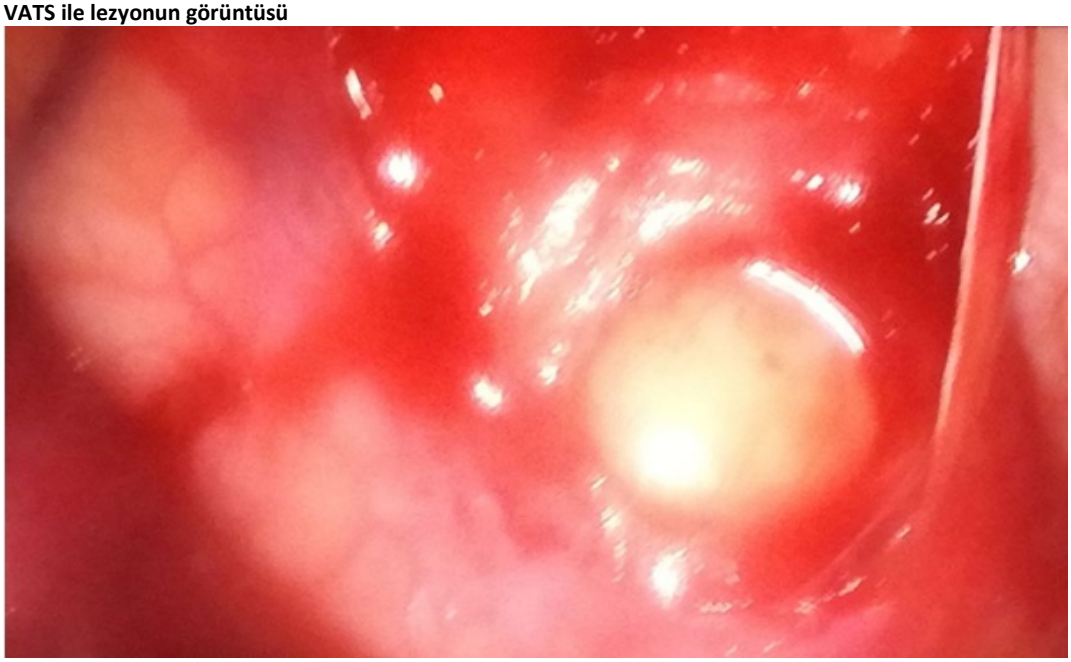
Nörojenik tümörler, posterior mediastende en sık rastlanan tümörlerdir. Yetişkinlerde genellikle iyi huylu olan bu tümörlerin en fazla görülenleri schwannom ve nörofibromadır. Çocuklarda ise sıklıkla nöroblastoma ve ganglionöroma görülür. Spinal, interkostal, frenik veya vagus sinirlerinden köken alabilirler. Bazen vertebra ve kostalarda erozyon yapabilirler. Akciğer grafisi ve toraks BT'sinde genellikle düzgün sınırlı soliter kitle olarak gözlenirler. Kalsifikasyon ve kistik değişiklikler gözlenebilir. Malign karakter gösterenlerde düzensiz sınırlar ve çevre kemik dokulara invazyon sık görülür. Olgumuzda lezyon kistik, düzenli sınırlı, çevre ve kemik dokulara invazyonyoktu ve patolojik kesitlerde kalsifiye değişiklikler içermekte idi.Schwannomlar en sık 30-60'lı yaşlarda daha çok erkeklerde görülür,[11] genellikle yavaş büyürler.Olgumuzda erkek hasta ve 41 yaşındaydı. Periferik sinir kılıfı tümörlerinin primer tedavisi cerrahidir. Hastalığın cerrahi tedavisinin torakotomi ile yapılması hastanın postoperatif konforu ve iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Cerrahinin VATS ile yapılması. torakotomiye göre daha az invazivdir. Olgumuzda nörojenik tümör VATS ile eksize edildi.Sonuç olarak, posterior mediasten kaynaklı tümörlere, kesin tanı konulabilmesi, malignite olasılığı nedeniyle komplet rezeksiyon öncelikle VATS ile yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: VATS, periferik sinir kılıfı tümörü, nörojenik tümör

PET-BT görüntüsü



VATS ile lezyonun görüntüsü



EP-241

BİR DİŞ DOLGUSU NEYE MAL OLABİLİR?

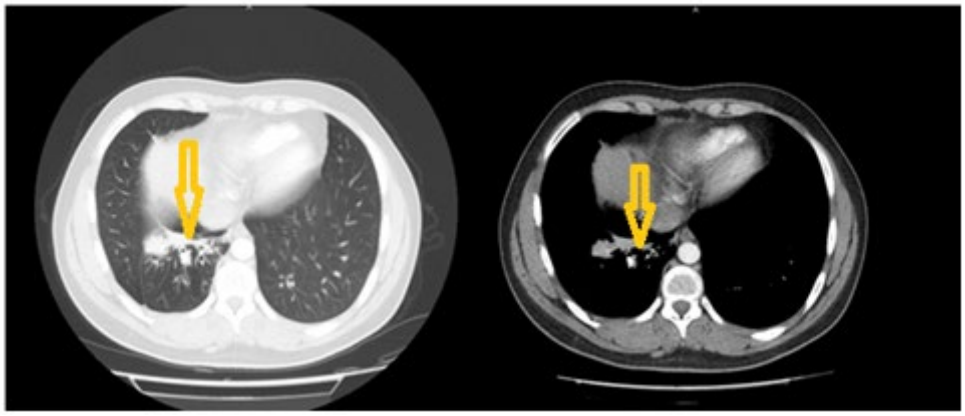
Gülşen Yılmaz, Selma Mine Kara Apaydın, Şevki Mustafa Demiröz, Funda İncekara, Koray Aydoğdu, Sadi Kaya, Göktürk Fındık
T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Bronşektazi etiyolojisinde akkiz ve konjenital nedenlerin sorumlu tutulduğu geri dönüşümsüz kıkırdak harabiyeti sonucu gelişen süpüratif bir akciğer hastalığıdır.Bronşektazi çok değişik nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Solunum yollarını etkileyen adenovirüs, pnömoni, boğmaca, kızamık ve tüberküloz gibi tekrarlayan enfeksiyonların olduğu edinsel bronşektazi, yabancı cisim ve tümör gibi nedenlerle oluşan bronş obstrüksiyonu, tekrarlayan aspirasyonlar gibi edinsel etyolojinin yanısıra, trakeabronkomegali, konjenital hastalıklar, immün yetmezlikler de diğer konjenital bronşektazi nedenleri arasında yer alır.Yabancı cisim aspirasyonu trakea seviyesinde tama yakın tıkanıklık meydana getirdiğinde ölümcül akut solunum yetersizliğine neden olur. Buna karşın trakeobronşial ağacın daha aşağı seviyelerine ilerleyebilen yabancı cisimler tıkadığı bölgenin distalinde havalanmanın bozulmasına ve enfeksiyona zemin hazırlayıcı etkisine bağlı olarak solunum sistemi problemlerine neden olmaktadır.

Trakeobronşiyal ağaçtaki yabancı cisimler pek çok patolojik durumu taklit edebilir. Yetişkinlerde farkına varılamayan yabancı cisim aspirasyonları nedeniyle bronkojenik karsinom ön tanılarıyla lobektomi, hatta pnömonektomi yapılan olgular bulunmaktadır. Bu olgumuzda; özgeçmişinde 9 yıl önce yabancı cisim aspirasyonu (diş dolgusu) olan hasta hemoptizi şikayeti ile kliniğimize başvurmuş olup yapılan tetkiklerde sağ akciğer alt lobda yaygın bronşiektazi ve sağ akciğer alt lob da tanımlanamayan kalsifik lezyon görülmesi üzerine ameliyat edildi (sağ torakotomi + alt lobektomi). Postoperatif makroskopide segment bronşunun kesilmesinden sonra bronşun içinde yabancı cisim (diş dolgusu) olan hastayı sunduk.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, lobektomi, yabancı cisim

Resim 1



Toraks BT' de nodüler kalsifikasyon ve bronşektazik değişiklikler

Resim 2

Yabancı cismin alt lob segment girişindeki postoperatif makroskopik görünümü

EP-242

PEKTUS EKSKAVATUMLU 2 OLGUDA AÇIK KALP CERRAHİSİ İLE EŞ ZAMANLI MODİFİYE RAVİTCH OPERASYONU DENEYİMİ

Deniz Ezgi Mahmutoğlu, İsmail Dal, Kemal Demircan, Muharrem Çelik, Mehmet Yıldırım, Tamer Okay
Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Pektus ekskavatum deformitesi daha çok erkeklerde görülebilmekle birlikte her iki cinsiyeti de etkileyen, etyolojisi tamamen bilinmemekle beraber doğumsal olarak sternokostal bileşkedeki kondriyumun gelişim bozukluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çoğu pektus deformitesi semptomatik değildir, kozmetik nedenler dışında operasyon endikasyonu bulunmamaktadır. Semptomatik vakalarda en sık semptom göğüs ağrısı olup, konjenital olduğu düşünülen bu deformitenin kardiyak anomaliler ve doğumsal sendromlarla birlikteliği de görülmektedir.

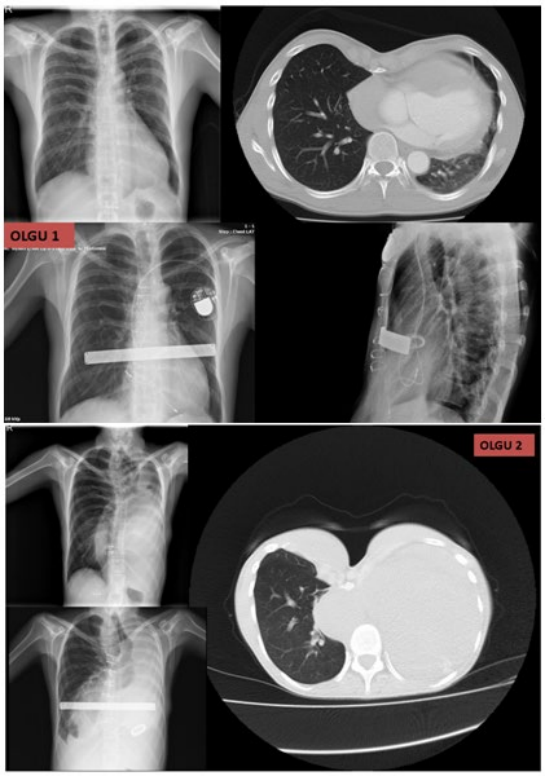
OLGU 1: 25 yaşında erkek hasta bilinen Marfan sendromu öyküsü var. Asendan aorta ve sİnüs valsalva anevrizmasında artış görülmesi nedeniyle hastaya kalp ve damar cerrahisi tarafından median sternotomi ile Bentall operasyonu planlanmış. Aynı zamanda pektus ekskavatum izlenen hastanın göğüs deformitesinin düzeltilmesi amacıyla hastaya sternum tellenmeden ekibimiz tarafından modifiye Ravitch sternoplastisi uygulanarak sternum kapatıldı.

OLGU 2: 24 yaşında kadın hasta 4 yıldır mitral yetmezlik ile takip edilmekteyken hastaya kalp ve damar cerrahisi tarafından median sternotomi ile mitral valv replasmanı ve triküspit ring anuloplasti planlanmış. Aynı zamanda pektus ekskavatum izlenen hastanın göğüs deformitesinin düzeltilmesi amacıyla hastaya sternum tellenmeden önce tellenmeden ekibimiz tarafından modifiye Ravitch sternoplastisi uygulanarak sternum kapatıldı.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Semptomatik ve sendromla birlikteliği olan pektus ekskavatum hastalarında deformitenin düzeltilmesi önem kazanmaktadır. Normalde kozmetik olarak cerrahi tedavinin şart olmadığı pektus hastalarında özellikle de hastaya sternotomi ile cerrahi girişim yapılacaksa, eş zamanlı olarak deformitenin düzeltilmesinden hasta fayda görmektedir.

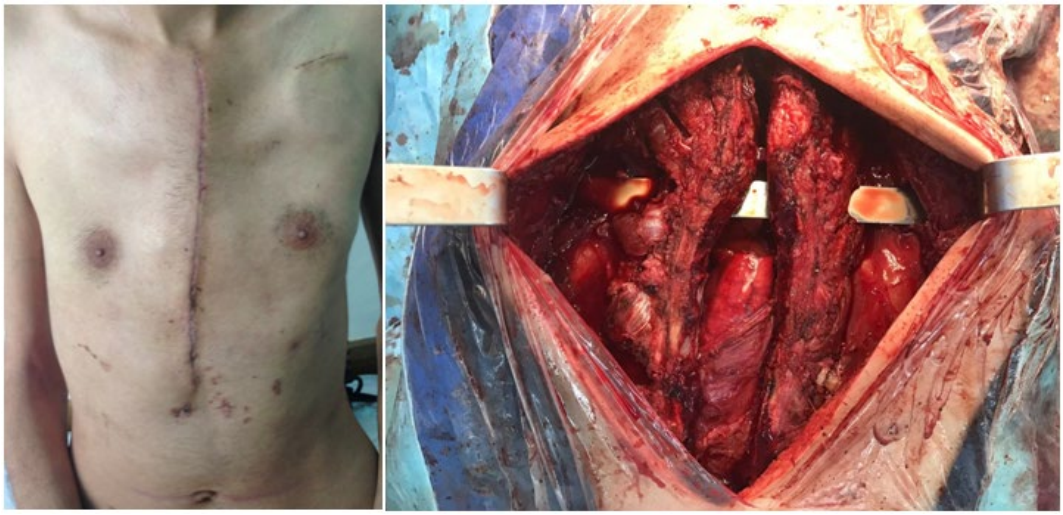
Anahtar Kelimeler: pektus ekskavatum, eş zamanlı cerrahi, mitral yetmezlik, marfan, modifiye ravitch sternoplastisi

Figür 1



Pektus görüntüleme

Figür 2



Postoperatif ve peroperatif görüntü

EP-243

PNÖMOMEDİASTİNUM: OLGU SUNUMU

Gökhan Öztürk
Uşak üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Uşak.

GİRİŞ:Pnömomediastinum solunum sistemi veya sindirim sistemi organlarının perforasyonu sonucunda havanın mediastende birikmesidir. Olgular genellikle nadir semptom verir. Genellikle tedaviye ihtiyaç duymadan semptomlar geriler.

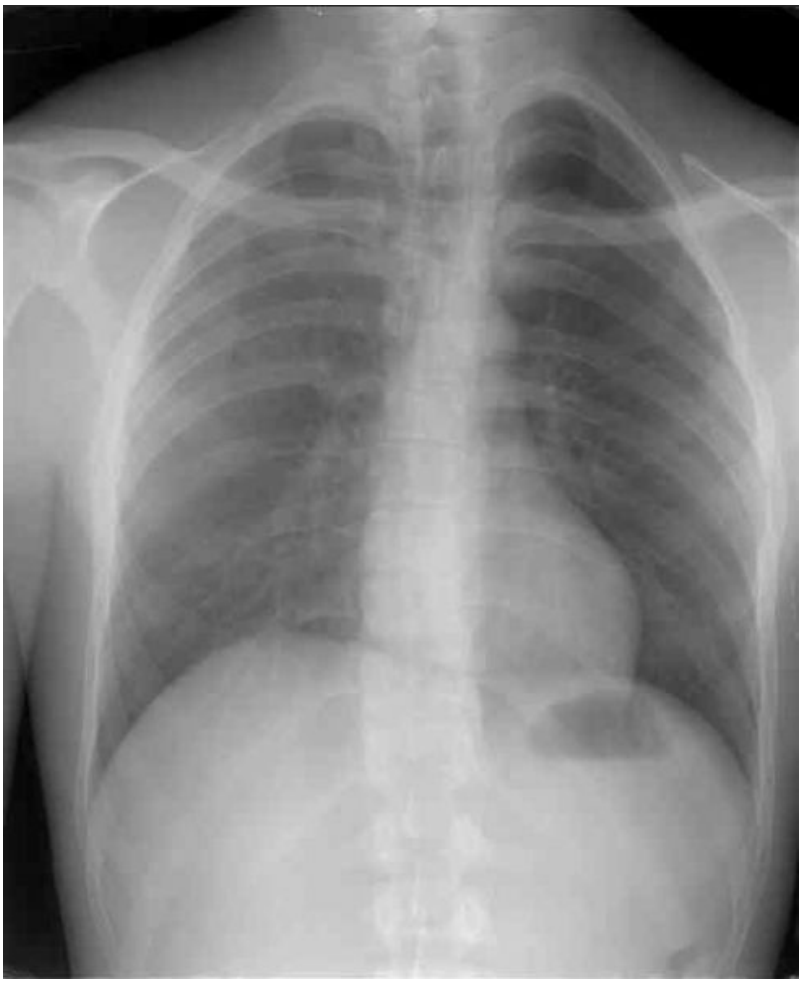
OLGU:23 yaşında erkek hasta. Metamfetamin kullanımından 2-3 saat sonar başlayan nefes alamama ve göğüste sıkışma hissi ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde, 15 yaşından başlayarak sigara, ekstazi ve bonzai, 2 aydır da metamfetamin kullandığını öğrenildi.Fizik muayenesinde vital bulguları TA: 140/100 mmHg, solunum sayısı 28/dak, nabız sayısı 100/dak, Ateş: 36.9°C ve sPO2: 88 (oksijensiz) olarak belirlendi. Baş-boyun muayenesinde cilt altı amfizemi saptanmadı.Acil serviste Postero anterior Akciğer Grafsi (PA AC) (Resim 1) ve sonrasında.Bilgisayarlı Toraks Tomografisi (BTT) çekilmiş. BTT'de paratrekeal alanda daha yoğun olmak üzere mediastinal yaygın serbest hava gözlendi. (Resim 2-3).Spontan pnömomediastinum ön tanısı ile yatırıldı. Takiplerinde hastaya nazal kanülden 2 L/dakika'dan oksijen ve istirahat tedavisi uygulandı. Takip ve tedavisi süresince hastada mediastinit gelişmedi. Tedavinin dördüncü gününde klinik ve radyolojik olarak tamamen düzelen hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi (Resim 3-4).

TARTIŞMA:Spontan pnömomediastinum özellikle genç erkeklerde görülen, tanının ardından semptomların genellikle kendiliğinden gerilediği nadir bir klinik durumdur.Spontan alveol rüptürü genellikle öksürme, kusma, ıkınma ve valsalva manevrası gibi alveol basıncında artışa yol açan durumlarda ortaya çıkar. Astım, KOAH, Diabetik Ketoasidoz, aşırı egzersiz, esrar veya kokain içimi ve Diffüz İnterstisyel Fibrozis öncülük eden hastalıklar arasındadır. Bizim olgumuzdada madde bağımlılığı söz konusudur. Schönnagel ve ark., kokain kullanımı sonrası oluşan spontan pnömomediastinumlu bir olgu rapor etmişlerdir.Spontan pnömomediastenumlu hastalardaki klinik görünüm; ani başlayan göğüs ağrısı ile solunum güçlüğü, siyanoz, boyun venlerinde dolgunluk, boğazda takılma hissi, disfaji, disfoni, cilt altı amfizemi ve muhtemel boyun ve sırt ağrısıdır. Bu olguların tanısında PA akciğer grafisi ve BTT yeterlidir.Tedavi, sebebe yönelik olup hızla tanı konularak gerekiyorsa cerrahi girişim uygulanarak yapılmalıdır. İzlemlerde hastaların semptomlarının hızla gerilediği görülür ve klinik olarak stabil seyreden hastalar taburcu edilebilirler. İzlem süreleri en az 24 ya da 36 saat olmakla birlikte bu süre klinik duruma göre uzatılabilir. Hastamızda tedavisinin dördüncü gününde klinik ve radyolojik iyileşme hali saptandı ve taburcu edildi.

SONUÇ:Göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetinin varlığında, nadir görülen bir klinik durum olmasına rağmen, ayırıcı tanıda spontan pnömomediastinum mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pnömomediastinum, Göğüs Ağrısı, Nefes darlığı.

Resim 1



Geldiğinde çekilen PAAC

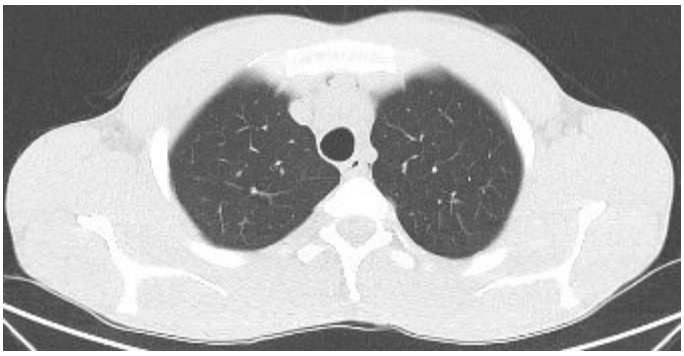
Resim 2

Geldiğinde çekilen BTT

Resim 3

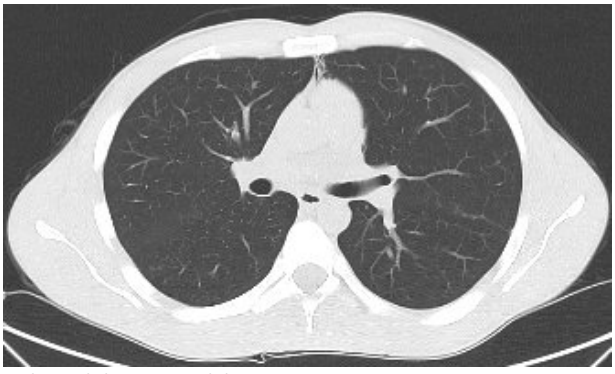
Geldiğinde çekilen BTT

Resim 4



Taburculuk öncesi çekilen BTT

Resim 5



Taburculuk öncesi çekilen BTT

EP-244

PNÖMONEKTOMİ OPERASYONU GEÇİREN HASTALARIN BAKIM YÖNETİMİNDE KLİNİK KARAR DESTEK SİSTEMİ KULLANIMI

Hatice Uyış Kavadar, Gülnur Gül, Aysel Göktaş
sbü. dr. suat seren göğüs hastalıkları hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Klinik karar destek sistemleri sağlık personeline alacağı klinik kararlarda destek sağlayan, hasta özelliklerine uygun bilginin eşleştirilmesi ile ortaya çıkan önerilere ilişkin bilgisayar yazılım uygulamalarıdırPnomomektomi operasyonu sonrası postoperatif dönemdeki bireylere bakım veren hemşirelerin bireyin gereksinimlerine daha duyarlı ve bireye özgü bir bakım planı oluşturmasına katkı sağlayıp sağlamadığı araştırılmıştır. Ayrıca hemşireler tarafından hangi önerilerin dikkate alınıp hangilerinin yok sayıldığını tespit etmek amacıyla çalışma planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM:HBYS hemşirelik kayıt ekranlarından retrospektif (01 ocak-30 haziran 2018) veri analizi yapılmışır. 2. göğüs cerrahisi servisinde pnömonektomi operasyonu geçirip postoperatif dönemde tedavi alan 20 hastanın verileri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Hemşirelik gözlem ve ön değerlendirme sekmesinde yer alan "sistem tanılama, düşme riski ve bası yarası risk değerlendirme, ağrı değerlendirme ve bakım hizmetler" bölümünde değerlendirilen alanlardan hangilerinin klinik karar desteği sağladığı tespit edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA:pnömomektomi sonrası postoperatif dönemdeki 20 hastanın verileri analiz edildiğine hastaların 2-18 gün hastanede yattıkları ortalama yatış gününün 9,8 gün olduğu, yaş dağılımı incelendiğinde 39 ile 74 yaş arası olduğu belirlenmiştir. 10(%50) hastanın 65 yaş üzeri olduğu tüm hastalar şifa ile taburcu edildiği görülmüştür.Hemşirelik tanısı olarak ağrı düşme riski travma riski enfeksiyon riski tanılarının tüm hastalarda (%100)klinik karar destek olarak hemşirelik ekranlarında yer aldığı sistemin uyarısı doğrultusunda bakım planına alındığı görülmüştür. Kanama riskinin klinik karar destek olarak sistemde yer almadığı hemşirelerin kendi değerlendirmeleri sonrası bu tanıyı alarak hastanın bakımını planladıkları tespit edilmiştir.Kardiyak Outputu Düzenleme, Ventilasyon/Perfüzyon Dengesizliğine Bağlı Gaz Değişimi Bozulmalarını Engelleme Ve Hava Yolu Açıklığını Sağlama, Sıvı Volüm Dengesizliğini Düzenleme ye yönelik klinik karar destek sistemimin olmadığı görülmüştür.

Örneğin Ventilasyon/Perfüzyon Dengesizliğine Bağlı Gaz Değişimi Bozulmalarını Engelleme Ve Hava Yolu Açıklığını Sağlama hedefine yönelik "Gaz Değişiminde Bozulma" tanısı için Göğüs drenaj sistemini izlemek, Solunum hızını, şeklini ve arteriyel kan gazı sonuçlarını izleme, Hastaya yarı oturur pozisyon verme uygulamalarının hemşireler tarafından gerçekleştirildiği ama tanı olarak alınmadığı tespit edilmiştir.

SONUÇ:Mevcutta var olan sistemin özellikli hasta gruplarına yönelik yapılandırılması için yönetime bilgi verilmiş, pnömonektomi olan hastalarda Fiziksel Harekette Bozulma,Solunum Örüntüsünde Değişme Riski, Gaz Değişiminde Bozulma, Aktivite intoleransı, Beslenme ve egzersiz tanılarınında klinik karar destek sisteminde yer almasına yönelik iyileştirme çalışmaları başlatılmıştır

Anahtar Kelimeler: pnömonektomi, hemşirelik bakımı, klinik karar destek sistemi

EP-245

NADİR GÖRÜLEN GECİKMİŞ BİR İYATROJENİK DİYAFRAGMA RÜPTÜRÜ SONUCU GELİŞEN KARACİĞER HERNİASYON OLGUSU

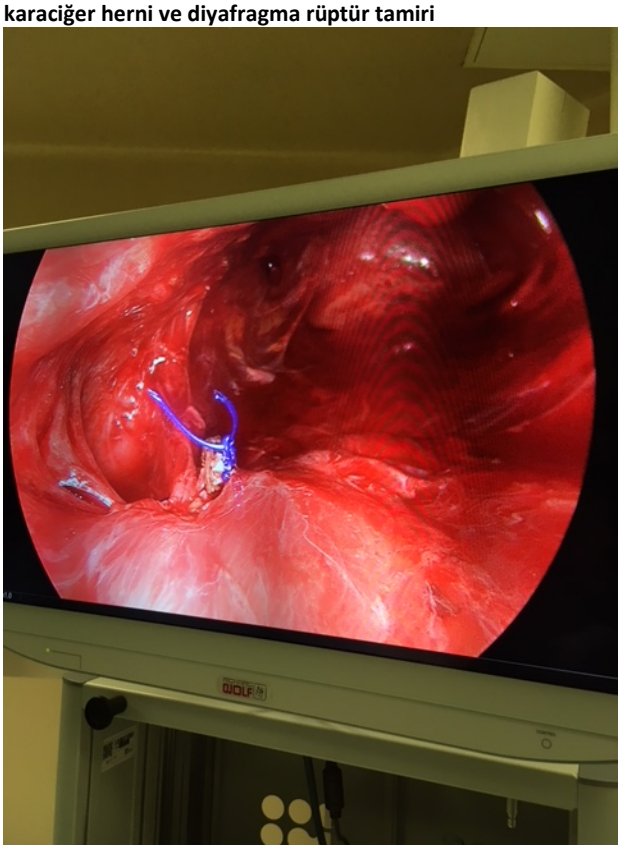
Mustafa Vedat Doğru, Mehmet Kılıç, Oğuz Girgin, Çiğdem Obuz, Güven Olgaç, Aysun Ölçmen, Seyyit İbrahim Dinçer
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Diyafram yaralanmaları künt, penetre, iyatrojenik ve spontan yaralanmalar nedeniyle oluşabilir. Pek çok çalışmada diyafragma yaralanması sol tarafta daha çok bildirilmiştir. Sağ tarafta olan yaralanmalar genellikle ciddi ve ağır yaralanmalardır. Olgumuzda 18 yaşında bayan hasta, nefes darlığı şikayetiyle göğüs hastalıklarına başvuru sonrası yapılan tetkiklerinde sağ alt zonda kitle ve minimal plevral effüzyon saptanmış. Özgeçmişinde nonsmoker olan hasta 9 aylıkken menenjit, pnömoni nedeniyle tedavi görüp, sağ hemitoraksta parapnömonik effüzyon nedeniyle tüp torakostomi uygulanmış.Hastanın çekilen Toraks BT de sağda alt zonda lateralde kosta komşuluğuna uzanan 44x32 mm boyutlu heterojen dansitede görünüm saptanmış, ek hastalık öyküsü olmayan, rutin tetkiklerinde (hemogram, biyokimya, SFT) ek patoloji saptanmayan, mevcut lezyona TTİA yapılamayan hastaya cerrahi konseyde VATS ile eksplorasyon kararı alındı. Hastaya sağ VATS ile karaciğer herni ve diafragma onarımı yapıldı. Olgumuzda radyolojik olarak kitle imajı veren minimal plevral effüzyonla beraber seyreden lezyon peroperatuar karaciğer herniasyonu olarak saptanıp, onarımı yapılmıştır. Etyolojide 9 aylıkken parapnömonik effüzyon nedeniyle sağ akciğere uygulanan tüp torakostomi işlemi sorumlu tutulmuştur.

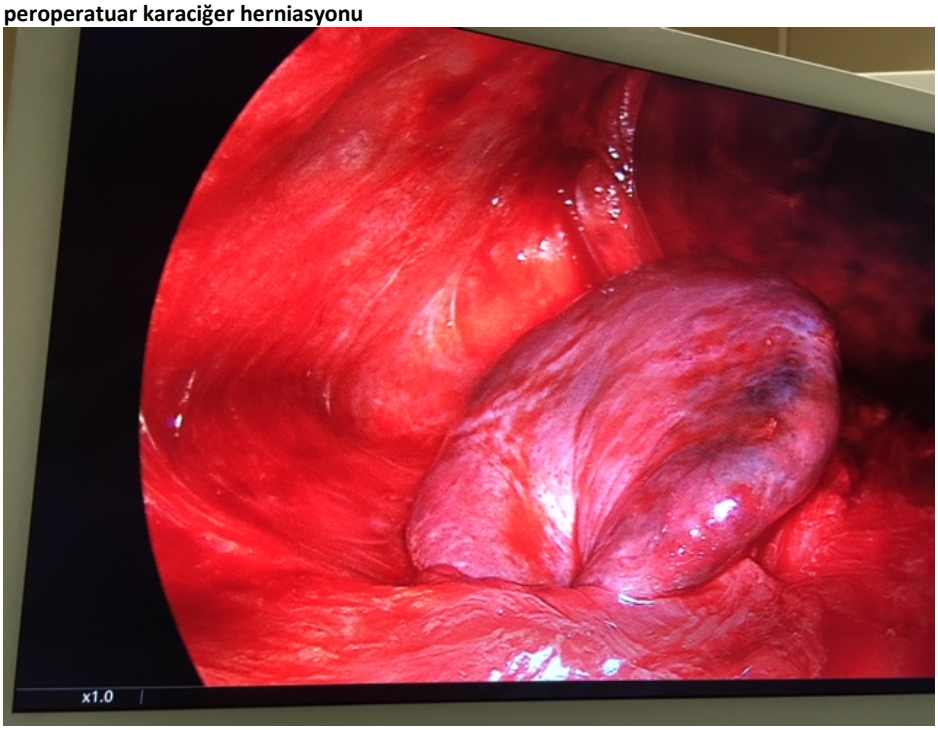
İyatrojenik diyafragma rüptürü sonucu karaciğer herniasyonu gelişen gecikmiş vakalar literatürde nadir olarak bildirildiği için olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer herniasyonu, Diyafragma rüptürü, İyatrojenik, VATS, cerrahi,

karaciğer herni ve diyafragma rüptür tamiri



peroperatuar karaciğer herniasyonu



EP-246

TANISAL AMAÇLI SERVİKAL VİDEOMEDİASTİNOSKOPİ UYGULADIĞIMIZ HASTALARIN CERRAHİ ENDİKASYON VE SONUÇLARI

Hüseyin Mestan, Şeyda Örs Kaya, Kenan Can Ceylan, Barış Gülmez
S.B.Ü İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

AMAÇ: Bu çalışmada mediastinal lenfodenopati saptanan ve tanısal amaçlı servikal videomediastinoskopi uygulanan hastaların sonuçlarının sunulması amaçlandı.

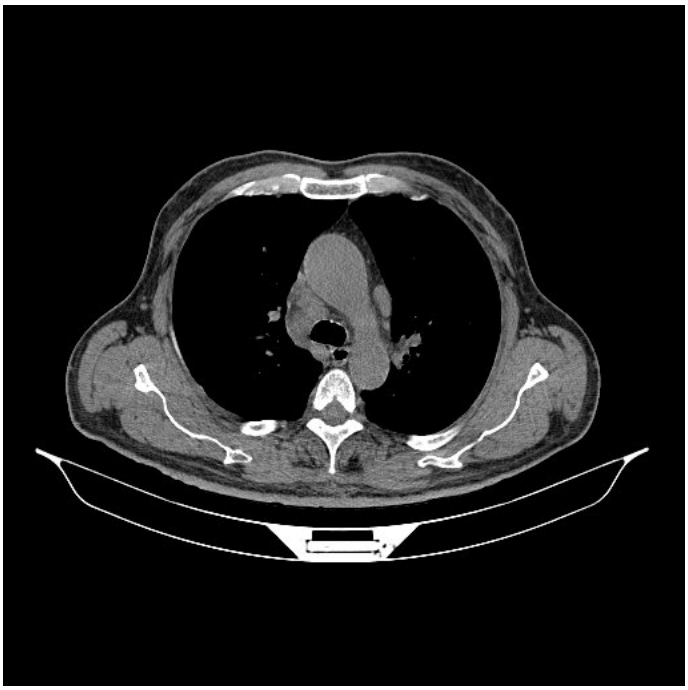
METHOD: 2010 ile 2017 yılları arasında SUAM İzmir Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitm Araştrma Hastanesi Göğüs cerrahisi kliniğinde tanısal amaçlı servikal videomediastinoskopi uygulanan 86 hasta demografik ve klinik özellikler yönünden retrospektif olarak incelendi.

SONUÇ: 2010 ile 2017 yılları arasında tanısal amaçlı servikal videomediastinoskopi uygulanan 86 hastanın 79 tanesinin histopatolojik değerlendirilmesi benign (%91), 7 tanesi malign(%9) olarak değerlendirildi. Benign tanıların bir tanesi kistik, diğerleri granülamatöz lenfadenitti. 52 kadın 34 erkek hastanın ortalama yaşı 49,4±16,61 olarak hesaplandı. En sık saptanan semptom öksürük olmak üzere 54 hasta semptomatikti. 25 hastada eş zamanlı toraks bilgisayarlı tomografisinde nodüler lezyonlar saptandı. En sık örnekleme yapılan istasyon sağ alt paratrakeal olarak belirlendi. Hastaların hiçbirinde mortalite ve morbidite gelişmedi.

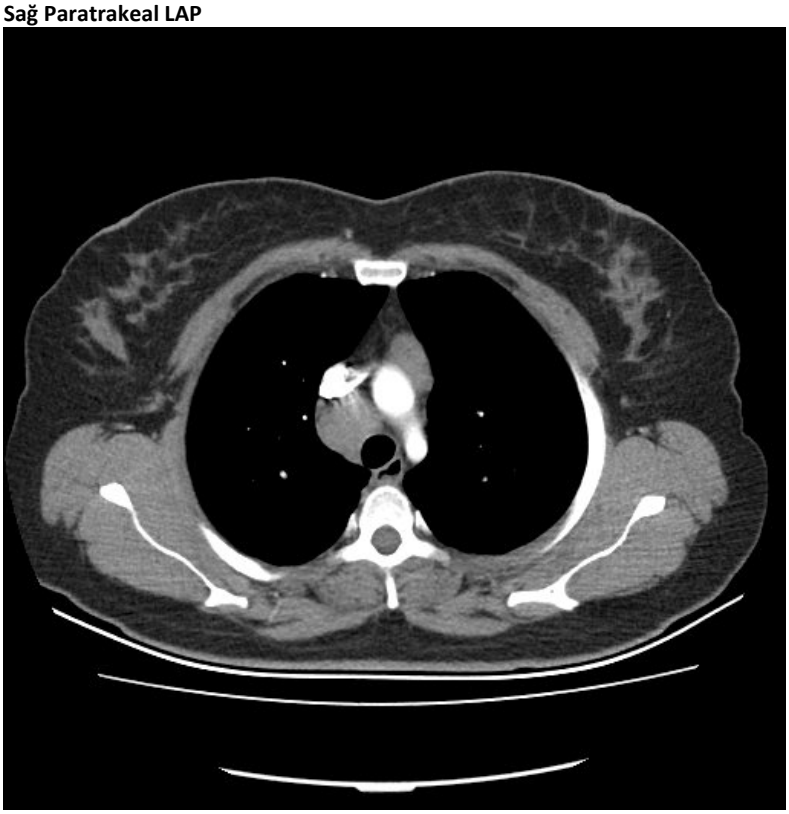
TARTIŞMA: Malign veya benign hastalıklarda saptanan mediastinal lenfodenopatilerin histopatolojik olarak aydınlatılması uygun tedavi için gereklidir. Deneyimli merkezlerde morbidite ve mortalite olmaksızın mediastinoskopi ile kesin tanı koymak mümkündür.

Anahtar Kelimeler: mediastinoskopi, tanısal, cerrahi

Bilateral Mediastinal LAP



Sağ Paratrakeal LAP



EP-247

LARENKS KARSİNOMU NEDENİYLE OPERE OLAN HASTADA YENİ GELİŞEN LEZYON: MALİGN? BENİGN?

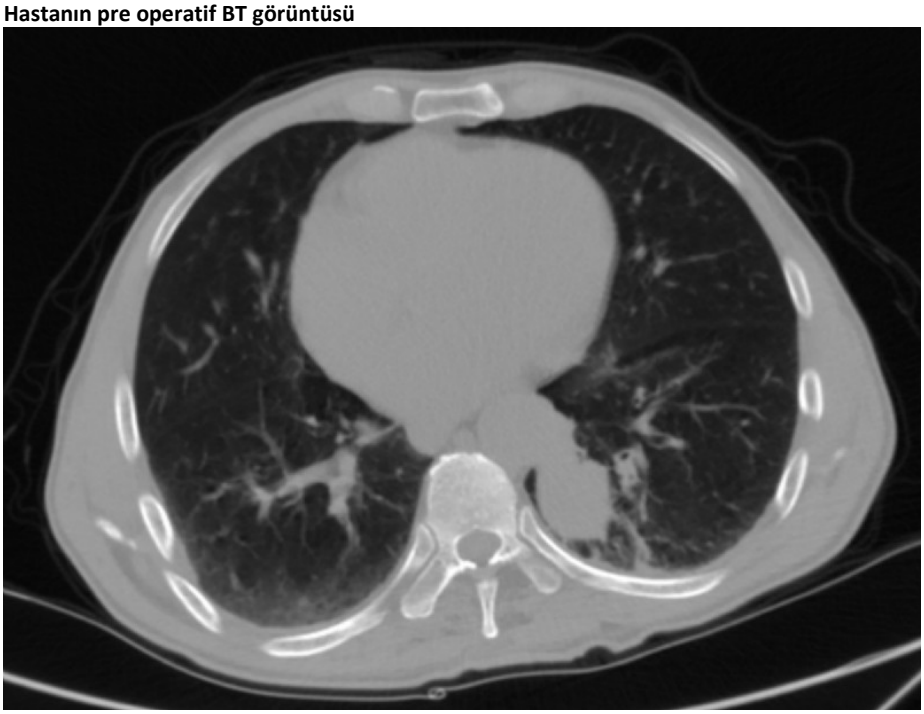
Yunus Seyrek, Levent Cansever, Deniz Sansar, Merve Hatipoğlu, Mehmet Ali Bedirhan
Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Sağlık Bilimleri Universitesi Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği

AMAÇ:Baş ve boyun kanseri hastalarının ikincil bir kanser olarak akciğer kanseri geliştirme riski oldukça yüksektir, bunun nedeni olarak da ortak etiyolojik ajan sigara gösterilir. Bu nedenle, erken teşhis amacıyla, larenks kanseri dolasıyla opere olan hastalar rutin olarak toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) ile takip edilirler.

OLGU:Elli yedi yaşında erkek hasta, takip olduğu onkoloji kliniğinden cerrahi polikliniğimize refere edildi. Dört yıl önce larenks karsinomu nedeniyle larenjektomi olan hastanın rutin kontrollerinde çekilen tomografisinde, sol alt lobda yeni gelişen lezyon görülmesi üzerine ön planda metastaz düşünülerek metastezektomi için tarafımıza yönlendirildi. Hastanın BT yorumunda, mediastinal lenfadenopati varlığı ve sol alt lobda konsolidasyon gösteren spikule uzanımlı 3x3 cm'lik kitle ile uyumlu lezyon görüldüğü belirtildi. Daha sonra istenen PET'de ise, mediastendeki lenfadenopatilerin SUV 3.3 olduğu, sol alt lobdaki kitlenin ise SUV:7.8 olduğu, primer akciğer karsinomu ile uyumlu lezyon görünümünde olduğu raporlandı. Yapılan bronkoskopide patoloji saptanmadı. Hastanın yapılan solunum fonksiyon testinde FEV1 değeri 1.95 lt (%64) olarak görüldü. Hastaya trans torasik iğne biyopsisinde patoloji sonucu nonspesifik olarak geldi. Primer hastalığı kontrol altında olan başka herhagi bir metastazı olmayan hastaya cerrahi konseyde tanı ve tedavi amaçlı torakotomi kararı alındı. Peroperatif frozen section (F/S) çalışılan hastadan, kitleden wedge rezeksiyon piyesi, ve mediastinal lenf nodları gönderildi. Sonuç olarak lenf nodları negatif, wedge rezeksiyon ise bronşektazi olarak raporlandı. Bronşektazi cerrahisi, anatomik cerrahi gerektirdiğinden hastanın wedge sahası bazal segmentektomiye tamamlandı. On gün sonra çıkan parafin sonuçlarda, kitlenin eosinofilik karakter göstermesi dolayısıyla ekinokok kisti olarak F/S'da belirtilen bronşektazi tanısından uzaklaşıldı.Sonuç olarak, larenks karsinomu dolayısıyla opere olan hastalar yakından takip edilir. Her ne kadar bu hasta grubunda ikincil primer kanser gelişme olasılığı %30, ilk 5 yıl içinde metastaz gelişme olasılığı da %25 civarında olsa da, yeni gelişen lezyonlara tanısız rezeksiyon düşünülmemelidir.

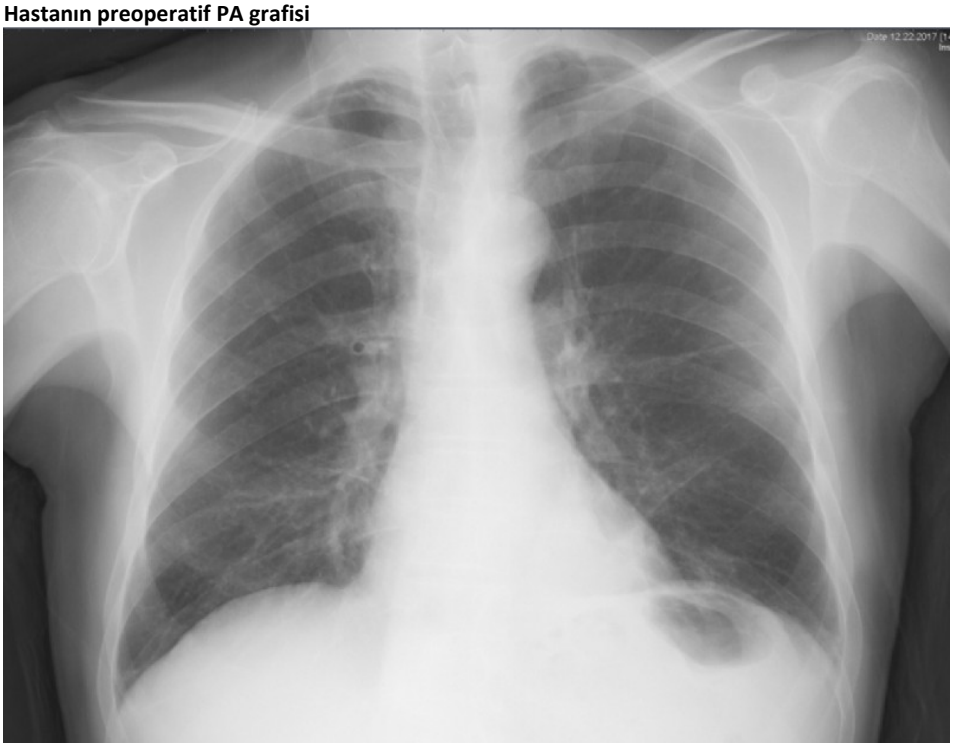
Anahtar Kelimeler: larenks kanseri, primer akciğer kanseri, PET-CT

Hastanın pre operatif BT görüntüsü



Hastanın pre operatif BT görüntüsü

Hastanın preoperatif PA grafisi



Hastanın preoperatif PA grafisi

EP-248

NADİR GÖRÜLEN MEDİASTİNAL LİPOSARKOM OLGUSU

Mehmet Ağar, İlham Gülçek, Hakkı Ulutaş, Muhammet Reha Çelik
İnönü üniversitesi, Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Malatya

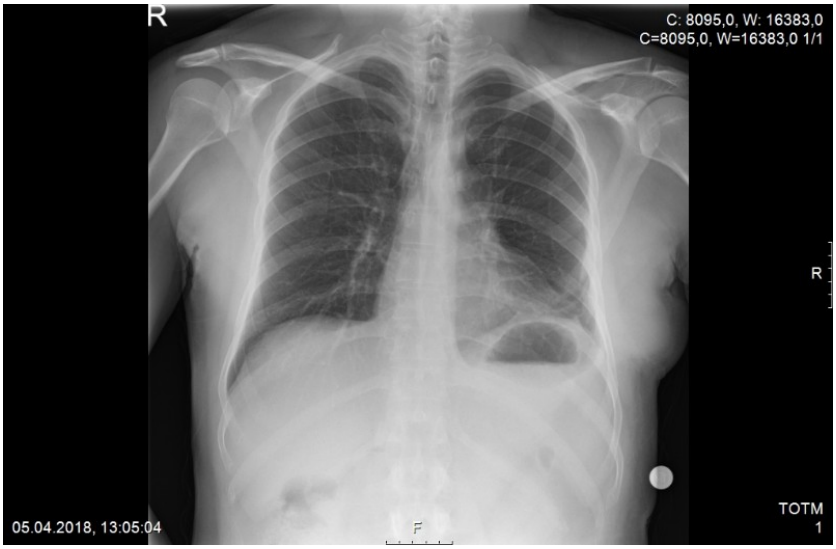
Primer intratorasik liposarkom oldukça nadir görülen malign bir tümördür. Yumuşak doku sarkomları erişkindeki solid malign tümörlerin %1'ini oluştururken bu sarkomların %1'den azı intratorasik bölgede görülür. Yavaş büyüme gösteren bu tümörler geç semptom verdiğinden genellikle dev kitle halinde geldiğinde tanı alırlar.Liposarkomlar yumuşak doku tümörlerinin %10-15'ini oluştururlar. Liposit ve lipoblasttan köken alan bu tümörler genellikle retroperitoneal bölge, femoral bölge, popliteal fossa, boyun gibi lokalizasyonlarda yerleşirler. Oldukça nadir olarak intratorasik alanda görülen liposarkomlar iyi diferansiye, miksoid, pleomorfik ve dediferansiye olarak histolojik alt tiplere ayrılır. Sıklıkla miksoid alt tipi olarak karşımıza çıkan liposarkomlarda mediastinal tutulum plevral ve pulmoner tutulumdan daha sık görülür.Kırkbir yaşında erkek hasta yaklaşık üç ay devam eden göğüs ağrısı, öksürük, nefes darlığı şikayetleriyle başvurduğu dış merkezde çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğerde kitle saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Hastanın akciğer grafisinde sol hemitoraksın alt yarısını dolduran homojen görünümlü opasite izlendi. Hastaya çekilen toraks BT'de; sol hemitoraks orta-alt zon düzeyinde anteriorda plevral mesafede en geniş yerde 16,5 x 10 x 15,5 cm boyutta solid-kistik lezyon saptandı.(Resim1). Laboratuvar değerlerinde ek patoloji izlenmeyen hastaya sol torakotomi uygulanarak kitle total eksize edildi. Patoloji sonucu dediferansiye low grade liposarkom olarak raporlandı. Onkolojiye yönlendirilen hastaya 6 kür adjuvan kemoterapi planlanmış olup kitlenin kapsülüyle birlikte total eksize edilmiş olması, low grade olması ve olası toksisite sebebiyle adjuvan radyoterapi verilmesi düşünülmedi. Hastanın kontrollerinde nüks izlenmedi. (Resim 2).Mediastinal liposarkomlar low grade olmasına rağmen büyük boyutlara ulaşıp solunumsal ve kardiyak problemlere neden olmaktadır. Diğer tedavi modalitelerinin etkisinin sınırlı olduğu bu tür olgularda en etkin tedavi lezyonun kapsülü ile total eksizyondur.

Anahtar Kelimeler: dev kitle, liposarkom, mediastinal

Resim 1

Kitlenin tomografik görünümü

Resim 2



Postoperatif 2.hafta akciğer grafisi

EP-249

BİLATERAL AKCİĞER DOKUSUNDA NODÜLER LEZYON SAPTANAN HASTADA ENDER BİR TANI-MULTİPLE İNTRAPULMONER EKTOPİK TİROİD

Mertay Boran[1], Ertay Boran[2], Elif Nisa Ünlü[3], Aslı Naldemir[4]
[1]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı
[2]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Düzce
[3]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı
[4]Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Düzce

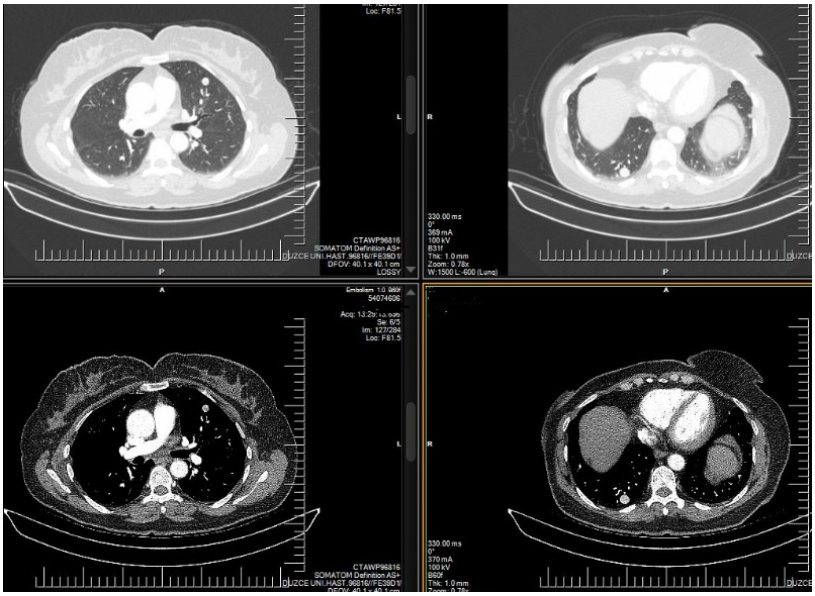
GİRİŞ: Ektopik tioroid dokusu tiroglosal kistin embriyolojik gelişimi rotası boyunca oluşabilir Tiroid bezinde malignite olmadan intaplulmoner tiroid dokusu oranı çok düşüktür ve ektopik tiroit dokusu olarak tanımlanır. Hastalar genellikle asemptomatik ve ötiroidiktir. Bilateral intrapulomer ektopik tiroid nodülü saptanan ve multinoduler guatr nedeni ile takip edilen olguyu sunacağız.

OLGU: 2 ay önce umblikal herni nedeni ile opere olan 46 yaş bayan hasta Toraks BT ve PET bt sonuçları ile Göğüs cerrahisi polikliniğine başvurdu. 17 yaşında iken parsiyel tiroidektomi uygulanma hikayesi, 4 yıldır mutlinoduler guatr nedeni ile tiroit biyopsisi ve USG ile takip edilen hasta levothiroxin 25 mg kullanıyordu. Kadın doğum kliniği tarafından abdomen MR' ile tanısı konulmuş endometrioma nedeni ile takipte idi. Toraks BT 'inde sağ alt lob posterobazal segmente belirgin kontrast tutulumu gösteren 1.4 cm x1.2 cm, sol lingula superiorda kontrast tutulumu olan 10x9 mm nodul, sağ üst lob anterior, alt lob superior, orta lob lateral bazal segmentte multiple 5 mm yi geçmeyen periferal subplevral perifissural lenf nodları gözlendi(resim1). PET BT de iki nodüler lezyon için sud maks değeri 2.1 olarak raporlandı. Öncellikle daha büyük nodülün değerlendirilmesi için sağ VATS eksplorasyon alt loba wedge rezeksiyon uygulandı. Patolojik değerlendirmede foliküler tiroid hücreleri izlendi, immunohistokimyasal boyama(CD56 ve tiroglobulin pozitif; Ki-67,kromogranin CK19,HBME1,galaktin 3 negatif) sonrası ektopik tiroid dokusu ile uyumlu wedge rezeskiyon raporu konuldu. Postoperatif dönemde Tiroid USG de Tiroid bezi parankiminde sağ lobda büyüğü 12x17 mm., sol tiroid lobunda büyüğü 13x18 mm. birkaç adet kistik nekrotik içerikli heterojen izoekoik nodül izlendi. Tiroid İnce iğine aspirasyonu biyopisinde:sağ ve sol lob biyopsisi regrese koloidal nodül olarak raporlandı. Tirioid fonksiyonları ile istenen tetkikler normal sınırlarda saptandı(TSH 3.64,ST3 0.84,ST4 2.091, kromogranin <2 pg/ml,anti TPO 0.3 ıu/ml, tiroglobulin 7.94 ng/ml saptandı). 5 m Teknesyum 99 perteknetat Tiroit sintigrafisi normal sınırlarda saptandı. 3 ay sonra çekilen kontrol Toraks bt lerde sol akciğer lingulada izlenen nodulde progresyon saptanmadı.. Hasta muhtemel malignite nedeni ile takibe alındı.

TARTIŞMA: Ektopik intrapulmoner tiroid çok enderdir, bilateral multiple ektopik nodul ise ve diğer organların akciğer metastazları ile karıştırılabilir. Ektopik tiroid dokusu, malginite riski nedeni ile dikkatlice takip edilmelidir

Anahtar Kelimeler: tiroid nodülleri, ektopik tiroid, intrapulmoner nodül

Resim 1



toraks bt, sol linguler segmentte ve sağ alt lob posterobazal segmentte hafif kontrast tutulumu olan noduler lezyonlar

EP-250

AKUT BATIN VE DİSPNE OLGUSU: BOCHDALEK HERNİSİ VE GEZİCİ DALAK BİRLİKTELİĞİ

Atalay Şahin[1], Mahmut Özbey[1], Can Kürkçüoğlu[1], Fırat Erkmen[2]
[1]Harran Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Şanlıurfa
[2]Harran Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

GİRİŞ:Akut batın tablosu tüm yaş gruplarında görülebilir. Gezici dalak nadir görülen ve hayatı tehdit edebilen bir durumdur. Bochdalek hernisi diyafragmanın posterior düzeyinde oluşan doğumsal defektdir. Yetişkinlerde genellikle nadirdir. Çoğu Bochdalek hernisi asemptomatik olup tesadüfen rastlanır.

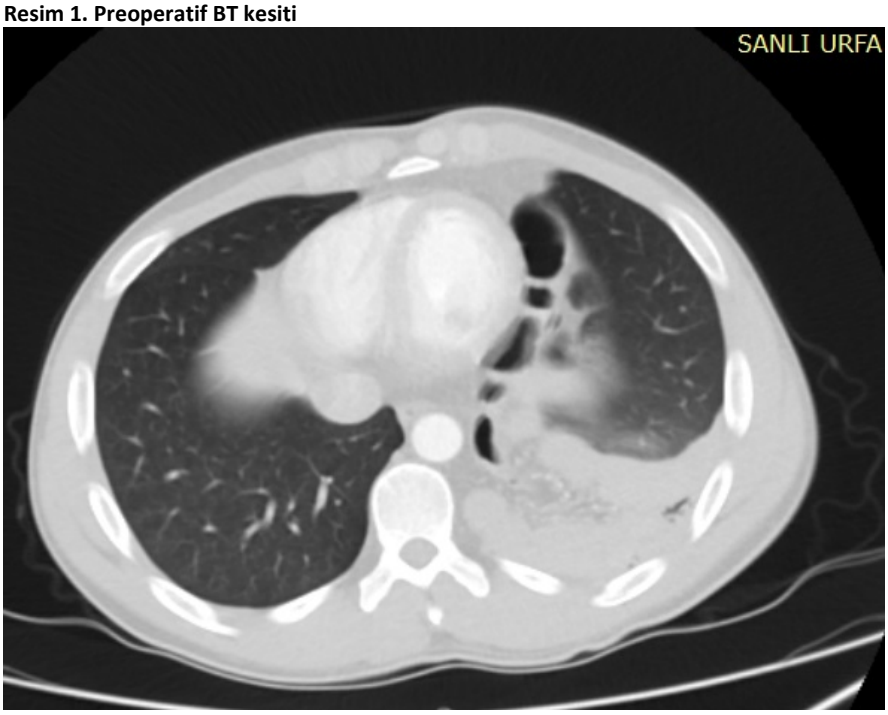
OLGU: 19 yaşında erkek hasta acil servise 6 aydır süren olan hazımsızlık, kabızlık, karın ağrısı, şişkinlik, bulantı ve kusma şikayetlerinin aniden artmasıyla ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede dispne yanında epigastrik bölgede distansiyon ve hassasiyet izlendi. Hastanın kustuğu gözlendi. Hastanın CRP yüksekti ve lökositozu 22.000 idi. Çekilen akciğer grafisinde sol göğüs boşluğu içinde akciğer dokusunu yukarı doğru iten yumuşak doku görünümü izlendi. Yine hastanın torakoabdominal BT de göğüs boşluğu içinde kolon ve mide izlendi (Resim 1). Hastaya acil olarak laparotomi yapıldı. Bochdalek hernisi ve karın organlarını etrafa iten yapının torsiyone ve buna baplı nekroze uğramış gezici dalak olduğu görüldü. Hastaya splenektomi ile diyafragma onarımı yapıldı. Hasta postoperatif 7.günde şifa ile taburcu edildi (Resim 2).

TARTIŞMA: İlk kez 1667'de Van Horne tarafından tanımlan gezici dalak bağların yokluğu ya da gevşekliği nedeniyle dalağın normal yerleşim yerinde olmamasıdır. Erişkinlerde daha sık görülen gezici dalak semptomları büyüklüğüne ve yerine göre değişir. Klinik tablo dalağın büyümesi, damarların dönmüş olması, pıhtı oluşumu ve enfarkta bağlı olur. Torsiyone olmuş gezici dalak tanısında gecikme sonucu iskemi, enfark ve nekroz gelişebilir. Bu olgular akut karın tablosu şeklinde veya tekrarlayan geçici karın ağrıları nedeni olarak kendini gösterip bulgu verebilir. Bu şekilde nekroz gelişmeden detorsiyone edilebilebileceği gibi laparatomi ile çıkarılarak da başarılı bir şekilde tedavi edilebilir. Erişkin çağa kadar semptomsuz seyreden Bochdalek hernisi nadir görülür. Her iki klinik durumun semptomları benzer olabilir. Birlikte görülmeleri durumunda semptomlar daha da şiddetli olabilir.

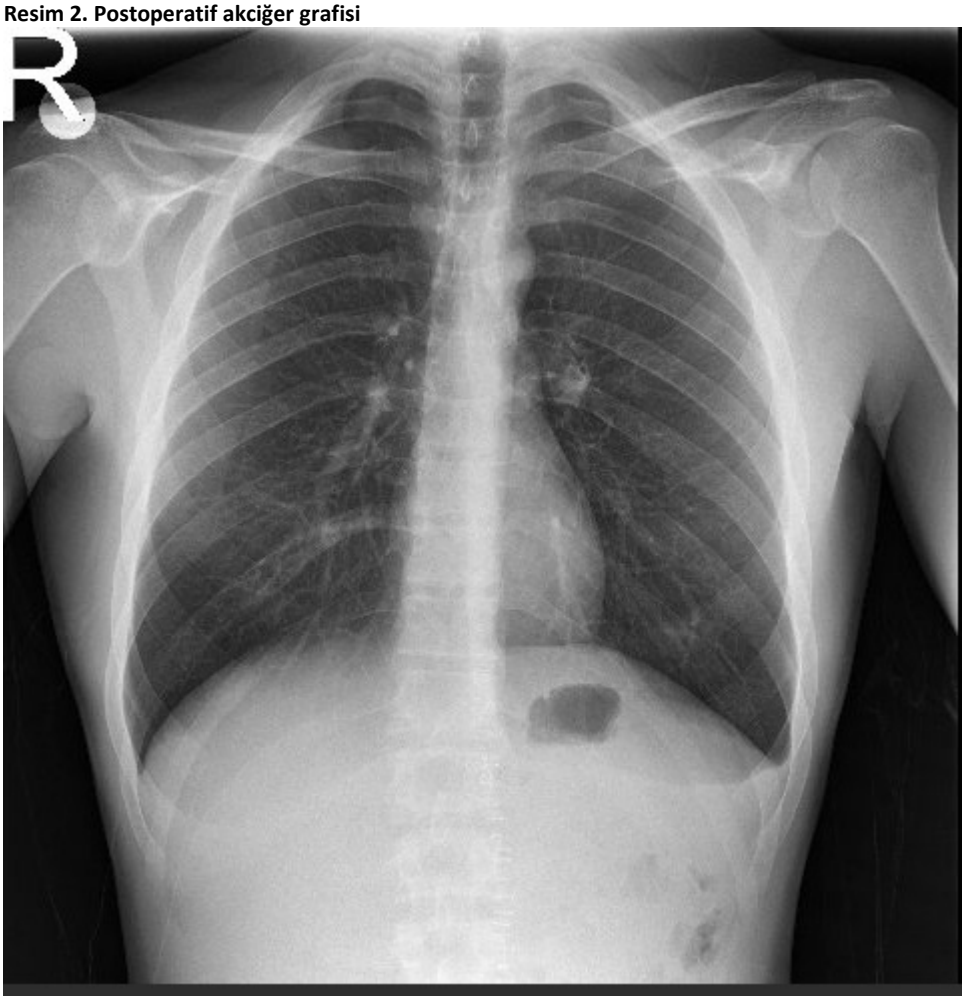
SONUÇ: Konjenital bir defekt olan ve erişkinlerde nadiren görülen Bochdalek hernisi, gezici dalak gibi başka bir konjenital anomaliye eşlik edebilir. Müşterek semptomların ciddiyeti bu birlikteliği akla getirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bochdalek, dalak, dispne,

Resim 1. Preoperatif BT kesiti



Resim 2. Postoperatif akciğer grafisi



EP-251

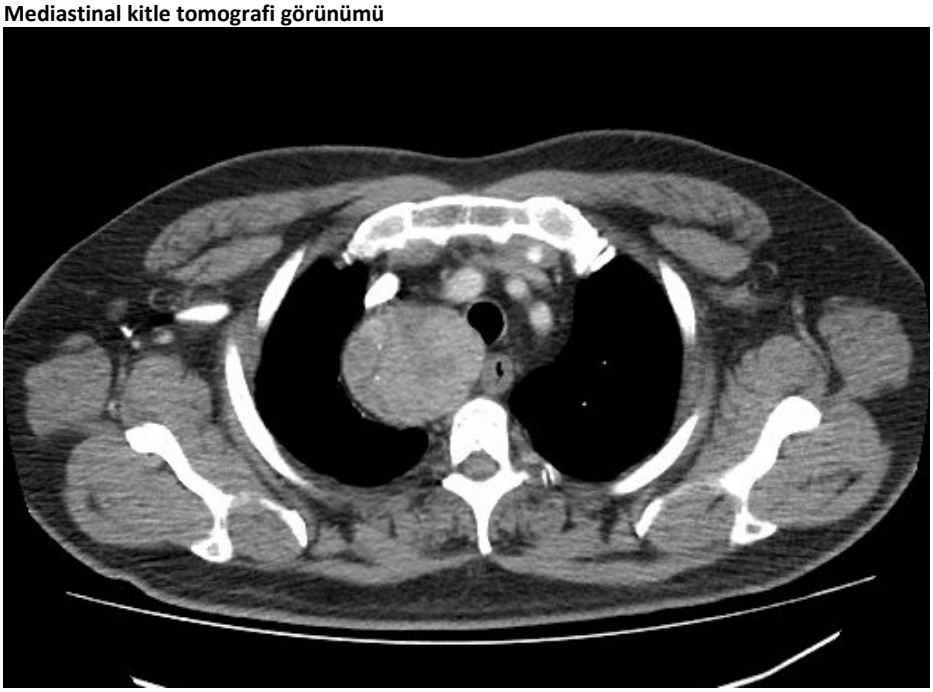
EŞ ZAMANLI TİROİDEKTOMİ VE VİDEOTORAKOSKOPİK OLARAK EKSİZYON YAPILAN MEDİASTİNAL EKTOPİK TİROİD

Argün Kış[1], Ümit Aydoğmuş[1], Akın Özden[2], Onur Birsen[2]
[1]Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Denizli
[2]Pamukkale Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Denizli

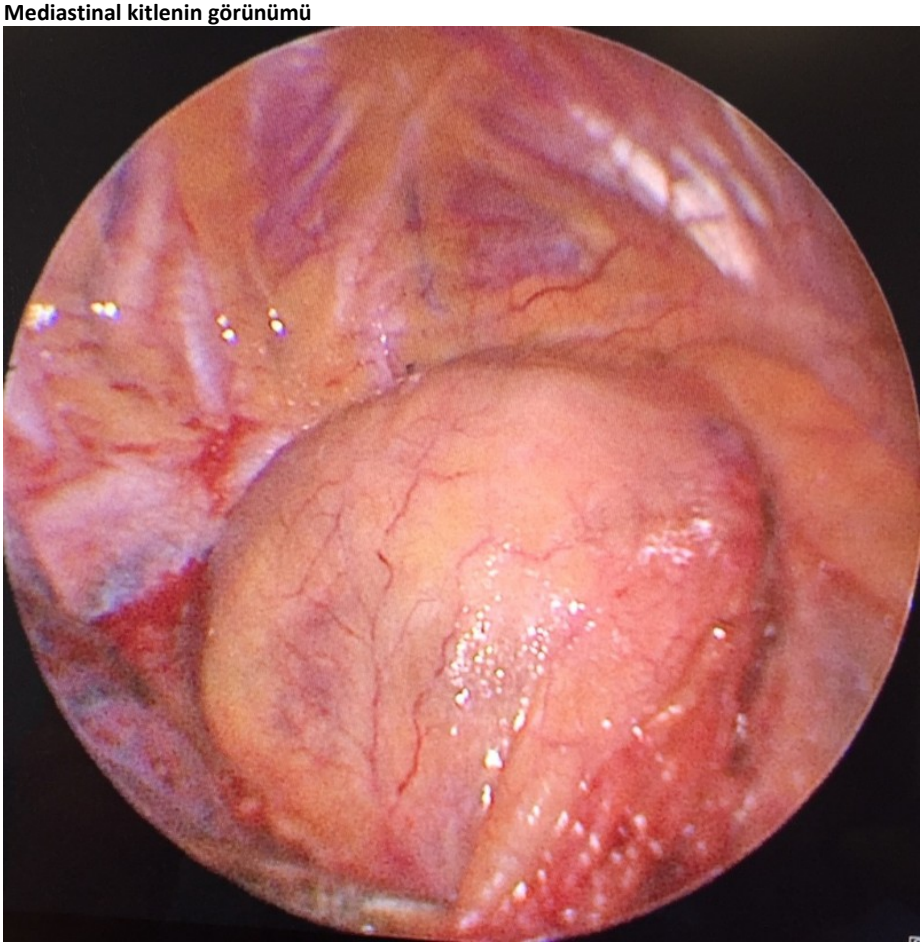
Ektopik tiroid dokusu, tiroidin embriyonik dönemde 3-7 haftalar arasında izlediği, dil kökünde foramen cecumdan pretrakeal bölgeye göçü sırasında oluşan bir anormallik sonucu meydana gelebilir. Sıklıkla dil kökünde görülür. Mediastende görülme sıklığı %1'den azdır.Altmışaltı yaşında erkek hasta TFT yüksekliği ve guatr nedeniyle operasyon planlanırken, akciğer grafisinde mediastinal genişleme saptanmış ve kliniğimize yönlendirilmiş. Toraks BT görüntülerinde sağda üst paratrakeal alandan başlayıp azigos ven ile komşu, sağ hemitoraksa taşmış hetorejen yapıda kalsifikasyon da içeren düzgün sınırlı kitle mevcut. Kitle tiroid sağ lob alt ucu ile yakın komşuluk göstermekte idi. Tiroid bezi hipertrofik ve multinodüler görünümde. Tiroid sintigrafisinde tiroid bezinde tutulum ve hipoaktif nodüller izlenmekte. Hastaya sağ hemitorakstan VATS ile kitle rezeksiyonu yapıldı, aynı seansta genle cerrahi tarafından total tiroidektom yapıldı. Kitlenin tiraoid sağ lob alt polü ile ilişkili olduğu görüldü. Patoloji sonucu her iki doku için de "multinodüler guatr" olarak bildirildi. Hasta postop 3. gün şifa ile taburcu edildi.Ektopik tiroid dokusu insidansı %7-10 arasındadır. Mediastende görülme sıklığı %1 civarında iken, %90 dil kökünde bulunur. Genelde doku ötiroidiktir ancak normal tiroid bezinde görülen bütün patolojiler ektopik dokuda da görülebilir. Tiroid sintigrafisinin pozitif olması tanıyı doğrularken, negatifliği ise ektopik tiriod ön tanısını dışlamamaktadır. Hipertiroidizmi olan hastalarda tiroidektomi sonrası kliniğin devam etmesi ektopik tiroid dokusunun varlığını akla getirmelidir. Özellikle akciğer grafisi mediastinal kitleler açısından dikkatle incelenmelidir. Uygun hastalarda aynı seansta tiroidektomi ile birlikte mediastinal kitle eksizyonu da sorunsuz uygulanabilmektedir.Retrosternal yerleşimli guatr veya ektopik tiroid dokusunun retrosternal uzanım seviyesine göre servikal insizyon, parsiyel veya total sternotomi yahut torakotomi gerekebilir. Ancak VATS (Vİdeotorakoskopik cerrahi) postoperatif dönemde daha az ağrıya sebebiyet vermesi, daha kozmetik olması, hızlı iyileşme gibi sebeplerden dolayı, diğer insizyonlara karşı üstündür. Trakea posterioruna uzanan Huins evre 3 lezyonlarda torakotomi gerekebilir. Ayrıca özellikle bu vakada olduğu gibi paratrakeal yerleşimli kısmen posterior-üst mediastende yerleşmiş, sternotomi ve torakotomi gibi insizyonlarla ulaşması güç aynı zamanda ameliyat sahasını görülmesi zor durumlarda VATS tercih sebebidir.Mediastende yerleşmiş kitlelerin ayırıcı tanısında timik lezyonlar, teratom, lenfadenopati (castleman) yanı sıra ektopik tiroid de düşünülmelidir. Semptom olsun veya olmasın bu kitlelerin tedavisi cerrahidir. Mediastinal kitle eksizyonunda VATS veya robotik cerrahi gibi daha az invaziv cerrahi prosedürlere başvurulması, postoperatif dönemde morbiditeyi azaltıp memnuniyeti arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Ektopik tiroid,Mediastinal kitle,Tiroidektomi, Videotorakoskopik cerrahi,

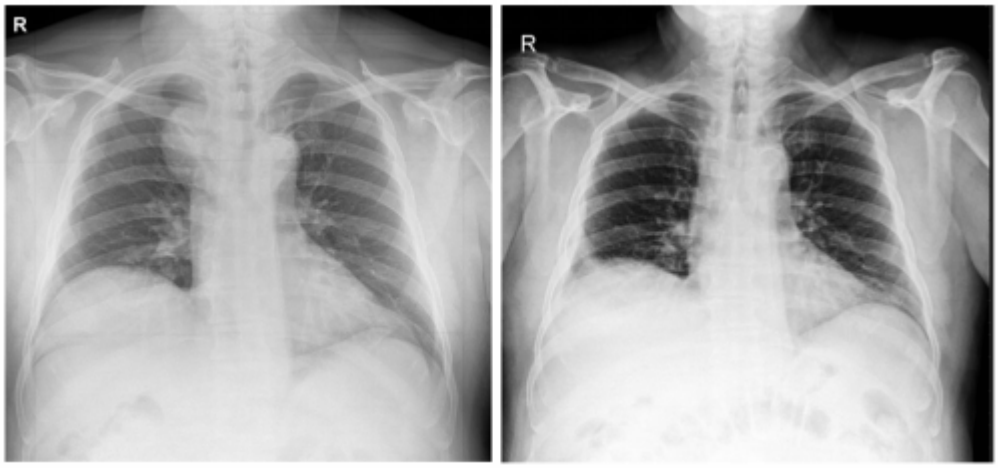
Mediastinal kitle tomografi görünümü



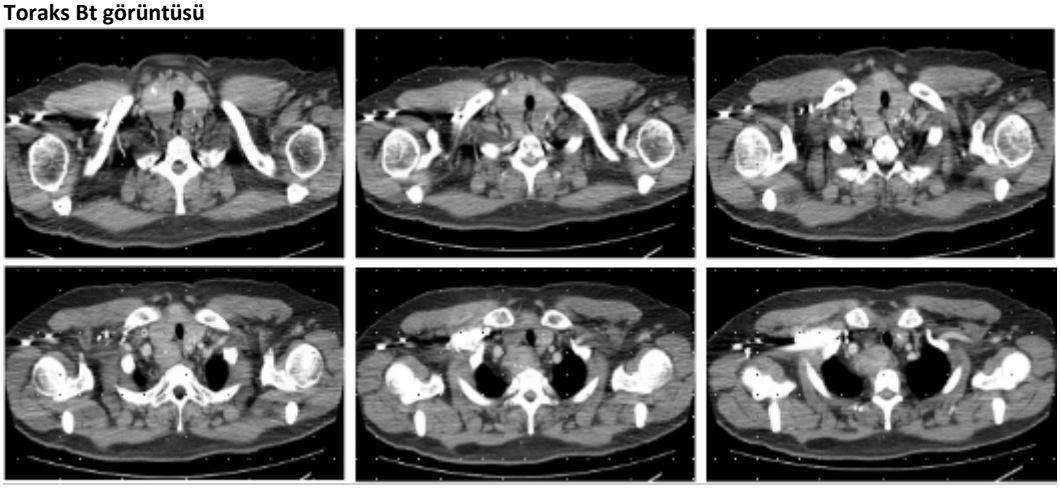
Mediastinal kitlenin görünümü



Preoperatif ve postoperatif akciğer grafileri



Toraks Bt görüntüsü



Kitlenin tiroid sağ alt ucu ile yakın ilişkili olduğu izleniyor

EP-252

MEDİASTENDE ŞİFT OLUŞTURAN DEV AKCİĞER KİST HİDATİĞİ

Funda İncekara, Ayhan Yahşi, Şevki Mustafa Demiröz, Koray Aydoğdu, Sadi Kaya, Göktürk Fındık
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

GİRİŞ:Kist hidatik, özellikle tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu ülkelerde sık görülen Echinococcus ailesinin neden olduğu bir hastalıktır. Hastalık bazı ülkelerde endemiktir.Türkiye de bu endemik bölgelerden birisidir.Ülkemizde Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve İç Anadolu Bölgeleri'nde daha fazla görülmesine rağmen her bölgede görülebilmektedir.

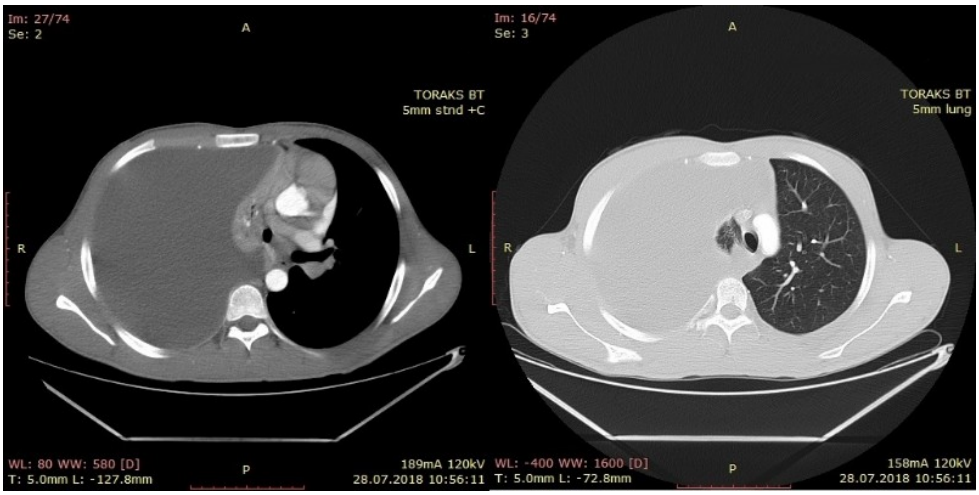
OLGU:1 haftadır artan nefes darlığı şikayeti olan 15 yaşındaki erkek hasta; fizik muayenede sağda dinlemekle solunum sesleri alınamamaktaydı. PAAG'de sağ toraksta akciğer dokusu izlenmedi ve sola doğru mediasten shift gözlendi. Toraks Bt'de sağ toraks duvarını dolduran ve içi sıvı dansitesinde bir lezyon gözlendi. (Resim-1) Hastaya solunum fonksiyon testi yapıldı ve fev1 değeri 1.93 olarak hesaplandı. Hastaya sağ torakotomi ile explorasyon planlandı. Operasyon öncesi bronkoskopide sağ taraf tüm bronşlar dıştan bası ile daralmış izlendi ve EBL izlenmedi. Ekstraplevral olarak toraksa girildi ve tüm toraksı dolduran kistik lezyonla karşılaşıldı. Kistotomi yapıldı ve kist sıvısı boşaltıldı. Total dekortikasyon yapıldı ve kistin alt lob kaynaklı olduğu tespit edilerek, stapler yardımıyla wedge rezeksiyon uygulanarak alt lob kist eksizyonu yapıldı. (Resim-2) Ameliyat sonrası sorun yaşanmayan hasta, sekizinci günde taburcu edildi.

TARTIŞMA:Kist hidatiğin, yetişkinlerde en sık karaciğer (%60-80), ikinci sıklıkla akciğer (%10-30) yerleşimli olduğu gözlemlenirken, çocuklarda en fazla tutulan organ ise akciğerlerdir.Akciğerlerin en sık tutulan kısmı sırasıyla sağ alt lob, sol alt lob, sağ orta lob, sağ ve sol üst loblardır.Kist hidatik komplike olmadığı sürece sessiz kalabilir.Klinik bulgular kistin büyümesi ve rüptüre olması ile ilişkilidir.Dev akciğer kistinin genç erişkin erkeklerde daha sık ortaya çıktığı bilinmektedir.Çocuklarda konağın immün sistemi ve akciğer dokusu kistin hızlı büyümesine müsade eder. Akciğer kist hidatiğinin temel tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavide temel prensip, fonksiyonel akciğer dokusunun mümkün olduğunca korunmasına yöneliktir. Bu nedenle en sık kullanılan cerrahi teknik torakotomi ile kist içeriğinin boşaltılması (kistotomi) ve kist kavitesinin tamamen kapatılması (kapitonaj)dır.Bizim olgumuzda, sağ hemitoraksı dolduran kist irreversible parankim hasarına sebep olduğundan kapitonaj yerine wedge rezeksiyon ile kistinin eksizyonu daha doğru bir yaklaşım olarak şeçildi.

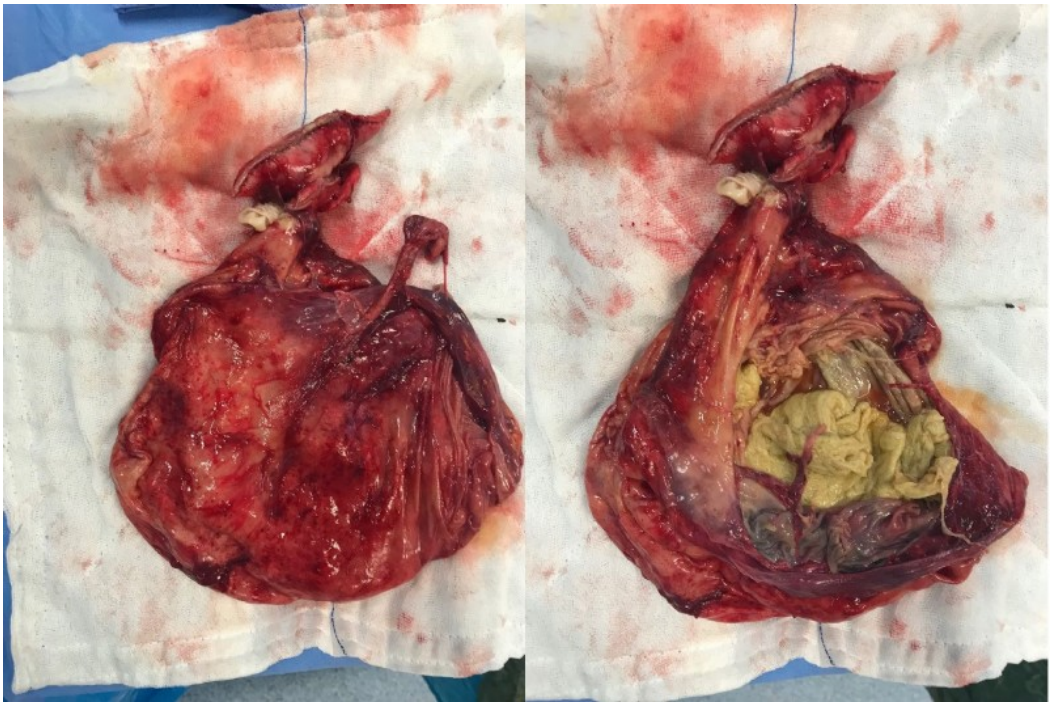
SONUÇ: Akciğer kist hidatiği özellikle genç erişkin ve çocuk yaş grubunda, büyük hacimlere ulaşarak solunum yetmezliğine ve hayati tehlikeye neden olabilecek potansiyele sahiptir.Bu tür vakalarda cerrahi ile olumlu sonuçlar elde edilmektedir. Özellikle endemik bölgelerde, kistik akciğer lezyonlarının ayırıcı tanısında kist hidatik akıldan çıkarılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, dev kist, genç erişkin

Resim 1



Resim 2



EP-253

KARTAGENER SENDROMUNDA AKCİĞER NAKLİ: OLGU SUNUMU

Mahmut Subaşı[1], Sinan Türkkan[1], Alkın Yazıcıoğlu[1], Fatmanur Çelik Başaran[1], Mehmet Furkan Şahin[1], Sema Turan[2], İbrahim Onur Alıcı[3], Erdal Yekeler[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi ve Akciğer Nakli Kliniği, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği, Ankara
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir

GİRİŞ:Bronşiektazi, kronik sinüzit ve situs inversus birlikteliği olarak tanımlanan Kartagener Sendromunun (KS) temel etyopatogenezi silia hareketindeki defekttir. Hastalarda son dönem akciğer hastalığı geliştiğinde akciğer nakli uygun bir tedavi seçeneğidir.

OLGULAR

OLGU 1: KS ve skolyoz tanılı 22 yaşında, kadın olgu; bronşektazi ve solunum yetmezliği ile 24 saat/gün uzun süreli oksijen tedavisi kullanmakta iken akciğer nakli bekleme listesine alındı. Yaklaşık 4 ay sonra uygun kadaverik donör bildirilmesi üzerine hastaya santral ekstrakorporal membran oksijenizasyonu (ECMO) desteği ile akciğer nakli yapıldı. Sol akciğer implantasyonu sorunsuz tamamlanırken sağ pnömonektomi sonrası sağ ana pulmoner arterin ve mediastinal yapıların anatomik olarak malpoze olduğu görüldü. İmplantasyon yapılırsa pulmoner arter ve venlerde king riski nedeniyle sol tek akciğer nakli ve sağ pnömonektomi ile cerrahi işlem sonlandırıldı. Primer greft disfonksiyonunu engellemek amacıyla periferik V-A ECMO desteği ile hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Postoperatif 17. günde ECMO desteği sonlandırılan olgu, 42. günde yoğun bakımdan servise alındı. Hasta daha sonra vanishing bronchus sendromuna bağlı solunum yetmezliği ve sepsis nedeniyle postoperatif 112. günde kaybedildi.

OLGU 2: KS ve situs inversus totalis tanılı 29 yaşında, erkek olgu; son 7 yıldır oksijen bağımlı olarak hayatına devam etmekte iken Eylül 2017 tarihinde akciğer nakli bekleme listesine alındı. Yaklaşık 10 ay sonra santral ECMO desteği altında ardışık bilateral akciğer nakli yapıldı. İntraoperatif olarak donör ve alıcı arasında bronşial ve pulmoner arter çap uyumsuzluğu vardı; cerrahi teknik ile uyum sağlanarak sorunsuz anastomoz yapıldı. Postoperatif komplikasyon olmadı, 8. günde yoğun bakımdan servise alındı, 15. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA :Son dönem akciğer hastalığı gelişen KS olgularında akciğer nakli etkin bir tedavi seçeneği olmakla birlikte intraoperatif damar ve organ malpozisyonları ile karşılaşma ihtimali ve az sayıda olguya nakil yapılmış olması sonuçların iyi olmayacağı ön yargısına neden olmaktadır. Dünyada yılda dört binden fazla akciğer nakli yapılmaktadır. Ayrıca tüm dünyadaki akciğer nakillerinin yarısının yapıldığı ABD'de 1987-2015 yılları arasında sadece 12 KS olgusuna akciğer nakli yapılmıştır. Bu olguların dördü mortal seyretmiştir. Akciğer naklinin nispeten yeni geliştiği ülkemizde son 5 yılda 2 KS olgusuna akciğer nakli yapılmıştır. Bu 2 vakanın da merkezimizde opere edilmiş 50 olgu arasında olması (% 4) nedeniyle sunmaya değer bulduk.

Anahtar Kelimeler: akciğer nakli, bronşiektazi, Kartagener Sendromu

EP-254

TEK TARAFLI AKCİĞER ÖDEMİ- TEDAVİYE HIZLI CEVAP VEREN DURUM- REEKSPANSİYON AKCİĞER ÖDEMİ

Dilşad Özkök[1], Mertay Boran[2]
[1]Ankara Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara
[2]Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Düzce

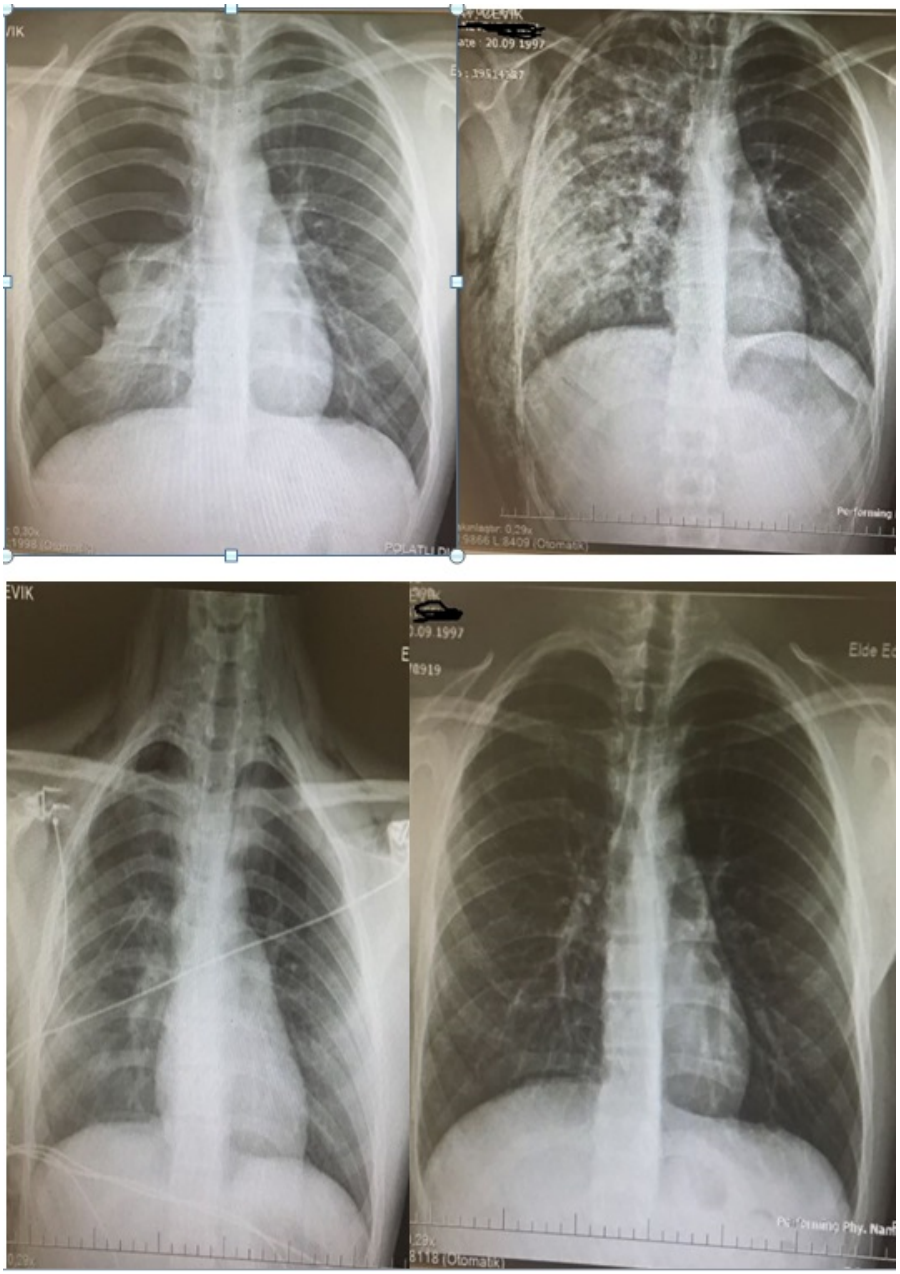
GİRİŞ: Tek taraflı akciğer ödemi ender bir klinik tablodur. Tek taraflı akciğer ödemi tek taraflı infiltratlar ile seyreden Pnömoni, kalp yetmezliği gibi durumlar ile karışabilir. Tek taraflı akciğer ödemi etiyolojisinde Reekspansiyon akciğer ödemi(RAO), pulmoner vasküler öklüzyonlar, sol –sağ intrakardiak şant gibi tablolar vardır. 1 hafta önce dispne ve göğüs ağrısı şikâyeti için pnömoni tedavisi başlanan hastada saptanan sağ total pnömotoraks tedavisi sırasında gelişen ve başarı ile tedavi edilen RAO tablosunu sunuyoruz.

OLGU: 20 yaşında sigara içme hikâyesi olan erkek hasta Göğüs cerrahisi polikliniğine 1 haftadır olan dispne şikâyeti ile başvurdu. Hikâyesinde 1 hafta önce göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikâyeti ile başvurduğu Dâhiliye uzmanınca röntgen çekimi, kan tetkiki istenmeden antibiyotik tedavisi başlandığını nefes darlığı şikâyetinin artması nedeni ile Göğüs cerrahisine başvurduğunu belirtti. Fizik muayenede sağ hemitoraksta solunum sesleri alınamadı. So2 % oda havasında 92-95 arasında idi. Çekilen PA akciğer grafisinde sağ total pnömotoraks saptandı. Hastaya acil tüp torakostomi uygulandı. Masif hava kaçağı gözlendi. Tüp torakostomi uygulandıktan 2 saat içinde öksürük, nefes darlığı gelişti. sO2 oda havasında %70 civarında idi. Kontrol PA akciğer grafisinde sağ hemitoraksta yaygın dağınık buzlu cam opasiteleri, sağ masif cilt altı amfizemi bulguları izlendi. Hasta RAO tanısı ile yoğun bakıma tedavi altında alındı. Prednizolon 40 mg 2x1, furosemid amp 2x1 başlandı. Destek tedavi için CPAP uygulandı. 24 saat içinde şikâyetlerinde progresif gerileme PA akciğer grafide buzlu cam alanlarında da tama yakın gerileme saptandı. 2.gun RAO bulguları tamamen geriledi. Hava kaçağı 3. Gün kesilen hastanın göğüs tüpü 7.gün çekildi(resim 1). Hasta sorunsuz taburcu edildi. Kontrol toraks bt si normal sınırlarda idi. 1,5 yıllık takibinde nüks izlenmedi.

TARTIŞMA: Dispne ve göğüs ağrısı olan tüm hastalara röntgen çekimi unutulmamalıdır. Pnömotoraks için göğüs tüpü uygulanmasının ardından öksürük dispne başlaması, ateş ve hipervolemi bulguları olmadan PA akc grafide ani konsolidasyon, buzlu cam alanları geliştiğinde RAO tanısını mutlaka hatırlanmalıdır. Antibiyotik tedavisi verilmeden anti ödem tedavi ile hızlı gerileme RAO tanısını kesinleştirir.

Anahtar Kelimeler: pnömtoraks, reekspansiyon akciğer ödemi, tedavi

Resim 1



1.resim, total pnömotoraks, 2.resim sağda yaygın buzlu cam alanları -tup sonrası 2.saat, 3. resim-2.gün PA; 4 resim:taburcu olduğu gün çekilen PA

EP-255

SWYER-JAMES/MACLEOD SENDROMU'NDA CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN OLGU

Atilla Can, Hıdır Esme
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

GİRİŞ: Swyer-James/Macleod Sendromu (SJMS),ana bronşiyal hava yolu tıkanması olmadan tek akciğer lobunun havalanma fazlalığı ile hiperlusens görünümü ve azalmış vaskularite ile karakterize radyolojik bir durumdur(1).İlk kez 1953 yılında Swyer ve James tarafından tanımlanmış daha sonra Macleod tarafından detaylandırılmıştır(2,3).Genellikle tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları sonrasında çocukluk döneminde teşhis edilir, ancak çok az veya sekelsiz bronşektazik hastalarda klinik tablo belirtisiz veya hafif belirtilerle seyredebilir, böyle hastalarda tanı erişkin yaşa kadar konulamayabilir(1).Semptomatik tedavi yanında cerrahi de bir seçenektir.

OLGU: 54 yaşında erkek.Düşme sonucu çekilen akciğer tomografisinde kot frakturleri ve sol alt lobda pulmoner vaskülaritede azalma,amfizem ve hava hapsi saptandı.Muayenede sol alt zonda solunum sesleri azalmış tespit edildi.Klinik ve radyolojik bulguları ile Swyer-James/Macleod Sendromu tanısı konulan hastaya akciğerin sağlıklı alanlarının rahatlatılması amacıyla hastaya operasyon önerildi.VATS ile wedge rezeksiyon yapıldı. Hasta, postop birinci yılında sağlıklı olarak takip edilmektedir.

SONUÇ: Swyer James Mac Leod Sendromunun postinfeksiyoz bronşiolitis obliterans ile ilişkili olduğu düşünülmekte ve sendromun patogenezi çocuklukta maruz kalınan çeşitli etkenlerin stimulasyonuna bağlanmaktadır.Hastaların yaklaşık yarısında çocuklukta geçirilmiş enfeksiyon atağı vardır(4).Etyolojik ajan olarak bakteriler,viral ajanlar,Mycobacterium tuberculosis gösterilmektedir(5).Ayrıca,toksik duman inhalasyonu,yabancı cisim aspirasyonu,radyoterapi,organ transplantasyonu da etyolojide rol oynayan diğer faktörlerdendir(4).Swyer James Mac Leod sendromunda patolojik değişiklikler;küçük bronşiollerin obliterasyonu,periferik vasküler yatağın yokluğu,pulmoner arter hipoplazisi ve amfizem varlığı şeklinde özetlenebilir.Akciğer damarlarının hipoplazisi ve amfizemin kronik enflamasyona sekonder geliştiği düşünülmektedir(7).Akciğer grafisinde hiperlüsensi ile tek taraflı akciğer volüm kaybı vardır(8).Buna bağlı diğer akciğerde kompansatris hipertrofi meydana gelir.Etkilenen bölgedeki pulmoner vaskülarizasyon azalmış olup, hilus normalden küçüktür (9,10). Benzer radyolojik görünüme yol açan ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken birçok hastalık olabilir. Bunlar arasında; lokalize amfizem, konjenital hipoplastik pulmoner arter, pulmoner emboli, bronşial karsinom, radyoterapi sekeli ve benign intrabronşial neoplazi yer almaktadır (12). Hastamızın akciğer grafisinde sol hemitoraks alt lobda hiperlüsensi ve diğer akciğer volümünde artma gözlendi. Toraks BT tetkiki ise, bronş ve pulmoner arteriyel sisteminin değerlendirilmesine ve endobronşiyal lezyonların dışlanmasına olanak sağlar, noninvaziv olması da diğer önemli avantajıdır. Komplike olgularda ventilasyon / perfüzyon sintigrafisi de tanı için kullanılabilecek tetkiklerindendir (11).Tedavi, genelde semptomatik olmakla birlikte hemoptizi ve sık tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonlarında cerrahi tedaviyi gerektirebilir. Cerrahi tedavide rezeksiyon ve ana bronfş oklüzyonu uygulanmaktadır (13,14,15). Hastamızda, videotorakoskopik wedge rezeksiyon uygulandı ve amfizemli akciğer dokusu eksize edildi.

Anahtar Kelimeler: göğüs cerrahisi,Swyer-james/macleod sendromu,videotorakoskopi

EP-256

PEKTUS DEFORMİTESİ CERRAHİSİNDE KOMPLİKASYON DENEYİMLERİMİZ

Ahmet Başoğlu, Yasemin Büyükkarabacak, Burçin Çelik, Ayşen Taslak Şengül, Selçuk Gürz, Volkan Yılmaz
Ondokuz Mayıs Üniversitesi,Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: NUSS,Abramson ve Ravitch yöntemlerinde karşılaştığımız komplikasyonlara yaklaşımlarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL – METOD: 2008-2018 yılları arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Göğüs Cerrahi kliniğinde pektus deformiteleri nedeni ile NUSS,Abramson ve Modifiye Ravitch yöntemi ile rekonstrüksiyon yapılan 213 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Deformite şekli, tedavisi ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar, postop hastanede kalış süresi değerlendirildi.

BULGULAR: Yaşları 6-28 arasında değişen olguların 175' i E, 38'i K dı. 128 olguya(105 E-23 K) NUSS, 58 olguya(49E-9K) Abramson ve 27 olguya(21E-6K) da Ravitch prosedürü uygulandı. 11 olguda gelişen komplikasyonlara bağlı revizyon uygulandı. NUSS da postoperatif yatış süresi 3,96 (1-14) gün, Abramsonda 2,7(1-7)gün ve Ravitch prosedüründe 5,59(3-11)gündü.NUSS yapılan 128 olgunun 46 sında pnömotoraks gelişmiştir. Bu olguların 32 sinde sağ, 6 sında sol, 1 nde bilateral tüp torakostomi, 3 ünde sağ kateter torakostomi ve 4 nde minimal pnömotoraks nazal oksijen ile tedavi edildi. GT leri PO1.gün - PO11.gün aralığında çekilmiştir. 2 hastanın yara yeri enfeksiyonu tedavi edilmiştir. Uzamış hava kaçağı nedeni ile 4 hastada comco uygulanmıştır.Abramson yapılan 58 hastanın 5 nde pnömotoraks (3ü sağ,1i bilateral,1i sol), 6 sında tel sütür kırılması(5 i sağ, 1 i sol), 2 sinde sol stabilizatör vidasının yuvasından çıkması, 3 nde yara enfeksiyonu, 2 sinde şiddetli ağrı, 2 sinde konstipasyon ve emezis öne çıkan komplikasyonlardır. Pnömotoraks tedavisinde 3 nde GT, 2 sinde nazal oksijen uygulanmıştır. 3 hastada barın erken çıkarılması gerekmiştir.Ravitch cerrahisi 5 hastada ekskavatum,18 hastada karinatum ve 4 hasta da mikst tip deformite nedeni ile uygulanmıştır.15 hastada hw ile takip edilip 1 hastaya sağ pnömotoraks nedeni ile tüp torakostomi uygulanmıştır. 3 hastada yara yeri enfeksiyonu görülmüştür.

SONUÇ: Göğüs duvarı deformiteleri pektus ekskavatum, pektus karinatum ve miks tip deformite olarak sınıflandırılabilir. Cerrahi tedavinin amacı sternuma ve anormal kıkırdak kartilaja normal pozisyonunun verilmesi ve göğüs duvarının normal fonksiyone görünümünün sağlanmasıdır. Her ne kadar minimal invaziv teknikler MIRPE,MIRPC cerrahi tedavi şekli olarak Ravitch prosedürünün yerini alsa da özellikle miks tiplerde ve ileri yaşta Ravitch cerrahisi başvurulacak yöntemdir. Minimal invaziv tekniklerde dahi gelişen komplikasyonlar basit girişimler ile tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Pektus, minimal invaziv,ravitch,komplikasyon

EP-257

KSİFOİDDE UZAMA İLE SEYREDEN NADİR RASTLANAN OSTEOKONDROM OLGUSU

Türkan Dübüş
SBU İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, İstanbul

GİRİŞ:Osteokondrom kemiğin benign tümörüdür. Sıklıkla uzun kemiklerin kıkırdak bölgelerinde rastlanır. Ksifoid osteokondromu oldukça nadirdir.

OLGU:45 yaşında erkek hasta, sternum alt ucunda son 2 yıldır devam eden ağrı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde mevcut ağrıları nedeniyle dış bir merkezde gerekli tetkikerinin yapıldığı, ksifoidde uzama olduğu tespit edilerek takibe alındığı öğrenildi. Hastaya lateral akciğer grafi ve toraks MRI çekildi; sternum alt uç düzeyinde ksifoid normalden uzun, açıklığı dışarıya doğru olan açılanma artışı, kontur lobülasyonu ve deformite saptandı. Ön tanı olarak konjenital- varyasyonel?, diğer? olarak düşünüldü. Hasta genel durumundan rahatsız olduğu için operasyon kararı alındı. Genel anestezi altında supin pozisyonda yatırılan hasta ksifoid üzerinden longitudinal 5 cm kadar cilt insizyonu ile katlar anatomiye uygun şekilde geçilerek ksifoid serbestleştirildi. Sternum distal uçtan da 2 cm kadar rezeksiyon yapılarak ksifoidin tamamı çıkarıldı. Ameliyat sonrası 3. gün genel durumu stabil olan hasta taburcu edildi. Histopatoloji sonucu cerrahi sınırlar negatif ekzositoz (ksifoid osteokondromu) olarak raporlandı. Hastanın genel durumu stabil olup yıllık takipleri devam etmektedir.

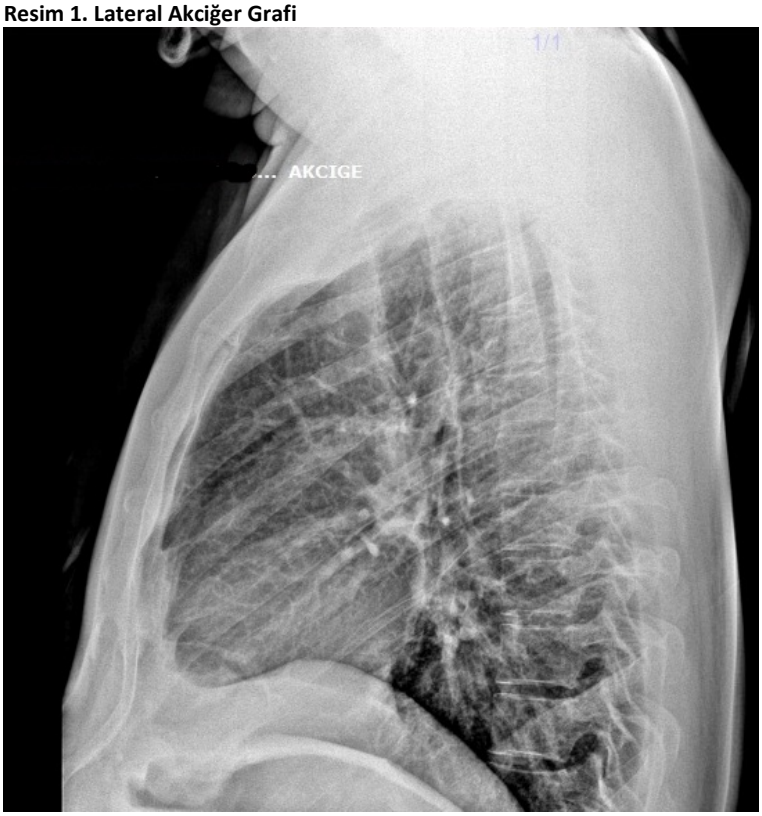
SONUÇ:Ksifoid, osteokondrom için nadir görülen bir lokalizasyondur. Hastamızın kliniğinde ağrı olması ve ileride malignite olasılığı gözönünde bulundurularak cerrahi tedavi ve sonrasında rutin poliklinik takiplerinin devam etmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Ksifoid, osteokondrom, cerrahi

Resim 1. Lateral AkciÄŸer Grafisi

Normalden uzun ksifoid gÃ¶rÃ¼ntÃ¼sÃ¼

Resim 1. Lateral Akciğer Grafi



Normalden uzun ksifoid görünümü

Resim 2. toraks MRI

Anormal uzunlukta ksifoid görüntüsü

EP-258

İDYOPATİK KONJENİTAL GÖĞÜS DUVARI DEFORMİTESİ: ATİPİK BİR OLGU SUNUMU

Rıza Serdar Evman, Sevinç Çıtak, Serda Kanbur Metin, Selime Kahraman, Mine Demir, Hakan Yılmaz, Çağatay Saİm Tezel, Volkan Selamİ Baysungur
S. B. Ü. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

GİRİŞ: Kas iskelet sisteminin tüm elemanlarında olabildiği gibi, kostalarda da çeşitli yapısal deformiteler ya da patolojik durumlarla karşılaşmaktayız. En sık görülen konjenital göğüs duvarı deformiteleri olan pectus ekscavatumum ve pektus carinatumun yanında servikal kosta, intratorasik uzanımlı kosta, iki veya daha fazla kostanın füzyonu, iki kostanın köprüleşmesi bu durumlara örnektir. Tüm bu yapısal farklılıkların toplamı nüfusun %0.15-%0.30'unda görüldüğünden nadir vakalar olarak kabul edilirler. Kliniğimizde tedavi edilen bir vakayı sizlerle paylaşmak istedik.

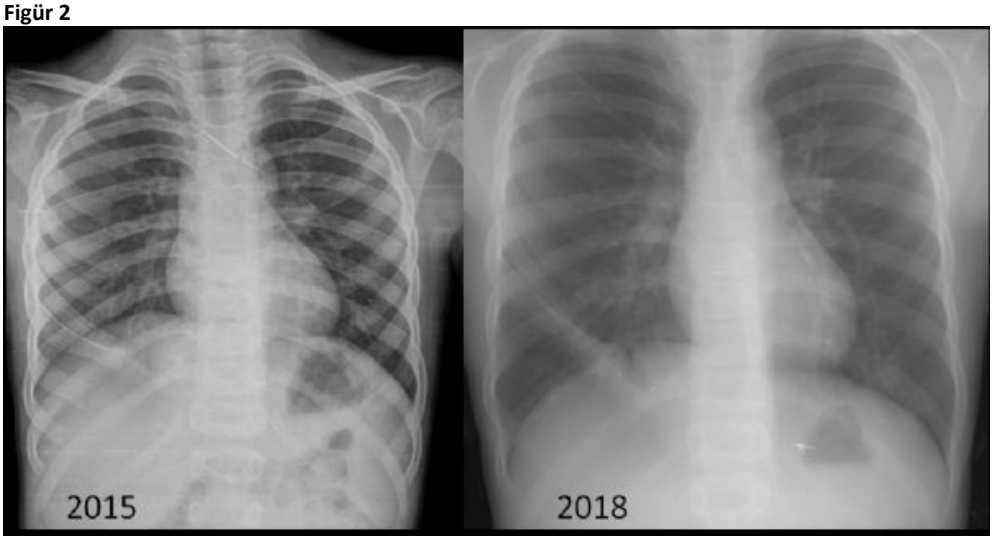
OLGU: Yedi yaşında erkek hasta ailesi tarafından göğüs duvarında şekil bozukluğu şikayetiyle kliniğimize getirilmiştir. Göğüs duvarındaki mevcut girintinin doğuştan itibaren olduğu ancak son 2 yıldır arttığı bildirilmiştir(Figür1). Çekilen akciğer grafisinde sağ 7. kotta radyolojik anomali saptanması üzerine toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çektirildi (Figür2). BT'de "Sağda 7. Kotta torask hacminde daralmaya neden olan angulasyon varlığı dikkati çekmiştir" şeklinde raporlandı (Figür3). Bunun üzerine hastaya 7. Kot parsyel rezeksiyonu planlanmış ve amaliyat için hazırlandı. Hasta genal anestezi eşliğinde sol lateral dekubit pozisyonda yatırıldı. 7. kotta deformitenin olduğu bölgenin üzerine gelecek şekilde yaklaşık 4 cm'lik insizyon ile girildi. Cilt, ciltaltı ve kas dokusu geçildi (Figür4). Deforme kosta kısmı dönülerek patolojik olan patolojik görünüme neden olan kısım çıkarıldı(Figür5). Hastada ameliyat sonrası çekilen filmlerde minimal ekspansiyon kusuru olduğu tespit edildi, oksijen tedavisi ile geriledi. Hasta 3. gün taburcu edildi. Hasta ameliyat sonrası birinci ayında sorunsuz takip edilmekte (Figür6).

SONUÇ: Konjenital veya edinilmiş olan göğüs deformiteleri fonksiyon kaybına neden olmasa da kozmetik açıdan şikayet oluşturmakta bu sebeple de psikososyal sorunlarunlara yol açabilmektedir. Kostalardaki benign özellik taşıyan anomalilerin tedavisinde günümüzde, patolojinin ortadan kaldırılması kadar kozmetik hasarın minimal olması da önem taşımaktadır.

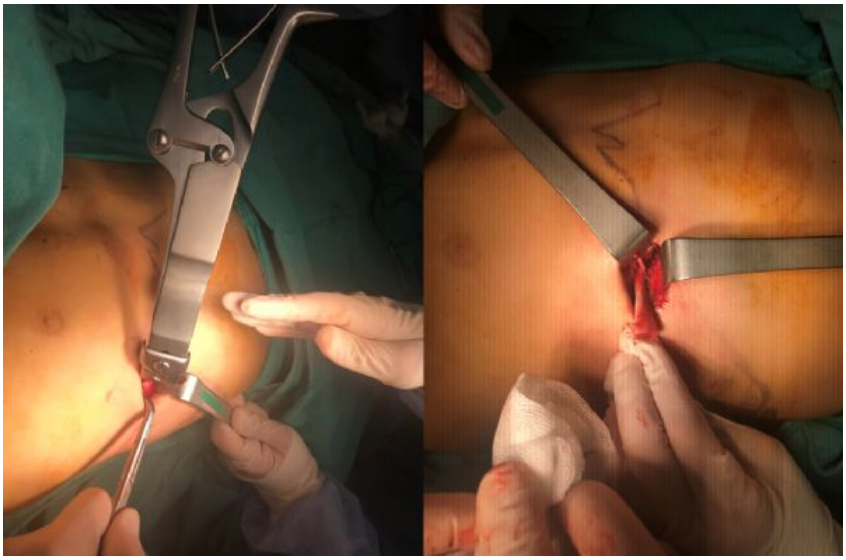
Anahtar Kelimeler: göğüs duvari deformitesi, konjenital, idiopatik, kot rezeksiyonu

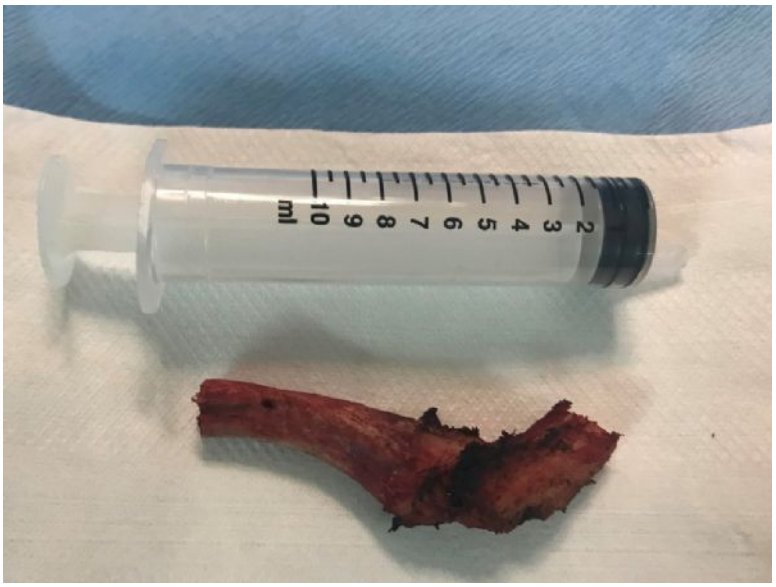
Figür 1

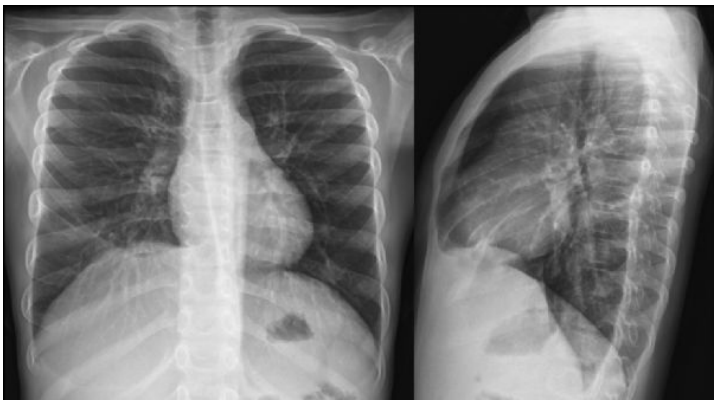
Figür 2



Figür 3




ml
10
9
8
7
6
5
4
3
2



EP-259

İLAÇ UYGULAMALARINDA KAMU HASTANELERİNDEKİ HEMŞİRELERİN YASAL SORUMLULUKLARI

Vildan Akçakaya İnan[1], Ahsen Kaya[2]
[1]SBÜ. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp ABD

GİRİŞ VE AMAÇ:Günümüzde yapılan yasal düzenlemelerle hemşirelerin sorumlulukları her geçen gün artmaktadır. Bu durum da hukuksal olarak malpraktis davaları ile yüz yüze kalmalarına neden olmaktadır. Malpraktis davalarının başında hemşirelerin ilaç uygulamaları gelmektedir. Çalışmamızın amacı, hemşirelerin ilaç uygulamalarındaki yasal sorumlulukları hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM:Araştırma, 2014-2015 tarihleri arasında İzmir'de bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan 280 aktif çalışan hemşireden 174 hemşire çalışmamıza dahil edilmiştir. Veriler "İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Yasal Sorumlulukları" başlıklı anket formu kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen veriler SPSS 20 ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR:Çalışmaya katılanların %88,6'sı kadın, %4,6'sı sorumlu hemşire, % 95, 4'ü hemşire, %51,1'i lisans mezunu, %24,1'inin 21 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip olduğu,%78, 2'sinin mesai ve nöbet usulü çalıştığı tespit edilmiştir.Hemşirelerin %97,1'inin yaptığı her ilaç uygulamasının kaydını tuttuğunu, %81'inin uyguladığı ilacın yan etkileri konusunda hastayı bilgilendirdiği, %94,3'ü hekimlerin hastayı muayene etmeden telefonla ilaç uygulamasının yasal açıdan doğru olmadığını, %87, 4'ünün hastaya verdiği ilaç eğitimlerinin kaydını tutması gerektiği görüşündedir. %99,4'ü ilaç uygulayacağı hasta hakkında bilgisinin olması, %96'sı ilaç uygulaması hakkında hastanın bilgilendirilmesi, %78,7'si order edilmemiş doktor tarafından acil durumlar hariç olmak üzere sözel istenilen ilaçların uygulanmaması, %92,5'inin eksik veya hatalı order edildiğini düşündüğü ilacı uygulamayacağını belirtmişlerdir.%98,9'u narkotik ilaçların kilitli dolapta tutulması gerektiğini, %94, 3'ü narkotik ilaç uygulanan hastaların kaydının tutulması gerektiğini belirtmişlerdir. %98,3'ü ilacı uygulamadan önce hasta bilekliğinden hastanın bilgilerini kontrol ettiğini, %85,6'sı yazılı ilaç istemi olmadan ilaç uygulanmaması gerektiğini, %94,8'i hastanın alerjisi konusunda bilgi almaya gerek olduğu görüşündedir. Hastane yönetimi tarafından bu eğitimler verilmediği takdirde hastane yönetiminin hukuki açıdan sorumlu olduğunu düşünen katılımcıların oranı %78,2'dir. %90,2'si ilaç uygulama hatası yaptığında dolduracağı bir form olduğunu belirtmiştir. Hasta ilaç uygulamasını reddettiğinde uygulama yapmam diyen katılımcılar %94,3, hekim istemi var diye hastaya zarar vereceğini öngördüğü halde ilacı uygularım diyenler %13,2'dir.Sonuç olarak, hemşirelerin en sık rutin uygulamalarından biri olan ilaç uygulamaları konusunda bilgilerinin olduğu ancak lisans düzeyinde ve daha sonra iş hayatında çeşitli eğitimlerle bu bilgilerin tazelenmesi ve arttırılması gerektiği, sağlık sisteminin önemli bir parçası olan hemşirelerin yaşayabilecekleri yasal problemlerle ilgili sigorta sistemlerinin devreye girmesinin yararlı olabileceği kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İlaç, hemşire, yasal sorumluluk.

Tablo 1

Tablo 1:Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı		N	%
Yaş	35-44	77	44,3
Medeni Durum	Evli	117	67,2
Öğrenim Durumu	Lisans	89	51,1
Çalışma Yılı	21 yıl ve ↑	42	24,1
Çalışma Şekli	Mesai ve Nöbet	136	78,2

Tablo 2

Tablo 2. İlaç Uygulamalarında Hemşirelerin Yasal Sorumlulukları		N	%
1.Yaptığınız her ilaç uygulamasının kaydını tutar mısınız?	Evet	169	97,1
2.Uyguladığınız ilaçların yan etkileri konusunda hastayı bilgilendirmeli misiniz?	Evet	141	81,0
3.İlaçlar konusunda (hizmet içi veya kendiniz) eğitim alıyor musunuz?	Evet	109	62,6
4.Hasta taburcu olurken dışarıda kullanacağı ilaçların kullanımıyla ilgili bilgi verilmeli mi?	Evet	160	92,2
5.Hekimlerin hastayı muayene etmeden telefonla ilaç uygulaması istemesi yasal açıdan doğru mu?	Hayır	164	94,3
6.Hastaya verdiğiniz ilaç eğitimlerinin kaydını tutmalı mısınız?	Evet	152	87,4
7.İlaç uygulamasındaki 8 doğru ilkesini biliyor musunuz?	Evet	163	93,7
8.İlaçların doğru koşullarda saklanması ile ilgili sorumlu olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	173	99,4
9.İlaç uygulayacağınız hasta hakkında bilginiz olmasına sizce gerek var mı?	Evet	173	99,4
10.İlacın uygulaması hakkında hastayı bilgilendirmenize gerek var mı?	Evet	167	96,0
11.İlaçların etki süresini bilmenize gerek var mı?	Evet	163	93,7
12.Order edilmemiş doktor tarafından sözel istenilen (acil durumlar hariç) ilaçlar uygulanmalı mıdır?	Hayır	137	78,7
13.Hekimin eksik veya hatalı order ettiğini düşündüğünüz ilacı uygular mısınız?	Hayır	161	92,5
14.Klinikteki tüm ilaçların sizin denetiminizde saklanmasına gerek var mı?	Evet	122	70,1
15.Narkotik ilaçların kilitli dolapta tutulması gerekir mi?	Evet	172	98,9
16.Uygulanan hastaların kaydının tutulması gerekir mi?	Evet	164	94,3
17.İlaç uygulaması ile ilgili bir hata yaptığınızda bir form doldurarak gerekli yerlere bildirir misiniz?	Evet	152	87,4
18.Hastaya zarar vereceğini öngördüğün durumda hekim istemi var diye ilacı yine de uygular mısınız?	Hayır	149	85,6
19.Bir ilacı uygulamadan önce hasta bilgilerini kimlik bileziğine bakarak kontrol eder misiniz?	Evet	171	98,3
20.Doktor tarafından yazılı ilaç istemi olmadan hastaya ilaç uygular mısınız?	Hayır	149	85,6
21.Hastanın ilaç alerjisi konusunda bilgi almaya gerek var mı?	Evet	165	94,8
22.İlaç uygulaması sırasında kullandığınız aletler/sarf malzeme uygun mu?(temiz mi? Steril olması gerekiyorsa steril mi?)	Evet	172	98,9
23.Uyguladığınız ilacın son kullanma tarihine bakar mısınız?	Evet	169	97,1
24.İlaç uygulamaları konusunda hastane yönetiminin size periyodik eğitimler vermesi gerekir mi?	Evet	168	96,6
25.Hastane yönetimi bu eğitimleri vermezse hukuki açıdan sorumlu mudur?	Evet	136	78,2
26.İlaç uygulama hatası yaptığınızda gerekli bildirimde bulunur musunuz?	Evet	157	90,2
27.Hastanenizde ilaç uygulama hatası yaptığınızda dolduracağınız bir form var mı?	Evet	157	90,2
28.İlaç uygulaması yapmak için hastadan onam alır mısınız?	Evet	102	58,6
29.Hekim tarafından uygulanması gereken bir ilacı uygulamanız istenildiğinde uygular mısınız?	Hayır	92	52,9
30.Hasta ilaç uygulamasını reddettiğinde yine de uygulamayı yapar mısınız?	Hayır	164	94,3

EP-260

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İŞE YABANCILAŞMA DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Seval Bayat[1], Ayşe Dost[2], Gülcan Bal[1], Birsen Pınar Yıldız[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi

Yabancılaşma birçok meslek örgütünde olduğu gibi hemşirelik mesleği üzerinde de yoğun iş yükü olması,kötü çalışma koşulları, görev karmaşası, yetersiz insan gücü, işin tekdüze olması, karar süreçlerine katılmama, mesleğini sevmeden yapma, aldığı ücretten memnun olmama gibi nedenlerden dolayı görülmektedir.Literatür taraması sonucunda işe yabancılaşma konusunda en çok çalışma yapılan sektörlerin eğitim, turizm ve sanayi olduğu görülürken, hemşireler ile yapılan araştırmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu çalışma bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin işe yabancılaşma düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın örneklem grubunu Mart-Nisan 2018.tarihlerinde hastanede çalışan ve gönüllü olarak katılmayı kabul eden 90 hemşire (n=90) oluşturmuştur.Çalışma verileri Kişisel Bilgi Formu ve 2004 yılında Oruç tarafından geliştirilen "İşe Yabancılaşma Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Veriler sıklık, yüzde oranları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılarak değerlendirilmiştir.Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 32,37±8,73 olup, %85,6'sının kadın, %60' ının bekar, %53,3'ünün lisans mezunu, %75,6'sının servis hemşiresi olduğu, %70'inin mesleği kendi isteği ile seçtiği, %55,6'sının çalıştığı saatlerde en çok hemşirelik bakımı ile ilgilendiğini, %86,7'sinin çalıştığı işten memnun olduğunu, %93,3'ünün ücretten memnun olmadığı belirlenmiştir. En yüksek 135 puan alınabilen İşe Yabancılaşma Ölçeğinden alınan ortalama puan 84,58±15,11 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin "hizmetin üretimi sırasında yaratıcılığın kullanılması" boyutundan aldıkları ortalama puanın 11,96±1,99, "hizmetin üretimi sırasında inisiyatif kullanabilme" boyutundan aldıkları ortalama puanın 14,48±4,14, "karar sürecine katılım" boyutundan aldıkları ortalama puanın 17,81±4,45, "üretim süreci" boyutundan aldıkları ortalama puanın 17,28±3,33, "yaptığı işin kendisi için anlamlılığı" boyutundan aldıkları ortalama puanın 12,62±4,25, "iş bölümü" boyutundan aldıkları ortalama puanın 10,41±2,08 olarak belirlenmiştir.İşe yabancılaşma ölçeğinden alınan puan arttıkça yabancılaşma düzeyi artmaktadır.Çalışmada hemşirelerin işe yabancılaşma düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.Hemşirelerin işe yabancılaşmasını önleyici yönetsel eylemlerin ortaya koyulması, çalışma şartlarının iyileştirilmesi, karar verme süreçlerine tüm hemşirelerin dahil edilmesi, ekip çalışması içinde iş bölümü yaparak çalışmanın ve yaratıcılığın desteklenmesi, iş motivasyonunu artırıcı uygulamaların ortaya konulması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: hastane, hemşire, işe yabancılaşma,

EP-261

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARIN ERKEK HEMŞİRELER HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ

Ayşe Hacıosmanoğlu[1], Ayşe Dost[2], Belma Akbaba Bağcı[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi

Cinsiyet, tarihsel süreçte hemşirelik imajının gelişimini engelleyen önemli bir değişken olmuştur. Erkek hemşire sayısının arttırılmak istenmesindeki amaç hemşireliğin daha iyi bir statü kazanması, cinsiyette denge sağlamak ve erkeklerin bu mesleğe olan endişelerini azaltmaktır. Bu çalışmanın amacı bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatarak tedavi gören hastaların erkek hemşireler hakkındaki görüşlerinin belirlenmesidir.Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın örneklem grubunu Haziran-Temmuz 2017 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatarak tedavi gören ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 130 hasta (n=130) oluşturmuştur. Çalışma verileri Kişisel Bilgi Formu ve araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu aracılığı ile yüz yüze görüşme metodu ile toplanmıştır.Veriler sıklık ve yüzde oranları kullanılarak değerlendirilmiştir.Çalışmaya katılanların %55,4'ünün erkek, %25,4'ünün 65 yaş ve üstü, %46,2'sinin ilkokul mezunu, %29'unun emekli, %71,5'inin Marmara Bölgesinde yaşadığı, %76,2'sinin daha önce hastanede yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir.Hastaların %86,2'si hastanelerde erkek hemşirelerin de çalıştığını bildiği, % 44,6'sının erkeklerin hemşire olarak çalışmasına olumlu bakmadığı, %63,8'inin erkek hemşireyi nasıl çağırması/hitap etmesi gerektiğini bilmediği, %59,2'si hemşireliği kadın mesleği olarak gördüğü, %70,8'i hastaneye yattıklarında erkek hemşireden bakım almayı istemedikleri, %86,9'unun erkeklerin hemşirelik mesleğini geliştirdiklerine katılmadığı,%84,6'sı erkeklerin hemşirelik mesleğini yapmasının mesleğin imajını olumlu yönde etkilediğine katılmadığı, %31,5'i erkek hemşireyi diğer sağlık personelinden ayırt edemediğini, %79,2'si oğullarının hemşirelik mesleğini yapmasını onaylamayacakları belirlenmiştir.Çalışma sonuçlarına göre hastaların erkek hemşirelere yönelik algısı olumsuz olmakla beraber, hastaların çoğunluğu hemşirelik hizmetinin sadece kadın cinsiyetine ait olduğuna inanmaktadır.Hemşireliği, her iki cinsin de yapabileceği, toplumun erkek hemşireye bakış açısının olumlu olmasının sağlanması, medya ile cinsiyetin hemşirelik bakımının kalitesini etkileyen bir etmen olmadığı, erkek hemşireler için ayrı bir meslek ismi olamayacağı konusunda toplumun bilinçlendirilmesi gerekir Toplumun bilinçlenmesi, hemşireliği daha iyi tanıması ve lisans/lisansüstü eğitimi almış profesyonel erkek hemşirelerin hemşirelikte, medyada daha fazla yer alması ile bu olumsuz tutum zamanla değişecektir

Anahtar Kelimeler: erkek, hemşire, mesleki imaj

EP-262

HEMŞİRELERİN İNSİZYON YERİ YARA İYİLEŞMESİNE İLİŞKİN BULGU VE UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ

Hülya Bulut, Sibel Arabacı
SBÜ.İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ:Bu araştırma hemşirelerin insizyon yeri yara iyileşmesine ilişkin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM:Araştırma, Şubat–Mayıs 2018 tarihlerinde bir devlet hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından ilgili literatürler taranarak anket formu oluşturulması ile toplanmıştır. Araştırmada etik kurul onayı, araştırmanın yapılacağı hastaneden kurum izni ve araştırmaya katılan hemşirelere gönüllü olur formu doldurtulmuştur. Anket formundaki bilgi soruları 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin analizi, SPSS 21.0 bilgisayar programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Student T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Tukey HSD testi kullanılmıştır.

BULGULAR:Hemşirelerin yara iyileşmesine ilişkin bilgi puan ortalaması 68.0±7.3 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça bilgi puan ortalamalarının arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).Bilgi puan ortalaması ile yaş, cinsiyet, çalışılan kurum ve servis, çalışma deneyimi gibi tanıtıcı özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).Hemşirelerin yarıya yakınının yara iyileşmesine yönelik uygulamaları, yarıdan fazlasının yara bakımına ilişkin taburculuk eğitimi uygulamalarını düzenli olarak yapmadığı tespit edilmiştir.

SONUÇ :Araştırmada hemşirelerin insizyon yeri yara iyileşmesine yönelik bilgi ve uygulamalarının yeterli düzeyde olmadığı bulunmuştur.

• Hemşirelerin mezuniyet sonrası dönemde yara iyileşmesi ve yara bakımı ile ilgili bilgi, tutum ve becerilerini geliştirecek hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, bu eğitimlerin sürekliliğinin ve güncelliğinin sağlanması ve eğitimlerin etkinliğini arttırmak için eğitim içeriğinin ön test-son testlerle ölçülmesi,

• Kurumlarda cerrahi yara bakımı protokollerinin oluşturulması ve bu protokollerin ortak olarak kullanılabilecek standartlara dönüştürülmesi için çalışmalar yapılması,

• Hemşirelerin hemşirelik yönetmeliğinde belirtilen yetki ve sorumluluklarına yönelik farkındalıklarının arttırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Yara İyileşmesi, Yara Bakım Bilgisi

Tablo 1.Hemsirelerin Sosyo Demografik Ozeliklerinin Dagilimi(n=108)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	97	89,81
Yaş	25-40	65	60,18
Eğitim Durumu	Lisans	72	66,67
Çalışılan Kurum	Kamu Hastanesi	75	69,44
Çalışılan Servis	Cerrahi servisler	35	32,40
Hizmet yılı	6-10 yıl	42	38,89

Tablo 2.Hemşirelerin Yara Bakimi İle İlgili Ozeliklerinin Dağılımi

Yara Bakımı İle İlgili Özellikler		n	%
Eğitim Alma	Alan	85	78,70
Eğitim Alma Zamanı	1-2 yıl	63	58,33
Eğitim Alınan Yer	Hizmet içi eğitim	58	57,70
Yara iyileşmesinde Bölgenin Önemi	Evet	100	92,59
Yara iyileşmesinde yabancı Cismin Önemi	Evet	102	94,44
Yara bölgesinin kuru pamuk ile temizleme yapılmaması	Evet	101	93,51
Dolaşım sistemi değ. yara iyileşmesini etkilemesi	Evet	96	88,89
Hematomun enf.kaynağı olması	Evet	94	87,04
Yara bakımı hk.hastaya bilgi verme	Evet	82	75,92
Yara bakımına ilişkin taburculuk eğitimi yapma	Evet	43	39,81

EP-263

GÖĞÜS HASTALIKLARI KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARDA DÜŞME RİSKİ VE ALINAN ÖNLEMLERİN İNCELENMESİ

Banu Atici
İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ:Düşme, bireyin herhangi bir zorlayıcı kuvvet, senkop ya da inme olmadan; dikkatsizlik sonucu bulunduğu seviyeden daha aşağıdaki bir seviyede hareketsiz hale gelmesi olarak tanımlanmaktadır. Düşmeler, bireyde yaralanma ve fonksiyon kayıplarına dolayısı ile hastanede kalış süresinin uzamasına, tedavi maliyetinin artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına aynı zamanda hasta, hasta yakınları, bakım verenler ve hastane personelinde anksiyete ve korku gelişmesine neden olmaktadır. Hastaları ikincil yaralanmalardan korumak amacıyla hastanelerde güvenli ortamın sağlanması önemlidir. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) 2005 yılında 271 düşme yaşandığını ve 2007 yılı raporlarında düşme oranının % 0,17 ile 2,5 arasında değiştiği belirtilmektedir. (Joınt Commission on Accredititation of Healthcare Organizations Sentinel Event Hotline, http:// www.jointcommission.org; 2007). Hastane yatışı sırasında her 1000 hastadan en az 2.6- 13'ünün düştüğü ifade edilmektedir. Düşmelere neden olan faktörler, bireysel faktörler ve çevresel faktörler olarak ikiye ayrılır. Bireysel risk faktörleri arasında; yürüme ve denge bozuklukları, hipotansiyon, baş dönmesi, önceki düşme hikayesi, psiko-aktif ilaç kullanımı, korku, beceri azalması, nörolojik ve kas güçsüzlükleri, demans ve görme bozuklukları bulunurken çevresel risk faktörleri arasında ise; ıslak zemin, kapı eşiği, banyo, tuvalet ve yatak yanında tutunacak destek yerlerin olmaması, yetersiz aydınlatma, yerde ve çevrede sabit olmayan objelerin varlığı, uygun olmayan ayakkabı kullanımı olarak belirtilmiştir. Bu faktörlere karşı alınacak önlemler sayesinde düşme riski en aza indirilebilir ve hastanede oluşan ikincil yaralanmaların önüne geçilebilir. Çalışmanın amacı göğüs hastalıkları kliniğinde yaşanan düşmeleri değerlendirmek ve alınabilecek önlemleri belirlemektir.

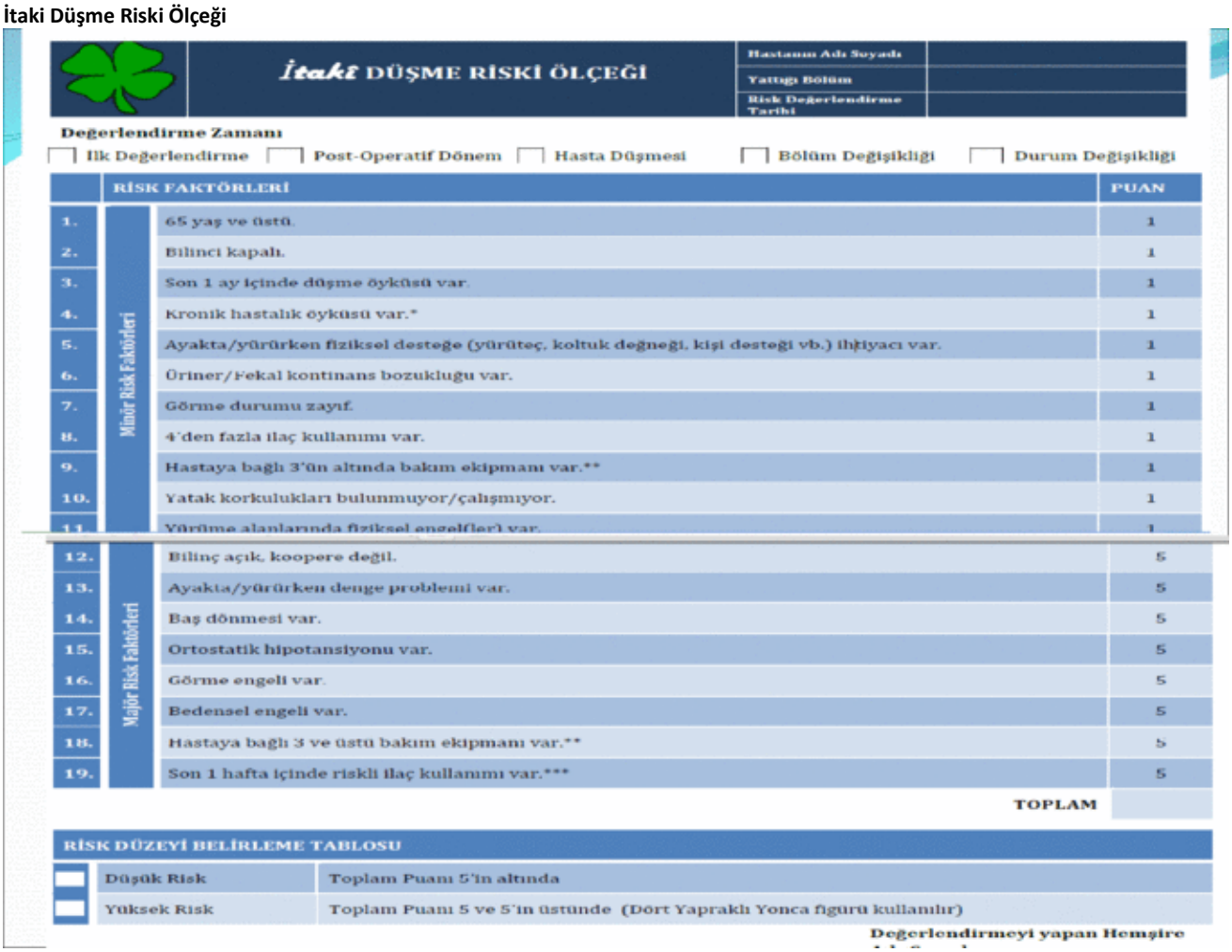
YÖNTEM:Retrospektif Çalışma

BULGULAR:Kliniğimizde düşen hasta sayısı 3 olup bütün yatan hastalara oranı %0.24 olarak tespit edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Hastane içinde yaşanan düşme olaylarına karşı alınacak efektif önlemlerle beraber hasta, hasta yakını, sağlık personeli ve yardımcı personellerin düşme riskine karşı eğitim almasının sağlanması düşme riskini en aza indirecektir. Bu amaçla hasta yatışında hasta ve hasta yakınına eğitim verilmesinin yanında hastane personelinin hizmet içi eğitimlerle bilinçlendirilmesi büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Düşme riski, Hasta Güvenliği, Hastane personeli eğitimi

İtaki Düşme Riski Ölçeği



İtaki DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı Soyadı	
Yattığı Bölüm	
Risk Değerlendirme Tarihi	

Değerlendirme Zamanı

☐ İlk Değerlendirme ☐ Post-Operatif Dönem ☐ Hasta Düşmesi ☐ Bölüm Değişikliği ☐ Durum Değişikliği

		RİSK FAKTÖRLERİ	PUAN
1.	Minör Risk Faktörleri	65 yaş ve üstü.	1
2.		Bilinci kapalı.	1
3.		Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1
4.		Kronik hastalık öyküsü var.*	1
5.		Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	1
6.		Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	1
7.		Görme durumu zayıf.	1
8.		4'den fazla ilaç kullanımı var.	1
9.		Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1
10.		Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1
11.		Yürüme alanlarında fiziksel engeller) var.	1
12.	Majör Risk Faktörleri	Bilinç açık, koopere değil.	5
13.		Ayakta/yürürken denge problemi var.	5
14.		Baş dönmesi var.	5
15.		Ortostatik hipotansiyonu var.	5
16.		Görme engeli var.	5
17.		Bedensel engeli var.	5
18.		Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5
19.		Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5
		TOPLAM	

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU		
☐	Düşük Risk	Toplam Puanı 5'in altında
☐	Yüksek Risk	Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde (Dört Yapraklı Yonca figürü kullanılır)

Değerlendirmeyi yapan Hemşire

Düşme riski değerlendirilmesinde yetişkinlerde kullanılan ölçekler düşme olayını öngörme ve önlemler alma açısından yardımcıdır.

EP-264

TÜP TORAKOSTOMİ UYGULANMIŞ HASTALARA YAKLAŞIM KONUSUNDA HEMŞİRELERİMİZ NE BİLİYOR?

Hemşire Semra Gökmen Çelik, Hemşire Yeliz Özdoğan, Op Dr Elif Duman
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, 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.

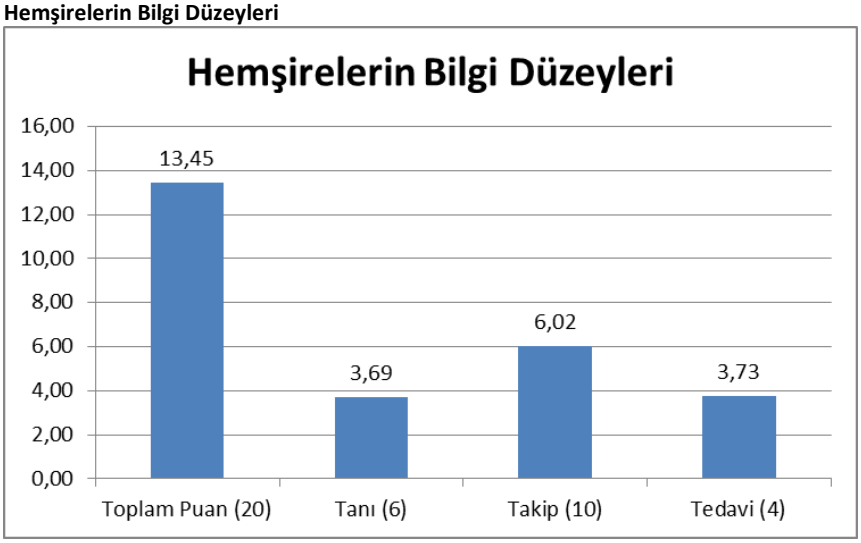
GEREÇ YÖNTEM: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma hastanesinde çalışmakta olan ve gönüllü olarak ankete katılan 175 hemşire çalışmaya alındı. Veri toplamada test yöntemi kullanıldı. Hemşirelere 27 soruluk anket uygulandı. Hemşirelere ait demografik veriler elde edildi. Anket 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 37±7 yıl idi. Hemşirelerin %63'ünun lisans mezunu, %21'inin önlisans, % 8' inin sağlık meslek lisesi ve % 8'inin lisansüstü eğitime sahip olduğu saptandı. Hemşirelik deneyimlerinin %26'sında <10 yıl, %49'unda 10-20 yıl ve %25'inde >=20 yıl olduğu saptandı. Olguların %67'sinin cerrahi servis deneyimine sahipti. Ankete katılan hemşirelerin halihazırda %40'ı cerrahi servislerde ve % 18'inin yoğun bakımda çalıştığı tespit edildi. Hemşirelerin toplam puan ortalaması 13.44±2.84 idi. Cerrahi deneyimi olan ve olmayanların puan ortalamaları sırasıyla 13.76±2.7 ve 12.81±3.02 idi (p<0.05). Eğitim durumlarına göre tanı, takip, tedavi ve toplamda aldıkları puanlar karşılaştırıldığında sonuçlar arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Meslekte geçirilen süreye göre değerlendirildiğinde; < 10 yıl olanların toplam puanı 12.44±3 iken, >= 10 ve < 20 yıl olanların toplam puanı 13.83±2.65 (p< 0.05). Hemşirelerin halen çalışmakta oldukları birimlere göre değerlendirildiğinde toplam puan ortalaması cerrahi birimde çalışanlarda (cerrahi ve yoğun bakım) 13.74±2.87, dahili birimlerde çalışanlarda 13.02±2.73 bulundu(p> 0.05).

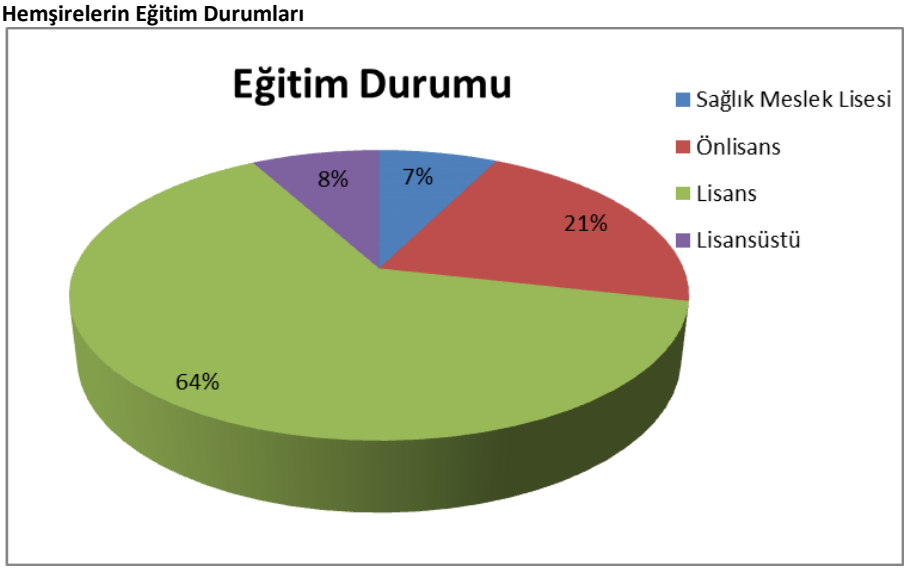
SONUÇ: Hemşirelerin eğitim düzeyinin ve halen çalışmakta oldukları birimin cerrahi birim olmasının hastaların tanı, takip ve tedavi konusundaki bilgilerini etkilememektedir. Mesleki deneyime göre 10 yıldan az çalışanların 11 yıl ve üzeri çalışan meslektaşlarına göre daha az bilgili oldukları saptandı. Ayrıca cerrahi deneyimleri olan hemşirelerin bilgi düzeylerini olmayanlara göre daha iyi olduğu sonucuna varıldı. Buradan hareketle, göğüs cerrahisi hemşireliğinin özel bilgi gerektirdiği ve bu nedenle "Göğüs Cerrahisi " servisinde çalışacak hemşirelerin cerrahi servis deneyime sahip tecrübeli hemşirelerden oluşturulması uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Toraks Drenajı, travmalı hasta, hemşirelik takibi, meslek içi eğitim

Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri



Hemşirelerin Eğitim Durumları



EP-265

TRAVMALI HASTALARDA HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ: 5 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Hemşire Yeliz Özdoğan, Hemşire Semra Gökmen Çelik, Op Dr Elif Duman
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, 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.

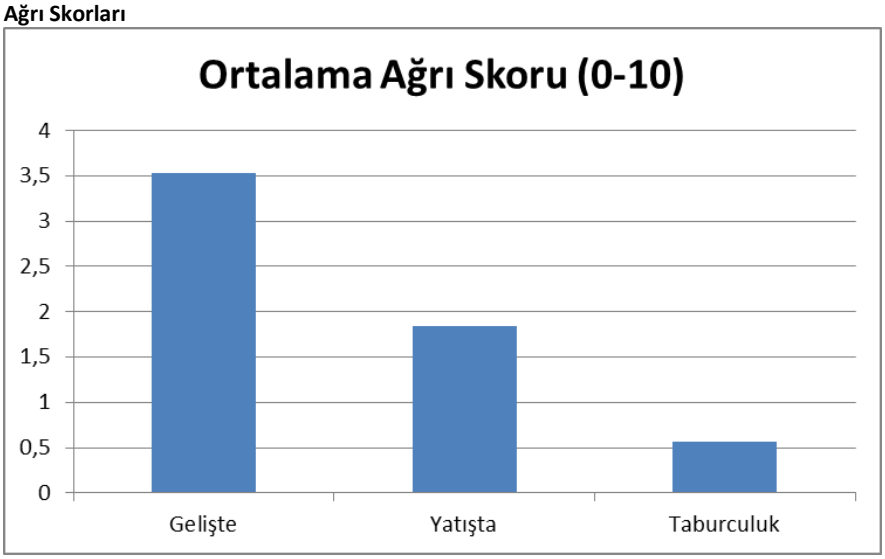
YÖNTEM:Haziran 2013-Mayıs 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma hastanesi Göğüs Cerrahisi Servisine toraks travması sonrası yatırılan 211 hastaya ait dosya kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Olgulara ait demografik bilgiler, travma şekli, uygulanan 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 5 form, 2007 den sonra bilgisayar sistemine geçiş nedeni ile 9 form ve 3 adet yazılı form incelendi. Toplamda 712 form değerlendirildi ve kayıtlı bulunan 11530 hemşirelik girişimi kaydedildi.

BULGULAR:Olguların % 74'ü erkek, yaş ortalaması 53±19 yıl idi. Ortalama yatış süresi 5.7±3.6 gün bulundu. Göğüs cerrahisi Servisine travma nedeni ile yatan hastalarda yatış tanılarının %44'ünün multpl kot fraktürü, %26'sının travmatik pnömotoraks, %23'ü travmatik hemotoraks, %8.5'i travmatik hemopnömotoraks olduğu saptanmıştır. Uygulanan tedavi yöntemlerinin %70'inin konservatif, %27'sinin tüp torakostomi ve %3' ünün major cerrahi olduğu belirlendi.Bu çalışmada, 211 hastaya ait 11530 hemşirelik girişimi değerlendirildiğinde; Vital bulguların (%31) en sık kaydedilen girişim olduğu, bu uygulamayı, Analjezik uygulamaları (%14), Beslenme /%8), Solunum Jimnastiği (%8), Mobilizasyon (%7) ve Göğüs Tüpü Takibi (%5) ile ilgili uygulamaların izlediği belirlenmiştir (Bakınız Grafik1).Tedaviye yönelik uygulamalar değerlendirildiğinde; toraks travmalı hastalarda sık görülen Ağrı Kontrolü (%9) ile ilgili uygulamaların %14'ünü order isteminde yer alan "Analjezik Uygulamasının" oluşturduğu gözlemlenmiştir. Olguların ağrı skorları değerlendirildiğinde başlangıçta 3.5±1.3 olan skorun taburculukta 0.6±0.9'a gerilediği saptandı ($p<0.05$) (Bakınız Grafik2). 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.

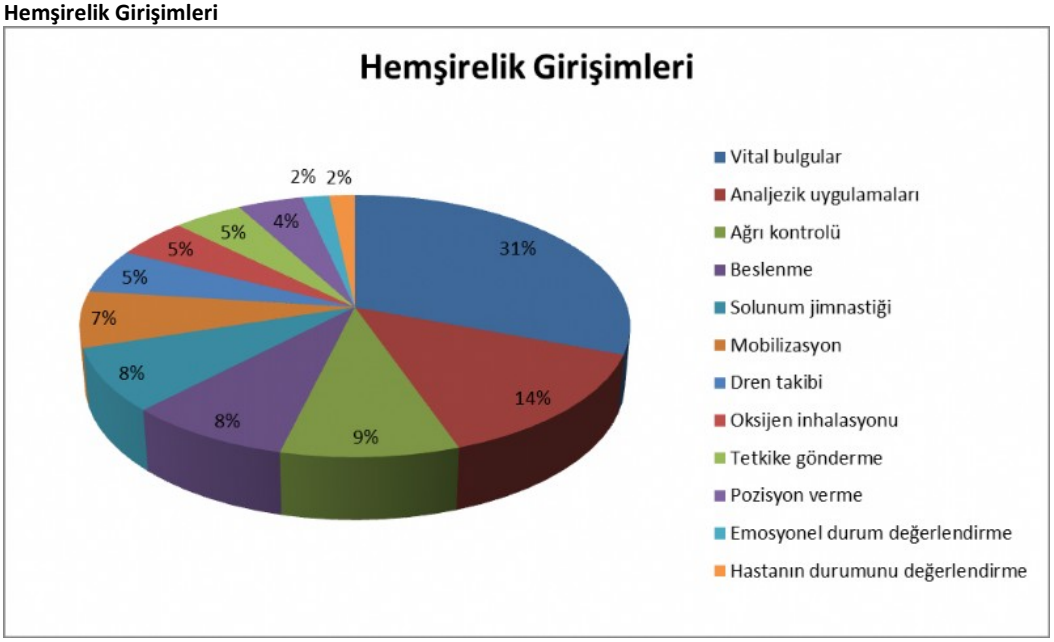
SONUÇ:Her hasta için çok sayıda takip formu kullanılması hemşire kayıtlarının düzensiz ve eksik olmasına yol açmaktadır. Hemşire takip formlarının birleştirilerek tek bir form haline getirilmesi uygun olacaktır. Hasta bakımı yapılırken vital bulguları takip etmenin yanında, iyileşme sürecindeki hastanın psikolojik durumunun da desteklenmesi çok önemlidir. Hemşirelerin bu konuda daha etkin olmaları ve meslek içi eğitim almaları sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Göğüs cerrahisi, travmalı hasta, hemşirelik bakımı, tedavi girişimi, destek tedavi, psikolojik destek

Ağrı Skorları



Hemşirelik Girişimleri



EP-266

MESLEĞE YENİ BAŞLAYAN HEMŞİRELERİN SİGARA KULLANMA DAVRANIŞLARI VE KAMU SPOTU HAKKINDA DÜŞÜNCELERİ

Yasemin Kavak, Ayşegül Erciyas, Birgül Genç
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,Ankara

AMAÇ: Çalışmamı hemşirelik mesleğine yeni başlamış olan daha önce iş tecrübesi olmayan kişilerin sigara kullanım davranışı ve kamu spotu ile ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde 2018 yılı ilk altı ayında göreve yeni başlayan hemşirelerin çalışmaya başladıktan bir ay sonra gönüllülük esası doğrultusunda bilgilendirilmiş onam formu ile birlikte sosyo-demografik verilerin ve sigara kullanım davranışları, kamu spotu hakkındaki düşüncelerini içeren anket formu ile veriler toplanmıştır. Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR: Hemşirelerin %91, 3 ü bayan, %8,7 si erkek, %65,2 si bekar olup yaş ortalamaları 22,5+-2,5 dur. Eğitim durumları %43,5 lise, %56,5 ise lisans mezunudur.Hemşirelerin %87 si sigara kullanmıyorken %13 sigara kullandığını belirlenmiştir. Sigara kullanan 3(üç) hemşirenin ortalama 2(iki) yıl ve günde 6(altı) adet sigara kullandıkları tespit edilmiştir.Çalışmaya katılan hemşirelerin %65,2 sinin ailesinde en az bir kişi sigara kullanmakta olduğu saptanmıştır. Göreve yeni başlamış hemşirelerin %26,1 i hastanelerde sigara bıraktırma polikliniğinin olduğunu bilmedikleri tespit edilmiştir. Hemşirelerin televizyon ve radyoda yayınlanmakta olan sigaranın sağlığa zararını konu edilen kamu spotunun %56,5 i başarılı bulurken, %43,5 başarılı bulmamakta ve sigarayı bıraktırmak için etkili bir yöntem olmadığını düşünmediklerini bildirmişlerdir.

SONUÇ: Çalışmamızda göreve yeni başlayan hemşirelerin sigara kullanmayan oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup ailesinde an az bir kişi sigara kullanan oranının yüksek olduğu düşünülmektedir. Televizyon ve radyoda yayınlanmakta olan sigaranın sağlığa zararını konu edilen kamu spotunu %56,5 i başarılı bulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşire,Sigara Kullanma, Kamu Spotu

EP-267

KEMOTERAPİ VE RADYOTERAPİ SONRASI GÖRÜLEN ORAL MUKOZADA BOZULMA HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU

Elvan Soner, Hülya Bulut, Dilek Hanedar
SBÜ.İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Oral mukozit, kemoterapi ve radyoterapi alan kanser hastalarında görülen ülseratif ve inflamatuar bir süreçtir. Ağız mukozası, hızlı hücre yenilenmesi nedeniyle kemoterapi ve radyoterapinin etksine açıktır ve kolay zedelenir. Akut ve kronik semptomlarla ilişkili olan mukozit anoreksiya, kaşeksi, dehidratasyon ve malnütrisyona neden olur, parenteral beslenmeye yol açar. Hastaların yaşam kalitesi önemli derecede azalırken aynı zamanda tedaviye yanıt almada olumsuzluk ve hayati tehlike yaratan durumların gelişmesi de söz konusu olmaktadır.Akciğer kanseri ve Hipertansiyon tanıları bulunan hasta, solunum güçlüğü ve nefes darlığı ile hastanemize başvurmuştur. 63 yaşındaki erkek hasta rectum ca dan opere edilmiştir. Hastamızın alınan anemnez ve öyküsünde 40 yıl günde bir paket sigara içtiği ve kalıtsal bir hastalığının olmadığı görülmüştür. Kliniğe yatışı yapılan olgunun Kan basıncı:120/70 mmHg, Nabız: 72/dk, Ateş:37.5°C, Solunum:24 ss/dk olarak alınmıştır. Hastanın yatış esnasında laboratuvar bulguları, Arterial Kan Gazı PH: 7.49, PO2: 55 mm/Hg, PCO2:38 mm/Hg, Glikoz:133 mg/dl, Üre:27 mg/dl, Kreatinin 0.66 mg/dl, Lokösit:37.2, Hemogram:10.5'dir.Hastanın tedavisi, Tigesiklin50mg flk.3*1 İV, Enoksaparin sodyum flk. 0.4 SC 2*1, Salbutamol 2.5 mg/doz + İprotropium 0.5 mg inhaler 4*1, flutikazonpropiyonat inhaler 4*1, Mama ensure 4*1 ve Oksijen 2/dk olarak hekimi tarafından düzenlenmiştir.Kliniğe yatışı yapılan olgu öncelikle hemşiresi tarafından beslenme durumu ruhsal durumu, ağrı durumu, ağız bakımını vb. bilgileri içeren hemşirelik ön değerlendirme formu doldurulur. Yapılan değerlendirme sonrasında oral mukoz mebranda bozukluk tespit edilmiştir. Hastanın daha önceki yatışlarınnda kemoterapi ve radyoterapi almasından kaynaklı mukozit olduğu düşünülmüştür. Hastanın düzenlenen tedavisinde solunun yetmezliğine yönelik steroidli inhalasyon eklenmiştir. Bu durumda oral mukoz membranda artış olmasına ve hastanın yaşam kalitesinin düşmesine sebep vermektedir. Bu nedenle öncelikle ağız bakımı planlandı. Hasta ve yakınına eğitim verildi. Her nebul inhalasyonundan sonra bol suyla ağzının çalkalanması ve ağız bakımında yumuşak diş fırçası kullanması sağlandı. Mukustatin oral süspansiyonla 3*1 gargara yaptırıldı. Yumuşak ve sıvı gıdalar alması sağlandı.Sonuç olarak, kanserli bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olan oral mukoziti sürekli olarak değerlendirmeli ve oral mukozit yönetiminde uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak hasta ve ailesine bu konuda eğitim yapılmalıdır. Hastaların ağız bakımından ve bu konudaki eğitiminden sorumlu olan hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları ve rehberleri kullanması ile oral mukozit önemli ölçüde azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi ve Radyoterapi, Oral Mukozada Bozulma, Hemşirelik Bakımı

EP-268

MESLEĞE YENİ BAŞLAYAN HEMŞİRELERİN NEBUL CİHAZI KULLANIMI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

Ayşegül Erciyas, Yasemin Kavak, Birgül Genç
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,Ankara

AMAÇ: Araştırma, mesleğinde daha önce iş tecrübesi olmayan, hastanede çalışmaya yeni başlamış hemşirelerin nebulizatör ve inhaler ilaçların kullanımındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde 2018 yılı ilk altı ayında göreve yeni başlayan 22(yirmi iki) hemşirelerin çalışmaya başladıktan bir ay sonra gönüllülük esası doğrultusunda bilgilendirilmiş onam formu ile birlikte sosyo-demografik verilerin ve nebul cihazı, inhalasyon ilaçları ve temizliğini içeren anket formu ile veriler toplanmıştır. Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR: Hemşirelerin %90,9'u bayan, %9,1'i erkek, %63,6'sı bekar olup yaş ortalamaları 22,6±2,5'dir. Eğitim durumlarına bakıldığında %59,1'i lisans, %40,9'u ise lise mezunudur.

Hemşirelerin %45,5'i yoğun bakımda ünitesinde, %22, 7'si acil servis ünitesinde ve %31,8'i ise klinik ve ameliyathanede görev yapmaktadırlar. Hemşirelerin %18,2'sinin kronik hastalıkları mevcuttur. Hemşirelerin %22,7'sinin ailesinde göğüs hastalıkları olduğu saptanmıştır.Çalışmaya katılan hemşirelerin %31,8'i okul dönemi stajyerliği ve bir aylık çalışma süresinde hiç nebulizatör cihazı ve nebul başlığı kullanmadığını bildirmiştir. "Nebul cihazı ile hangi içerikli ilaçların kullanıldığı, bu ilaçların ne amaçla kullanıldığı ve ilaçların etki mekanizmaları nelerdir" sorusuna %54,5'inin yanlış cevap verdiği tespit edilmiştir. "Nebulizatör cihazı ile kullanılan ilaçların hangi hastalıklarda tercih edilmektedir" sorusuna %54,5'i doğru cevaplarken, %45,5'i yanlış cevap vermiştir.

Hastaların kullandıkları nebul başlıkların doğru temizliğinin nasıl yapılması gerektiğini %63,6'sının yanlış bildiği ya da hiç bilmediği tespit edilmiştir.Hemşirelerin %63,6'sının öğrenci olarak eğitim aldığı dönemde ve stajyer olarak çalıştıkları dönemlerde nebul cihazı ve inhaler ilaçlarla ilgili eğitim almadıkları, %77,3'ü ise hastanede işe başladıkları sürede nebul cihacı kullanımı ile ilgili bir eğitimi genel ne de birim içi oryantasyon eğitiminde almadıkları belirlenmiştir.

SONUÇ: Çalışmamızda göreve yeni başlayan hemşirelerin nebul cihazları ve inhaler olarak kullanılan ilaçlar hakkında bilgi düzeyleri yeterli olmadığı düşünülmektedir. Hemşirelere işe ve hastanede göreve başlamaları itibariyle Sağlık Bakanlığı'nın belirlemiş olduğu zorunlu eğitim ile birlikte genel oryantasyon ve birim içi oryantasyon eğitimi konuları içerisinde yer verilmesi ve eğitimin kalıcılığını arttırmak amacıyla uygulama eğitimi ile desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Nebul cihazı, Eğitim, Bilgi Düzeyi

EP-269

KOAH VE ASTIM ALEVLENMESİ: OLGU SUNUMU

Ayşegül Çetin[1], Ayşegül Erciyas[1], Gülben Cankurtaran[2]
[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi,Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH); persistan hava akımı kısıtlanması ile karakterize, genellikle progresif, hava yollarının zararlı gaz ve partiküllere karşı artmış enflamatuar cevabı ile ilgili, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOAH dünya genelinde mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenlerinden biri olup, sosyal ve ekonomik açıdan giderek artan bir yük oluşturmaktadır

OLGU: N.K isimli 84 yaşındaki bayan hasta, balgam, öksürük, nefes darlığı şikayetleriyle acil servise başvurmuştur. Hastanın bilinen hipertansiyon, diabetus mellitus ve KOAH tanıları mevcuttur. Pasif sigara kullanıcısı olan hastanın biomas maruziyeti vardır. Eski KOAH tanısı olan hastaya yapılan tetkikler sonrasında A.K.O (Astım KOAH Atak) tanısı ile Göğüs Hastalıkları Kliniğine yatışı yapılmıştır.Hastanın kan gazı değerleri ise Ph 7.47, PCO2 41.5, PO2 74.6 olarak kliniğe kabul edilmiştir. Klinikte ilk fiziksel muayenesinde hastanın yatak içi efor dispnesinin ön planda olduğu görülmüştür. Bol sekresyon, hırıltılı solunum, 2lt/dk O2 ile SPO2 değeri %90, oksijen desteksiz SPO2 değeri %84 olan hastaya solunum örüntüsünde bozulma ve aktivite intoleransı hemşirelik tanıları konulmuştur. Hastaya yatak içi etkin nefes alma(büzük dudak ve diyaframatik solunum) teknikleri anlatılmış, öğretilmiş ve uygulatılmıştır. Mobilizasyon ile vital bulgularından özellikle saturasyonun düşmesi görüldüğünde, taşikardi ve nefes darlığı hissettiğinde, aktivite süresini ve sıklığını azaltması konusunda takip edilmiş ve eğitim verilmiş olup hastanın aktivite öncesi ve sonrası oksijen kullanması sağlanmıştır. Az az sık sık beslenme önerilerek uygulatılmış olup yemekten hemen sonra efor ve mobilizasyon önerilmemiştir ve buna dikkat edilerek takip edilmiştir. Postural drenaj ve solunum egzersizleri yaptırılarak beraberinde triflu kullanma eğitimi verilerek uygulatılmıştır. Hekim talebi ile sistemik steroid, kısa etkili nebul tedavisine başlanmıştır. Nebul başlığı ile ilacın doğru dozda etkili bir şekilde alması sağlanmış ve hastaya öğretilmiş olup doğru uygulamayı yapıp yapmadığı kontrol edilmiştir. Hasta kısa sürelerle uzun oksijen kanülü ile mobilize edilerek öz bakım ihtiyaçlarını karşılama konusunda teşvik edilmiştir. Hastanın yatışının 14.gününde oksijensiz %95 olarak seyrettiği tespit edilmiştir. Yapılan kan gazı kontrolünde ph 7.45, PCO2 31.5, PO2 88.2 olarak sonuçlanmış olup hastanın klinik takibi devam etmektedir.

SONUÇ: Hastalara doğru hemşirelik tanısını belirlemek ve uygulamak medikal tedavinin etkinliğini arttırdığı mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Hemşirelik Tanıları, Hemşirelik Yaklaşımı

EP-270

"KANITA DAYALI HEMŞİRE İNSAN GÜCÜ YÖNETİMİ (RETROSPEKTİF HASTA YATIŞ, ÇIKIŞ HAREKETLİLİĞİ ANALİZİ İLE PROSPEKTİF HEMŞİRE PLANLAMA"

Eylem Arı Eskicioğlu, Gülnur Gül, Figen Ünlü, Nagehan Aktar
SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi

AMAÇ: Hemşire İnsan Gücü Planlaması, birimlerde belirli bir süre içinde, sağlık hizmeti alan bireylere gerekli bakımın sağlanabilmesi için yeterli sayıda ve nitelikte hemşire bulundurulmasını içermektedir. Amaç, bir yandan işletmelerin gerektiğinden fazla insan gücü çalıştırıp çalıştırılmadığını saptamak, diğer yandan her birimin yeterli sayı ve nitelikteki hemşireyi belli zamanda elde bulundurmasına özen göstermektir. Uluslararası Hemşireler Konseyinin 2006 yılında yayımladığı "Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır" raporunda, hemşire açığının kapatılması ile ilgili geliştirilen politikalar arasında personel dağılımı ve iş bölümünün etkin şekilde belirlenmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır (ICN, 2006). Kliniklerdeki hemşire sayısı yeterli olduğunda hastaların hastanede kalma süreleri kısalmaktadır. Lankshear, Sheldon ve Maynard'ın (2005), 22 araştırma bulgusunu değerlendirdikleri çalışma sonucunda,Yeterli hemşire istihdamı ve hemşire görev dağılımının iyi planlanmasının hasta çıktılarında olumlu gelişme sağladığı belirlenmiştir. Kliniklerdeki hemşire sayısı yeterli olduğunda hastaların hastanede kalma süreleri kısalmaktadır.Çalışmamızda 2018 ilk 6 aylık dönemde göğüs cerrahisi yoğun bakım ünitesinde Retrospektif Hasta Yatış, Çıkış Hareketliliği Analizi yapılarak prospektif hemşirelik planlama yapılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM:Araştırmanın gerçekleştirileceği yoğun bakım ünitesi 2. Basamak cerrahi yoğun bakım ünitesi sınıflamasında olup yedi yataklıdır. Hastaların 2017 yılında ortalama kalış süresi 1.3 gündür. 01.01.2018-30.06.2018 tarihleri arasında göğüs cerrahisi yoğun bakım ünitesine yatan hastaların gün bazlı dağılımı yapılmıştır.

BULGULAR:26 hafta sonu gününde hasta yatışının az olduğu (7 cumartesi (% 27), 13 Pazar (%50) bazı günlerde hiç hasta olmadığı görülmüştür. Ayrıca pazartesi günleri önceki günden operasyon geçiren, postoperatif birinci gün hastalarının olmaması servis iş yükünü diğer günlere göre oldukça azaltan bir durumdur. Toplamda Salı 148 hasta, Çarşamba 144 hasta, Perşembe 152 (ortalama 5,5-5,7) hastanın yattığı görülmektedir. Hemşire insan gücü planlanırken özellikle Salı, Çarşamba, Perşembe ve Cuma günlerinde daha fazla hemşire planlamasının yapılması cumartesi, pazar ve pazartesi ise hemşire sayısının azaltılması hemşire insan gücünün etkin kullanımını sağlayabilir.

SONUÇ: Sağlık bakımında hizmet sunumunun karmaşık, kaotik yapıda olduğu, bilinen ve bilinemeyen birçok faktör tarafından çıktıların/sonuçların etkilendiği bilinmektedir. Bu kaotik ortamda hemşire sayısının nitelik ve nicelik olarak yeterli olmasının sağlık bakım süreçlerini pozitif etkilemektedir. Belirli bir hasta popülasyonun olduğu ve iş süreçlerinin standardize olduğu birimlerde hasta sirkülasyonuna göre proaktif hemşire planlaması yapılması kaynakların etkin kullanımını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: kanıta dayalı yönetim, hemşire insan gücü planlama, prospektif iyileştirme

EP-271

TORAX CERRAHİSİ HASTALARINDA ERKEN DÖNEM SOLUNUM FİZYOTERAPİSİ UYGULANIYOR MU?; ELEKTRONİK HEMŞİRELİK KAYITLARININ İNCELENMESİ

Gülnur Gül, Eylem Arı Eskicioğlu, Figen Ünlü, Ali Rıza Oğuzhan
SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi

Postoperatif dönemde pulmoner komplikasyonların önlenmesinde solunum fizyoterapisinin önemi bilinmektedir. Hasta açısından perioperatif yaşam kalitesini ve taburculuk sürecini olumlu yönde etkileyen bu uygulama önemli bir hemşirelik bakım sürecidir. Çalışmamızda yoğun bakım ünitesinde erken dönem solunum fizyoterapisine yönelik hemşire uygulamaları ve egzersiz sayısı elektronik veri kayıt ekranı verileri ile analiz edilmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler ile mevcut durum saptanarak iyileştirme çalışmaları başlatılacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM:2. basamak göğüs cerrahisi yoğun bakım ünitesinde ilgili dönemde postoperatif dönemde yatan 344 hasta araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem olarak 3 aylık hasta verileri (01.04.2018-30.06.2018) alınmıştır. HBYS den retrospektif hemşire kayıt ekranlarından veri alınmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Solunum fizyoterapisi, etkin solunum yapmak, akciğerlerin ekspansiyonunu sağlamak, solunum kaslarının kuvvetini artırmak, solunum sistemi içindeki sekresyonların atılımını sağlamak için uygulanan bir grup tedavi yöntemidir. Solunum fizyoterapisi yöntemleri temel solunum teknikleri, bronşial hijyen teknikleri, günlük yaşam aktivitesini artırıcı egzersizler ve medikal tedavi olarak tanımlanmaktadır.Elde edilen veriler analiz edildiğinde; bronşial hijyen teknikleri (postüral drenaj, vibrasyon, shaking, pozisyon verme, manuel teknikler, yeterli sıvı alımı ve nemlendirme, nazofaringeal aspirasyon, öksürme) incelendiğinde 271 hastada Derin solunum öksürme egzersizleri yapılmıştır (%78,7) Yapılma sıklığı incelendiğinde derin solunum öksürme egzersizleri 22 hastada 1 (bir) kez yaptırıldığı kayıt edilirken, 23 hastada 5 kez, 6 hastada 12 kez kayıt altına alınmıştır. pozisyon değişimi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Yatak İçinde Oturma ve Dönme Egzersizi 257 hastada yapılmıştır (%74,7) 45 hastada (%13) ise pozisyon değişimi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Yatak İçinde Oturma ve Dönme Egzersizi nin yapılmadığı tespit edilmiştir.temel solunum teknikleri (büzük dudak solunumu, diyafragmatik solunum, maksimum inspiryumda nefes tutma eğitimi ve uygulamasının yapılıp yapılmadığına dair herhangi bir kayda ulaşılamamıştır.Komplike olmayan hastaların tamamına derin solunum öksürme egzersizleri, ameliyat yerinin desteklenmesi ve spirometre kullanımına yönelik eğitim verildiği görülmektedir.Ancak ameliyat sonrası erken dönemde solunum fizyoterapisine yönelik standart bir protokolün olmadığı, bireysel uygulamaların olduğu görülmüştür. Solunum fizyoterapisi yöntemlerinin yapılma sıklığı incelendiğinde çok değişken sıklıklarda hastalara yaptırıldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: torax cerrahisi, Erken Dönem Solunum Fizyoterapisi, Elektronik Hemşirelik Kayıtları

EP-272

BRONKOSKOPİ UYGULANAN HASTALARDA SEDASYON YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Zeliha Ünsal[1], Emine Argüder[2], Ayşegül Karalezli[2], H. Canan Hasanoğlu[2]
[1]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Bölümü, Ankara
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Akciğer hastalıklarının tanı ve tedavisinde fiberoptik bronkoskopi (FOB) yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Girişimsel bir işlem olması nedeniyle çeşitli risklere sahiptir. İşlem sırasında nazal irritasyon, epistaksis, bronşiyal kanama, öksürük, bronkospazm, taşikardi, oksijen desatürasyonu ve kan basıncında yükseklik görülebilir. FOB ile yapılan işleme göre pnömotoraks, masif kanama ve solunum yetmezliği ise daha nadir görülen önemli sonuçlardır. Yapılan çalışmalarda hasta uyumunu ve konforunu artırmak, işlem sırasında gelişebilecek komplikasyon oranını azaltmak için FOB sırasında sedasyon uygulanması önerilmektedir. Bu amaçla en sık benzodiazepinler (midazolam, diazepam vb), opiatlar ve propofol kullanılmaktadır. Bu ajanlar bazen tek bazı durumlarda ise kombine olarak kullanılmaktadır. Biz de bu çalışma ile FOB işlemi sırasında tek ajan ve kombine ajan verilen hastaların karşılaştırmasını planladık.

MATERYAL-METOD: Çalışma Nisan 2018-Temmuz 2018 tarihleri arasında, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları bronkoskopi ünitesinde yürütüldü. Çalışmaya FOB yapılan toplam 45 olgu dahil edildi. Olguların bronkoskopi endikasyonu ve anestezi şekli (bilinçli veya derin sedasyon), poliklinik doktoru tarafından hastanın tıbbi özellikleri ve tercihi göz önünde bulundurularak karar verildi. Derin sedasyon planlanan hastalar işlem öncesinde anestezi doktoru tarafından değerlendirildi. Derin sedasyon anestezi doktoru tarafından uygulandı. Çalışmaya dahil edilen olguların FOB öncesinde ilk olarak demografik ve tıbbi öyküleri, daha sonra FOB sırasında gelişen sorunlar kaydedildi. İşlem sonrasında ise hastaların yeterli uyanıklıkları sağlandıktan sonra işlem hakkındaki tecrübeleri ve düşünceleri kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya 45 olgu dahil edildi. Olguların 33'üne FOB sırasında tek ajan (midazolam) (Grup 1), 12'sine kombine sedatif ajan (dormicum+ propofol ± aritmal) (Grup 2) uygulandı. Olguların gruplara göre demografik ve tıbbi özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Olguların uygulanan sedasyon yöntemine göre karşılaştırması ise Tablo 2'de verilmiştir.

SONUÇ: Yapılan karşılaştırma sonucunda; her iki grupta FOB süresi benzerdi. İşlem sırasında gelişen öksürük, kanama, kan basıncı yüksekliği, bronkospazm ve taşikardi sıklığı benzerdi. Ancak derin sedasyon uygulanan hastalarda oksijen desatürasyon sıklığı daha yüksek bulundu. Kombine ajan ile derin sedasyon uygulanan olgular, bilinçli sedasyon uygulanan olgulara göre yapılan işlemi hissetmemiş, memnuniyet oranları daha yüksek kalmış ve FOB tekrar gerekli olursa işlemi yaptırabileceğini ifade etmişlerdir. Sonuç olarak FOB sırasında herhangi bir kontrendikasyon olmadığı takdirde sedasyon uygulanmalı, hatta ihtiyaç duyulan uygun olan olgularda derin sedasyon uygulanması için Anestezi doktorlarından destek alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bronkoskopi, derin sedasyon, bilinçli sedasyon

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri ve bronkoskopi endikasyonları

	Bilinçli Sedasyon (Grup 1, n=33) n (%)	Derin Sedasyon (Grup 2, n=12) n (%)	p
Yaş (ort±SD)	63 ± 12.92	52.5 ± 15.15	0.047
Cinsiyet Kadın Erkek	7 (21.2) 26 (78.8)	8 (66.7) 4 (33.3)	0.07
Sigara kullanımı İçmemiş Halen içiyor Bırakmış	9 (27.3) 14 (42.4) 10 (30.3)	7 (58.3) 3 (25) 2 (16.7)	0.193
Endikasyon			
Malignite	19 (57.6)	4 (33.3)	0.135
Tüberküloz	1 (3)	1 (8.3)	0.467
Hemoptizi	3 (9.1)	1 (8.3)	0.714
ABPA	0 (0)	2 (16.7)	0.067
İAH	2(6.1)	1 (8.3)	0.616
Atelektazi	1 (3)	4 (33.3)	0.014
Pnömoni	5 (15.2)	2 (16.7)	0.613
Bronşektazi	1 (3)	0 (0)	0.733
Trakeal divertikül	1 (3)	0 (0)	0.733

ABPA: Allerjik bronkopulmoner aspergillozis, İAH: İnterstisyel akciğer hastalığı,

Tablo 2. Bilinçli ve derin sedasyon sonuçlarının karşılaştırılması

	Bilinçli Sedasyon (Grup 1, n=33) n (%)	Derin Sedasyon (Grup 2, n=12) n (%)	p
Lokal anestezik (prilokain) (endobronşiyal uygulama ile)	33 (100)	12 (100)	>0.05
Midazolam	33 (100)	12 (100)	>0.05
Midazolam 1 mg 2 mg 3 mg 4 mg	3 (9.1) 12 (36.4) 18 (54.5) 0 (0)	8 (66.7) 3 (25) 0 (0) 1 (8.3)	0.000
Propofol	0 (0)	12 (100)	0.000
Fentanil	0 (100)	9 (75)	0.000
Lidokain	0 (0)	7 (58.3)	0.000
İşlem süresi < 10 dak 10-20 dak >20 dak	1 (3) 31 (93.9) 1 (3)	0 (0) 11 (91.7) 1 (8.3)	0.616
Yapılan işlemler Bronş lavajı Mukoza biyopsisi TBABx BAL	32 (97) 8 (24.2) 1 (3) 3 (9.1)	12 (100) 2 (16.7) 0 (0) 1 (8.3)	0.733 0.461 0.733 0.714
İşleme bağlı kanama Hiç Non-masif Masif	31 2 0	9 3 0	0.139
İşlem sırasında TA yüksekliği (>140/90 mmHg)	11 (33.3)	5 (41.7)	0.803
İşlem sırasında taşikardi (>100/dak)	2 (6.1)	1 (8.3)	1.000
İşlem sırasında desatürasyon (SpO2<%90)	3 (9.1)	6 (50)	0.006
İşlem sırasında bronkospazm	2 (6.1)	2 (16.7)	0.484
İşlem sırasında öksürük Hafif Şiddetli	25 (75.8) 8 (24.2)	10 (83.3) 2 (16.7)	0.461
İşlemi hissettiniz mi Evet Hayır	29 (87.9) 4 (12.1)	0 (0) 12 (100)	0.000
İşlem memnuniyeti, Ort ± SD (/ 10)	6.45 ± 2.13	8.91 ± 1.08	0.020
Tekrar yaptırır mısınız Evet Hayır	17 (51.5) 16 (48.5)	12 (100) 0 (0)	0.002

TBABx: Transbronşiyal akciğer biyopsisi, BAL: Bronkoalveoler lavaj

EP-273

BİR ATİPİK PNÖMONİ, PSİTTAKOZ OLGUSU

Tahsin Karaaslan, Cumali Karatoprak, Atilla Olgaç
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Psittakoz, C.psittaci tarafından meydana getirilir. Papağanlar, muhabbet kuşlarında bulunmakla beraber güvercinler, kümes hayvanları ve diğer kuşlarda da enfeksiyona yol açar. Etken sıklıkla enfekte kuşların sekresyonları, dokuları ve tüyleriyle bulaşır. Bulaş yolu sıklıkla inhalasyonla olmakla beraber nadiren direkt temasla ve enfekte kuşun gagasıyla ısırması sonucu da bulaşabilir. Psittakoz tanısı etkenin izolasyonu veya serolojik testlerle doğrulanır. Hastalığın başında ve sonrasında bakılan compleman fiksayon veya mıkro-IF testlerindeki antikor titrelerindeki belirgin artış ile tanı kesinleştirilir. Etkenin izolasyonu bulaşma açısından tehlike yarattığından dolayı pek önerilmez ve genelde kullanılmaz. Psittakoz tedavi edilmezse mortalite %20 lere kadar çıkabilir.Tedavide tetrasiklin veya doksisiklin kullanılır. Allerji sorunu olanlarda eritromisin veya yeni kuşak makrolidlerden klaritromisin 14 gün süreyle kullanılır.

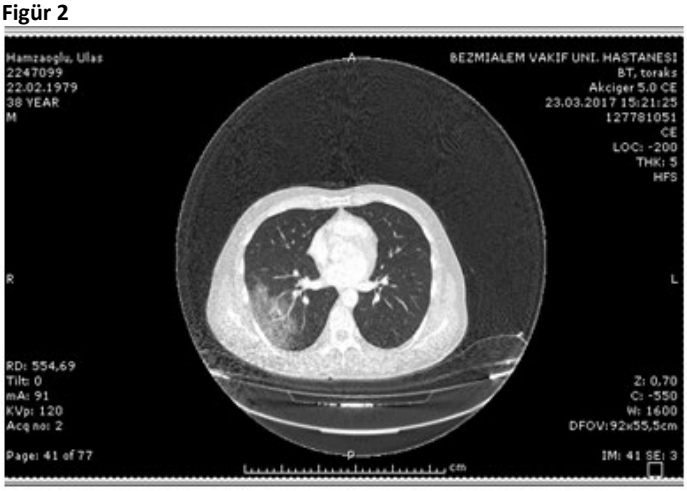
OLGU: 35 yaşında erkek hasta. Yedi gün evvel başlayan üşüme, titreme, ateş, halsizlik, kırıklık, iştahsızlık, yaygın kas ve kemik ağrıları ile hastanemize başvurdu. Geldiğinde sef 1 gr 2*1 alıyordu. Öksürük ve balgam tarif etmiyordu. Fizik muayenesinde ateş 38.7 °C, orofarinks hafif hiperemikti. Akciğer dinleme bulguları ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Yapılan ilk tetkiklerde hemogram normal, idrar tetkiki normal, crp 100 mg/dl, ESH 50 mm/h bulundu. Serum transaminazlar, BUN, kreatinin ve elektrolit değerleri normal sınırlar içindeydi. Akciğer grafisinde sağ akciğer orta lobda infiltrasyon vardı. Balgam çıkaramadığından gram boyama ve kültürü yapılamadı.Hastada üriner antijen testi ile idrarda Legionella pneumophila antijeni negatif bulundu. Bu arada anamnez derinleştirildiğinde hastanın özellikle 50 kadar güvercin beslediğini, hastalanmadan 7 gün kadar evvel kümeste temizlik yaptığını, 3 gün evvel de kuşlarından birinin hasta olduğunu ve ona çıplak elleriyle bakım yaptığını, gagasını temizlemeye çalıştığını öğrendik. Hastanemizde izolasyon ve serolojik test yapamadığımızdan dolayı klinikten yola çıkarak olgunun psittakoz olduğuna karar verdik. Hastaya tedavi olarak ondört gün tetradox 500 mg tb 2*1 verildi. Hastamızın 15. gün klinik olarak tam düzelmişti, bakılan hemogram, crp, ESH normaldi. Radyolojik düzelme tamdı.

SONUÇ: Grip benzeri şikayetlerle başvuran hastalarda mutlaka akla atipik pnömoniler de gelmeli, bu konuda hastanın mesleği ve hobileri sorgulanmalıdır. Psittakozun genelde her iki akciğerde heterojen infiltrasyonlarla seyrettiğini biliyoruz. Ancak nadiren bizim olgumuzdaki gibi lober infiltrasyonla seyredebilir. Bu olguyu sunmamızdaki asıl amaç atipik pnömoni tespit edildiğinde mutlaka hastanın mesleği ve hobileri sorgulanmalı, kuş teması özellikle irdelenmelidir.

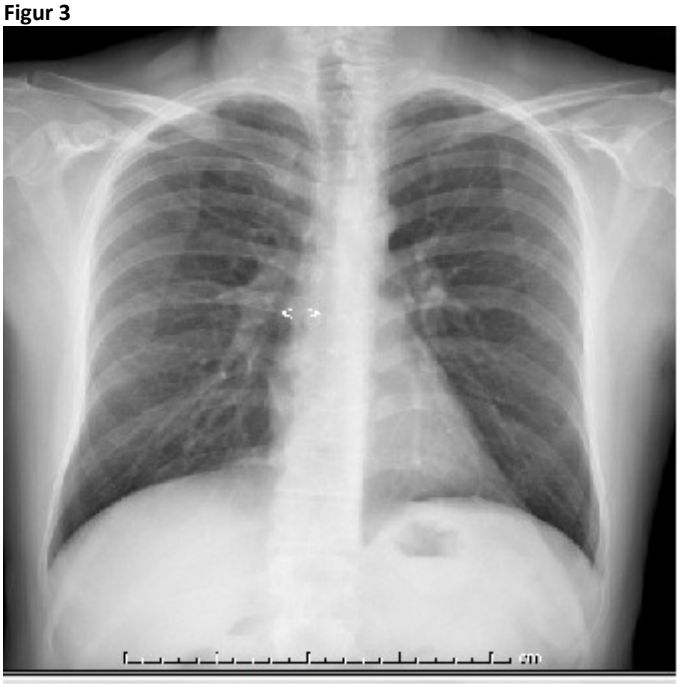
Anahtar Kelimeler: atipik pnömoni, psittakoz, kuş bakıcısı

Figür 1

Figür 2



Figur 3



Tedavi sonrası

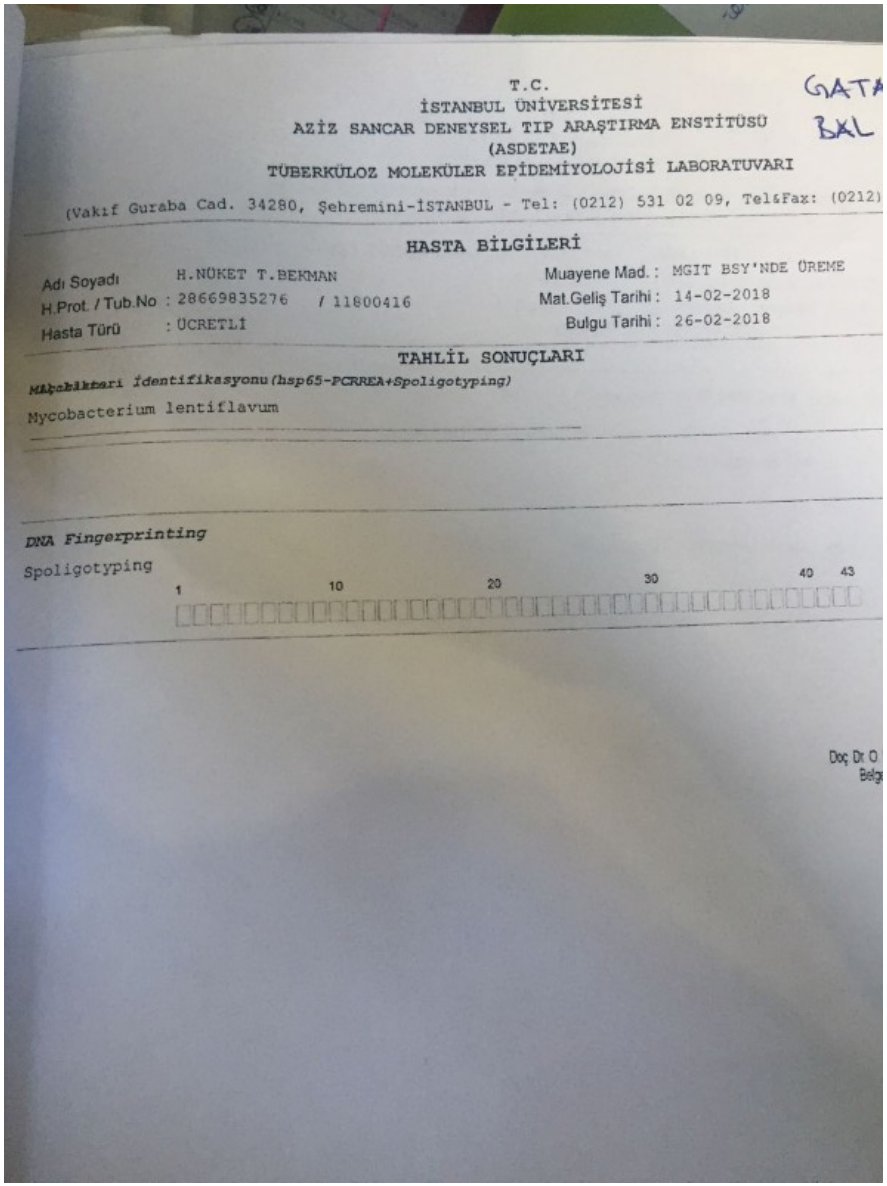
EP-274

SAĞLIKLI ERİŞKİN HASTADA MYCOBACTERİUM LENTİFLAVUM AKCİĞER ENFEKSİYONU

Duygu Fidan Sözüer, Kadir Canoğlu, Şeyma Özden, Gizem Zazaoğlu
Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Son dönem yapılan çalışmalara göre tüberküloz dışı mikobakteri enfeksiyonlarının sıklık ve ciddiyeti giderek artmaktadır. Bu etkenlerden birisi olan mycobacterium lentiflavum ilk olarak 1996 yılında izole edilmiştir. İlk önemli klinik tablo ise immünsuprese çocuklarda servikal lenfadenit şeklindedir. Erişkinlerde ise bildirilen vakaların büyük kısmı immünsüpresif tablosu olan hastalardır.51 yaşında kadın hasta. Bilinen ek hastalık öyküsü yok. Sigara kullanımı yok. Sık gastroenterit öyküsü mevcut, ancak 2016 yılında yapılan kolonoskopi normal sonuçlanmış. Soygeçmişinde özellik yok. 31.10.2017 tarihinde hasta geceleri belirgin kuru öksürük ve sol tarafta göğüs ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Öncesinde 2 kutu amoksislin klavilonat kullanımı mevcuttu. Yapılan tetkiklerinden solunum fonksiyon testinde FEV1/FVC %65, FEV1: 1.96 litre %69 şeklinde bulundu. Akciğer filminde infiltrasyon belirgin izlenmedi ancak havalanma artışı bulguları mevcuttu. Hafif akut faz yüksekliği izlenen hastaya sefuroksim+klaritromisin reçete edilerek kontrole çağrıldı.28.11.2017 tarihinde hasta kontrole geldi ve tedaviye rağmen semptomlarda gerileme olmaması üzerine toraks BT istendi.18.12.2017 tarihli toraks BT sonucunda; Sağ üst lobda 7mm nodül, sağ üst lob posterior, alt lob superiorda ve lingulada tomurcuklanan ağaç görünümü izlendi.Ardından hastaya gemifloksasin reçete edildi ve bronkoskopi planlandı.22.12.2017 tarihinde bronkoskopisi yapılarak sağ üst lob ve alt lob ile linguladan bronş lavajı alınan hasta 1 hafta sonra sonuçlarını getirdi. ARB direkt bakı negatifti ve bronş lavajı kültüründe normal flora bakterileri üredi.Hasta 12.2.2018 tarihinde nefes darlığında artış, ateş ve göğüs ağrısı yakınmaları ile tekrar tarafımıza başvurdu. Sonuçlar değerlendirildi ve bronş lavajı mikobakteri kültürü geç üremesi atipik mikobakteri lehine sonuçlandı.Bunun üzerine alınmış olan materyal tiplendirme için dış merkez laboratuvarına yollandı. Sonucunda mycobacterium intracellulare ve micobacterium lentiflavum üremesi saptandı.Hastaya ilk olarak moksifloksasin+etambutol+linezolid tedavisi başlandı, ancak direnç patterninin sonuçlanması ile etambutol kesilerek rifabutin tedavisi ile devam edildi. Hastanın takibi sürüyor.Atipik mikobakterilere bağlı akciğer enfeksiyonlarının önemi ve sıklığı giderek artmaktadır. Özellikle immünsüresif hasta grubunda güncelliğini koruyan bu enfeksiyon tablosunda, myobacterium lentiflavum en az görülen patojenlerden biri olarak izlenmektedir.Vakamızda ise iki adet tüberküloz dışı mikobakteri üremesi saptanmış ve tedavi, direnç patterni uygulanabilen mycobacterium intracellulare üzerinden düzenlenmiştir. Ancak esas sorumlu patejonin hangisi olduğu şu anda kesin bilinmemektedir.Biz de vakamızı nadir görülen bir atipik mikobakterinin etken olduğu akciğer enfeksiyonu tablosuna sahip olduğu için sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: atipik, mikobakteri, enfeksiyon



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
AZİZ SANCAR DENEYSEL TIP ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
(ASDETAE)
TÜBERKÜLOZ MOLEKÜLER EPİDEMİYOLOJİSİ LABORATUVARI

GATA
BXL

(Vakıf Guraba Cad. 34280, Şehremini-İSTANBUL - Tel: (0212) 531 02 09, Tel&Fax: (0212)

HASTA BİLGİLERİ

Adı Soyadı : H.NÜKET T.BEKMAN
H.Prot. / Tub.No : 28669835276 / 11800416
Hasta Türü : ÜCRETLİ
Muayene Mad. : MGIT BSY'NDE ÜREME
Mat.Geliş Tarihi : 14-02-2018
Bulgu Tarihi : 26-02-2018

TAHLİL SONUÇLARI

Mikobakteri İdentifikasyonu (hsp65-PCRREA+Spoligotyping)

Mycobacterium lentiflavum

DNA Fingerprinting

Spoligotyping

1 10 20 30 40 43

Doç Dr O
Belg

EP-275

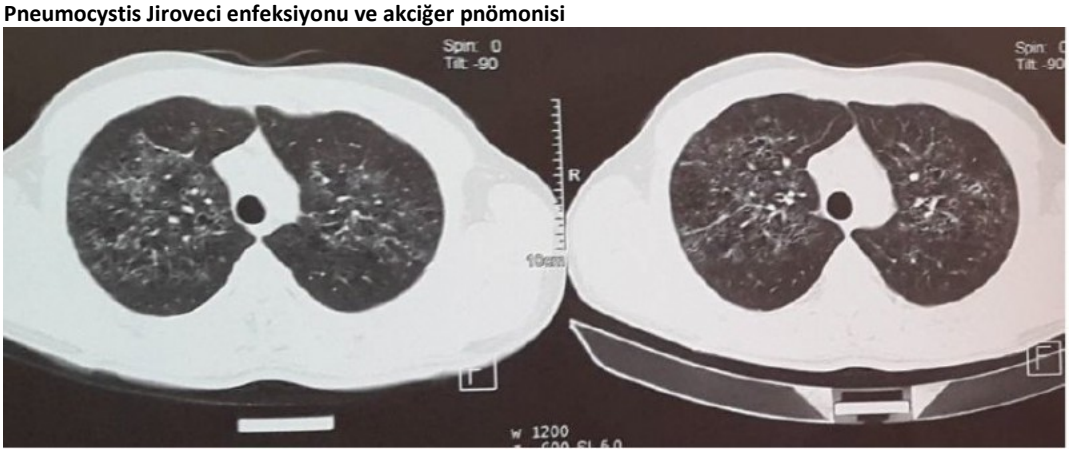
DİAGNOSTİC FEATURES OF HIV-ASSOCİATED LUNG DİSORDERS

Aysel Elman Aslanova[1], Elcan Mammedbekov[1], Aziz Musaev[1], Gulzar Aliyeva[1], Hadiyya Hasratova[1], Zaur Hacıməmmədli[1], İlham Gasimov[1], Aysel Elman Aslanova[2], Nuriyya Salimova[1], Camal Abbasov[1]
[1]Azerbaycan Cumhurriyeti Göğüs Hastalıkları Eğitim Araşdırma Hastanesi
[2]Azerbaycan Cumhurriyeti Cumhurbaşkanı Yanında Bilimin Gelişmesi Fonu

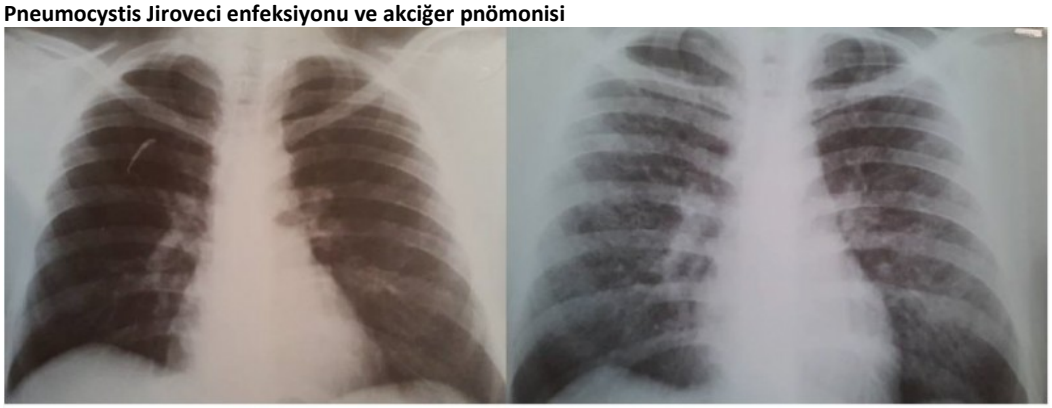
The fight against HIV is one of the target in our century.Thus,among the HIV-infected patients,one of the most dangerous and outstanding with its complications are those with lung pathologies.According clinical staging of the disease, such patients may present Tuberculosis,Pneumocystis jirovecii,Cytomegaloviruses,Candidiasis,Toxoplasmosis etc.The research by Scientific Research Institute of Lung Disease was carried out among the inpatient individuals in amount of 48,37 (77%) of them were presented with tuberculosis and 11 (23%) with interstisial lung disease (ILD).Studies were presented on HIV-positive patients who were divided by the randomization techniques.Among 37 patients wit tuberculosis,29 (78%) had AFB (acid fast bacillius) with Gexpert,HAIN methods,6 (22%) were diagnosted by imaging methods (HRCT, chest x ray) and serum ADA level.According to previous studies,there were no correlation between serum ADA level elevations at HIV-positive patients (p value 0,05).Among 11 patients presented with ILD Pneumocystis jirovecii were detected at 5 (45%),3 (27,5%) were presented with daily mortality,3 took a Co-Trimaxozole therapy diagnosted by imaging methods.Clinical effectiveness was approved by the presence of pneumocystis origin.At the second stage of the study was found a correlation between different Cd4 cell count and imaging rating.Thus,among total number of 119 HIV-positive patients,38 (32%) hadinfiltration zones,53 (44%) had a destruction,20 (17%) dissemination,8 (7%) mediastinal lymphoadenopathy.Statistic results p value 0,000424, thus there is direct correlation.This work was supportedby the Science Development Foundation under the President of the Republic of Azerbaijan-Grant N EIF/GAM-3-2014-6(21)-24/19/3

Anahtar Kelimeler: Diagnosis, Infections - diagnosis, Pneumonia

Pneumocystis Jiroveci enfeksiyonu ve akciğer pnömonisi



Pneumocystis Jiroveci enfeksiyonu ve akciğer pnömonisi



EP-276

KATETER ENFEKSİYONU SONRASINDA GELİŞEN SEPTİK PULMONER EMBOLİ

Seyma Özden, Gizem Zazaoğlu, Duygu Fidan Sözüer
Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Kliniği,İstanbul

Septik pulmoner emboli (SPE) çoğunlukla akciğer dışı bir enfeksiyon odağından pulmoner vasküler yolla akciğerlere ulaşan mikroorganizmalar aracılığı ile oluşur. Etken mikroorganizmaların alveolar kapillerler, arterioller ve venüller ile akciğer parankimine ulaştığı kabul edilir. Enfektif endokardit, tonsiller, jugular, dental, pelvik bölge, enfekte santral venöz kateter gibi bir enfeksiyon odağından hareket eden fibrin icine yerleşmiş mikroorganizmaları iceren bir trombus pulmoner arterlere yerleşmekte ve bilateral akciğer parankiminde genellikle periferik ve damar komşuluğunda yerleşen genellikle multipl ve bilateral nodüler, kaviter veya kama şeklinde infiltrasyonlara yol açmaktadır. 28 yaşında kadın hasta,süperior mezenterik arter sendromu ile gastroenteroloji servisinde tedavi almakta iken antibiyoterapi altında ateş yükseklikleri olması üzerine yapılan tetkiklerinde santral venöz kataterden alınan örnekte staf. aereus üredi. Toraks bt de bilateral multipl kaviter lezyon saptanması üzerine hasta göğüs hastalıkları servisinin takibine alındı.Hastanın kültür antibiyogramı göz önüne alınarak uygun antibiyotik tedavisi başlandı. Takiplerinde enfeksiyon parametleri belirgin oranlayan hastanın kontrol toraks T'sinde ise kaviter lezyonlar tamamen gerilemiş olarak saptandı

Anahtar Kelimeler: katater enfeksiyonu, kaviter lezyon,septik emboli,

resim1

EP-277

BLEOMİSİN-AKCİĞER TOKSİSİTESİ-METİLPREDNİSOLON-CMV PNÖMONİSİ BİR OLGU NEDENİYLE

Meltem Yılmaz, Volkan Bozkurt, Arif İşcan, Nevin Fazlıoğlu, Levent Cem Mutlu
Namık Kemal Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Tekirdağ

Bleomisin, en sık lenfomalarda kullanılan kemoterapotik ilaçtır. İlaç kullanan hastaların %3-40'ında akciğer hasarı gelişebilmektedir. Kortikosteroidler akciğer hasarının tedavisinin esasını oluşturmakla birlikte enfeksiyonların lokal bulgularını ve ateşi baskılayabilir.Bu hastalar enfeksiyonlar açısından dikkatle takip edilmelidir.

OLGU: 42 yaşında erkek hasta polikliniğimize 1 aydır devam eden eforla artan nefes darlığı ile başvurdu.Özgeçmişinde; 5 ay önce Hodgkin Lenfoma tanısı konmuş ve 6 kür bleomisin içeren kemoterapi rejimi almıştı.11 paket /yıl sigara öyküsü mevcut,6 ay önce sigarayı bırakmıştı.Evcil hayvan besleme öyküsü ve mesleki maruziyet yoktu.Muayenesinde bilateral alt zonlarda inspiratuar raller duyuldu.Oda havasında SpO_2:95.SFT restriktif,%47 DLCO: %55,5.Akciğer grafisinde, alt zonlarda daha belirgin olmak üzere bilateral dağınık yerleşimli nodüler infiltrasyonlar izlendi.Toraks BT: Bilateral dağınık yerleşimli çok sayıda buzlu cam dansitesinde nodüler lezyonlar,yer yer yamasal konsolidatif değişiklikler izlendi.CRP:13 WBC:12000, mevcut klinik ve laboratuar bulguları ile pnömoni ekarte edildi.Radyolojik bulguların da desteği ile hastada bleomisine bağlı akciğer toksisitesi düşünülerek metilprednisolon 16 mg 1x2 olarak başlandı. Hematoloji ile ortak karar alınarak bleomisin tedaviden çıkarıldı.10 gün sonra kontrol muayenesinde hastanın nefes darlığı gerilemişti. SFT düzelme mevcut,DLCO:%60.Metilprednisolon azaltılarak devam edildi. Hasta tedavisinin 1.ayında ani başlayan nefes darlığı ile başvurdu.Muayenesinde solunum sesleri azalmış expiryum uzamış olarak duyuldu. Oda havasında SpO_2:84,FEV1/FVC: 71%,FEV1:%35,8,FVC:%41,0 DLCO:%23,4.Hasta servise yatırıldı.CRP:7,5 WBC:14000 AKG:pH:7,47 pO2:46,5 pCO2:35 ateş:36,5.Akciğer grafisinde bilateral yaygın infiltrasyonlar izlendi.BT 'sinde Bilateral yer yer periferik konsolidasyon içeren yaygın buzlu cam dansiteleri izlendi. İmmünsüprese hastaya PJP/viral pnömoni ön tanıları ile trimetoprim /sulfametoksazol ve oseltamivir baslandı.Prokalsitonin 0.4 geldi,bakteriyel etkenler ekarte edildi ve viral etkenler için seroloji çalışıldı. Serolojisinde CMV IgG ve IgM pozitif gelen hastadan CMV PCR yollandı.Yatışının 4. gününde solunum sıkıntısı artan oksijen desteği ile SpO_2:60 olan hasta yoğun bakıma alınıp NIMV desteği baslandı.CMV kuvvetli ön tanısı ile ampirik olarak gansiklovir ve IVIG başlandı.Genel durumu kötüleşmesi nedeni ile 3 gün sonra entübe edildi. CMV PCR 4950 kopya/ml olarak sonuçlandı.Kliniği kötüye giden hasta yoğunbakımda 11. gününde ECMO'ya alındı.6 gün sonra ex oldu.

SONUÇ: CMV pnömonisi,immünsüprese hastalarda yüksek mortaliteye sahiptir. Diffüz interstisyel infiltratlar ve hipoksemi ile birlikte PjP'yi taklit edebilir, ancak genellikle daha sinsi bir başlangıç vardır.Tedavisinde IV gansiklovir önerilmekte, IVIG kullanılmasının faydası hala tartışmalıdır. İmmünsuprese hastalarda viral pnömoniler de göz önünde bulundurulduğunda CMV de akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bleomisin, Akciğer Toksisitesi,İmmünsüpresyon,CMV

Bilateral dağınık yerleşimli çok sayıda buzlu cam dansitesinde nodüler lezyonlar,yer yer yamasal konsolidatif değişiklikler

Bilateral, yer yer periferik konsolidasyon içeren yaygın buzlu cam dansitesinde lezyonlar.

EP-278

BRONŞEKTAZİ ETYOLOJİSİ ARAŞTIRILIRKEN YAYGIN DEĞİKEN İMMUN YETMEZLİK TANISINI UNUTMAYALIM

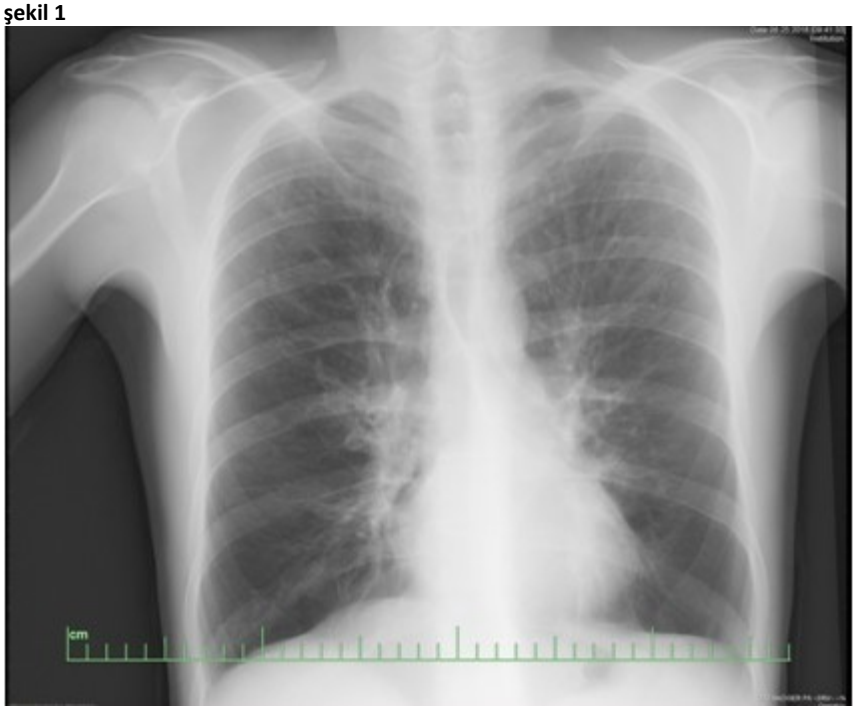
Gizem Köybaşı, Celal Satıcı, Burcu Arpınar Yiğitbaş, Mustafa Asım Demirkol, Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Yaygın değişken immün yetersizlik, erişkinlerde görülen en sık primer immun yetersizlik durumudur. Bozulmuş B hücre diferansiyasyonu sebebiyle immunglobulinlerin sentezinde yetersizlik ile karakterizedir.

OLGU: 34 yaşında erkek hasta, hastanemize öksürük, koyu renkli balgam ve ateş yakınmalarıyla başvurdu. Çocukluğundan bu yana tekrarlayan akciğer enfeksiyonları nedeniyle ayaktan birçok kez antibiyoterapi almış olan hastanın bilinen bronşektazi ve peptik ülser dışında kronik hastalık anamnezi yoktu. Yapılan tetkiklerinde splenomegalisi ve kronik sinüziti de olduğu görüldü. CVID (yaygın değişken immun yetmezlik) ön tanısı düşünülerek hastanın Ig(immunglobulin) değerleri istendi ve hepsinin düşük seviyelerde olduğu görüldü. Hasta alerji ve immunolojiyle beraber değerlendirilerek CVID tanısı aldı ve enfeksiyon tedavisinin yanında hastaya IvIg(intravenöz immunglobulin) tedavisi başlandı.Bu olgu ile özellikle genç yaş bronşektazi hastalarında bronşiektazi etiyolojisi araştırılırken ERS'nin son bronşektazi rehberinde de belirtildiği üzere, serum Ig düzeylerinin rutin olarak istenmesi ve CVID tanısının akıllarda tutulmasının gerekliliğini belirtmek istedik.

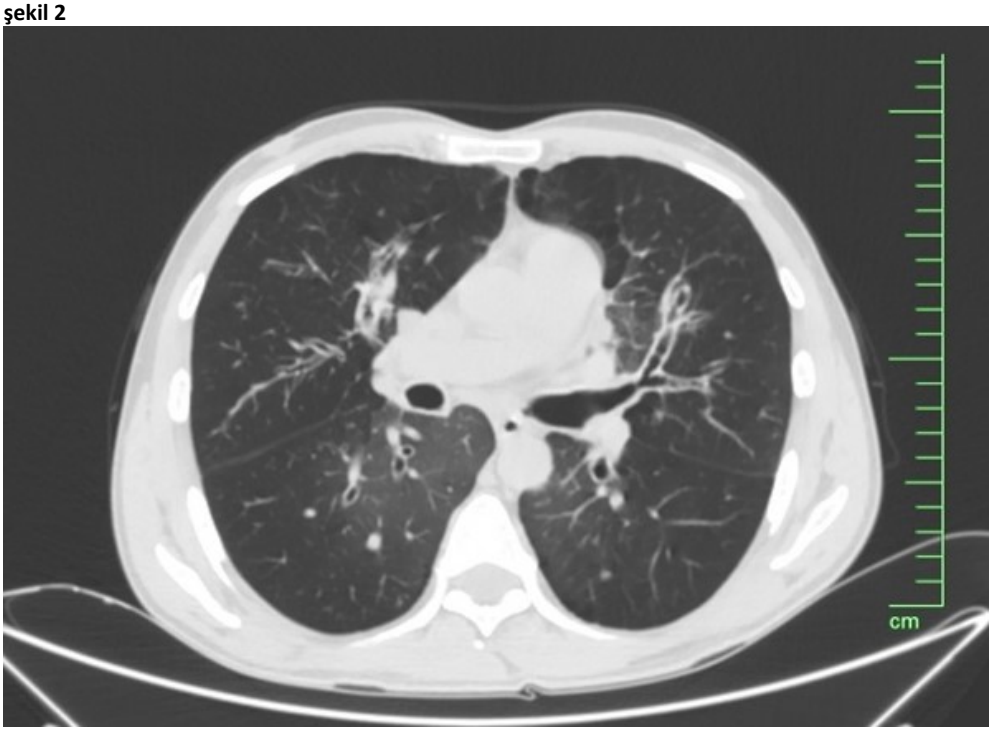
Anahtar Kelimeler: yaygın değişken immun yetmezlik, bronşektazi, ıvıg

şekil 1



başvuru sırasındaki akciğer grafisi

şekil 2



bt

EP-279

İMMUNKOMPETAN HASTADA KOCURİA ROSEA'NIN NEDEN OLDUĞU BAKERİYEMİ VE PNÖMONİ

Merve Erçelik, Pınar Yıldız Gülhan, Ali Nihat Annakkaya, Ege Güleç Balbay
Düzce Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce

GİRİŞ:Micrococcoceae ailesi üyesi olan Kocuria cinsi, gram-pozitif ve zorunlu aerop kokları içerir. Kocuria türleri memelilerin deri ve orofarenks florasında kommensal olarak bulunur ve nadiren infeksiyon etkeni olarak tanımlanmıştır. Bildirilen olgularda Kocuria türlerinin genellikle hematolojik malignitesi, solid tümörü veya metabolik bozuklukları olan hastalarda tekrarlayan bakteriyemi ve sepsise neden olduğu görülmüştür. Bizim pnömonili olgumuzun genç, sağlıklı bir erişkin olması, deri bütünlüğünü bozacak kateterizasyon öyküsü, yakın zamanda hastane yatışı ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanım öyküsü olmaması nedeniyle nadir olduğunu düşünerek sunduk.

OLGU: 33 Yaşında erkek hasta acil servise 5 gündür olan öksürük şikayeti ile başvurdu. Eş zamanlı başlayan pürülan olmayan balgam, nefes darlığı ve plöretik tipte göğüs ağrısı şikayetleri de mevcuttu. 18 paket/yıl sigara öyküsü olan hasta aktif smoker'dı. Mesleği beton işçiliği idi. Başvurusunda ateş 36˚C, nabız 131/dakika, kan basıncı 96/60 mmHg oda havasında saturasyonu % 92 idi. Genel durum orta, solunum sesleri bilateral subscapular alanda ral mevcuttu. Laboratuar tetkiklerinde lökosit (WBC) 3,2x10³/uL, nötrofil 2,97x10³/Ul, lenfosit sayısı 0,22x10³/Ul, hemoglobin 13,1 g/dl, trombosit 216x10³/Ul, c-reaktif protein (CRP) 26,2 mg/dl, Kreatin 1,64 mg/dl idi. Postero-anterior akciğer grafisinde (PAAC) sağ orta zonda kalp kontürünü silen, sol orta-alt zonda santral kalp kontürünü silmeyen heterojen opasite artışı (Resim 1) olan hasta pnömoni ön tanısı ile göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Toplum kaynaklı pnömoni, influenza pnömonisi ön tanıları ile moksifloksasin 1x400 mg ve oseltamivir 2x75 mg tedavisi başlandı. Hastanın antibiyoterapisinin 4. Gününde CRP yanıt alınmasına (CRP:15) rağmen ateş yüksekliği olması, kliniğinde düzelme olmaması üzerine çekilen PAAC'de progresyon saptanan (Resim 2), alınan her iki kan kültüründe de Kocuria Rosea üreyen hastanın antibiyoterapisine teikoplanin eklendi. Genel durumu düzelen, ateş yüksekliği olmayan, CRP'si 0,1'e gerileyen, PAAC'de regresyon (Resim 3) saptanan hastanın 8. Günde antibiyoterapisi oralize edilerek taburculuğu yapıldı.

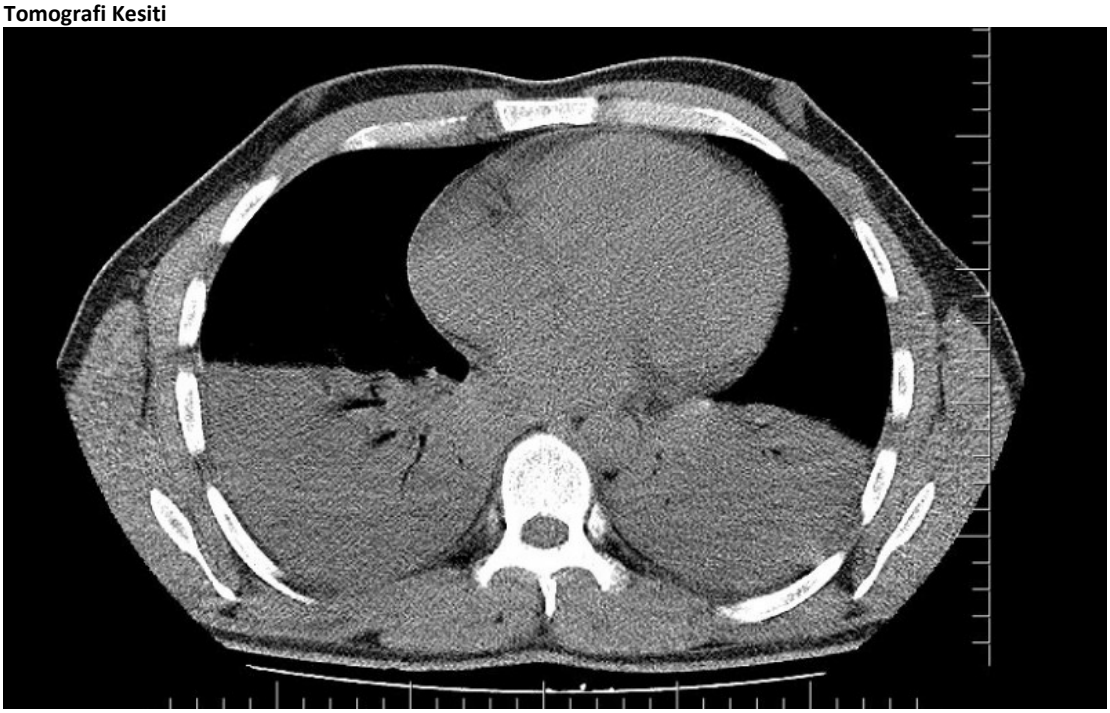
SONUÇ; Kocuria sp orofarenks, deri ve mukoza zarını kolonize eden kommensal organizmalardır. Kocuria türleri hastalarda başlıca özellikle bakteriyemi ve tekrarlayan sepsise neden olmuştur. Bizim hastamızda Kocuria Rosea bakteriyemisi mevcuttu ve kliniği pnömoni ile seyretmekteydi. Pnömoni ile yatırılan hastalarda kan kültürü alınması, patojenin saptanması ve antibiyotik duyarlılık testlerinin yapılması; immünkompetan olan hastalarda üremesi beklenmeyen bakterilerin de saptanmasına ve hedefe yönelik tedavi verilmesine olanak sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İmmunkompetan, Kocuria Rosea, Pnömoni

Resim 1-2-3

Tedavi başlangıcı-Tedavinin 4. günü- Tedavi sonunda çekilen akciğer grafileri

Tomografi Kesiti



Tedavinin 4. günüde çekilen BT toraks görüntüsü

EP-280

BAĞIŞIKLIĞI BASKILANMAMIŞ HASTADA MUKORMİKOZİS:OLGU SUNUMU

Zeynep Karagün, Ülkü Yılmaz, Derya Kızılgöz, Tuba İnal Cengiz, Suna Kavurgacı, Pınar Akın Kabalak, M.çiğdem Yıldırım
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

GİRİŞ:Mukormikozis;Zygomycetes sınıfının mukorales takımına ait mantarların neden olduğu ciddi ve sıklıkla ölümcül seyreden fırsatçı bir enfeksiyondur. Mukormikozis immün yetmezliği olan hastalarda daha sıklıkla gözlenir. Mukormikozisle ilişkili en sık klinik durumlar hematolojik maligniteler, transplantasyon,kemoterapi,böbrek yetmezliği ve diyabetes mellitusdur. Klinik olarak rinoserebral, pulmoner, yaygın (dissemine),kutanöz ve gastrointestinal beş farklı tutulumu mevcuttur. Olgumuzu Mukormikozisin nadir görülmesi ve risk faktörü olmayan hastada ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacı ile sunmayı uygun bulduk.

OLGU:72 yasında erkek hasta öksürük,nefes darlığı,hemoptizi şikayeti ile başvurduğu merkezde yapılan incelemelerde pnömoni tanısı ile kinolon tedavisi uygulanmış. Tedavi sonrası kontrollerinde klinik radyolojik yanıt alınamaması üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde mediastinal lenfadenopati ile sağ akciğerde konsololide alan olması üzerine pnömoni, malignite ön tanısı ile hastanemize yönlendirildi. Hasta tanı ve tedavi amaçlı yatarak tetkik edildi. Ek hastalığı olmayan hastanın 14 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu.Yapılan Fizik muayensinde sağ bazalde solunum sesleri azalmıstı. Hastaya sefaperozon-sulbaktam antibiyoterapisi baslandı.Hastanın çekilen Akciğer grafisinde(resim 1) sağ akciğer orta alt zonda hava sıvı seviyesi veren kaviter görünüm saptandı antıbiyotik tedavisine metranidazol eklendi ve toraks BT cekildi.Sağ plevral efüzyon örneklendi; ampiyem saptanması üzerine göğüs cerrahisi ile konsulte edildi;sağ laterelden ponksiyon yapıldı ve drenaj uygulandı.Klinik radyolojik düzelme izlenmeyen hastaya yapılan bronkoskopide sağ orta lobtan alınan lavaj kültüründe mucor /rhızopus mantar üremesi saptandı.Hastanın tedavisi Amfoterisin-B olarak düzenlendi.Bilinen ek hastalığı olmayan ancak yalnız yaşayan sosyal desteği olmayan hastanın yapılan incelemelerinde predispozan faktör saptanmadı(kollojen doku markerleri,Bence Jones Proteini,kompleman düzeyi, hba1c,hematolojik değerlendirilmesi, batın usg).Sinüs tutulumu açısından sinüs tomografisinde spesifik bulgu saptanmadı.Hastanede ıntravenöz 1 ay antifungal tedavi alan hastanın kontrol Akcıger grafisi(resim 2) kismi gerileme izlendı ve oral posokanazol ile taburcu edildi.Hasta taburculuk sonrası halen takip edilmektedir.

TARTIŞMA:Mukormikozun mortalitesi oldukça yüksektir bu nedenle erken tanısı önemlidir. Pulmoner mukormikoziste hemoptizi,bakteriyel pnömonilerde olduğundan daha sık görülür.Bu hastalarda doku nekrozu ve mukozal ülserasyona neden olan vasküler invazyon sonucu bronş yapısında destrüksiyon olur.Vasküler invazyonla birlikte trombozis ve embolizasyon, iskemi,hemorajik enfarktüs ve doku nekrozu ortaya çıkar.Hifalar büyük pulmoner damarların internal elastik membranı ile media tabakasını ayırarak, şiddetli ve ölümcül kanamalara neden olabilirler.Biz de nadir görülen ama sıklıkla fatal seyreden bu fırsatçı mantar enfeksiyonunu predizpozan faktörü olmayan hastalarda da görülebileceğini dikkat çekmek amacıyla, literatür eşliğinde pulmoner mukomikozis vakasını sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni,mukormikozis, amfoterisin B

Sağ akciger orta alt zonda hava sıvı seviyesi veren kaviter lezyon

Tedavi Sonrası(Kısmi Gerileme)

EP-281

PNÖMONİ SIRASINDA GELİŞEN İNTERLOBAR YERLEŞİMLİ HİDROPNÖMOTORAKS: OLGU SUNUMU

Melike Yüksel Yavuz, Ceyda Anar, İbrahim Onur Alıcı, Filiz Güldaval, Melih Büyükşirin
SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir

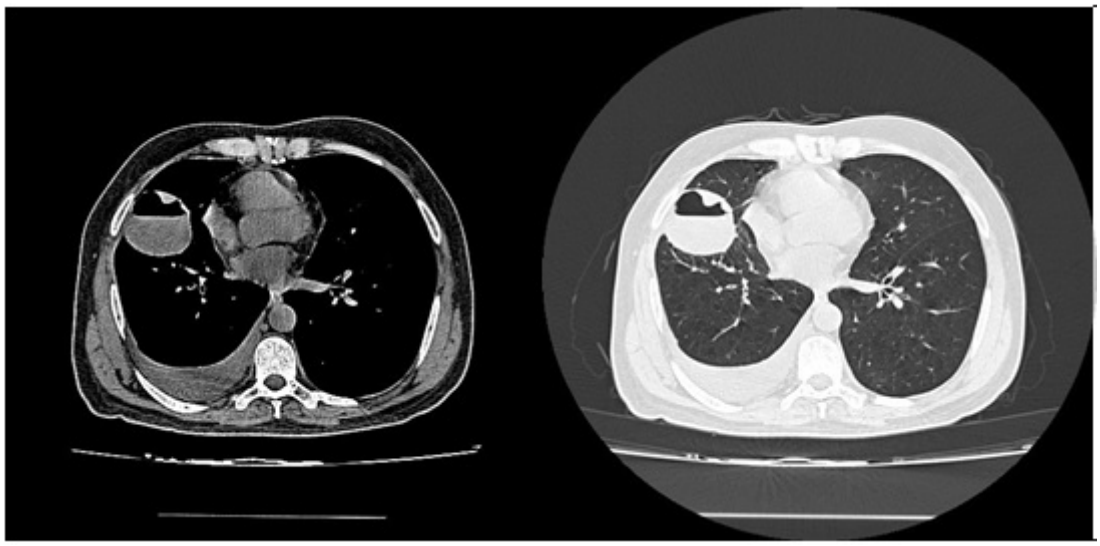
GİRİŞ:İnterlobar yerleşimli pnömotoraks oldukça nadir gözükür. Literatürde tüberküloz sonrasında, plöredeze sekonder, astım hastalarında ve nadir olarak konjestif kalp yetmezliği vakalarında spontan geliştiği yönünde olgular sunulmuştur. Lateral projeksiyonda, fissür hattı boyunca izlenen, oblong form radyolusen alan tanıda önemlidir ve hava-sıvı seviyesi nadir görülmekle beraber tanı koydurucudur.

OLGU: Ateş yüksekliği ve öksürük yakınması ile başvuran 55 yaşında KOAH tanılı erkek hastanın akciğer grafisinde sağ kostodiyafragmatik sinüs küntlüğü ve sağ akciğer üst zonda infiltrasyonu mevcuttu. Fizik muayenesinde dinlemekle bilateral yaygın ronküsü vardı. Lökositoz ve CRP yüksekliği dışında labarotuvar bulguları olağandı. Hastanın yapılan fleksible bronkoskopisinde (FOB) sağ ana bronş hiperemik, ödemli, alt krista künt ve sağ alt lob apikal segment hiperemik ve çepeçevre daralmış izlendi. Alınan materyallerin mikrobiyolojik incelemesinde ARB menfi, nonspesifik kültürde üreme saptanmadı ve patolojisi de benign olarak geldi. Hastaya parenteral klindamisin ve seftirakson tedavisi verildi. Klinik ve radyolojik yanıt alınamaması üzerine tedavisi piperasilin/tazobaktam olarak değiştirildi. Hastanın 40. gün kontrolünde akciğer direk grafisinde sağda major fissürde hava-sıvı seviyesi veren düzgün sınırlı homojen opasite artışı ve sağ kostodiyafragmatik sinüsün künt izlenmesi üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografide sağ hemitoraksta 3 cm kalınlığında plevral effüzyon, major fissürde ankiste hidropnömotoraks ile uyumlu hava-sıvı seviyelenmesi gösteren 5.7x5.3 cm dansite artışı saptandı ve önceki incelemedeki sağ akciğer üst lob parankimindeki lober pnömoni ile uyumlu yaygın konsolidasyonun regresyonu ile birlikte üst lobda volüm kaybının eşlik ettiği fibroskatrisyel görünüm saptandı (Resim-1). Hastanın tekrar yapılan FOB ile bakısında mikrobiyoloji ve patoloji sonuçları enfeksiyon lehine değerlendirildi ve spesifik bir patojen üremesi olmadı. Parenteral piperasilin /tazobactam tedavisi ile klinik ve radyolojik yanıt alınan hasta antibiyotik tedavisini en az 3 hafta daha (oral ampisilin /sulbactam + siprofloksasin) kullanması önerilerek taburcu edildi ve yaklaşık 6 haftalık antibiyotik tedavisi sonrası çekilen kontrol grafide tama yakın regresyon izlendi (Resim-2).

SONUÇ: Pnömotoraksın interlobar kısıtlanmasının sebebi önceki fibröz plevral adezyonların varlığına bağlanmaktadır. Bizim hastamızda pnömoni ve parapnömonik effüzyon sırasında gelişmesi altta yatan neden olarak düşünülebilir. Bu durum pnömotosel, kistik ve kaviter akciğer hastalıkları ile karıştırılmaması açısından önem kazanmaktadır. Farklı prezetasyonla karşımıza çıkan bu intralober yerleşimli hidropnömotoraksı çarpıcı radyolojik özellikleri ile sunmayı uygun bulduk.

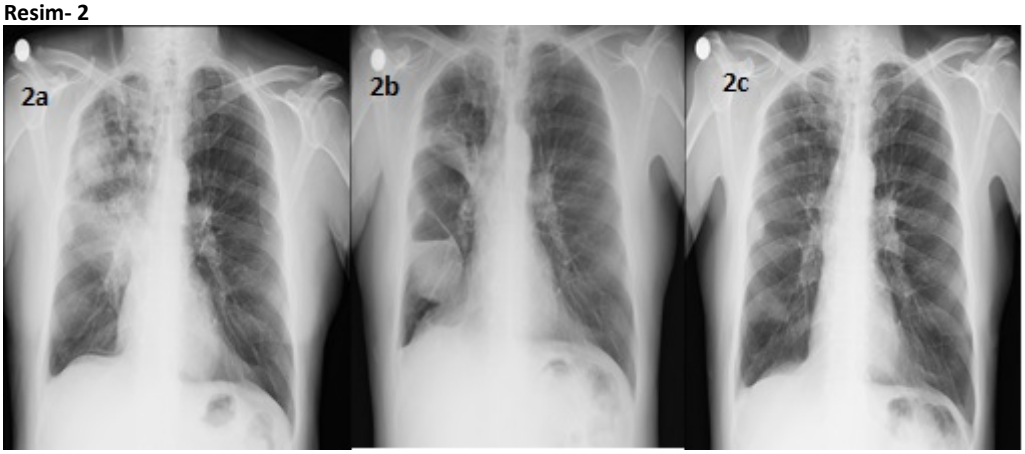
Anahtar Kelimeler: interlobar hidropnömotoraks, pnömoni, komplikasyon

Resim- 1



Toraks BT' de sağ hemitoraksta 3 cm kalınlığında plevral effüzyon, major fissürde ankiste hidropnömotoraks ile uyumlu hava-sıvı seviyelenmesi gösteren 5.7x5.3 cm dansite artışı

Resim- 2



PA akciğer direk grafileri 2a: Tanı anında 2b: 40. gün kontrolde 2c: 6 haftalık tedavi sonrasında

EP-282

PULMONER ASPERGİLLOZİS - OLGU SUNUMU

Ahmet Çağın, Yakup Arslan, Cantürk Taşçı, Ergün Uçar
SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

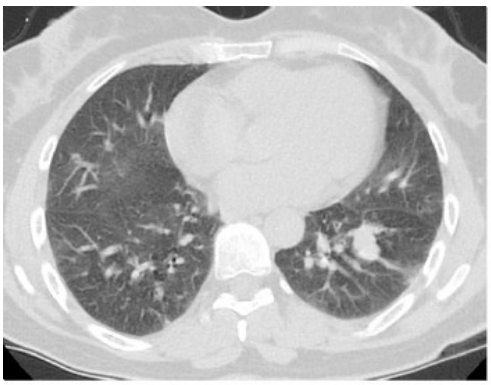
GİRİŞ: Pulmoner aspergillozis, aspergilloma, allerjik bronkopulmoner aspergilloz, invaziv aspergillozis olmak üzere farklı klinik formlarda ortaya çıkan, sporların inhale edilmesi ile oluşan klinik bir tablodur. Aspergilloma ve allerjik bronkopulmoner aspergillozis hafif seyrederken, invaziv aspergillozis en sık hematolojik malignite tedavileri ve solid organ transplantasyonu ile ilişkili immünsüpresif bireylerde görülür.

OLGU: 59 yaşında bayan, hemotizi yakınması ile polikliniğe başvurdu. Daha önceden bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanımı olmayan hastanın ailesinde kanser öyküsü yoktu. Hastanın muayenesinde solunum sesleri tabi, oksijen saturasyonu %96 diğer vitalleri normaldi. Hastanın bakılan kan değerlerinde hemoglobin değeri 15,6 g/dl iki hafta sonraki değeri 15,8 g/dl wbc 8,13 platelet 293 ınr 1,14 sedimentasyon 5 olarak sonuçlandı. Alınan pa grafide sol alt zonda kalp gölgesine komşu alanda şüpheli bir infiltrasyon olması sonrası alınan hrct' de sol akciğer alt lob laterobazal segmentte, hafif medialde, fissürde çekintiye neden olmuş, plevraya bant formasyonu ile uzanımı izlenen yaklaşık 20x11 mm boyutlarında, lobüle konturlu yumuşak doku dansitesinde görünüm izlendi ve histopatolojik örnekleme önerildi. Öncelikli olarak malignite, tüberküloz, mantar enfeksiyonu ön tanıları ile araştırılmasına başlandı. 3 kez balgam mikobakteri yayması negatif olan hastanın, balgam kültüründe üremesi olmadı. Galaktomannan antijeni negatif geldi. Yapılan transtorakal ince iğne biopside nekrotik ve yer yer kalsifiye materyalin bulunduğu zeminde mantar hifası (aspergillus?) Görünümünde az sayıda yapı izlenmekte olarak raporlandı. Ayrıca hastaya yapılan fiberoptik bronkoskopide sol alt lobdan alınan lavaj ve biopsilerde malignite izlenmedi ve kültürde candida galabrata üredi. Romatoloji, allerji ve immünoloji konsültasyonları alınan hastada; ana ve romatolojik markırlar, immunglobulin alt grupları ve diğer immun markırlar sonucunda primer immun yetmezlik ve romatolojik hastalık düşünülmedi. Hasta klinik konseyinde ortak alınan kararla vorikonazol 2x200 mg tablet tedavisi başlandı ve düzenli aralıklarla karaciğer fonksiyon testleri kontrol edildi. Üçüncü ayında halen tedavisine devam etmektedir.

TARTIŞMA: Pulmoner aspergillozis immunsistemi baskılanmış hastalarda fatal seyredebilir. Radyolojik olarak erken evrede buzlucam, nodüler lezyonlar şeklinde görülebilmektedir. İnvaziv kanserlerin ayırıcı tanısında nadir akla gelir. Tanı ve tedavide multidisipliner ekip ve yaklaşım gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Mantar, nodül, pulmoner aspergillozis

HRCT



SOL ALT LOBDA NODÜLER/ YUMUŞAK DOKU AYRIMI YAPILAMAYAN DANSİTE

EP-283

IMMUNSUPRESE HASTADA CMV PNÖMONİSİ: BİR OLGU ÖRNEĞİ

Ayşe Sinem Durna, Mehmet Atilla Uysal, Ali Çetinkaya, Nagihan Orhan Özer
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,İstanbul

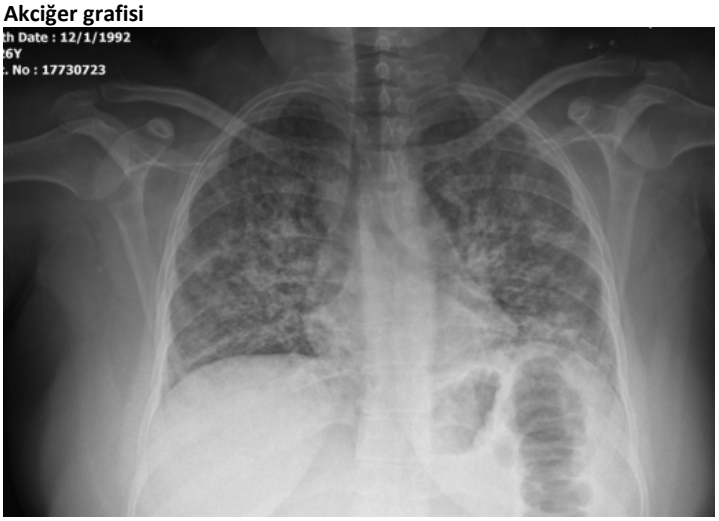
GİRİŞ: Sitomegalovirüs (CMV) toplum genelinde yaygın, belirtisiz infeksiyon yapar. Normal kişilerde mononükleoz benzeri bir tabloya neden olur, bununla birlikte %6 oranında pnömoni görülebilir. Asıl olarak latent kalıp reaktive olabilme özelliği nedeniyle kemik iliği ve solid organ transplantasyonu yapılan ya da bağışıklığı baskılayan diğer durumlarda sık görülmektedir. Biz de idiyoptik granülomatöz mastit nedeniyle 4 aydır steroid kullanan 25 yaşında kadın hastada görülen CMV pnömonisini paylaşmak istedik.

OLGU: Bilinen kronik hastalığı olmayan 25 yaşında kadın hastaya idiyopatik granülomatöz mastit tanısı koyulmuş ve bu nedenle metilprednizolon 48 mg tb başlanmış,aralıklı doz azaltılarak 16 mg'a kadar düşürülmüş. Tedavinin 4. ayında nefes darlığı,öksürük,ateş şikayetleri ile acil servise başvuran hastanın çekilen akciğer grafisinde bilateral yaygın infiltrasyonlar saptanan ve solunum yetmezliği saptanması üzerine hasta acil servisten solunum yoğunbakıma alınmış. Yoğunbakıma alındığında enfeksiyon parametreleri yüksek olan hastaya antiviral tedavi de dahil geniş spektr umluampirik tedavi başlanmış. Daha sonra yapılan mikrobiyolojik örneklemeler sonucunda(bronş lavajı) CMV PCR testi pozitif gelmesi üzerine hastaya iv gansiklovir tedavisi 21 gün verildi. Tedavi sonrası klinik ve radyolojik düzelme gözlenen hasta taburcu edildi.

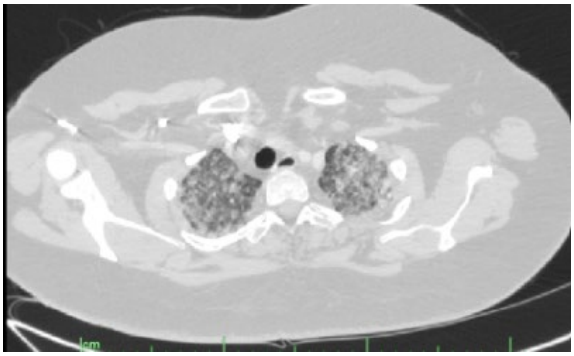
SONUÇ: İncelenen literatürlerde CMV pnömonisi görülen bağışıklığı baskılanmış hastalar genellikle HIV pozitif ya da solid organ transplantasyonu nedeniyle uzun süreli immunsupresif kullanan hastalar olup bizim olgumuzda görüldüğü gibi kısa süreli oral steroid kullanan hastalarda da görülebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: CMV Pnömonisi, Immunsupresyon, Kortikosteroid

Akciğer grafisi



CT



EP-284

GÖĞÜS HASTALIKLARI SERVİSİNE YATIRILARAK TEDAVİ EDİLEN ORTA-İLERİ YAŞ TOPLUMDA GELİŞEN PNÖMONİLİ HASTALARIN KLİNİK SEYİR VE LABORATUAR BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Melike Hanım Kaygusuz, Özge Oral Tapan, Utku Tapan, Hülya Işıkel, Sebahat Genç
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi,Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,Muğla

AMAÇ: Göğüs hastalıkları servisine yatırılarak tedavi edilen 66 yaş ve üzeri (orta-ileri yaş) pnömonili hastaların genç olgular ile karşılaştırıldığında, klinik seyir, laboratuar bulgularının analizi ve tedavi başarısını değerlendirmek.

METHOD: Ocak 2017- Haziran 2018 tarihleri arasında acil servisten ve poliklinikten servisimize toplumda gelişen pnömoni tanısı ile yatırılarak tedavi edilen hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Altmış altı yaş ve üzeri olan hastalar orta-ileri yaş, altmış altı yaş altı olgular genç hastalar olarak iki gruba ayrıldı. İzlemde noninvaziv ve/veya invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olan ve yoğun bakıma nakledilen hastalar tedavi başarısızlığı, taburcu edilen hastalar ise tedavi başarısı olarak kabul edildi.

BULGULAR: Kayıtlarına ulaşılan ve rehberlere uygun olarak tedavi başlanmış 100 hasta çalışmaya alındı. 68 hasta orta-ileri yaş grubuna, 32 hasta genç grubuna uygundu. Genç grubun yaş ortalaması 50.65±13.73, orta ileri yaş grubun yaş ortalaması 80.13±7.47 saptandı. İki grupta da erkekler (%64.7,%65.6) kadınlardan fazlaydı. İki grubun başvuru yakınmaları (ateş, öksürük, balgam, hırıltı, bulantı-kusma), hemogram (Wbc, hb, htc, plt), biyokimya testleri (CRP, üre, kreatinin, AST, ALT, Na, K, Cl, Troponin T), akciğer bulguları (lober, multilober tutulum, eşlik eden plevral sıvı), sigara öyküleri, bakımevinde kalma oranları benzerdi. Orta-ileri yaş grubunda ek hastalık daha fazlaydı. (p:0.000). En sık eşlik eden hastalık KOAH'tı. Genç yaş grubunda tedavi başarısı oranı daha yüksekti. (p:0.003). Orta-ileri yaşlı grupta non-invaziv (p:0.004) invaziv (p:0.003) mekanik ventilasyon ihtiyacı ve yoğun bakım devir oranı (p:0.003) daha fazlaydı.

SONUÇ: Orta-ileri yaş hastaların demografik verileri, klinik, radyolojik ve laboratuar bulguları ve uygulanan tedaviler genç pnömonili olgulardan farklı olmamasına rağmen, tedavi başarısının düşük olmasının nedeni, orta-ileri yaş grubunda daha sıklıkla görülen ek hastalıklara bağlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: ileri yaş, klinik seyir, orta yaş, tedavi, toplumda gelişen pnömoni

EP-285

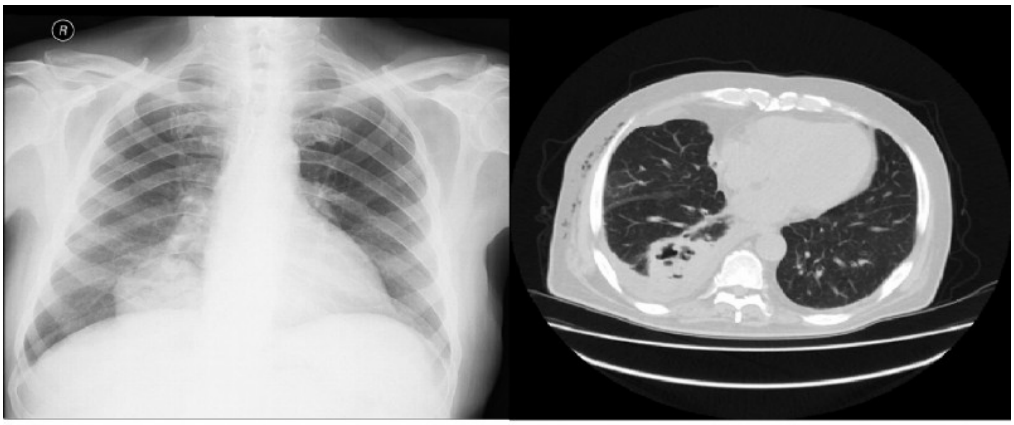
SPONTAN PNÖMOTORAKS GELİŞEN INVAZİV PULMONER ASPERGİLLOZ OLGUSU

Fadime Sultan Albez[1], Aslı Kara[2], Ömer Araz[1], Leyla Sağlam[1]
[1]Atatürk Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzurum
[2]Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzurum

Invaziv pulmoner aspergillozis (IPA) uzun süreli immunsupresyona yol açan çeşitli patoloji ve tedavilere sekonder gelişebilmektedir. Hematolojik maligniteler, AIDS, transplantasyon, uzamış steroid tedavileri ve sitotoksik ajanlar IPA için risk faktörü oluşturan durumlara örnektir. Bu sunumda uzun süreli steroid kullanan hastada gelişen IPA'ya sekonder nadir bir spontan pnömotoraks olgusunun sunulması amaçlanmıştır.Tanılı koroner arter hastalığı ve diabeti olan, son üç aydır Hematoloji kliniğince takipli İzole Trombositopeni tanısı ile steroid kullanım öyküsü mevcut yetmiş dokuz yaşında erkek olgu son bir aydır balgamdan kan gelme ve aşırı halsizlik şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Çekilen akciğer grafisinde sağ alt zon medialde kitle lezyon izlenmesi üzerine kliniğimize konsulte edildi (Resim 1). Laboratuar tetkiklerinde WBC: 33.000 /mm3 (nötrofil: %77, bazofil:% 5,6), platelet: 28.000 /mm3 hemogram: 11 g/dl, CRP:3,37 mg/dl idi. Biyokimyasal testleri ve PT- aPTT değerleri normaldi. Yapılan periferik yaymada hemotolojik malign özellik yoktu. Çekilen toraks BT'de sağ akciğer alt lob süperior, alt lob bazal segment içerisinde yer yer hava bronkogramları bulunan kaviter konsolidasyon izlendi. Sağda en kalın yerde 1,5 cm ye varan plevral effüzyon ve mayi komşuluğunda pasif atelektazi vardı (Resim 1). Balgam kültüründe aspergillosis spp. üremesi oldu. Galaktomannan negatifti. Hastaya İnvaziv Aspergilloz tanısı ile vorikonazol günlük 6 mg/kg' dan yükleme dozu, 4 mg /kg dan idame tedavisi başlandı. Mevcut tedaviye ek olarak nonspesifik antibiyoterapi de eklendi. Trombosit süspansiyonu desteği ile hastaya akciğer ca?, tüberküloz?, mantar enfeksiyonu? ön tanılarıyla bronkoskopi yapıldı. Endobronşiyal lezyon izlenmedi, tomografi ile uyumlu alandan lavaj alındı. Lavaj sitolojisi malign özellikte değildi, ARB (-) idi, lavaj kültüründe de balgamdaki gibi Aspergillosis spp. üredi. Aspergilloz tedavisine devam edilen hastada malignite ile ilgili ileri tetkik yapılmadı. Tedavinin 9. günü hastada spontan pnömotoraks gelişti ve tüp torakostomi ile müdahale edildi (Resim 2 a). Akciğeri kısa sürede ekspanze olan hastanın toraks tüpü çekildi. Takiplerinin 2. Haftasında klinik ve radyolojik yanıt alındığı izlenen hasta oral vorikanazol tedavisi ile taburcu edildi (Resim 2 b). Tedavisinin üçüncü ayında radyolojik olarak belirgin düzelme olup takiplerinin 6. ayında total regresyon gözlendi(Resim 2 c).Tedavi edilmezse mortalitesi %100 olan invaziv aspergillozun nadir de olsa spontan pnömotoraks yapabildiği unutulmamalı, immunsupresif bir hastada spontan pnömotoraks gelişmesi durumunda aspergilloz enfeksiyonu akılda tutulmalıdır.

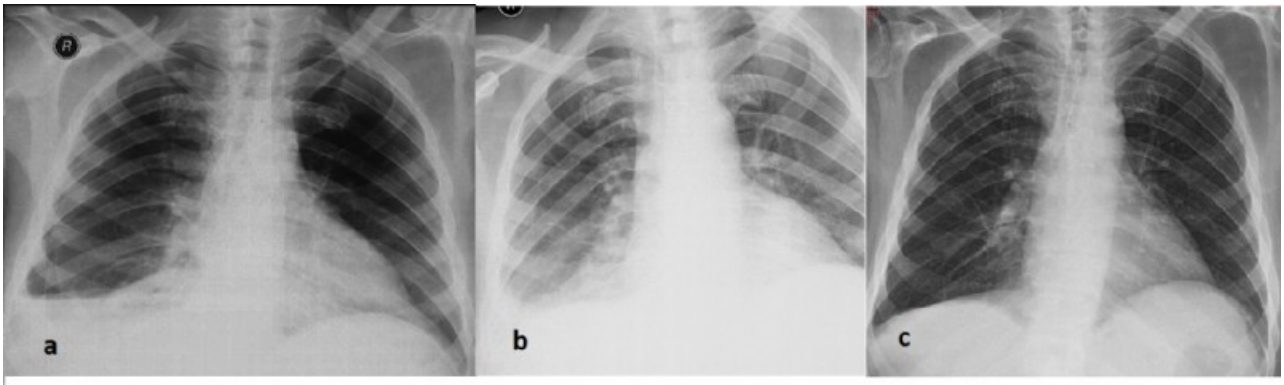
Anahtar Kelimeler: aspergilloz, immunsupresif, pnömotoraks

Resim 1



Resim 1: Direkt grafide sağ alt zonda izlenen konsolidasyon ve toraks BT kesiti

Resim 2



Resim 2 a: Sağ akciğerde hidropnömotoraks ve konsolidasyon b: Tedavinin devamında ekspanse olmuş sağ akciğer ve konsolidasyonda kısmî regresyon c: total regresyon

EP-286

AKCİĞERDE KAVİTER LEZYON ETYOLOJİSİNDE NADİR BİR ETKEN; CANDİDA ALBİCANS

Mehmet Kuruş, Şükran Atikcan, Sevim Düzgün, Filiz Çimen, Melike Aloğlu, Mehmet Kayadelen
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

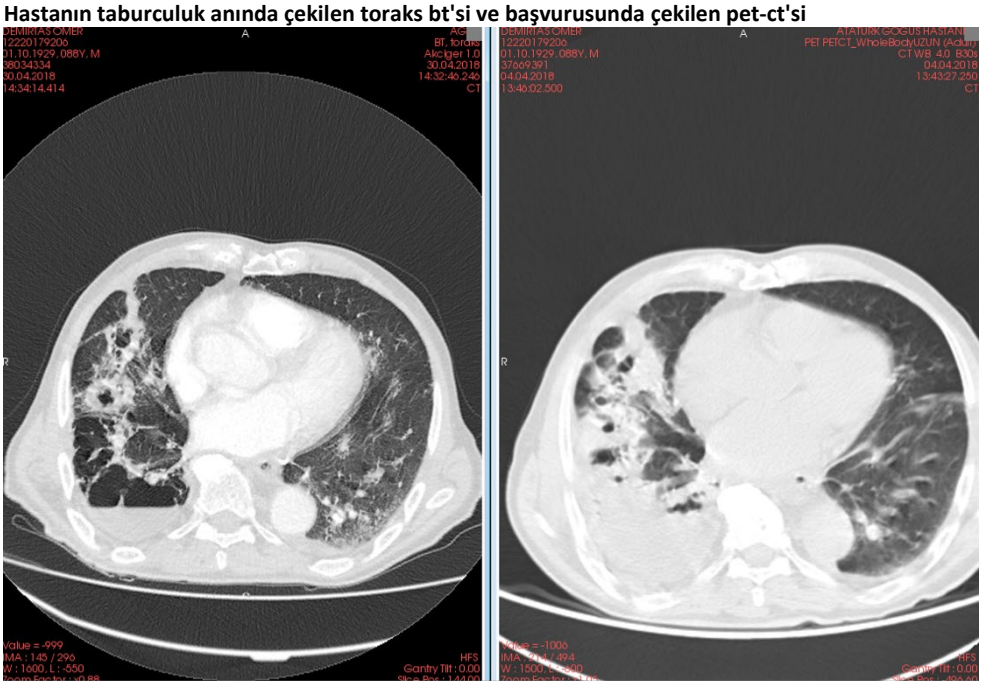
GİRİŞ: Kavite, akciğer dokusu içinde kalınlığı 1 mm'den fazla bir duvarla çevrili, çapı en az 1 cm olan ve radyolüsan bir alan içeren opak yapıdır. Tüberküloz, bronş kanseri ve bakteriyal enfeksiyonlar en sık kavite nedenidir.

OLGU: 89 yaşında erkek hasta, 20 gündür devam eden ve tedaviyle geçmeyen öksürük, terleme şikayetleri ile çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ akciğerde plevral efüzyon, mediastinal lenf nodları, sağ akciğer posterobazalde 6x5cm'lik kaviter lezyon saptanması üzerine kliniğimize ileri tetkik ve tedavi için kabul edildi.Hastanın bilinen bir akciğer hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde bilateral solunum sesleri azalmış ve bazallerde kaba ralleri mevcuttu.Laboratuvar tetkiklerinde Beyaz küre 16.300 CRP: 11,04(normal 0-0,5) Sedimentasyon:52 idi. Bu bulgularla pnömoni ve akciğer absesi ön planda düşünüldü ve buna yönelik antibiyoterapi başlandı. Balgam ARB (6 kez) menfiydi. Torasentezle 3 kez plevral sıvısı örneklendi; eksüda vasfındaydı; sıvı ARB negatifti. Plevral sıvı sitolojik incelemesi malignite yönünden negatifti; inflamasyon ile uyumlu olarak raporlandı. Altta yatan etyoloji açısından vaskülitler olabileceği düşünülerek kollajen doku marker'ları çalışıldı. Negatif olarak raporlandı. Maligniteyi ekarte etmek amacıyla 18- FDG pozitron emisyon tomografi çekildi. Her iki akciğerde orta-alt zonlarda belirginleşen yer yer birbiriyle devamlılık halinde izlenen çok sayıda düzensiz sınırlı kaviter lezyon izlendi ve bu lezyonlar ile süperpoze artmış metabolik aktivite tutulumu(SUVmax:10.44); Sağ hemitoraksta yaklaşık 3.5 cm ölçülen plevral effüzyon mevcut olup düşük düzeyde metabolik aktivite tutulumu(SUVmax:2.15) izlendi. Hastaya fiber optik bronkoskopi yapıldı. Endobronşial lezyon saptanmadı, lavaj alındı.Lavaj materyalinde mantar aranması çalışıldı. Hastaya plevra biyopsisi yapıldı ve patoloji kronik plörit ile uyumlu geldi. Gönderilen balgam kültüründe candida albicans üremesi oldu. Ayrıca alınan bronş lavaj materyalinde mantar aranması ve mantar kültüründe de candida albicans saptandı. Hastanın ateşi olmadığı için kan kültürü çalışılmadı. Hastaya parenteral Flukonazol tedavisi başlandı.Takiplerinde klinik olarak düzelen hastanın çekilen posteroanterior akciğer grafisinde kaviter lezyonlarının bir kısmının küçüldüğü bir kısmının ise kaybolduğu saptandı.Antifungal tedavi sonrası klinik ve radyolojik olarak düzelme saptanan hasta oral Flukonazol tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

SONUÇ: Pulmoner kaviter lezyonların etyolojisinde tüberküloz, akciğer kanseri, bakteriyal enfeksiyonlar sık karşılaşılan nedenler iken ayırıcı tanıda fungal enfeksiyonlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgu ileri yaşı dışında fungal enfeksiyonlar için risk faktörü olmamasına rağmen multiple kaviter lezyonların candida enfeksiyonuna bağlı olduğu ortaya konulması nedeniyle sunuldu.

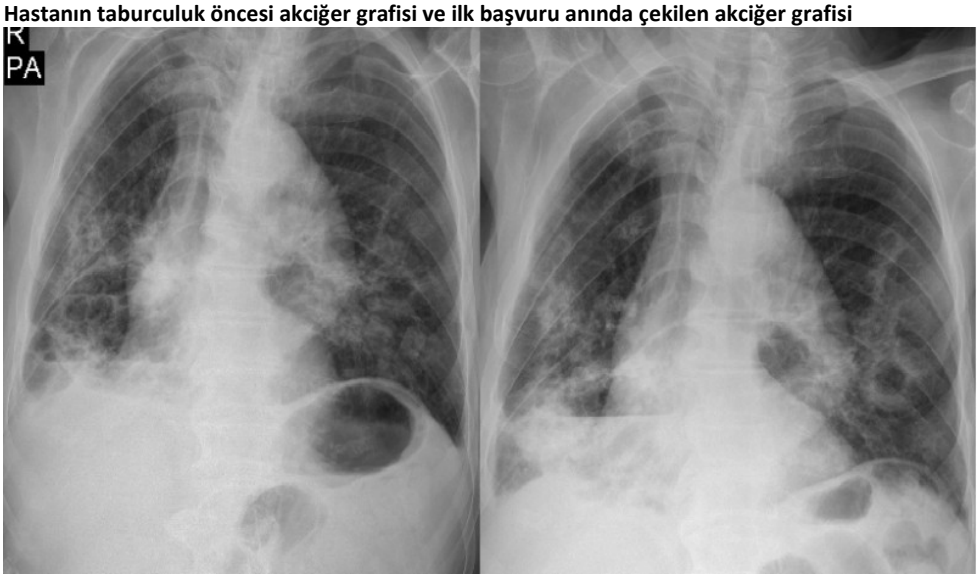
Anahtar Kelimeler: kaviter akciğer lezyonları, fungal enfeksiyonlar, candida albicans

Hastanın taburculuk anında çekilen toraks bt'si ve başvurusunda çekilen pet-ct'si



Bu resimde hastanın taburcu olurken çekilen toraks bt'si ve flukonazol tedavisi öncesi çekilmiş olan Pet-ct'sini görüyoruz.Sağdaki efüzyonun gerilediğini görmekteyiz

Hastanın taburculuk öncesi akciğer grafisi ve ilk başvuru anında çekilen akciğer grafisi



Bu resimde 2. akciğer grafisinde solda yer alan kaviter lezyonun 1. resimde kaybolmuş olduğunu görüyoruz.

EP-287

TOPLUMDAN EDİNİLMİŞ İKİ LEGİONELLA PNEUMOPHİLA PNÖMONİSİ OLGUSU

Maşide Tüten, Emine Bahar Kurt, Şilan Işık
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Lejyoner hastalığı Legionella türlerinin etken olduğu genellikle pnömoni tablosu ile görülen ve tedavi edilmezse mortalitesi yüksek olabilen bir infeksiyondur.Biz bu yazıda öksürük,ateş ve halsizlikle başvurup, üriner antijen pozitif saptanan iki olguyu sunduk.

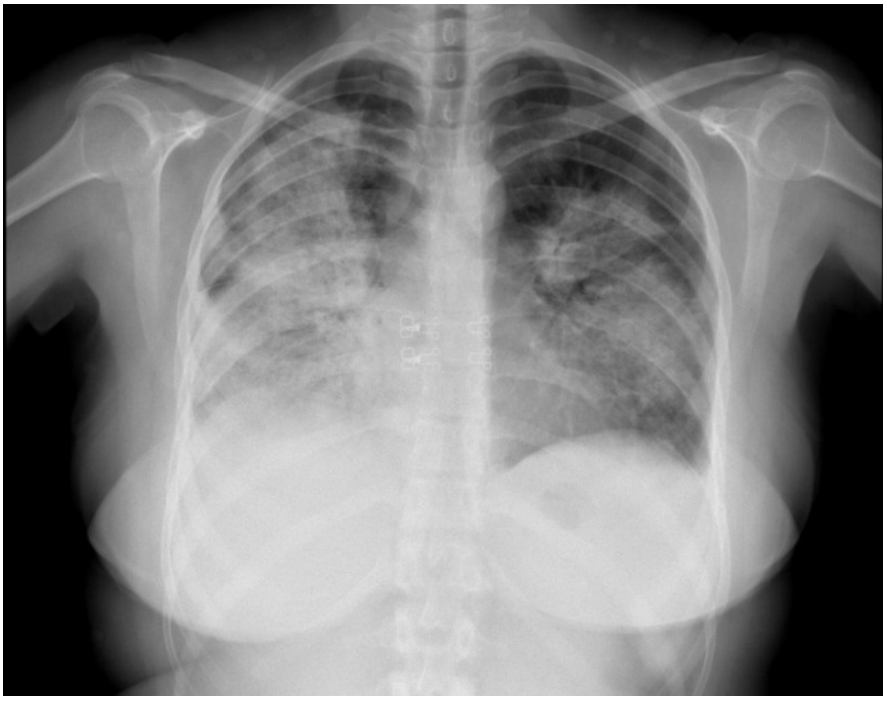
OLGU 1: 29 yaşında ev hanımı kadın hasta 10 gündür olan öksürük, halsizlik, terleme, ateş ve nefes darlığı ile hasta hastanemize başvurdu. Hastada mide bulantısı,kusma ve ishal olup; seyahat öyküsü ve klimaya maruziyeti yoktu.Fizik muayenesinde yüksek ateş, rölatif bradikardi, dinlemekle sağ orta zonda ral saptandı.Rutin tetkiklerinde AST/ ALT minimal yüksek(83/142)UI/L,CRP 158 mg/L, sedimentasyon 40 mm/saat idi.Arteriyel kan gazında hipoksisi mevcuttu. (Sao2: 76) Posterior – anterior akciğer grafisinde bilateral yaygın yamasal infiltrasyon (Resim1), Toraks BT'de sağda belirgin olmak üzere pnömonik konsolidasyon alanları mevcuttu.Balgam kültüründe üreme saptanmadı. İdrarda legionella antijeni istendi. Antijenin pozitif saptanması üzerine tedaviye levofloksasin ile devam edildi.Kontrollerde hipoksisi düzelen,CRP'si 6.54 mg/L e gerileyen, kliniğinde ve akciğer grafisinde (Resim 3) belirgin düzelme sağlanan hastanın tedavisi 21 güne tamamlanarak sonlandırıldı.

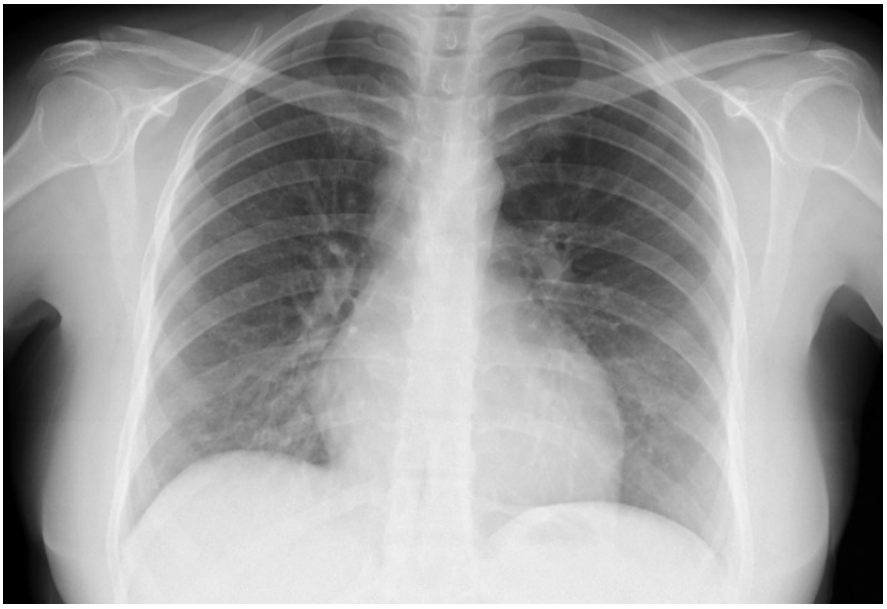
OLGU 2: 38 yaşında kadın hasta 4 gün önce öksürük, ateş, nefes darlığı, halsizlik, sırt ve göğüs ağrısı şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Hastada bulantı,kusma,ishal yakınmaları olup,10 gün önce seyahat öyküsü, otelde kalma ve klima maruziyeti mevcuttu.Fizik muayenesinde ateş: 39.3°C olup diğer vitalleri normaldi. Dinlemekle solda apeksten bazale kadar ral duyulmaktaydı.Hastanın gelişindeki rutin tetkiklerinde AST/ALT (178/83)IU/L, ALP/GGT (348/221)IU/L ve CRP (340 mg/L) yüksek, sodyum düzeyi düşüktü (127 mEq/L). Wbc normal sınırlardaydı(7.6)Çekilen PAAG'sinde solda apeksten bazale kadar yaygın infiltrasyon alanları mevcut olup,Toraks BT'de sol akciğer üst ve alt lobda içinde yer yer hava bronkogramı izlenen yaygın konsolidasyon alanları izlendi.Balgam kültüründe üreme olmadı. İdrarda Legionella antijeni istendi. Hastaya moksifloksasin 1*400 mg ve seftriakson 1*2 gr başlandı. İdrarda legionella antijeni pozitif saptanındı, mevcut tedavisine 12 gün devam edildi.

Şikayetleri, Crp'si (6.26 mg/L) ve PAAG'de infiltrasyonu belirgin gerileyen hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Legionella pnömonisine özel klinik ya da radyolojik bir bulgu mevcut olmadığından tanının konulmasındaki en kritik nokta risk grubunda yer alan bir hastada akla getirilerek uygun laboratuvar testlerinin yapılmasıdır.

Anahtar Kelimeler: klima sistemleri,legionella,pnömoni





EP-288

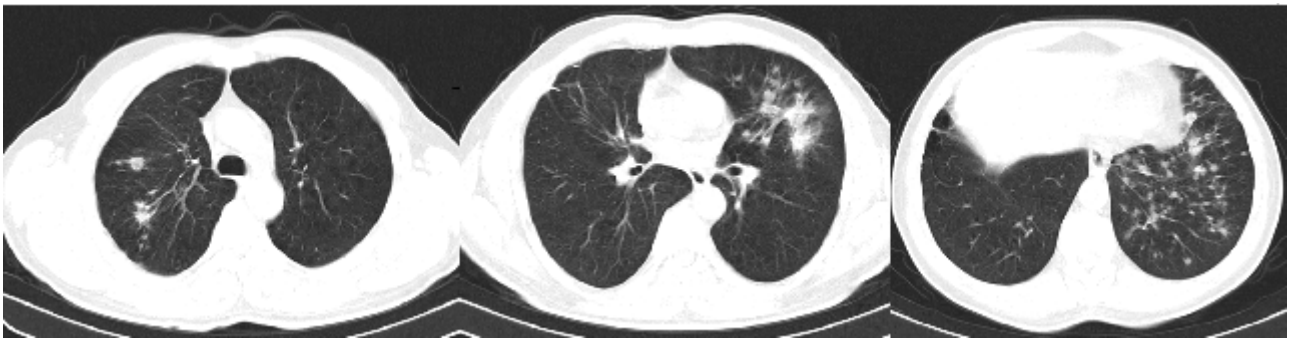
IMMUNKOMPETAN HASTADA GELİŞEN NOKARDİYA PNÖMONİSİ

Gülfem Yıldırım[1], Baykal Tülek[2]
[1]KTO Karatay Ünv Tıp Fakültesi Özel Medicana Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı.- KONYA
[2]Selçuk Ünv. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı-KONYA

Elli bir yaşında erkek hasta öksürük, balgam, ateş, nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yaklaşık 15 gün önce klima maruziyeti sonrası başlayan şikayetleri nedeniyle Dahiliye kliniğine başvuran hasta tedavi sonrası şikayetlerinde düzelme olmaması üzerine kliniğimize başvurduğu öğrenildi.Özgeçmişinde 13 yıl önce sol akciğere yönelik mantar enfeksiyonu nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu.Fizik muayenede, ateş: 38,5˚C, kan basıncı 110/70 mmHg,kalp tepe atımı 91/dakika, solunum sayısı 22/dk idi. Solunum sistemi muayenesinde ekspiryum uzamış ve bilateral alt zonlarda inspiratuvar raller oskulte edildi.Hastaneye yatırılan hastanın laboratuvar incelemesinde lökosit: 12800 mm3 (nötrofil: 9140/mm3), CRP: 9,04 mgr/dl olarak saptandı.Akciğer grafisinde sağ akciğer üst - orta ve alt zonlarda, sol akciğerde alt ve orta zonda yama tarzı opasite alanları görülen hastanın bilgisayarlı tomografisi çekildi. Her iki akciğerde en büyükleri 27x15 mm boyutlu çevresinde buzlucam atenüasyon artışları ve yer yer lineer fibrotik bantlar bulunan düzensiz sınırlı, bazıları spiküler konturlu çok sayıda nodüler lezyon tespit edildi (resim1). Hastaya intravenöz olarak piperasilin + tazobaktam ve klaritromisin tedavisi başlandı.Aside rezistan basil negatif olup kültürlerinde üreme saptanmadı.Klinik takiplerinde yüksek ateş ve crp yüksekliği devam eden hastaya bronkoskopi yapıldı. Endobronşial lezyon görülmedi. Bronkoalveolar lavaj sıvında Nokardia spp. üremesi oldu.Hastaya trimetoprim-sülfametoksazol (TMP/SMZ) 15 mg/kg/gün tedavisi başlandı. Klinik ve laboratuar takiplerinde 5.günden itibaren regresyon izlenmeye başlandı. Genel durumu düzelen hasta trimetoprim-sülfametoksazol (TMP/SMZ) tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Klinik takiplerinde şikayetleri gerileyen hastaya 3 ay sonra kontrol toraks bt çekildi. Bt kesitlerinde ilk tomografide mevcut noduler lezyonların kaybolduğu izlendi(resim2). Hastanın öyküsüne ve tedavi sonrası bulgularına dayanarak pulmoner nokardiyoz enfeksiyonu geçirdiği düşünüldü.Pulmoner nokardiyozlu hastaların çoğunda altta yatan solunumsal bir hastalık vardır.Olgumuzda predispozan faktör olarak KOAH 'a sekonder uzun süreli steroid kullanımının hastalığın gelişimini kolaylaştırdığını düşünüyoruz. Bu nedenle nonspesifik antibiyotik tedavisine yanıt alınamayan bu tip hastalarda pulmoner nokardiyoz gelişebileceği düşünülmelidir.

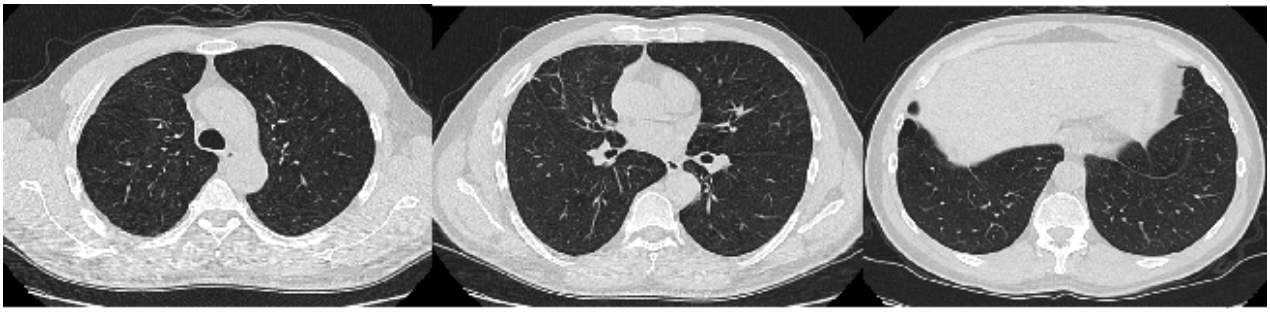
Anahtar Kelimeler: Nokardiya, pnömoni, koah

resim 1



tedavi öncesi bt kesitleri

resim 2



tedavi sonrası bt kesitleri

EP-289

BRONŞEKTAZİ NEDENİ İLE HOSPİTALİZE EDİLEN HASTALARDA İNHALE TOBRAMİSİN KULLANIMININ KÜLTÜR KONVERJANSI ÜZERİNE ETKİSİ

Mehtap Hafızoğlu, Mustafa Hikmet Özhan
Ege Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

Bu olgu serisinin amacı kliniğimizde bronşektazi tanısı ile takip edilmiş olan hastalardan alınan balgam/derin trakeal aspirasyon (DTA) kültürlerinde Pseudomonas aeruginosa üremesi gösterilmiş olan hastalarda inhale tobramisin kullanımının kültür negatifleşmesi üzerine olan etkisi incelenmiştir.

Bronşektazi tanısı olan ve balgam/DTA kültürlerinde Pseudomonas aeruginosa üremesi gösterilmiş olan 10 hasta çalışmaya alındı. Bunların beşi inhale tobramisin kullanmakta, diğer beş tanesi ise farklı antibiyotikler ile tedavi edilmiştir.Ortalama yaş 55,4 (min: 23, max:79, K: %70) İnhale tobramisin kullanan grup ortalama yaş 44,8 (min: 23 max:68 K:%60) İnhale tobramisin kullanımı olmayan grup ortalama yaş 66 (min: 53 max:79 K: %80) dır. Her iki grupta da tanı anında sigara içme oranı %20 olarak saptanmıştır.İnhale tobramisin kullanan grupta dispne ağırlık derecesini gösteren mMRC değeri ortalama 1,8 iken inhale tobramisin kullanmayan grupta ise 3,4 olarak saptanmıştır.

Radyolojik olarak değerlendirildiğinde inhale tobramisin kullanan grubun olguların %60'ında >3 lob ve üstü tutulum, inhale tobramisin kullanmayan grupta ise %40 yaygın kistik bronşektazi %40>3lob ve üstü olarak bulunmuştur.Alınan balgam kültürlerinde Pseudomonas aeruginosa negatifleşme süresi ay olarak hesaplandığında inhale tobramisin kullanan grupta ortalama 24,6 ayda negatiflik sağlandığı, kullanmayan grupta ise 22,2 ayda negatifleştiği görülmüştür.Her iki grupta da birer hasta izlem süresi içinde ölmüştür, mortalite her iki grupta da %20 olarak saptanmıştır.Bu olgu serisi ile Pseudomonas aeruginosa ile enfekte bronşektazi olgularında inhale tobramisin kullanımının kültür eradikasyonunda anlamlı bir etkisinin olmadığı izlenimi elde edilmiştir. Ancak, inhale tobramisin kullanımının yaygın olmaması nedeni ile çalışma kısıtlı hasta sayısı üzerinde yapılmıştır. Kesin bir sonuç olmamakla birlikte Pseudomonas aeruginosa ile enfekte bronşektazi olgularında inhale tobramisin kullanımının kültür konverjansı üzerine etkinliği kuşkulu olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: bronşektazi, inhale tobramisin, pseudomonas aeruginosa

EP-290

AMPİYEM İLE BAŞVURUP YAYGIN DEĞİŞKEN İMMÜN YETMEZLİK SENDROMU TANISI ALAN BİR OLGU

Zekiye Kula, Sümeyye Fidancı, Bilim Akcan, Merve Pınar, Hacı Ahmet Bircan
Süleyman Demirel Üniversitesi,Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

Yaygın değişken immün yetmezlik (Common variable immunodeficiency - CVID), bozulmuş B hücre differansiyasyonu nedeniyle ortaya çıkan immünglobulin sentezinde yetersizlikle karakterize bir hastalıktır. Toplumda 1/25.000 oranında görüldüğü tahmin edilmektedir. Hastaların çoğuna 20-45 yaşları arasında bazen de çocukluk çağında tanı konmaktadır. Tekrarlayan bakteriyel enfeksiyonlar, kronik süpüratif akciğer hastalıkları, gastrointestinal sistem ve karaciğer hastalıkları, çeşitli organlarda granülomatöz hastalıklar, otoimmun hastalıklar, lenfoid hiperplazi, splenomegali ve maligniteler ile ilişkilendirilmiştir. Serum Ig G düzeyi mutlak düşük olup Ig A ve Ig M düzeyleri de düşük bulunabilir.

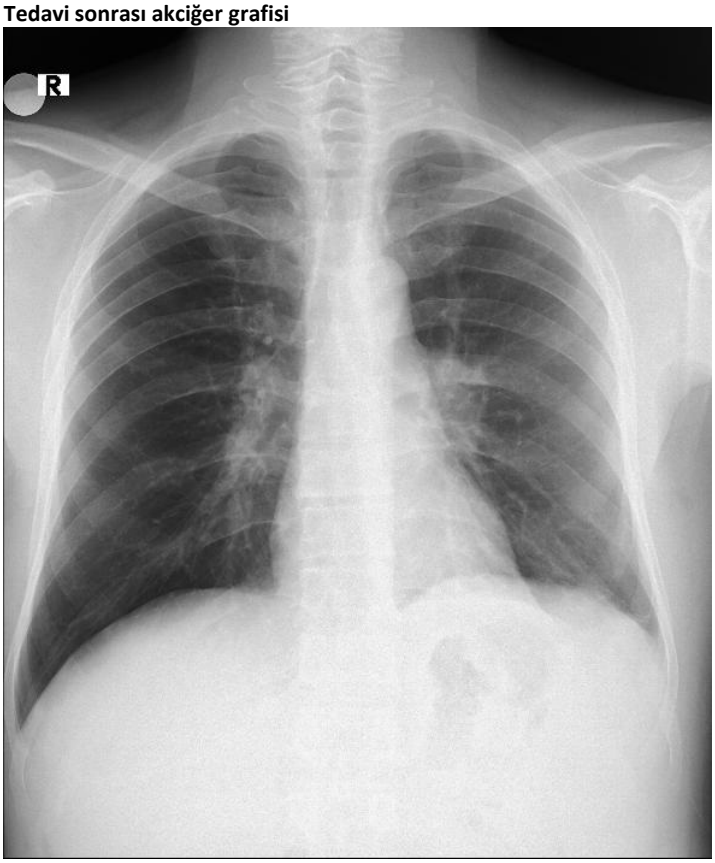
OLGU: 44 yaşında erkek hasta öksürük, pürülan balgam, nefes darlığı ve sol plöretik ağrı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Son 15 yılda her yıl 3-4 kez olmak üzere, çoğunlukla kış aylarında alt solunum yolu infeksiyonu tanımlıyordu. 10p/yıl sigara kullanımı mevcuttu. Fizik muayenesinde sol bazalde solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar incelemelerinde ESR: 25mm/sa, hb: 12.8 gr/dl, BK: 11.400/mm3, Plt: 216.000/mm3, CRP:43.9 mg/L bulundu. Akciğer grafisinde sol alt zonda plevral sıvı ile uyumlu homojen dansite artışı tespit edildi. Çekilen toraks BT'de solda plevral effüzyon ve mediastinal lenfadenopatiler gözlendi. Boyun USG sinde multiple lenfadenomegali tespit edildi. Yapılan torasentezde alınan örnek püy şeklinde idi. Sıvıda pH: 7.47, LDH: 963 U/L ve lökosit: 67.000/mm3, (%87 nötrofil) olduğu tespit edilerek ampiyem tanısı kondu. Ardından tüp torakostomi ve piperasilin-tazobaktam antibiyoterapisi ile hastanın tedavisine başlandı. Tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonlari öyküsü olması üzerine istenen Ig G (<135 mg/dL), Ig M (<18mg/dL) ve IgA (<26mg/dL) düzeyleri düşük bulunan hastaya bu bulgularla CVID tanısı kondu. Aylık 400 mg/kg dozunda intravenöz Ig (IVIG) replasman tedavisi başlandı. Göğüs tüpünün çıkarılması ve antibiyotik tedavilerinin tamamlanmasının ardından hasta poliklinik takibine alındı.Sonuç olarak alt solunum yollarında tekrarlayan enfeksiyonlar tanımlayan, splenomegali ve multipl lenfadenopati, otoimmun ve granulomatöz hastalıklar tespit edilen olgularda yaygın değişken immün yetmezlik olabileceği ve bizim olgumuzda olduğu gibi hastaların ampiyem ile başvurabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ampiyem, Pnömoni, Yaygın değişken immün yetmezlik,

Başvuru anında PA Akciğer grafisi ve Akciğer BT kesiti

Basvuru anında çekilen PA grafisi ve akciğer BT'sinde sol alt lobda pnömoni ve plevral efüzyona ait dansite artışı görülmektedir.

Tedavi sonrası akciğer grafisi



Tedavi sonrası çekilen P/A akciğer grafiisi

EP-291

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE VENTİLATÖR İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARIN SON ÜÇ YILLIK ANALİZİ

Güneş Şenol[1], Yücel Aksu[1], Fatma Şahan[1], Sultan Kaftan[1], Özlem Ediboğlu[2], Cenk Kıraklı[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Ekibi
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi

Ventilatör ilişkili olaylar (VİO), mekanik ventilatöre bağlı hastalarda, 48 saatten sonra başlayan ve solunum desteğinin progresif arttırılmasını gerektiren olaylardır. Önemli bir bölümünü enfeksiyöz nedenler oluşturur. Erken tanı ve uygun tedaviye rağmen mortalite riski yüksektir. Bu çalışmada hastanemiz dahili yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan hastalarda saptanan VİO analizini yapmayı amaçladık.Hastanemiz dahili yoğun bakımı 24 yataklı üçüncü basamak YBÜ'dir. YBÜ'nde 2016 ile 2018 yılı ilk altı ayı arasında yatan hastalarda saptanan VİO olguları, enfeksiyon kontrol komitesi ve infline sistemi kayıtları taranarak yıllık olarak analiz edilmiştir. 2015 yılında yayınlanan yeni sürveyans kriterlerine göre VİO türleri infeksiyona bağlı ventilatör ilişkili durum (İVİD), olası ventilatör ilişkili pnömoni (OVİP) ve ventilatör İlişkili durum (VİD) olarak alt gruplar halinde tanımlanmış ve takip edilmiştir. Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Rehberi tanı kriterleri ve hesaplama yöntemleri kullanılmıştır.Türkiye genelinde yeni sürveyans kriterlerinin yaygın kullanılmaması nedeniyle VİO kategorisinde ülke ortalaması verisi net değildir. Bu nedenle hastanemizde bir önceki yıldan daha düşük oranlarda kalınması hedeflenmektedir. Her üç aylık sürveyans dönemi sonunda Enfeksiyon Kontrol Ekibi Yoğun Bakım ekibine brifing vermekte ve iyileştirme çalışmaları tartışılmaktadır. El hijyeni ve diğer standart enfeksiyon kontrol önlemleri ile ilgili eğitimler periyodik olarak yapılmaktadır. Hedefimiz "sıfır" infeksiyondur.

Anahtar Kelimeler: Mekanik ventilasyon, Sürveyans, Ventilatör ilişkili olay, Yoğun bakım

Yıllara göre VİO analizi

Yıl	Hasta sayısı	Hasta günü	Ventilatör günü	VİO türü	VİO sayısı	VİO hızı (binde)
2016	964	9872	4965	İVİD	14	2.8
				OVİP	17	3.4
				VİD	14	2.8
2017	900	8658	4939	İVİD	12	4.2
				OVİP	10	2.0
				VİD	17	3.4
2018 ilk altı ay	356	4269	2677	İVİD	9	3.4
				OVİP	8	2.9
				VİD	5	1.8

EP-292

MALİGNİTENİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU

Görkem Baydoğan Türkan[1], Özge Aydın Güçlü[2], Ezgi Demirdöğen[1], Aslı Görek Dilektaşlı[1], N. Funda Coşkun[1], Ahmet Ursavaş[1], Mehmet Karadağ[1]
[1]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa
[2]Boyabat 75. Yıl Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Sinop

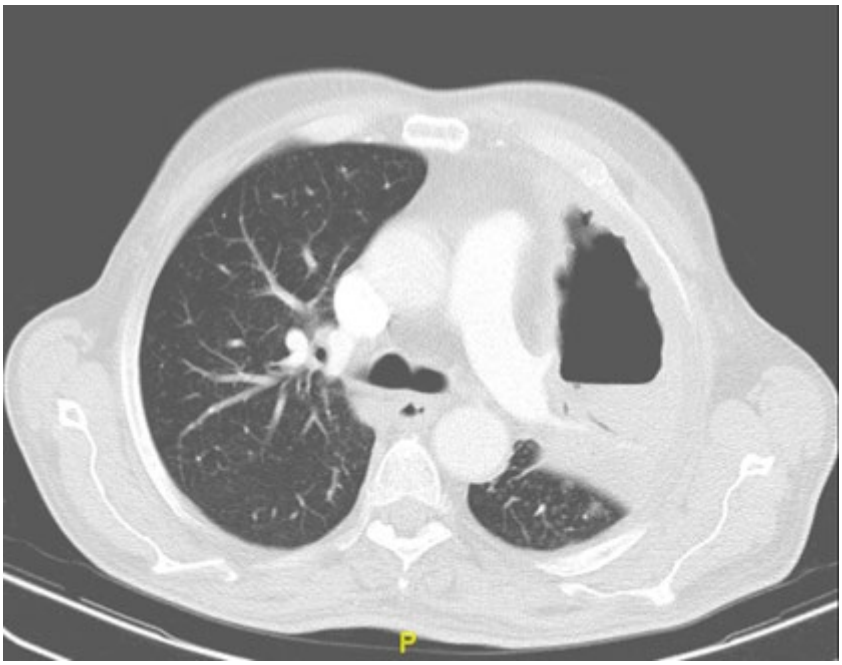
GİRİŞ:Fungal enfeksiyon sıklığı; kemoterapi uygulamaları, transplantasyon, steroid kullanımı, edinsel immun yetmezlik sendromu gibi sebepler ile birlikte giderek artış göstermektedir. Akciğerin fungal enfeksiyonlarının %70-90'ından Candida, % 10-20'sinden Aspergillus türleri sorumludur. Karaciğer malignitesi olan bir olguda pulmoner mukormukozis olgusunu sunulacaktır.

OLGU:Karaciğer sirozu ile takipli 64 yaşında erkek hasta öksürük, kan tükürme, efor dispnesi, sağ gözde kızarıklık ve görmede azalma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede ateş 36.0oC, nabız 80/dk, TA 120/80 mm/Hg, oda havası oksijen saturasyonu %82 idi. Laboratuar bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Akciğer grafisinde sol akciğer üst zonda hava-sıvı seviyesi mevcut olan hastaya çekilen kontrastlı Toraks BT görüntülemesinde sağ akciğer alt loba giden pulmoner arter segmental dallarında parsiyal emboli tespit edildi. Sol akciğer üst lobta içerisinde hava-sıvı seviyelenmesi izlenen yaklaşık olarak 10x4.5 cm boyutlarında kaviter lezyon, kaviter lezyonun çevresinde üst lob ve alt lobun anterior kesiminde yaygın konsolidasyon alanı mevcuttu (Resim-1). Alt ekstremite venöz doppler ultrasonografide sol ana femoral ven proksimali ile sol popliteal vende trombüs izlendi. Ekokardiyografik incelemede pulmoner arter basıncı 37 mmHg saptandı. Hastaya imipenem 500 mg 4*1 iv ve enoksaparin sodyum 2*1 mg/kg/gün sc başlandı. Yapılan bronkoskopik incelemede sol üst lob girişi nekrotik materyal ile tam tıkalı izlendi, sol üst lobtan mukoza biyopsisi alındı. Bronş mukoza biyopsi sonucu 'mukormikozis' ile uyumlu olarak sonuçlandı. Hastaya göz ve enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu sonrasında intravitreal lipozomal amfoterisin B ve klasik amfoterisin B 1 mg/kg/gün iv başlandı. Fungal enfeksiyona yol açabilecek altta yatan immunsupresyon açısından tetkik edilen hastada üst abdomen BT tetkikinde karaciğer segment 4A, segment 2 ve segment 8 de kitle lezyonları, karaciğer parankimde kronik karaciğer hastalığı bulguları, portal hipertansiyona sekonder değişiklikler izlendi. Karaciğer sol lobtaki subkapsüler izlenen izoekoik solid odaktan yapılan trucut biyopsi sonucu 'hepatosellüler karsinoma' olarak sonuçlandı. Multidisipliner değerlendirmeler sonrasında hastaya radyofrekans ablasyon (RF) uygulandı, antifungal tedavi sonrası kemoterapi ve karaciğer transplantasyonu açısından değerlendirilmesi planlandı.

TARTIŞMA-SONUÇ: Bakteriyel pnömoni tedavisine yanıt alınamadığı durumlarda fungal enfeksiyonların akılda bulundurulması gerekmektedir. Fungal enfeksiyon şüphesi olan, kan veya BAL galaktomannan antijeni negatif kalan, görüntüleme yöntemlerinde destekler bulgular olan hastalarda mukor akla gelmelidir. Akciğerin mukor enfeksiyonu oldukça agresif bir fungal enfeksiyon olarak tanımlanmakta olup, mukora bağlı mortalite %24-49 oranında bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: fungal enfeksiyon, hepatosellüler karsinom, mukor enfeksiyonu

Resim 1



Tablo 1

Test	Sonuç
Lökosit sayısı	10700 K/µL
Hemoglobin	15.5 mg/dL
CRP	6.1 mg/dL
Sedimentasyon hızı	42 mm/saat
Üre	28 mg/dL
Kreatinin	0.67 mg/dL
AST	30 IU/L
ALT	14 IU/L
Trombosit sayısı	109000 K/µL
D-dimer	24 mg/L
Troponin	7.3 pg/mL
INR	3.09

EP-293

YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZDE SON ÜÇ YILLIK İNVAZİV ALET İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARIN ANALİZİ

Güneş Şenol[1], Fatma Şahan[1], Yücel Aksu[1], Sultan Kaftan[1], Cenk Kıraklı[2], Özlem Ediboğlu[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Ekibi
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi

GİRİŞ: Yoğun Bakım Üniteleri(YBÜ) hastalara bir çok invaziv girişimin yapıldığı, santral damariçi katater ve üriner kataterizasyonun sık kullanıldığı birimlerdir. İnvaziv girişimler sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar açısından yüksek riskli işlemlerdir. Bu çalışmada YBÜ son 3 yıllık dönemde santral damariçi katater ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SKİ-KDE) ve katater ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (Kİ-ÜSE) hızlarını araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Hastanemiz dahili yoğun bakımı 24 yataklı üçüncü basamak YBÜ'dir. YBÜ'nde 2016 ile 2018 yılı ilk altı ayı arasında yatan hastalarda saptanan SKİ-KDE ve Kİ-ÜSE olguları, enfeksiyon kontrol komitesi ve infline sistemi kayıtları taranarak yıllık olarak analiz edilmiştir. Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Rehberi tanı kriterleri ve hesaplama yöntemleri kullanılmıştır. Enfeksiyon hızlarımız "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı" yıllık raporunda hastanemizin ait olduğu kategorideki verilen ortalama hız ile karşılaştırılmıştır (Tablo).

BULGULAR: Tabloda görüldüğü gibi Kİ-ÜSE hızımız Türkiye ortalamasının altındadır. Ancak SKİ-KDE hızı istenilen düzeyin üzerindedir. El hijyeni, steril bariyer önlemleri, katater giriş yeri bakımı ile ilgili eğitimler verilmiş ve tekrarı planlanmıştır. Diğer standart enfeksiyon kontrol önlemleri ile ilgili eğitimler periyodik olarak yapılmaktadır.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Her üç aylık sürveyans dönemi sonunda Enfeksiyon Kontrol Ekibi, Yoğun Bakım ekibine brifing vermekte ve iyileştirme çalışmaları tartışılmaktadır. Hedefimiz "sıfır" enfeksiyondur.

Anahtar Kelimeler: Katater ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu, katater ilişkili üriner sistem enfeksiyonu, yoğun bakım ünitesi

YBÜ'nde son üç yıl içinde saptanan Kİ-ÜSE ve SKİ-KDE sayı ve hızları

Yıl	Hasta sayısı	Hasta günü	Üriner kateter günü	Kİ-ÜSE sayısı	Kİ-ÜSE hızı	Türkiye ortalaması	Santral kateter günü	SKİ-KDE sayısı	SKİ-KDE hızı	Türkiye ortalaması
2016	964	9872	8790	3	0.3	1.3	3758	25	6.1	3.9
2017	900	8658	7857	4	0.5	1	4106	21	5.1	4
2018 ilk altı ay	356	4269	3781	3	0.8	2.6	2258	12	5.3	8.1

EP-294

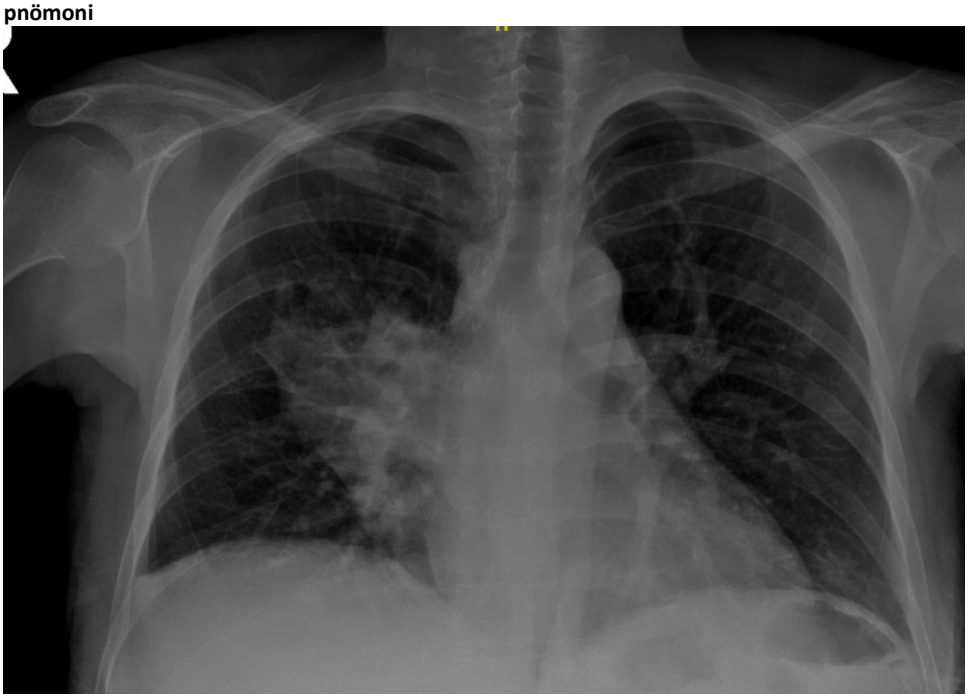
GEBELİK SIRASINDA BAŞLAYAN, POSTPARTUM TANI KONULAN HASTA

Ahmet Yurttaş, Ezgi Demirdöğen, ahmet Ursavaş, Necmiye Funda Çoskun, Mehmet Karadağ
Bursa uludağ üniversitesi

33 yaşında kadın hasta, 36 haftalık gebe, acil servisimize 38 dereceyi bulan ateş, öksürük ve balgam şikayetleri ile başvurdu. Şikayetleri 1 haftadır mevcuttu, antibiyotik kullanımına rağmen gerileme olmaması üzerine acil servise başvuran hasta pnömoni ön tanısı ile yatırıldı. Fizik muayenesinde genel durumu orta, TA:120/80 mmHg, ateş: 37,6 °C, oda havasında oksijen satürasyonu %94 idi. Hastamızın laboratuvar sonuçları Tablo I'de sunulmuştur. PA akciğer grafisinde sağ hiler yerleşimli orta ve alt zona uzanım gösteren heterojen dansite artımı mevcuttu (Şekil 1). Balgam kültürü, AARB ve mantar kültürü negatif sonuçlandı. Antibiyoterapi sonrasında semptomlarında azalma olan hasta tedavi ret ile kliniğimizden ayrıldı. Doğum sonrası 3. gününde şikayetlerinde belirgin artış olması üzerine tekrar kliniğimize başvuran hastanın çekilen toraks tomografisinde; sağ akciğer üst lobda özellikle anterior segmentte tanımlanan bulgular (pnömonik konsolidasyon? Konsolidasyona neden olan diğer hastalıklar?), mediastende multipl atipik görünümlü konglomere olmuş lenf nodları mevcuttu (Şekil 2). Bronkoskopi sırasında solda ve sağda tüm lob ve segment ağızları açık, ana karina dipten geniş izlendi. 7, 11R ve 10R'den TBNA alındı. Alınan örneklerin benign gelmesi üzerine hastanın boyunda ele gelen lenf nodlarına yönelik eksizyonel biyopsi yapıldı. Klasik Hodgkin Lenfoma (Nodüler Sklerozan Tip, Grade 2, Sinsityal Varyant) şeklinde sonuçlanması üzerine hasta Hematoloji Kliniğine devredilip tedavisine başlanıldı. Olgumuza gebelik nedeniyle tanı zorluğu yaşadığımız için sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Pnömoni, Klasik Hodgkin Lenfoma

pnömoni



hastamız gebe pnömoni

toraks bt si

postpartum bilgisayarlı tomografisi

kan sonuçları

WBC	20600
CRP	9,8
Hemoglobin	9,6
Platellet	654000
Üre	15
Kreatinin	0,54
AST	19
ALT	18

kan sonuçları

EP-295

LÖSEMİ HASTASINDA İNVAZİV PULMONER ASPERGİLLOZİS

Seyda Eyi[1], Bilkay Serez[1], Elif Gülsüm Ümit[2]
[1]Trakya Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne
[2]Trakya Üniversitesi, İç hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Edirne

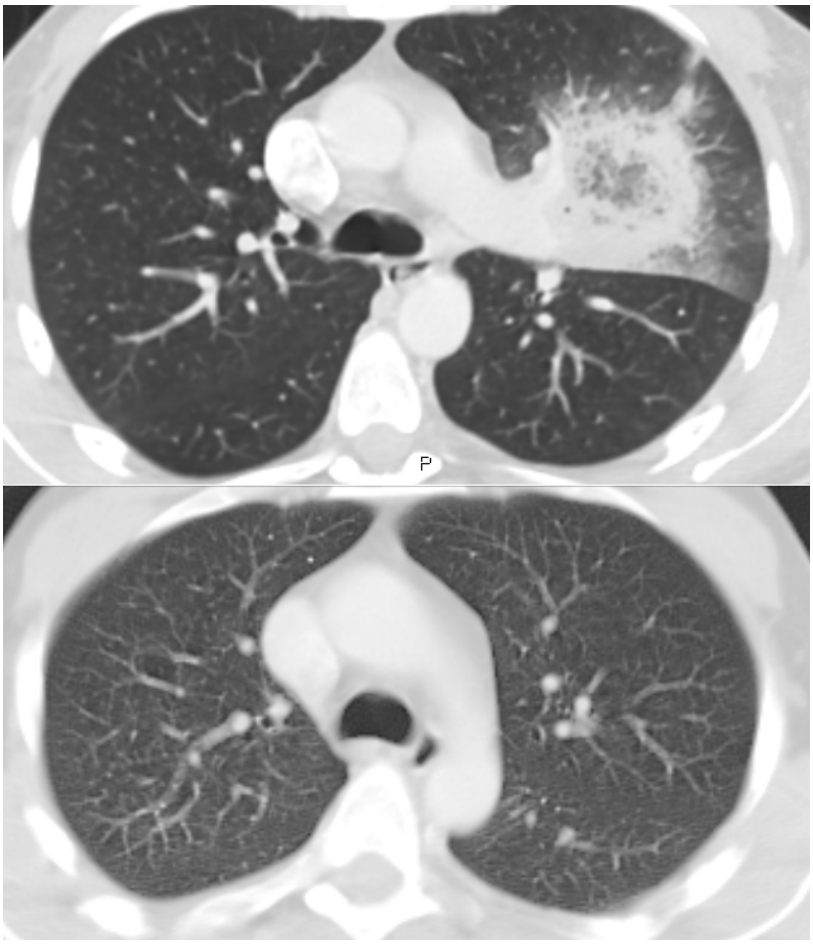
GİRİŞ:Akciğer komplikasyonları bağışıklığı baskılanmış olgular için çok önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Erken tanı ve tedavisi gerekir.Mortalite oranı altta yatan hastalığa, gelişen komplikasyonun türüne ve infeksiyonlarda infeksiyon etkenine göre değişmekle birlikte çok yüksektir. Altta yatan hastalığın ciddiyeti ve tanı koymadaki güçlükler nedeni ile bu hastalara erken ampirik tedavi başlanması gerekmektedir.Özellikle yüksek riskli hastalarda (hematolojik maligniteli, allogeneik hematopoetik kök hücre alıcıları, akciğer nakli alıcıları ve derin nötropenik olgular) en önemli mantar pnömonisi nedeni Aspergillus'tur. Bu olgularda yüksek mortalite ve invazif girişimlerin güçlüğü nedeniyle, doku invazyonu gösterilmese bile, solunum sekresyonlarında Aspergillus saptanması tedavi endikasyonu olarak kabul edilebilir; buna karşılık, Aspergillus saptanmaması tanıyı reddettirmez.

OLGU SUNUMU:33 yaş erkek hasta kemik iliği biyopsisi ile B-ALL tanısı almış 1.kür kemoterapisi verilmiştir. Tanı anından itibaren nötrofil sayısı<100 olan hastada bağışıklığı baskılanmış hasta algoritmasına ve kültür sonuçlarına uygun (Meropenem, Siprofloksasin, Linezolid, Flukonazol) tedavisi verilmiştir. Uygun tedavi altında ateş yüksekliği olması üzerine akciğer tomografisi çekildi. gross infiltrasyon izlenmemesine rağmen ampirik antifungal ajan (kaspofungın) başlandı.2. kür KT sonrası uygun antibiyoterapi tedavisi altında ateş yüksekliği olan hastaya tomografi tekrarlandı. Gross infiltrasyon izlenmemesine rağmen bronkoskopi yapılarak antifungal tedaviye vorikonazol ile devam edildi.2 hafta sonra kontrol tomografide sol akciğer üst lobta yaklaşık 5.5 cm çapında, periferal halo içeren, buzlu cam dansitesinde infiltrasyon raporlandı; anjioinvaziv aspergillozis başta olmak üzere fırsatçı fungal enfeksiyon lehine değerlendirildi. Vorikonazol tedavisi altında fırsatçı fungal enfeksiyon ilerlemesi üzerine tedaviye Amfoterisin B eklendi.Multidisipliner konseyde değerlendirilen, hastalığı remisyonda olmadığı için KT verilmesi gereken hastada mevcut enfeksiyon devam ettiği takdirde KT verilemeceğinden lobektomi planlandı. hastaya sol üst lobektomi yapıldı. Başarıyla ekstrene edildi.Postop 10. Günde ateş yüksekliği ile gelen hastada hepatotoksisite nedeniyle Vorikonazol tedavisi kesilerek Amfoterisin B başlandı. Mevcut antibiyotik ve antifungal td altında akciğer enfeksiyonu progresyonu ve solunum yetmezliği gelişmesi üzerine hasta yoğun bakın ünitesine(ybü) alınmış ybü takibi sırasında hasta vefat etmiştir.

SONUÇ :Biz bu vakamızda immünsüpresif hastada gelişen fırsatçı mantar enfeskiyonunun tedavi başarısının;uygun ampirik antifungal tedavi ve cerrahi rezeksiyon gibi invaziv girişimlere rağmen, hastalığın kendi prognozunun ve diğer komlikasyonlarının kontrolüyle ilişkili olduğunu vurgulamak istedik.

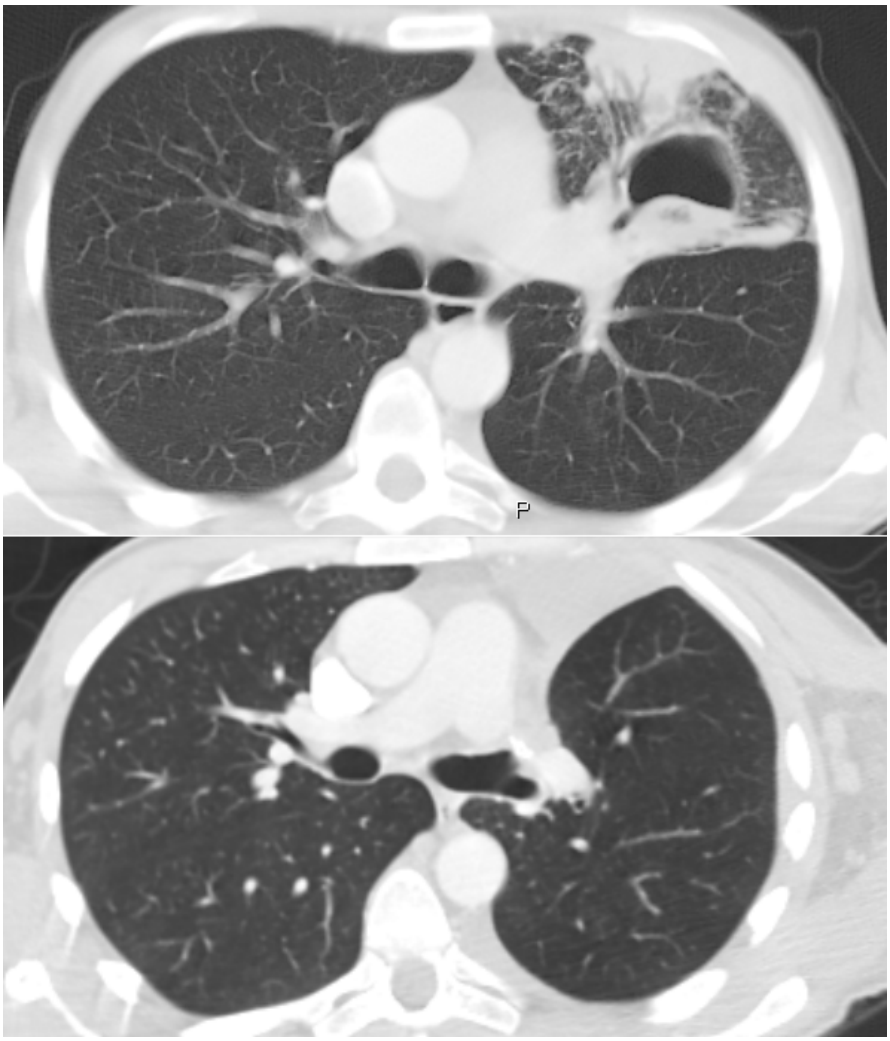
Anahtar Kelimeler: Aspergillozis, immünsüpresyon, nötropeni

Resim 1



Antifungal tedavi altında progresyon

Resim 2



Sol üst lobtaki kavite ve postop görünümü

EP-296

KİSTİK FİBROSİS GİBİ PRESENTE OLAN YAYGIN DEĞİŞKEN İMMÜN YETERSİZLİKLİ OLGU

Yasemin Ateş, Turhan Ece
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

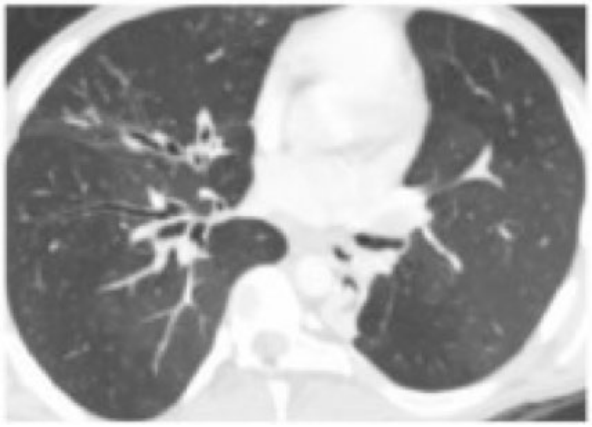
GİRİŞ: Yaygın değişken immün yetersizlik (YDİY), erişkinlerde en sık görülen semptomatik primer immün yetmezlik bozukluğudur. Hipogammaglobulinemi ve antikora karşı zayıf yanıt ile karakterizedir. Bu hastalığın heterojen klinik tabloları arasında, tekrarlayan enfeksiyonlar, kronik akciğer hastalığı, otoimmün hastalıklar, gastrointestinal hastalık ve lenfomaya yatkınlık sayılabilir. Burada, kistik fibrosis gibi prezente olan yaygın değişken immün yetersizlikli olgu sunuldu.

OLGU: Yirmi dört yaşında erkek hasta öksürük ve balgam çıkarma şikayeti ile başvurdu. Sigara kullanmamıştı. Fizik muayenede gelişme geriliği, parmaklarda çomaklaşma, bronşektatik raller ve splenomegali saptandı. Öyküsünde çocukluk çağından itibaren tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu ve diyare atakları olduğu öğrenildi. Üst gastrointestinal sistem pasaj grafisinde submukozal nodüler lezyonlar izlenmiş ve diyare şikayeti tedavisiz gerilemiş. Hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) mediastinal adenopati, yaygın bronşektazi izlendi (resim 1-2). Bronkoskopi yapıldı; bronş lavajı yayma ve kültürleri negatif idi. Ter testi normal olduğu için kistik fibrozis tanısı doğrulanmadı. Laboratuvar bulgularında lökosit sayısı normaldi (6499 / mm3). C reaktif protein seviyesi 44mg / L idi. (0-5mg/L). Protein elektroforezinde hipogamaglobulinemi ve serum immünoglobulin G, A ve M düzeyleri belirgin olarak düşüktü. İmmün fenotipleme hem T hem de B lenfosit disfonksiyonu saptandı. Mevcut bulgular değerlendirildiğinde YDİY tanısı konuldu. Ayda bir kez 500 mg / kg dozunda intravenöz immünoglobulin (IVIG) tedavisi uygulandı. Bu tedavi ile takipte, enfeksiyon ataklarının sıklığı ve şiddetinin belirgin olarak azaldığı izlendi.

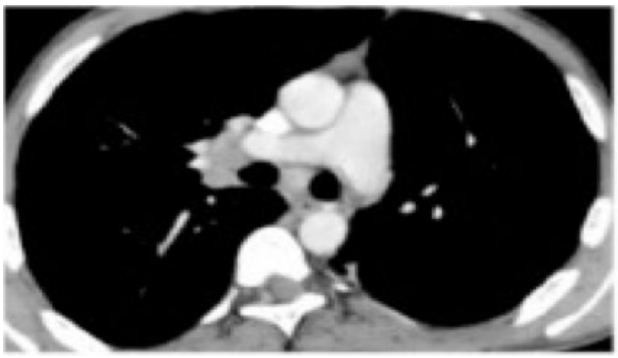
SONUÇ: Tekrarlayan düşük solunum yolu enfeksiyonu ve / veya diffüz bronşektazisi olan genç bir yetişkinlerde YDİY akılda tutulmalıdır. YDİY'in teşhisi prognozu iyileştirebilir ve morbiditeyi önemli ölçüde önleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaygın değişken immün yetersizlik, IVIG, bronşektazi

Resim 1



Resim 2



EP-297

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE SAĞLIK HİZMETİ İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYON ETKENLERİ VE ANTİBİYOTİK DİRENÇ ORANLARI

Güneş Şenol[1], Sultan Kaftan[1], Yücel Aksu[1], Fatma Şahan[1], Özlem Ediboğlu[2], Cenk Kıraklı[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Ekibi
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi

AMAÇ: Yoğun Bakım Ünitelerinde (YBÜ) gelişen enfeksiyonlar genellikle çoklu antibiyotik direnci içeren etkenlerle oluşmaktadır. Bu nedenle tedavileri zordur. Sağaltım başarıları düşüktür. Birimdeki endemik etken türlerinin ve antibiyotik direnç oranlarının bilinmesi ampirik olarak uygun antibiyotiğin geç kalınmadan başlanmasını sağlar. Bu çalışmada YBÜ'mizdeki sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon etkenlerini ve antibiyotik dirençlerini incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Hastanemiz dahili yoğun bakımı 24 yataklı bir üçüncü basamak YBÜ'dir. YBÜ'nde 2016 ile 2018 yılı ilk altı ayı arasında yatan hastalarda saptanan sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlarda saptanan etkenler, enfeksiyon kontrol komitesi ve infline sistemi kayıtları taranarak yıllık bazda analiz edilmiştir. Enfeksiyon hızlarımız "Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı" yıllık raporunda hastanemizin ait olduğu kategorideki verilen ortalama hız ile karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: Etken dağılımı tabloda görülmektedir. Diğer yıllara oranla 2018 yılında *K. pneumonia* ve *E. coli*'nin diğer izolatlardan daha sık izole edildiği görülmektedir. Genişletilmiş spektrumlu beta laktamaz (GSBL) üreten kökenler 2016, 2017 ve 2018 yıllarında sırasıyla %74, %40 ve %76 olarak gözlenmiştir. Karbapenem direnci ise %58, %64 ve %72 gibi yükselen bir oranda izlenmektedir. Kolistin direnci ve vankomisin dirençli enterokok (VRE) saptanmamıştır. Üç yıllık süre içinde bir metisilin dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA) kökeni izole edilmiştir.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Yükselen karbapenem direncine karşı önlem almak gerekmektedir. Karbapenem tüketimini azaltacak çalışmalar yapılması ve karbapenem dirençli etkenlerin neden olduğu enfeksiyonlarında izolasyon önlemlerine dikkat edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Genişletilmiş spektrumlu beta laktamaz, kolistin direnci, MRSA, VRE

Yoğun Bakım Enfeksiyonlarından izole edilen etkenlerinin sayı ve oranları

Etkenler	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 ilk altı ay n (%)
{Acinetobacter baumannii}	17 (26)	22 (34)	5 (13)
{Klebsiella pneumoniae}	12 (19)	10 (16)	14 (37)
Koagülaz-negatif stafilokok	10 (16)	6 (9)	0
{Pseudomonas aeruginosa}	9 (14)	5 (8)	3 (8)
{Escherichia coli}	7 (11)	5 (8)	6 (16)
{Enterobacter cloacae}	2 (3)	0	3 (8)
{Enterococcus faecium}	2 (3)	1 (2)	0
{Enterococcus faecalis}	0	1 (2)	0
{Staphylococcus aureus}	0	3 (5)	1 (3)
Diğer	5 (8)	11 (16)	6 (15)
Toplam	64	64	38

EP-298

ATİPİK MİKOBAKTERİ VE AKCİĞER KANSERİ BİRLİKTELİĞİ

Barış Demirkol, Efsun Gonca Uğur Chousein, Elif Tanrıverdi, Burcu Babaoğlu, Halit Çınarka, Erdoğan Çetinkaya
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ:Akciğer kanseri dünya üzerinde artan bir sıklığa ve mortaliteye sahiptir. Akciğer karsinomu sıklığında görülen artışa benzer şekilde, son yıllarda atipik (non tüberküloz) mikobakterilere bağlı kronik akciğer enfeksiyonlarında da artış saptanmaktadır. Atipik mikobakteriler doğada bulunan, ancak bağışıklığı baskılanmış bireylerde hastalık etkeni olarak izole edilebilen organizmalardır. Dolayısı ile her iki durumun birlikte olma olasılığının da artması beklenmelidir.Malignite ön tanısı ile tetkik ettiğimiz hastamızda eş zamanlı saptadığımız akciğer karsinomu ve atipik mikobakteri enfeksiyonu; bizi iki hastalığın bir arada bulanabileceğini akılda tutmamız konusunda hatırlatma yapmaya yönlendirdi.

OLGU:Olgumuz acilimize nefes darlığı ve öksürük ile başvuran, ek hastalığı olmayan, aktif sigara içici, 59 yaşında bir erkek hastaydı. Toraks BT'sinde sol akciğer üst lobda nodüler lezyonlar, çeper kalınlığı değişken kaviter lezyonlar ve yer yer dağınık infiltrasyonlar yine alt lobda geniş tabanıyla subplevral yerleşimli, üçgenimsi şekilli opasite izlenmekteydi (Resim 1).Yapılan bronkoskopisinde sol ana bronş girişine 2-3 cm mesafede posterior duvarı saran, beyaz renkli plakların distale doğru sol ana bronşu bronkospun geçmesine izin vermeyecek şekilde oblitere ettiği görüldü (Resim 2). Sol ana bronştan mukoza biyopsileri ve lavaj alındı. Mukoza biyopsi sonucu skuamöz hücreli akciğer karsinomu olarak raporlandı, lavaj sıvısının mikobakteri-PCR çalışmasında atipik mikobakteri (mycobacterium kansasii) saptandı.Hastamız onkolojik tedavi için değerlendirildi. Atipik mikobakteri tedavi rejimi oluşturabilmek amaçlı ilaç duyarılılık testi sonucunun beklenmesine karar verildi.

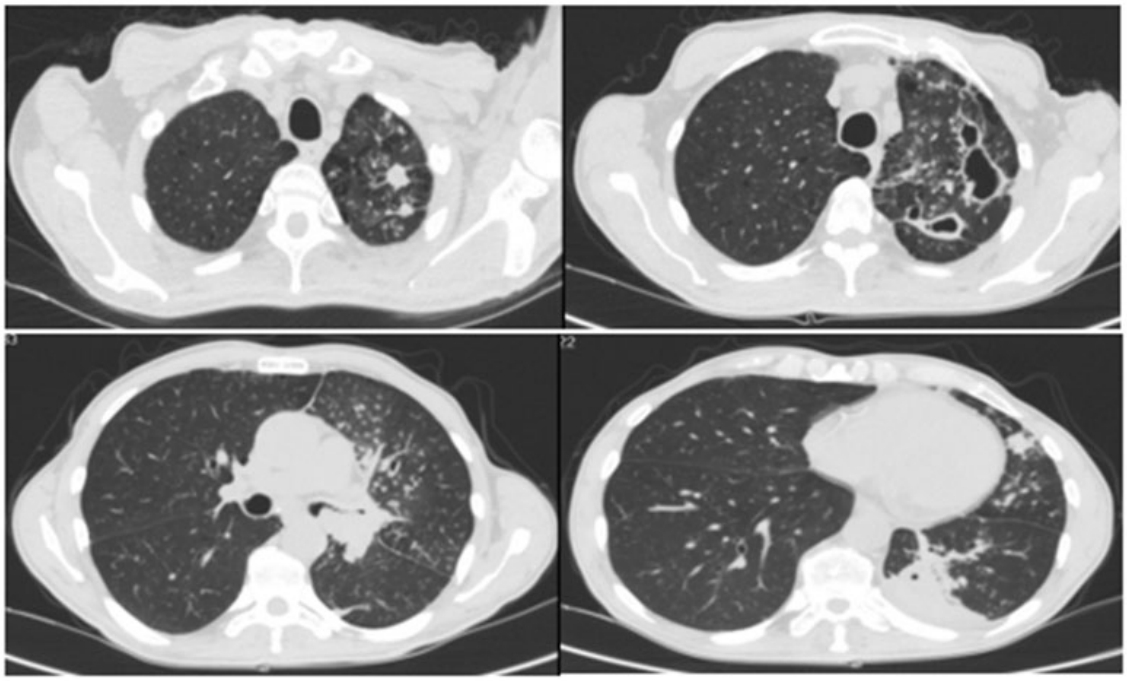
SONUÇ:Malignite ön tanılı hastalarımızı tetkik ederken, hastaya tek bir perspektiften bakmayıp, atşipik mikobakteri enfeksiyonları gibi kronik enfeksiyonları da göz ardı etmememiz gerektiğini unutmamalı, tanısal tetkiklerimizi planlarken bu yönde hareket etmeliyiz.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, Atipik mikobakteri, mycobacterium kansasii

Bronkoskopik Görüntü

Bronkoskopi: Sol ana bronş girişine 2-3 cm mesafede posterior duvarı saran, beyaz renkli plakların distale doğru sol ana bronşu bronkospun geçmesine izin vermeyecek şekilde oblitere ettiği görüldü.

Tomografi Kesitleri



Toraks BT: Sol akciğer üst lobda nodüler lezyonlar, çeper kalınlığı değişken kaviter lezyonlar ve yer yer dağınık infiltrasyonlar yine alt lobda geniş tabanıyla subplevral yerleşimli, üçgenimsi şekilli opasite.

EP-299

AKCİĞER ABSESİ İLE TAKİP EDİLEN HASTADA İKİNCİL BEYİN ABSESİ OLGUSU

Özlem Ataoğlu, Pınar Yıldız Gülhan, Mehmet Fatih Elverişli, Ege Güleç Balbay
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

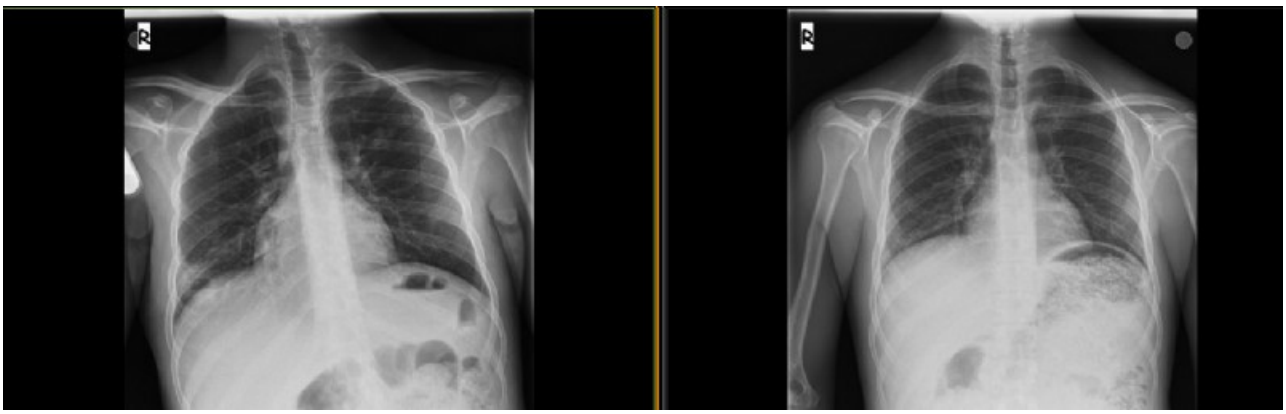
GİRİŞ:Akciğer absesi, akciğer parankiminde değişik etyolojik nedenlerle ve patolojik süreçler sonucunda oluşan, nekroz ve süpürasyonla karakterli ve fibröz doku reaksiyonu ile sınırlı patolojik bir oluşumdur. Antibiyotik tedavi uygulamaları ile birlikte sıklığı azalmasına rağmen yaşlılarda, malnütrisyonda, genel durumu kötü ve bağışıklığı baskılanmış hastalarda prognoz iyi değildir. Ateş kusma şikayeti ile başvuran down sendromlu akciğer ve beyin absesi olan olguyu sunduk.

OLGU:Bilinen down sendromu ve diyabet tanısı olan 24 yaşında erkek hasta. Dış merkezde akciğer absesi nedeniyle 4 gün sulbaktam ampisid, 8 gün piperasilin tazobaktam tedavisi almış. Ateşi ve bulantısının devam etmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi. Hastanın posteroanterior akciğer (PA AC) grafisinde sağ akciğer diyafram üstünde kavite ile uyumlu görünüm mevcuttu. (Resim 1). Çekilen Toraks bilgisayarlı tomografisinde; sağ alt lob laterobazal segmentte 3.2x1.2 cm boyutlarda konsolide alan ve içerisinde 1x0.5 cm boyutlarda bronşa da açıldığı düşünülen kaviter görünüm izlendi; abse lehine yorumlandı. Hasta yatışında antibiyoterapi açısından enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Dış merkezde toplam 12 gün antibiyoterapi alan genel durumu iyi olan hastaya kültürlerinin alınması ve piperasilin tazobaktam devamı önerildi. Balgam veremeyen hastaya ateşinin devam etmesi üzerine bronkoskopi yapıldı. Alınan bronş lavaj kültüründe üreme olmadı. Kontrol PA AC grafisinde regresyon izlendi (Resim 1). Piperasilin tazobaktam tedavisinin 16.günde ateşinin devam etmesi üzerine hastaya imipenem tedavisi başlandı. Genel durumu iyi olan ancak baş ağrısı ve kusma şikayeti devam eden hasta nörolojiye danışıldı. Beyin MR çekildi; parietooksipital bileşke düzeyinde tariflenen yer kaplayıcı lezyon çeperinde ince,düzenli kontrast tutulumu olan görünüm serebral apse olarak raporlandı (Resim 2). Beyin absesi de olması üzerine imipenem stoplanıp meropeneme geçildi. Beyin cerrahisi tarafından operasyon planlandı. Hasta opere edildi. Biyopsi sonucu likefaksiyon nekrozu gösteren serebruma ait dokular şeklinde sonuçlandı. Cerrahi operasyon sonrası ateşi olmadı ve bulantı, kusma şikayeti kayboldu.

SONUÇ:Akciğer absesi nedeniyle antibiyoterapi başlanan, akciğer grafisinde düzelme olan ancak ateş kusması devam eden hastanın beyninde de abse saptanmıştır. Özellikle altta yatan ek hastalığı olan hastalarda akciğer absesine ek olarak olabilecek abse odakları açısından dikkatli olunmalıdır.

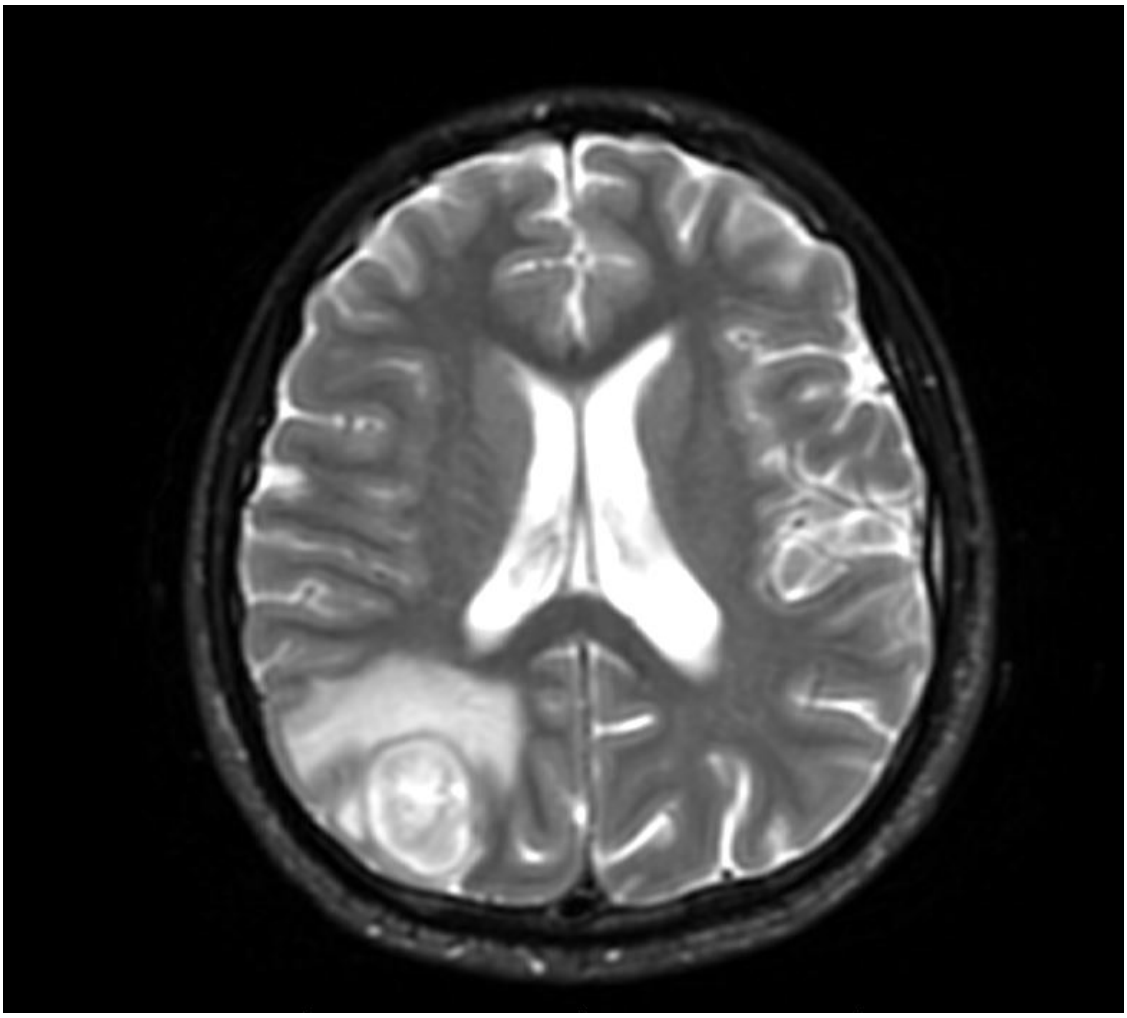
Anahtar Kelimeler: Abse, baş ağrısı, down sendromu,

resim 1



Olgunun yatış ve kontrol PA AC grafisi

Resim 2



Olgunun parietooksipital bölgedeki abse görünümü

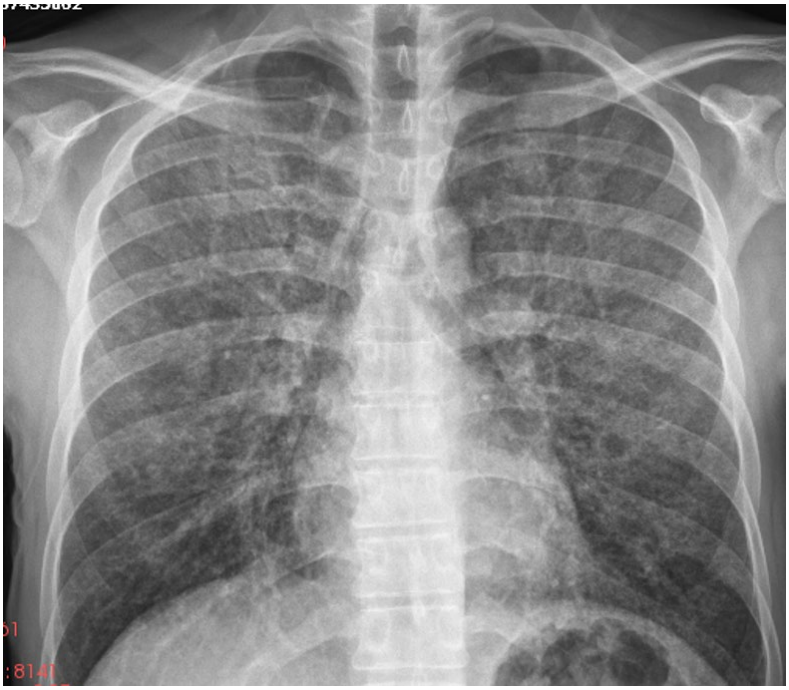
EP-300

SOLUNUM YETMEZLİĞİNE NEDEN OLAN RHİNOVİRÜS VE PNEUMOCYSTİS JİROVECİ PNÖMONİSİ BİRLİKTELİĞİ

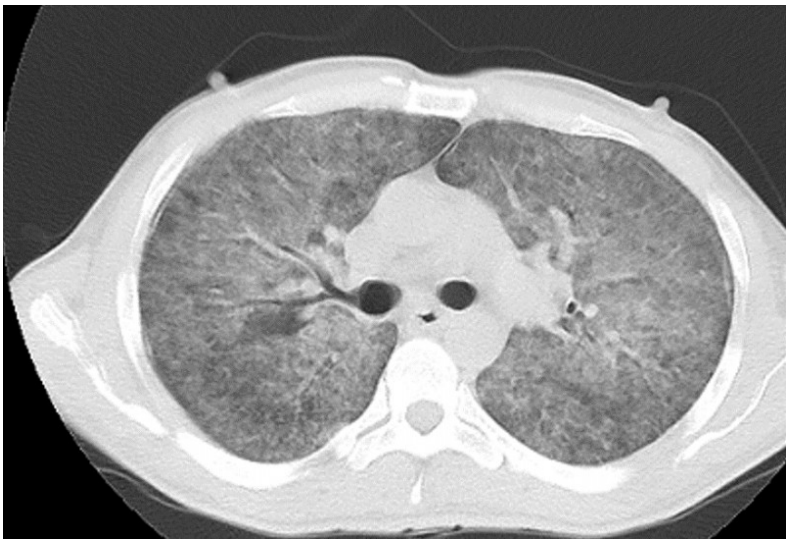
Nevin Taci Hoca
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Rhinovirus enfeksiyonu, asemptomatik olabileceği gibi ciddi alt solunum yolu enfeksiyonuna yol açabilecek kadar geniş bir klinik spektrumda karşımıza çıkabilir. Hastaların %30'unda diğer bakteriyel enfeksiyonlarla birlikte görülebildiği bildirilmektedir. Pneumocystis Jiroveci Pnömonisi (PJP) özellikle immünsüpresif hastalarda ciddi solunum yetmezliğine neden olmaktadır. Erken dönemde PJP'nin klinik olarak düşünülmesi, uygun örnekleme ve uygun yöntemler ile etkenin araştırılması hayat kurtarıcı olmaktadır. Solunum yetmezliği nedeni ile başvuran olguda Rhinovirus ve PJP birlikteliğinin görülmesi ve takibinde edinsel immun yetmezlik sendromu saptanması nedeniyle bu olgu sunulmuştur.
41 yaşında erkek hasta, iki aydır olan gittikçe artan nefes darlığı ve öksürük yakınması ile acil servise başvurdu. Son iki haftada üç kez dış merkezde bir hastaneye başvuran hastaya amoksisilin klavulonik asit ve salbutamol tedavisi verilmiş. Yakınmalarının artması ve solunum yetmezliğinin gelişmesi üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT); bilateral yaygın buzlu cam görünümü olması nedeniyle hastanemize sevk edilmiş. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yok. Fizik muayenesinde; kan basıncı:110/70mmHG, ateş:38.3 0C, nabız:115/dk, solunum sayısı:24/dk idi. Her iki hemitoraksta inspiryumda raller duyuldu. Pulse oksimetre ile bakılan oksijen satürasyonu %76 idi. Akciğer grafisinde; bilateral yaygın buzlu cam görünümü izlendi (Resim1). Rutin laboratuvar tetkiklerinde patolojik olarak; CRP: 2.35 mg/dL, sedimantasyon: 59mm/h, hemoglobin: 11.7g/dL, platelet: 455.000/µL, albümin: 2.8g/dL, LDH: 643U/L olarak saptandı. EKG'de sinüzal taşikardi mevcuttu. Arteriyal kan gazında: Ph:7.47, PO2:%45, PCO2:%34, HCO3:23, SO2:% 74 idi. Hastaya nazal oksijen 6lt/dk, oseltamivir 2x75mg/gün ve levofloksasin 2x500mg/gün tedavisi başlanarak hospitalize edildi. Hastanın balgam PCR incelemesinde Rhinovirus tespit edildi. Toraks BT'de; bilateral yaygın buzlu cam görünümü olması (Resim 2) ve LDH yüksekliği nedeniyle PJP olabileceği düşünülerek balgam PCR inlemesi yapıldı ve Pneumocystis Jiroveci pozitifliği saptandı. Oseltamivir ve levofloksasin tedavisi kesilip, parenteral 20 mg/kg/gün trimetoprim ve 100 mg/kg/gün sülfametaksazol ile 60mg/gün prednol tedavisi başlandı. Takiplerinde oksijen satürasyonu %94'e yükseldi. PJP saptanması üzerine bakılan HIV pozitif tespit edildi. Edinsel immun yetmezlik sendromu saptanması nedeniyle hasta intaniye bölümüne sevk edildi.Sonuç olarak; solunum yetmezliği ile başvuran ve bilateral yaygın buzlu cam görünümü olan hastalarda viral etkenler ile beraber diğer mikrooganizmaların miks enfeksiyona yol açabileceği unutulmamalıdır. Bilateral yaygın buzlu cam görünümünün ayırıcı tanısında PJP düşünülerek, erken dönemde etkenin tespit ve tedavi edilmesi hayat kurtarıcı olması nedeniyle önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Pneumocyctis jiroveci pnömonisi, Buzlu cam görünümü, Solunum yetmezliği, Rhinovirüs



Bilateral yaygın buzlu cam görünümü



Her iki akciğerde yaygın buzlu cam görünümü

EP-301

ANİ GELİŞEN DİSPNE ETYOLOJİSİNDE NEGATİF BASINÇLI PULMONER ÖDEM

Fadime Sultan Albez, Elif Yılmazel Uçar
Atatürk Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzurum

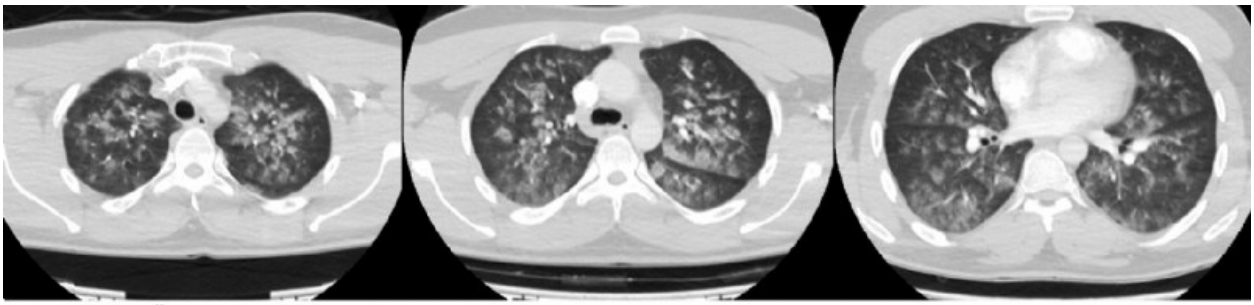
Negatif basınçlı pulmoner ödem (NBPÖ) veya postobstrüktif pulmoner ödem (POPÖ),üst hava yolu obstrüksiyonu sonrası gelişen ve potansiyel hayati tehlike yaratan nonkardiyojenik bir pulmoner ödemdir. Etyolojide en sık laringospazm, epiglottit, krup, yabancı cisim aspirasyonu gibi akut obstruktif sebepler ya da mevcut kısmi obstrüksiyonun ameliyatla bertaraf edildiği adenoidektomi/tonsillektomi gibi operasyonlar sonrası gelişebildiği bildirilmiştir. Gelişiminde kapalı üst hava yoluna karşı zorlu inspiryum nedeniyle oluşan intratorasik negatif basınç sonucu, pulmoner kapillerlerden interstisyum ve alveollere sıvı geçişi sorumlu tutulmaktadır. Genel anestezi uygulanan tüm durumlar içinde NBPÖ gelişme riski ise %0,1'in altındadır. Bu klinik duruma dikkat çekmek amacıyla, infertilite tanısı Mikrocerrahi Epididimal Sperm Aspirasyonu (MESA) operasyonu sonrası NBPÖ tanısı ile takip ettiğimiz bir olgu sunumu hazırladık.Olgumuz yirmi sekiz yaşında bir erkek hastadır. İnfertilite polikliniğine başvurusunun ardından tüp bebek girişimi için olguya MESA planlanmış. Preoperatif tetkiklerinde kardiyopulmoner hastalık bulgusu olmayan hastaya, genel anestezi altında yapılan işlemin ardından postop 1. gününde Üroloji kliniğinde takipliyken gelişen öksürük, nefes darlığı şikayeti üzerine olgu tarafımıza konsülte edildi. oksijen satürasyonu (SaO2) %70, tansiyon arteriyel: 115/70 mmHg, Ateş: 36,5 ºC,nabız 115/dk, solunum sayısı: 28/dk idi. Dinlemekle bilateral yaygın inspirium sonu ince raller mevcuttu. Diğer sistem muayene bulgularında da patoloji saptanmadı. PaO2/FiO2 oranı: 247 saptandı.Postero-anterior (PA) akciğer grafisinde bilateral üst ve orta zonlarda daha belirgin yaygın heterojen dansite artışı (Resim 1b) izlendi. Elektrokardiyografi (EKG) normal sinüs ritminde olup, ekokardiyografik değerlendirme tamamen normaldi. Bilgisayarlı toraks tomografide (BT) Her iki akciğer üst- orta zonlarda daha belirgin olmak üzere alveolar dağılım gösteren komplet-inkomplet konsolidasyonlar izlendi. Görünüm ARDS paternine de uymaktaydı. (Resim 2). Anestezi esnasında zorlu inspiryum çabası öyküsü olduğu öğrenilen olgu NBPÖ? ön tanısı ile yoğun bakım kliniğimize devir alındı. Hipoksisi ve takipnesi dolayısıyla PEEP uygulamalı pozitif basınçlı mekanik ventilasyon, diüretik, steroid tedavisi uygulandı. Takibin ilk yirmidört saatinde klinikte belirgin düzelme ve radyolojik bulgularda regresyon gözlendi. Bu hızlı regresyon NBPÖ tanısını desteklemekteydi. Olgu takiplerinin ilk haftasında klinik, laboratuar ve radyolojik bulgularda tam düzelme ile taburcu edildi (Resim 1c).Nisbeten nadir görülen, ancak önemli bir morbidite sebebi olabilen bir patoloji olarak NBPÖ, üst hava yolu obstrüksiyonlarında gelişen ani dispne kliniğinde hatırlanması gereken önemli bir klinik antitedir.

Anahtar Kelimeler: negatif basınçlı, pulmoner ödem, genel anestezi

Resim 1

Resim 1 a: Olgunun operasyon önceki akciğer grafisi b: Negatif Basınçlı Pulmoner Ödem (NBPÖ) c: Olgunun tedavi sonrası akciğer grafisi

Resim 2



Resim 2: NBPÖ olgusunun bilgisayarlı tomografi kesitleri

EP-302

İNFEKTİF ENDOKARDİT SONUCU SEPTİK PULMONER EMBOLİ

Ayfer Utkusavaş[1], Serpil Öztürk[2], Mehmet Ertürk[3]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

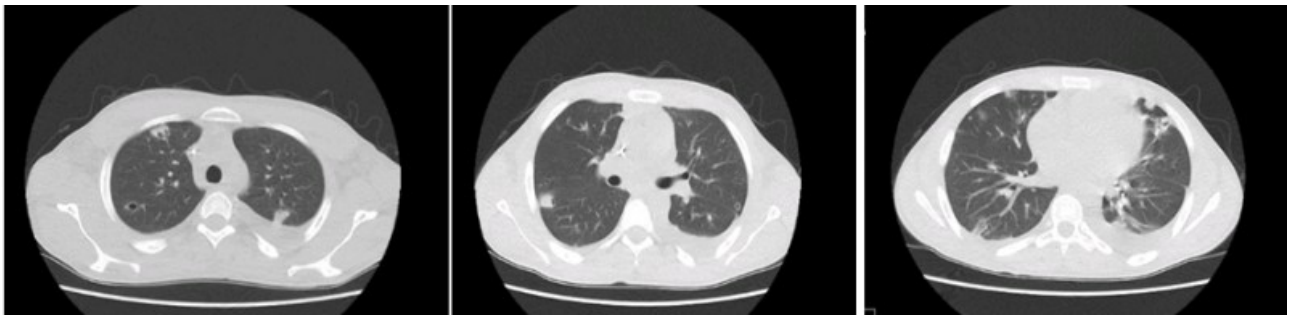
GİRİŞ: Semptom ve bulgular spesifik olmadığından Septik Pulmoner Emboli (SPE) tanısı zordur. En sık neden septik pelvik tromboflebit ve baş boyun enfeksiyonları iken son yıllarda intravenöz kateterlerin yaygın kullanımı ve intravenöz ilaç ve uyuşturucu kullanımının ve dolayısıyla sağ taraf infektif endokarditlerin artmasıyla SPE daha sık görülmektedir.Ateş yüksekliği, dispne, öksürük, plöretik göğüs ağrısı ve hemoptizi en sık semptomlardır, ekstrapulmoner aktif enfeksiyon odağı saptanabilir.Toraks tomografisinde periferde çoklu hava kistleri, küçük diffüz bronkopomoniyi taklit eden opasiteler, kama şeklinde opasiteler, iki taraflı nodüller ve nodüllerde kavitasyonlar görülebilir. Etken sıklıkla staphylococcus aureusdur.Ayırıcı tanıda tüberküloz, mantar - parazit- gram(-) enfeksiyonlar, metastatik lezyonlar, romatoid artrit, Wegener granulomatozisi düşünülmelidir.

OLGU: 24 yaşında erkek hasta yaklaşık 39 °C'ye ulaşa ateş, halsizlik ve kilo kaybı yakınmaları ile bir dış merkezde ayaktan ampirik antibiyotik tedavileri almış. Ancak şikayetleri gerilemediği için aynı merkezde yatarak izlenen hastanın yakınmalarına öksürük, balgam ve nefes darlığı eklenmiş. Transtorasik Ekokardiyografi (TTE) tetkikinde şüpheli vejetasyon görülen hasta infektif endokardit (İE) ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amacıyla merkezimize kabul edildi. Hepatit C taşıyıcısı ve 2 yıldır İV ilaç kullanımı (eroin) olduğu öğrenilen hastanın altta yatan başka bir hastalığı ya da operasyon öyküsü yoktu. Fizik muayenede mezokardiyak odakta 4/6 sistolik üfürüm, splenomegali ve sol bazalde solunum seslerinin duyulmadığı saptandı. Hastanın TTE ve Transözofageal Ekokardiyografi (TEE) incelemesinde doğal mitral kapakta 4x5 mm ve triküspit kapakta7x6 mm boyutlarında vejetasyon tespit edildi. Toraks BT'de bilateral, bazıları kaviter karakterde çok sayıda nodüller, solda plevral efüzyon olduğu raporlandı. Balgam kültürü ve iki kan kültüründe Metisilin duyarlı S.aureus üremesi oldu. Doğal kapak endokarditi tanısı ile başlanmış olan ampirik Ampisilin sulbaktam 4x3 gr flk iv+Gentamisin 3x80 mg flk iv tedavisi kültür sonuçlarına göre modifiye edildi ve septik akciğer embolisi tanısı da alan hastaya Sefazolin 3x2 gr flk iv başlandı. Kardiyovasküler cerrahi tarafından opere edilen, doku kültürü(vejetasyon) negatif gelen hastanın tedavisine postoperatif iki hafta daha devam edildi. Kontrol kan kültürlerinde üreme olmadı. Klinik ve radyolojik olarak belirgin iyileşme saptanan hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Predispozan risk faktörlerinin olması, ateş, radyolojik bulgular SPE tanısını koymak için oldukça yardımcıdır. Erken tanı ve uygun antimikrobiyal tedavi ile potansiyel komplikasyonların gelişmesi engellenebilir ve tam iyileşme sağlanabilir.

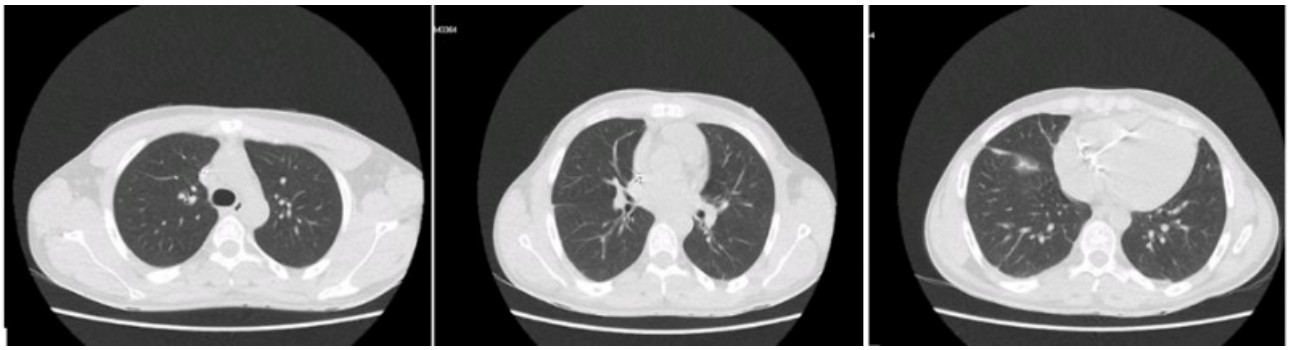
Anahtar Kelimeler: ateş, infektif endokardit, septik pulmoner emboli

1



Tedavi öncesi

2



Tedavi sonrası

EP-303

HEPATOPULMONER SENDROM: GENÇ ERKEK HASTADA HİPOKSEMİ VE ÇOMAK PARMAĞIN NADİR BİR NEDENİ

Ümran Özden Sertçelik, Elif Babaoğlu, Sevinç Sarınç Ulaşlı, Deniz Köksal
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

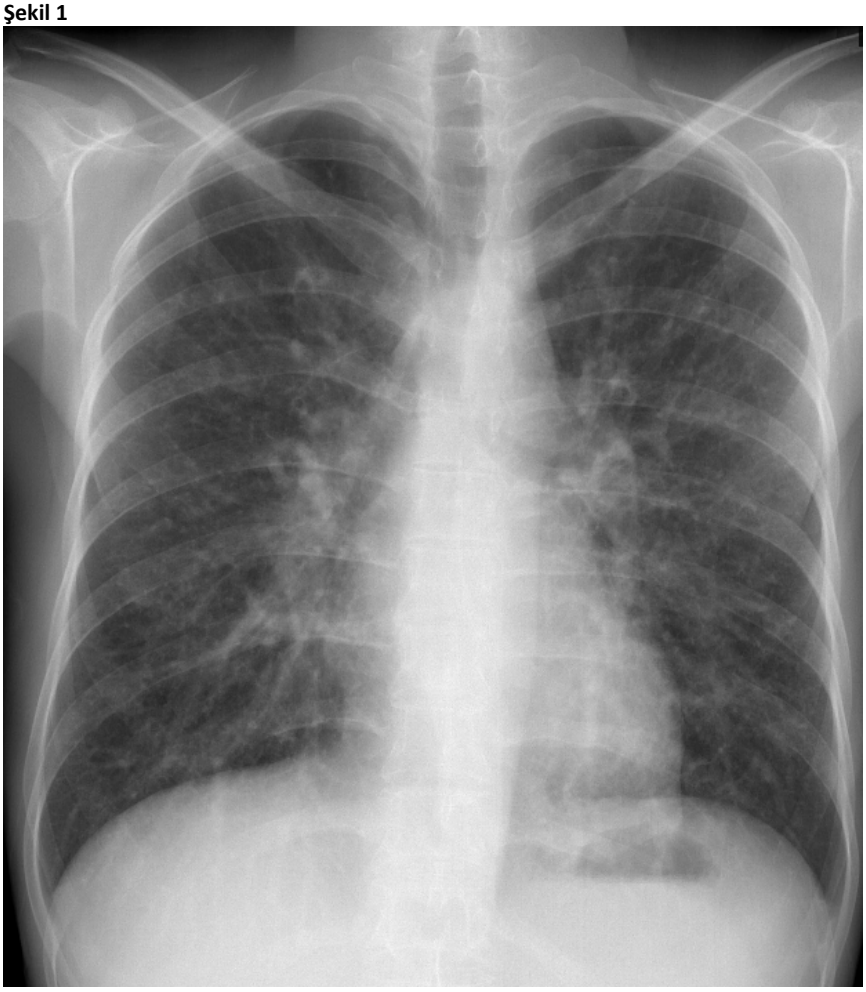
GİRİŞ: Hepatopulmoner sendrom (HPS); portal hipertansiyon, pulmoner gaz değişiminde bozulma (arteryel hipoksemi, alveoloarteriyel gradientte artış) ve intrapulmoner vasküler dilatasyonlarla seyreden klinik bir durumdur. Dispne, siyanoz, platipne ve ortodeoksi gibi solunumsal belirtiler ve parmaklarda çomaklaşma görülebilir.

OLGU: Son 5 yıldır çeşitli hastanelerde nefes darlığı, morarma ve parmaklarda çomaklaşma nedeniyle tetkik edilen ve kronik solunum yetmezliği için evde uzun süreli oksijen tedavisi önerilen hasta ileri değerlendirme için hastanemize başvurdu. Önceki medikal öyküsünde kistik fibrozis ve bronşektazi açısından araştırılmış ancak tanı konulamamıştı. Sigara ve alkol kullanım öyküsü yoktu. Hastanın fizik muayenesinde parmaklarda çomaklaşma ve siyanoz olduğu gözlendi. Oskültasyonda solunum sesleri doğaldı. Nazal oksijen desteği (2 lt/dak) ile pulse oksijen saturasyonu %96 bulundu. Hastanın tam kan sayımında lökopeni, trombositopeni saptandı. Kan biyokimyası normaldi. Hepatit belirleyicileri negatif bulundu. Hastanın PA akciğer grafisinde her iki akciğer alanında bronkovasküler izler belirgin, retikülonodüler infiltrasyon görünümleri vardı (Şekil 1). Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BT) intrapulmoner vasküler yapılarda belirgin dilatasyon izlendi. Bronşektazi veya interstisyel akciğer hastalığı ile uyumlu bulgu saptanmadı (Şekil 2). Transtorasik ve transözofagial ekokardiyografide intrakardiyak şanta neden olabilecek patoloji saptanmadı. Sağ kalp kataterizasyonunda ortalama pulmoner arter basıncı 16 mmHg idi. Akciğer perfüzyon sintigrafisinde sağdan sola şant olduğu görüldü. Mevcut bulgularla HPS düşünülen hastada ortodeoksi araştırıldı. Oda havasında yatarak ve ayakta ölçülen pulse oksijen saturasyonu sırasıyla %89 ve %80'di. Daha önce abdominal ultrason bulguları normal olarak değerlendirilen hasta kronik karaciğer hastalığı açısından Gastroenteroloji bölümüne konsülte edildi. Abdomen BT çekildi. Kronik karaciğer parankim hastalığı ile uyumlu olarak, karaciğer parankiminde kabalaşma, splenomegali, portal ve splenik vende dilatasyon saptandı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde ösefageal varisler görüldü. Hastaya karaciğer biyopsisi yapıldı. Histopatolojik değerlendirmede karaciğer portal alanlarında fibröz genişleme ve kısa septalarda düzensizleşme ve yine portal alanlarda minimal şiddette lenfositer iltihabı ve güve yeniği nekrozu izlendi. Ayırıcı tanıda otoimmün hepatit düşünülebileceği belirtildi.

SONUÇ: HPS sıklıkla kronik karaciğer hastalığı olan hastalarda karaciğer yetmezliğinin ileri dönemlerinde görülebilen klinik tablodur. Bu hastada hastanın ilk prezentasyonu HPS şeklinde olmuştur. Hipoksemi ve çomak parmağın nadir bir nedeni olarak HPS akılda tutulmalıdır. Toraks BT'de görülen intrapulmoner vasküler dilatasyonlar önemli bir ipucu olabilir.

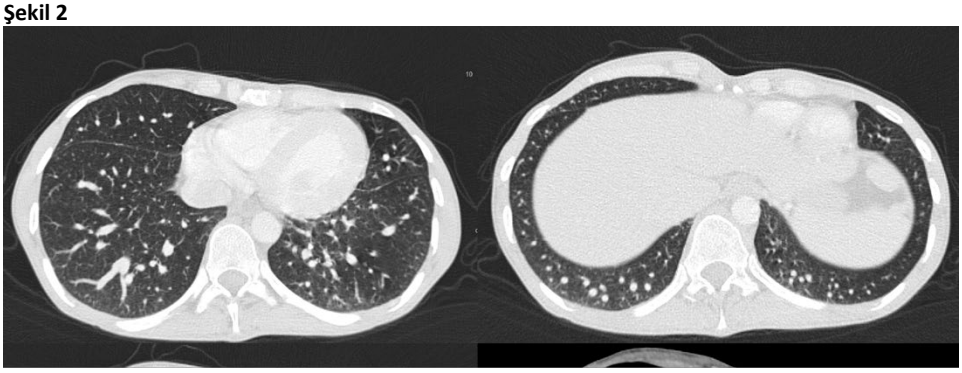
Anahtar Kelimeler: Hipoksemi, Çomak Parmak, Kronik Karaciğer Hastalığı

Şekil 1



PA akciğer grafisinde her iki akciğer alanında bronkovasküler izlerde belirginleşme, retikülonodüler infiltrasyon görünümleri

Şekil 2



Bilgisayarlı toraks tomografisi kesitlerinde intrapulmoner vasküler dilatasyonlar

EP-304

KONYA'DA İKİNCİ BASAMAK BİR DEVLET HASTANESİNİN GÖĞÜS CERRAHİSİ POLİKLİNİĞİNE KİMLER BAŞVURUR?

Tuba Şahinoğlu, Hüseyin Yıldıran
Konya Numune Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya

GİRİŞ:Göğüs cerrahisi toraks patolojileri ile ilgilenen, toraks travmaları ve cerrahi hastalıklarının tanı, tedavi ve takiplerini yapan bölümdür. Bu çalışmamızda polikliniğimize başvuran elektif hasta profillerini; hastaların başvuru şekilleri, başvuru nedenleri ve demografik özelliklerini irdeleyerek değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM:1 Haziran 2018 –31 Temmuz 2018 tarihleri arasında Konya Numune Hastanesi göğüs cerrahisi polikilinik günlerinde kliniğe başvuran 106 hasta incelendi. Acil başvuruları ve hastane içi konsültasyonlar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar hastaneye geliş şekilleri, yakınmaları, anamnezleri, verilen ve önerilen tedavi yöntemlerine göre gruplandırılarak incelendi. Bütün hastalarda direk akciğer grafisi çekildi, gerekli görüldükçe ileri tetkikler istendi.

SONUÇLAR:Hastaların 31'i (%29,2) kadın, 75'i (%70,8) erkek idi. Yaş ortalaması 43,64 (5-92) idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların 26'sı (%24,5) sigara kullanıcısıydı, ortalama 17,5 paket/yıl (5-35 pkt/yıl) sigara kullanımı mevcuttu. Altmış sekiz hasta göğüs cerrahisi polikliniğine doğrudan kendisi başvurdu. On beş hasta başka klinikten yönlendirildi. Altı hasta postoperatif kontrol için, 7 hasta travma sonrası kontrol için, 4 hasta sonuç göstermek için, 5 hasta adli rapor, 1 hasta da sağlık kurulu amacıyla polikliniğe başvurdu. En çok karşılaşılan yakınma 71 hastada ağrıydı (%67) (tablo1). Hastaların 70'i (% 66) çeşitli travmalar nedeniyle başvurdu (tablo2). Bu hastaların 15'inde (%21,4) kosta kırığı, 2'sinde sternum ve kosta kırığı, 2'sinde sadece sternum kırığı saptandı. Kırk dördü (%62,8) ise yumuşak doku travması olarak değerlendirildi. Poliklinikte değerlendirilen 7 hastaya (%6,6) cerrahi patolojisi olması nedeniyle operasyon önerildi. Diğer hastalar ise medikal tedavi verilerek ya da takibe alınarak ayaktan izlendi. İki hasta kardiyoloji, 1 hasta fizik tedavi ve rehabilitasyon, 2 hasta beyin ve sinir cerrahisi, 1 hasta genel cerrahi, 1 hasta cildiye, 1 hasta onkoloji, 4 hasta da göğüs hastalıkları polikiliniklerine yönlendirildi.

TARTIŞMA:Göğüs cerrahisi polikliniği ikinci basamak sağlık hizmeti veren hastanelerde polikliniğe başvuran hasta sayısı yoğun olmayan, spesifik bir branştır. Bizim hastanemizde olduğu gibi peditari ve onkoloji bölümlerinin olmadığı hastanelerde göğüs cerrahisi pratiğini çoğunlukla travma oluşturmaktadır. Göğüs cerrahisi kliniğinin yoğunluğu acil vakalarla olmaktadır. Bu nedenle poliklinikten başvuran hastalarda elektif cerrahi endikasyonu olan, hastane yatışı gereken hasta sayısı az olmaktadır. Göğüs cerrahisi hastalarının çoğunlukla multidisipliner yaklaşım gerektirmesinin, kliniğimizdeki hasta profilinin dağılımına etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: göğüs cerrahisi, hasta, poliklinik

Tablo 1

Yakınması	N (%)
Göğüs ağrısı	71 (%66,98)
Nefes darlığı	9 (%8,49)
Göğüs duvarında çöküklük	1 (%0,94)
Göğüs duvarında çıkıntı	5 (%4,71)
El ve ayaklarda aşırı terleme	2 (%1,88)
Cerrahi insizyonda akıntı	1 (%0,94)
Aktif yakınması yok	17 (%16,03)
Toplam	106 (%100)

Hastaların poliklinik başvuru yakınmaları

Tablo 2

Travma şekli	n (%)
Düşme	21 (%30)
Araç içi trafik kazası	15 (%21,42)
Araç dışı trafik kazası	3 (%4,28)
Darp	3 (%4,28)
Zorlama/Ağır kaldırma	6 (%8,57)
Çarpma/Sıkıştırma	4 (%5,71)
Şakalaşma	4 (%5,71)
Sırt çiğneme	2 (%2,85)
Ikınma	1 (%1,42)
Penetran toraks travması	3 (%4,28)
Şüpheli travma	6 (%8,57)
Motosiklet kazası	2 (%2,85)
Toplam	70 (%100)

Başvuran hastaların travma oluşma şekli

EP-305

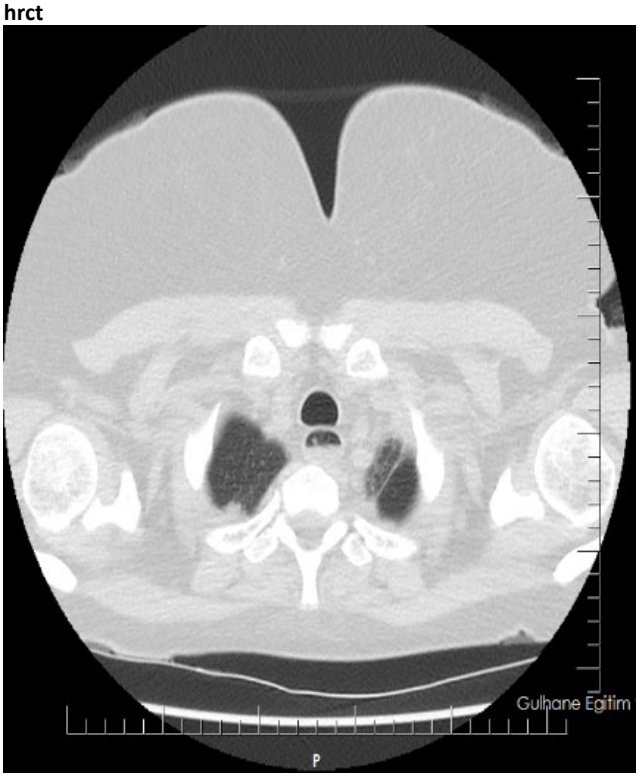
ANİ GELİŞEN DİSPNE İLE KARAKTERİZE ÖZEFAGUS İMPAKSİYONLU VAKA

Hatice Çetindoğan, Yakup Arslan, Ahmet Çağın, Deniz Doğan, Ergün Uçar
Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Ankara

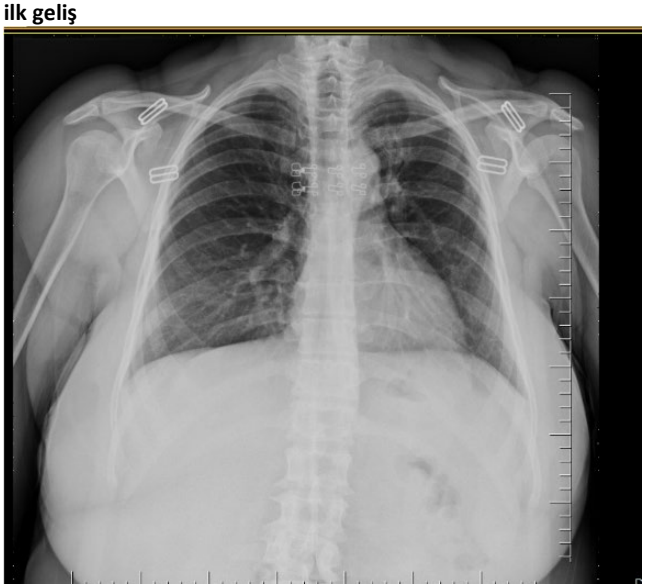
GİRİŞ: Gıda bolusu, çoğu zaman hasta tarafından hemen fark edilen akut olaylardır. Çoğu gıda bolusu emniyeti, ya mideye doğru ilerleyerek ya da alınan içeriğin kusurlu olduğu hasta tarafından müdahale edilmeden çözülür. Tıkanma semptomları devam ederse ve / veya ciddi göğüs rahatsızlığıyla birlikte olduğunda, hastalar tıbbi yardım isteyecektir. Hastalar öncelikle, göğüste sıkışma hissi yaşarlar, bu da kalp krizi geçirme açısından zor olduğu için korkutucu olabilir. Bununla birlikte, yemek bolusu impaksiyonu ek olarak özofagus tıkanıklığına eşlik eden sialorrhea veya aşırı salivasyon ile ilişkilidir. 48 yaşında kadın hasta, haftasonu yemek esnasında ani gelişen nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Anamnezinde, hematolojik mmalignite nedeniyle radyoterapi öyküsü mevcut, bilinen solunumsal problemi yok idi. Muayenesinde, hasta ajite, takipneik, A:36,Nb:122, SPO2:98 TA:130/70, dinlemekle her iki hemitoraksta solunum sesleri hafif düzeyli azalmış olarak oskulte edildi. P/A Akciğer grafi (Resim-1) ve Toraks HRCT(Resim-2,3) çekildi. Solunum sisteminde belirgin patolojik görünüm izlenmedi. Özefagus, orta hatta tama yakın daralmayla uyumlu görünüm izlendi. Hastanın dispne şikayetinin ve takipnesinin devam geçmemesi üzerine hastaya FOB yapıldı. Endobronşial sistemde yabancı cisim,kanama ve endobronşial lezyon izlenmedi. Gastroenterolog eşliğinde FOB ile özefagusa girildi. Özefagus 1/3 proksimalde bronkoskop geçişine izin vermeyen yabancı cisim gözlendi. Hava ve sıvı verilerek yabancı cisim hareketlendirilip mideye geçiş sağlandı. Özefagustaki tıkanıklık giderilerek işleme son verildi. İşlem sonrasında hastanın dispnesinin kaybolduğu, solunum sayısının normale geldiği gözlendi. Hasta, ayaktan tedavi ve takipleri yapılmak üzere gastroenteroloji polikliniğine yönlendirildi.

Anahtar Kelimeler: gıda bolusu,impaksiyon,nefes darlığı,bronkoskopi

hrct



ilk geliş



EP-306

MEME KANSERİ İLE İLİŞKİLİ SARKOİD-LİKE REAKSİYON: BİR OLGU NEDENİYLE

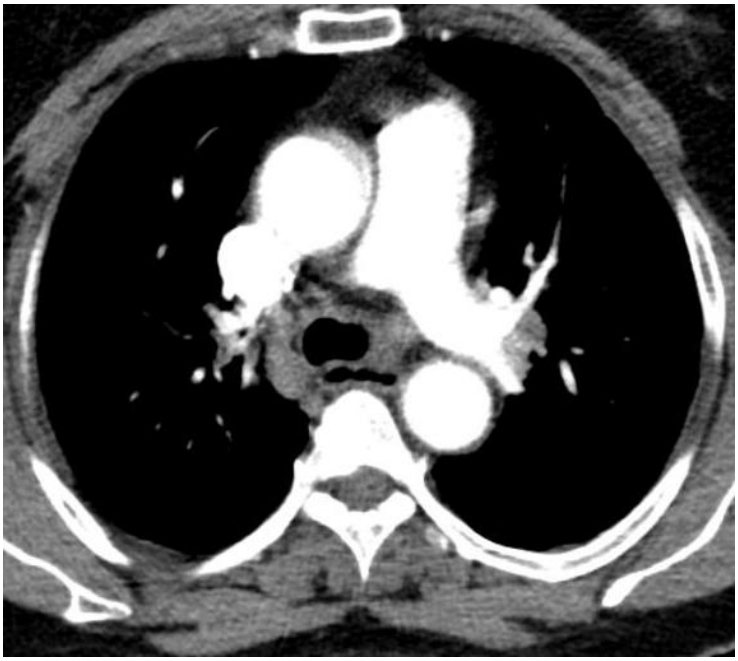
Mihrican Yeşildağ, Bengü Özkan Bakdık
S.B.Ü Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

AMAÇ: Sarkoid- Like Reaksiyon özofagus ve Akciğer Squamöz hücreli karsinom başta olmak üzere malign hastalıklarda görülebilen malignite ile ilişkili non-nekrotizan granülamatöz iltihapla karakterize radyolojik olarak sarkoidoza benzer nitelikte bening bir durumdur. Biz burada meme kanseri olan bir hastada klinik, radyolojik ve patolojik olarak Sarkoid- Like Reaksiyon tanısı koyduğumuz bir olguyu sunmayı amaçladık.

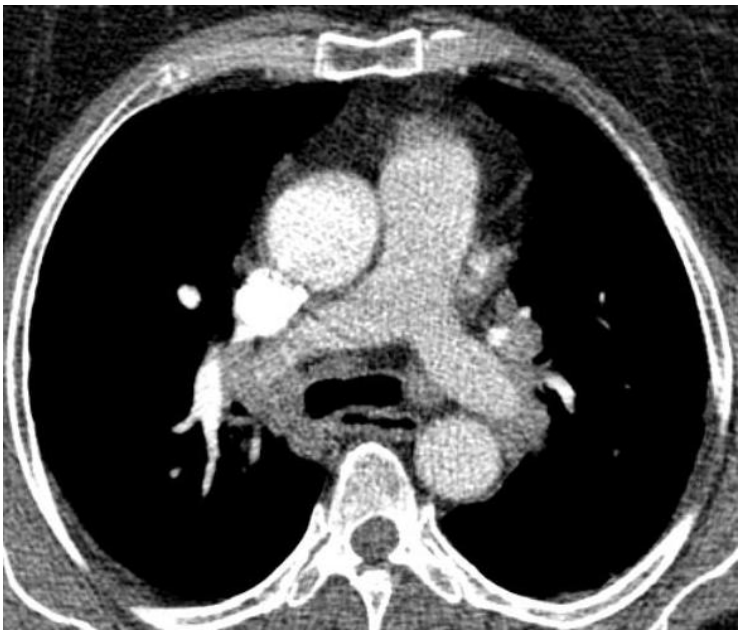
OLGU: 63 yaşında meme İnvaziv Duktal Karsinomu tanısıyla onkoloji servisinde takip edilen hasta takipleri esnasında PET-BT'de mediastinal lenf nodlarında progresyon saptanması üzerine konsülte edildi. Hastanın mediastinal lenf bezlerinin malignite açısından araştırılması planlandı. Hastanın ilk teşhisindeki PET-BT'sinde; solda belirgin olmak üzere her iki alt paratrakeal, prekarinal/subkarinal bilateral hiler ve aortikopulmoner 2 cm'e ulaşan artmış FDG tutulumu gösteren multipl lenf nodları izlenmekte idi(SUV max:29.77)(Resim 1).Hastanın tedavi sonrası çekilen PET-BT'sinde; önceki PET-BT'de tesbit edilen tüm lenfadenopatilerin boyutlarında ve SUVmax-larında artış olduğu raporlandı(Resim 2). Hastadan bu bulgularla metastatik lenfadenopati ayrımı açısından mediastinoskopi planlanarak biopsi alındı. Hastanın 4 nolu lenfadenopatisinden yapılan biopsisi Kronik Granülamatöz Lenfadenit olarak raporlandı. Hastaya Kronik granülamatöz lezyonlar açısından ayırıcı tanıya gitmek amacıyla balgam (Asido-Rezistan -Bacteri) ARB, Anjiotensin konverting enzim (ACE) düzeyi, PPD testleri yapıldı. ARB ve ACE düzeyleri negatif, PPD:2 mm idi. Hastada klinik, radyolojik olarak sarkoidoz ve tüberküloz tanılarından uzaklaşıldı.Bu bulgularla hastamıza meme kanserine bağlı Sarkoid- Like Reaksiyon tanısı kondu. Hastamız halen malign hastalığının primer tedavisini alarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA: Non-Nekrotizan granülomlar bazı malign hastalarda rastlantısal olarak görülebilir ve sarkoidozis ile birçok benzerliklere sahip olan "Sarcoid-Like-Reaction"olarak adlandırılır. Sarkoidozis etyolojisi bilinmeyen, lenf nodu ve multiorgan tutulumu yapabilen, nekrotizan olmayan granülomlarla karakterize bir immün sistem hastalığıdır. Sarkoidozis genellikle çeşitli kanser hastalarında %4.4 oranında görülebilir. Sarkoid-like-reaksiyon sarkoidozdan lokalizasyon, granülomların dağılımı yanı sıra, klinik, radyolojik ve labaratuar bulgularla ayrılabilir. Sarkoid-like-reaksiyon çeşitli malignitelerle ilişkili olabilen genellikle lenf nodu tutulumu ile kendini gösteren sarkoidozun sistemik bulgularının ve ACE yüksekliğinin olmadığı non-nekrotizan granülamatöz iltihapla karakterize bening bir durumdur. Bizde meme kanseri olan bir hastada metastaz taraması sırasında nonnekrotizan granülamatöz lenfadenit ayırıcı tanısı esnasında Sarkoid-like-reaksiyon tanısı koyduğumuz bir olguyu tanı, tedavi yaklaşıları açısından sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Metastaz, Non-nekrotizan granülom, Sarkoid-like reaksiyon



Toraks BT'de mediastinal lenadenopatiler.



Kontrol Toraks BT'de progresyon gösteren mediastinal lenfadenopatiler

EP-307

PULMONER TROMBOEMBOLİ TANISI İLE TAKİPLİ OLAN OLGUDA: HEPARİNİN İNDÜKLEDİĞİ TROMBOSİTOPENİ

Merve Ayık Türk, Dursun Alizoroğlu
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Heparin 1937 yılından bu zamana venöz ve arteryel tromboembolizmin önlenmesinde ve tedavisinde antikoagülan olarak kullanılmaktadır. Heparin erken dönemde tercih edilen bir ilaç olup iv. ya da sc. olarak uygulanır. Heparine bağlı trombositopeni heparin tedavisinin nadir, ancak ciddi bir komplikasyonudur ve trombotik komplikasyonlar nedeniyle yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Genellikle heparin tedavisinin 5-14. günlerinde görülür. Tedavi edilmediğinde mortalitesi oldukça yüksek olan bu tabloda, tedavi öncelikle heparinin kesilmesi ve tromboembolik komplikasyonlara yönelik direkt trombin inhibitörlerinin kullanılmasıdır. Bu olgu sunumunda heparin tedavisinin bir komplikasyonu olarak ortaya çıkan trombositopeni / tromboz tablosu (HIT) ve yeni tedavi yaklaşımları ile ilgili literatür bilgilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.Anahtar Kelime: Trombositopeni, Heparin, Tromboemboli

OLGU:Küçük hücreli akciğer kanseri tanısı ile hastanemizde takipli olan 70 yaşında kadın hasta tanıdan 4 ay sonra nefes darlığı ve göğüs ağrısı yakınması ile tarafımıza başvurmuş olup hastaya çekilen toraks anjio bt sonucu hastaya pulmoner tromboemboli tanısı ile düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi 2x1 pozolojide subkutan olarak başlanılmıştır. Hastaya DMAH tedavisi başlanmanılmadan önce alınnan trrombosit değeri 625000 olarak görülmüş olup hastanın DMAH tedavisi 3. Ayında görülen kontrollerinde trombosit:19000 saptanmıştır. Hastanın aynı dönemde kemoterapi de alması nedeniyle gözlenen trombositopeni kemoterapi yan etkisi olarak değerlendirilip hastaya 2 İÜ havuzlanmış trombosit süspansiyonu uygulanmıştır. Yapılan hemogram kontrolüde trombosit:26000 olarak gözlenmiş olup 3 gün sonra yapılan hemogram kontrolünde trombosit değeri 18000 olarak izlenmiştir. 2 İÜ havuzlanmış trombosit süspansiyonu sonrası yapılan takiplerde trombositopenisi devam eden hastanın trombositopenisi heparine bağlı trombositopeni olabileceği düşünülüp hastanın trombosit tedavisi durdurulup yapılan kontrollerinde trombosit: 143000 izlenmiştir. Hasta Heparine bağlı trombositopeni olarak değerlendirilip hemotoloji kliniğine yönlendirilmiş olup hastanın hemotoloji kliniğinde takibi exitus ile sonuçlanmıştır.

SONUÇ:Heparine bağlı trombositopeni yüksek mortalite ve morbiditiye neden olup terapötik dozda heparin tedavisi verilen hastalarda 4-14. günler arasında 2-3 günde bir trombosit sayısı bakılmalıdır.14. günden sonra da HİT riskinin devam ettiği akıldan çıkartılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Trombositopeni, Heparin, Tromboemboli

EP-308

PERİFER BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE AKUT KOAH ATAĞI NEDENİ İLE YATAN HASTALARIN GERİYE YÖNELİK İNCELENMESİ

Fatih Üzer[1], İdris Kırhan[2]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ş.Urfa

GİRİŞ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. KOAH akut atakları, hastalığın progresyonunu ve akciğer fonksiyonlarında azalma oranını hızlandırabilir. Akut ataklar ve hospitalizasyon, direkt (medikal tedavi, laboratuvar giderleri, hastane ve hekim ücretleri) ve dolaylı (iş gücü kaybı) olarak hastalığın sosyoekonomik ağırlığını oluşturur. Erken evrelerde ataklar çoğu kez ayaktan geçirilirken, hastalığın ileri evrelerinde hastanede yatışlar artar. Çeşitli çalışmalarda KOAH ciddiyetinin, hasta performansının, komorbidite varlığının, hipereozinofilinin ve hipoalbüminemi varlığının hastanede yatış süresini uzattığı ve KOAH'ın ülke maliyetini arttırdığı gösterilmiştir. Çalışmamızda perifer üniversite hastanesine KOAH akut atağı yatışı gereken hastaların genel özelliklerinin incelenmesi ve prognozuna etki eden faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Çalışmamızda 2015-2018 yıllarında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine akut KOAH atağı ile yatan hastalar retrospektif olarak incelendi. KOAH akut atağı ile yatan hastaların sosyodemografik verileri, hastalık evreleri, hemogram, biyokimya, c-reaktif protein düzeyleri ile hastanede yatış süreleri veri formuna kaydedildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri, 40 yaş üstü KOAH tanılı hastalar iken, çalışmadan dışlama kriterleri astım, bronşektazi gibi diğer obstrüktif akciğer hastalıkları, kendi isteği ile taburcu olan hastalar olarak belirlendi. KOAH tanısı ve evrelemesi için Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) rehberleri temel alındı.

BULGULAR: Çalışmamıza ortalama yaşı 68,1±10,7 olan 29 (%24,3) kadın, 90 (%75,6) erkek hasta dahil edildi. Hastanede ortalam akalış süresi 9,3±6.0 gün olarak saptandı. Çalışmaya dahil edilen hastaların %8,4 (10) A grubu, %45.3(54) B grubu, %23.5 (28) C grubu ve %22.6(27) D grubu olduğu gözlendi. A grubundan D grubuna doğru gidildikçe FEV1 (p:0.000), FVC (p:0.000) ve FEV1/FVC (p:0.000) düzeylerinde istatistiki olarak anlamlı düzeyde azalma tespit edildi. A grubunda eozinofil (p:0.006) düzeyinin, C grubunda ise ALT (p:0.021) ve üre (p:0.026) düzeyinin diğer gruplardan istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi. Laboratuvar sonuçlarından üre düzeyinin uzun süre yatmak zorunda kalan hastalarda istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi (p:0.039). Kalsiyum (p:0.012) ve hemoglobin (p:0.003) düzeyleri erkek hastalarda istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek iken, trombosit (p:0.039) düzeyleri kadın hastalarda istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak tespit edildi.

SONUÇ: Sonuç olarak KOAH akut atağı ile hastaneye yatan hastaların büyük bir bölümü yaşlı erkek hastalardan oluşmaktadır. KOAH evresi ve kan üre düzeyi arttıkça hastanede kalış süresi artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut.atak, hastane yatışı, koah

EP-309

KASTAMONU İLİNDE OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLARI TANILARI 2014 YILINDAN 2017 YILINA NASIL DEĞİŞTİ?

Fatma Esra Günaydın[1], Sedat Altın[2], Şevket Demirkıran[1], Tanyeli Asena Aydın[1], Gülcan Çetin[1], Fatih Üzer[1], Mustafa Engin Şahin[3], Pınar Yıldız Gülhan[4], Erol Şentürk[5], Gökhan Cebeci[1], Gülcan Koparan Sağır[6]
[1]Kastamonu Devlet Hastanesi
[2]SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları
[3]Ankara Polatlı Devlet Hastanesi
[4]Kastamonu Tosya Devlet Hastanesi
[5]Kastamonu Özel Anadolu Hastanesi
[6]Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Kastamonu Devlet Hastanesi polikliniklerinde 2014 yılında "Akut bronşit" tanısı alan hastaların 3 yıllık takiplerinde kronik hava yolu hastalığı tanısı alma durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Sağlık Bakanlığı Kastamonu ili Genel Sekreterliği verileri kullanılarak 2014 yılında Kastamonu Devlet Hastanesi' ne başvuran 20.901 kişinin 2017 yılında başvuru durumları ve tanıları değerlendirildi. Kastamonu ili için 2014 yılında Akut Bronşit tanısı konulan (ICD j20.8 ve j20.9 kodu olarak kayıt edilen) hastaların 3 yıl sonra takiplerinde astım veya KOAH tanısı alma durumları, 2014 yılında astım veya KOAH tanısı konan hastaların 2017 yılında tanılarının değişme durumu araştırılmıştır.

BULGULAR: Kastamonu devlet hastanesi polikliniklerine solunum sistemi hastalıkları nedeniyle 2014 yılında 20.901 hasta başvurusu olup, 2017 yılında bu hastaların 11.773 (56%) ü tekrar başvurmuştur. 2014 yılında Akut Bronşit tanısı alan 5871 hastanın 390 ı (6,6%) 2017 yılında KOAH ve Astım tanılarını almıştır. 390 hastanın 2017 yılında 135 i (34%) KOAH, 255 i (66%) astım tanısı almıştır. 2014 yılında KOAH tanısı alan 199 hasta 2017 yılında astım tanısı ile, 2014 de astım tanısı alan 239 hasta ise, 2017 yılında KOAH tanısı ile tedavi almış.2014 yılında Akut Bronşit tanısı konulanlardan 390 tanesinin tanısı değişmiş olup, 255'i (% 42,9) astım, 135'i (% 22,7) KOAH tanısına dönüşmüştür. Astım tanısına dönüşme KOAH'a göre daha yüksek oranda tesbit edilmiştir ($p<0.001$).Astım tanısı almış 588 hastanın ise, 81'i (% 13,8) Akut Bronşit, 239'u (% 40,6) KOAH tanısına dönüşmüştür ($p<0.001$). KOAH tanısı almış 1988 hastanın ise, 383'ü (%19,3) Akut Bronşit, 722'si (%36,3) Astım tanısına dönüşmüştür.

2014 yılında Astım ve KOAH tanısı almış olan hastaların tanılarının birbirine dönüşümü % 36-40 düzeyinde iken, Akut Bronşite dönüşme oranı % 20'nin altında kalmıştır ($p<0.001$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Akut bronşit tanısı alan hastaların çoğunun takiplerinde astım tanısı alması dikkat çekicidir, akut bronşit tanısı olan hastalarda astım konusunda yakın takip unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: KOAH, astım, bronşit

2014'e göre 2017 yılı Tanı Değişimi

2014'e göre 2017 yılı Tanı Değişimi	Akut Bronşit	Astım	KOAH	Total
Akut Bronşit Sayı %	204 34,30%	255 42,90%	135 22,70%	594 18,70%
Astım Sayı %	81 13,80%	268 45,60%	239 40,60%	588 18,50%
KOAH Sayı %	383 19,30%	722 36,30%	883 44,40%	1988 62,70%
Total Sayı	668	1245	1257	3170

EP-310

KOAH HASTALARINDA FİZİKSEL ETKİNLİĞİN HIZLI DEĞERLENDİRİLMESİ (RAPA) ANKETİNİN GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİRLİLİĞİ

Rıdvan Aktan[1], Sevgi Özalevli[2], Gamze Yalçınkaya[2], Aylin Özgen Alpaydın[3], Can Sevinç[3]
[1]İzmir Ekonomi Üniversitesi, Fizyoterapi Bölümü, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu, İzmir
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: KOAH hastalarında fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesinde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış birçok anket bulunmamaktadır. RAPA anketinin geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Çalışmanın amacı, KOAH hastalarında RAPA anketinin geçerliliğini incelemekti.

YÖNTEM: Daha önce yapılan çalışmada, The Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) ve International Physical Activity Questionnaire-Short Form (IPAQ-SF) korelasyonu göz önünde bulundurularak, korelasyon katsayısı ≥ 0.6 olacak şekilde 0.05'lik bir alfa riskini ve 0.05'lik bir beta riski değeriyle en az 105 hastaya ihtiyaç duyulduğu hesaplanmıştır (Çekok, FK ve ark. Geriatr Gerontol Int.2017; 17 (11): 1837-1842). Bu nedenle, 105 hastaya Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin (IPAQ-SF) kısa formu ve 2 hafta sonra RAPA anketini uygulandı. IPAQ, KOAH'ta fiziksel aktivite düzeyi değerlendirmesi için altın standart olarak kabul edildi. Ayrıca, hastalar 6 dakikalık yürüme testi (6MWT) ve algılanan dispne (mMRC ile) için değerlendirildi. RAPAve IPAQ arasındaki ilişki için Spearman'ın sıra korelasyon katsayıları (r) kullanılmıştır. RAPA ve 6MWT ve mMRC arasındaki korelasyonlar da analiz edildi.Hem IPAQ-SF hem de RAPA skorları, aktif ya da pasif olarak kategorize edildikten sonra, RAPA'nın duyarlılığı, özgüllüğü, negatif öngörücü değeri ve pozitif öngörücü değeri hesaplandı. Ayrıca iki anket arasındaki iç tutarlılığı değerlendirmek için Cohen'in kappa katsayısı (κ) kullanılmıştır.

BULGULAR: RAPA ve mMRC skorları arasında anlamlı negatif korelasyona ek olarak (r = -0.454, p <0.001), RAPA ve IPAQ-SF toplam puanı (r = 0.968, p <0.001), 6MWT (r = 0.626, p <0.001) arasında anlamlı pozitif korelasyonlar vardı. RAPA, iyi duyarlılık (% 87.5) ve özgüllük (% 100) değeri gösterdi. RAPA'nın pozitif ve negatif prediktif değeri sırasıyla% 100 ve% 96.4 idi. Cohen'in kappa katsayısı (κ) 0.915 olarak hesaplandı.

SONUÇ: Bu çalışma RAPA'nın KOAH tanısı alan yaşlı hastalarda kullanımı kolay,hızlı, geçerli ve güvenilir bir fiziksel aktivite değerlendirme anketi olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Fiziksel aktivite, IPAQ, RAPA

EP-311

KOAH'TA TARTIŞMALI BİYOMARKER: DESMOZİN

Merve İlçin Güven, Pınar Mutlu, Nihal Arzu Mirici
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Çanakkale

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) oluşturduğu hastalık yükü ve giderek artan mortalite-morbidite oranlarıyla önemini korumakta olan bir hastalıktır. Tanı konduğu andan itibaren hastalığın prognozunu belirleyen en önemli konu atakların sayısı, sıklığı ve ciddiyetidir. Ancak hastalık evresini, atak durumunu ve hastalığın ilerleme şeklini izleyebileceğimiz biyobelirteç hala bulunmamaktadır. Bununla ilgili çalışmalar devam etmektedir. Üzerinde en çok çalışılan ve literatürde çok farklı sonuçlarla karşılaşılan biyobelirteçlerden biri de desmozindir. Bu çalışmada amfizem ağırlıklı KOAH'lı hastalarda idrar desmozin düzeyi ve hava yolu obstrüksiyonu ilişkisi araştırılmıştır. Bu amaçla 58 KOAH'lı ve 72 sağlıklı bireyde idrar desmozin düzeyleri yaş ve sigara yükü açısından karşılaştırıldı. Yapılan istatiksel analiz neticesinde hasta ve sağlıklı bireyler arasında desmozin düzeyleri açısından negatif yönde korelasyon saptanmadı. Ancak hasta grubundaki idrar desmozin düzeyi ile FEV1 değeri (obstrüksiyon derecesi) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. (r:-0,714).Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is still an important,disease with increasing mortality and morbidity,rate. From the diagnosis, the most important issue is the prognosis, frequency and severity of the disease. But still we dont have a biomarker that shows us the stage, the state of the attack and the way of ongoing disease. Studies are continuing for this. oThe most time spent and has a lot of different results on literature is desmosine biomarker. In this study, the relationship between urine desmosine level and airway obstruction was researched in emphysema-dominant COPD patients. For this purpose, urine desmosine levels in 58 COPD and 72 healthy subjects were compared in terms of age and smoking load. As a result of statistical analysis, there was no negative correlation between desmosine levels of patients and healthy subjects. H owever, there was a significant negative correlation between the level of urine desmosine and the value of FEV1 (obstruction grade) in the patient group. (r = -0.714)

Anahtar Kelimeler: desmosine, KOAH, biyomarker

EP-312

KOAH HASTALARINDA FİZİKSEL AKTİVİTEYİ TANIMLAMAK İÇİN 6 DAKİKA YÜRÜME TESTİ VE KISA FİZİKSEL PERFORMANS TESTİ SONUÇLARININ BİRBİRLERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI

Hazal Yakut[1], Musa Eymir[1], Sevgi Özalevli[1], Aylin Özgen Alpaydın[2]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, izmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

AMAÇ: KOAH hastalarında fiziksel aktivite düzeyini tanımlamak amacıyla 6 dk yürüme testi ve kısa fiziksel performans testi sonuçlarını birbirleriyle karşılaştırarak yorumlamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM:Çalışmaya ortalama yaş=68.44±12.98 yıl, ortalama Vücut Kütle İndeksi=25.75±4.76kg/m2, ortalama sigara tüketim miktarı 20.02±32.24 paket×yıl ve ortalama hastalık süresi 11.24±5.34 olan 18 KOAH hastası dâhil edildi. Hastaların klinik öyküleri sorgulandı, fiziksel aktivite düzeyi; Uluslararası Fiziksel Aktivite anketi (IPAQ-MET) ile fonksiyonel kapasiteleri; 6 dk Yürüme Testi (6DYT) ile ölçüldü. Kısa Fiziksel Performans Testi ile; yürüme hızı, tekrarlı otur-kalk testi süresi ve ayakta denge performansları ölçüldü. Spirometre ile solunum fonksiyon testleri-SFT (FVC, FEV1, FEV1/FVC, VC) yapıldı. Hastaların dispne şiddetleri Modifiye Borg Skalası ve Medikal Araştırma Kurulu Skalası (Medical Research Council Scale-MRCS) ile ölçüldü.

BULGULAR: Hastaların ortalama FEV1 % değerleri 39.06±9.47, FVC % değerleri 58±12.99, FEV1/FVC % değerleri 68.0±11.29 ve VC % değerleri 61.67±13.72 idi. Hastaların ortalama dispne şiddetleri; modifiye borg skalasına göre 2.77±2.99, MRCS'e göre 3.27±1.18 idi. Hastaların %72.2'sinde öksürük ve %66.72'sinde balgam şikayetleri mevcuttu. Hastaların ortalama fiziksel aktivite düzeyleri (IPAQ); 795.44±171.311 MET, 6DYT mesafesi; 322.94±122.77 metre, tekrarlı oturk-kalk testi süresi; 16.06±4.97 saniye, ayakta denge performans skoru; 2.61±0.98, yürüme hızı 7.61±4.16 ve total kısa fiziksel performans testi skoru; 2.61±0.97 idi. Hastaların fiziksel aktivite düzeyi (IPAQ-MET) ile; 6DYT mesafesi (r=0.62 p=0.006) kuvvetli derecede, ayakta denge performansı (r=0.64 p=00.4) ve yürüme hızı (r=-0.55 p=0.017)ile arasında kuvvetli derecede anlamlı korelasyon bulundu.

SONUÇ: Sonuçlarımız; yürüme dışında farklı aktiviteleri kapsayan Kısa Fiziksel performans Testinin alt parametrelerinin KOAH'ta 6DYT ile benzer şekilde fiziksel aktiviteyi tanımladığını göstermektedir. Bu nedenle KOAH hastalarında fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilip tanımlanmasında; Kısa Fiziksel Performans Testinin 6DYT'e alternatif olarak kullanılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: KOAH, 6 Dakika Yürüme Testi, Kısa Fiziksel Performans Testi

EP-313

KOAH HASTALARINDA SOLUNUM FONKSİYONLARI VE FONKSİYONEL KAPASİTENİN DENGE FONKSİYONLARINA ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Musa Eymir[1], Hazal Yakut[1], Sevgi Özalevli[1], Aylin Özgen Alpaydın[2]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO, İnciraltı/ İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İnciraltı/İzmir

GİRİŞ: KOAH nedeniyle gelişen hava akımı obstrüksiyonu ve sistemik inflamasyon periferik kas kütlesinde azalmayı tetikleyerek fonksiyonel kayıplara ve denge bozukluklarına neden olmaktadır. Bu nedenle çalışmamız; KOAH hastalarında solunum fonksiyonlarının ve fonksiyonel kapasitenin denge fonksiyonlarına etkisini araştırmak amacıyla planlandı.

YÖNTEM: Çalışmaya ortalama yaşı 68.44±12.97 yıl ve vücut kütle indeksi 25.75±4.76 kg/m2 olan 18 KOAH hastası dâhil edildi. Hastaların ortalama sigara tüketim miktarı 20.01±32.24 paket×yıl, hastalık süresi 11.23±5.34 yıl olarak belirlendi. Hastaların fonksiyonel kapasitesi 6 Dakika Yürüme Testi (6DYT), denge ve postüral kontrol düzeyleri Berg Denge Ölçeği (BDÖ) ve Biodex Denge Sistemi (BDS) ile değerlendirildi. BDS ile Statik Postüral Kontrol (SPK) ve Dinamik Postüral Stabilite (DPS) ölçümleri yapıldı. Spirometre ile Solunum Fonksiyon Testi-SFT (FVC, FEV1, FEV1/FVC, VC) ölçüldü.

BULGULAR: Hastaların ortalama 6DYT mesafesi; 322.94±122.77 metre, Berg denge skoru; 52.55±4.73, Biodex SPK skoru; 0.68±0.38, Biodex DPS skoru; 45.00±11.57 olarak bulundu. Hastaların ortalama FEV1% değeri; 39.05±9.46, FVC% değeri; 58.00±12.99, FEV1/FVC% değeri; 68.00±11.29 ve VC% değeri; 61.66±13.72 idi. 6DYT ile Berg denge skoru arasında ($r=0.551$, $p=0.018$) anlamlı korelasyon olduğu görüldü. 6DYT ile Biodex SPK skoru arasında ($r=-476$, $p<0.05$) anlamlı korelasyon var iken, Biodex DPS skoru arasında bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). SFT sonuçları ile Berg denge ve Biodex SPK skoru arasında bir ilişki olmamasına rağmen ($p>0.05$), FEV1% ve FVC% değerleri ile Biodex DPS skoru arasında ($r=-476$, $p<0.05$) anlamlı korelasyon saptandı.

SONUÇ: KOAH hastalarında azalan fonksiyonel kapasitenin özellikle statik dengeyi ve azalan solunum kapasitesinin ise dinamik denge ve postüral kontrol mekanizmalarını olumsuz etkilediği ortaya çıkmıştır. Sonuçlar, KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerinde hareket bozuklukları, düşme ve ilgili problemler ile daha sık karşılaştığını düşündürmektedir. Bu nedenlerle; KOAH hastalarında dengenin de olumsuz etkilendiğini vurgulayarak, pulmoner rehabilitasyon programlarında dengeyi düzenlemeye-geliştirmeye yönelik egzersiz ve yaklaşımların da yer alması gerektiğini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Denge, KOAH, Solunum Fonksiyonları

EP-314

KOAH'TA KOGNİTİF DURUMUN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ

Merve İlçin Güven, Pınar Mutlu, Nihal Arzu Mirici
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Çanakkale

GİRİŞ: KOAH hastalarının kognitif fonksiyonları çok önemlidir çünkü KOAH hastaları ileri yaşlardadır ve inhaler tedaviye uyum zordur. Biz de bu çalışmamızda kognitif fonksiyon ve ilaç uyumu arasında anlamlı korelasyon olup olmadığına baktık.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvurmuş, solunum fonksiyon testinde FEV1/FVC <70 olan ve ek nörolojik problemi olmayan hastaları dahilettik.İlaç uyumu sorgulamak için Morisky 8-maddeli İlaca Uyum Anketini (MMAS-8), kognitif fonksiyon değerlendirmesi için ise Standardize Mini Mental Test (SMMT)kullandık.

BULGULAR: Çalışmaya dahil ettiğimiz KOAH'lı 40 hastanın yaş ortalaması 67 yıl idi.. SMMT ve MMAS-8 arasında bakılan korelasyonun pozitif yönde güçlü korelasyon olduğu görüldü (r:0,637)İlaç uyumu ve atak sayısı arasında yaptığımız korelasyonun negatif yönde anlamlı olduğunu gördük (r:-0,515).

SONUÇ: İnhaler ilaçlar hem kullanım yönüyle hem de geleneksel alışkanlıklar nedeniyle kolay vazgeçilen tedavilerdir. Bu nedenle kognitif durumu iyi olan hastalarda ilaç uyumunun daha yüksek olduğunu ve bu durumun atak sıklığını etkileyen bir faktör olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Morisky,KOAH,kognitif fonksiyon

EP-315

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN HASTALARDA PLANTAR BASINÇ DAĞILIMLARI

Orhan Öztürk, Aysel Yıldız, İlkşan Demirbüken, Mine Gülden Polat
Marmara Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), hastalığın şiddeti ile paralel olarak ortaya çıkan bir takım yürüme anormallikleri ile ilişkilidir. Bu rahatsızlığın yürüme sırasındaki olası açıklamalarından biri, bu popülasyonda sık görülen zayıf periferal kas kuvveti ile ilişkili olabilir. Bu durum yürümenin sadece biyomekanik yönlerini bozmakla kalmaz, aynı zamanda alt ekstremite kaslarının uygun ko-kontraksiyon mekanizmaları için gerekli olan plantar basınç dağılımını da değiştirebilir (1-3). Ancak bu alanda literatür oldukça eksiktir. Bu çalışmanın amacı yürüme sırasında KOAH´in plantar basınç dağılımına etkisini araştırmaktır.

YÖNTEMLER: Çalışmaya 34 katılımcı dâhil edildi. Hasta grubu, KOAH tanısı konan 18 kişiden (51-78 yaş, ortalama yaş: 62.3 ± 7.6) oluşturuldu. Aynı yaş grubundaki 16 sağlıklı gönüllü birey (45 - 69 yaş, ortalama yaş: 49.19 ± 6.95) kontrol grubu olarak alındı. Plantar basınç parametreleri her iki ayak için EMED pedobarografi cihazı (Novel, Münih, Almanya) kullanılarak değerlendirildi. Bireylerden her ayak için 5 kez yalın ayakla yürümeleri istendi. Veriler 3 bölgeye bölünerek analiz edildi; arka ayak, orta ayak ve ön ayak. Maksimum kuvvet (Vücut ağırlığına (VA) göre normalize edilmiştir) ve pik basınç hesaplamaları yapıldı. İstatistiki karşılaştırma için Mann Withney U testi kullanıldı.

BULGULAR: KOAH grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında maksimum kuvvet ve pik basınç değerleri arasında farklılık olmasına rağmen, her iki ayağın sadece orta ayak pik basıncı istatistiksel olarak anlamlıydı (sağ orta ayak, p:0.001; sol orta ayak p:0.005) (Tablo 1).

TARTIŞMA: KOAH'lı hastaların orta ayak bölgesi üzerindeki plantar basıncının kontrol grubundan daha az olduğunu görüldü. Orta ayaktaki bu değişiklikler, kas gücünün yetersiz olduğu zayıf medial ark desteğinden kaynaklanabilir. Anormal plantar basınç dağılımı alt ekstremite kaslarının optimum gerilim / uzunluk oranını bozabilir. Bu da KOAH için hayati bir parametre olan enerji tüketimini etkileyebilir. Plantar basınç dağılımı konusunda daha fazla çalışma tasarlanmalı ve optimum enerji tüketimlerine ihtiyaç duyan bu özel hasta popülasyonunda ark desteklerinin etkisi değerlendirilmelidir.

REFERANS: (1) Zago M et al. Gait & Posture 61 (2018) 408–415. (2) Yentes et al. Respiratory Research (2015) 16:31. (3) Karpman et al. CHEST 2014; 146(1):104-110.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Yürüme, Plantar Basınç,

KOAH Grubu Ayak Basınç Değerlerinin Kontrol Grubu ile Karşılaştırması

Ayak Basıncı Değerleri		Sağ Taraf		z	p	Sol Taraf		z	p
		KOAH Grubu Ortalama±SS	Kontrol Grubu Ortalama±SS			KOAH Grubu Ortalama±SS	Kontrol Grubu Ortalama±SS		
Maksimum Kuvvet (%VA)	Ön Ayak	81.56±10.27	83.44±7.33	-0.2	0.83	85.39±9.69	83.13±10.26	-0.44	0.65
	Orta Ayak	20.33±8.55	21.94±5.24	-0.29	0.76	22.22±9.84	21.06±10.75	-0.39	0.69
	Arka Ayak	58.94±15.75	58.75±8.74	-1.02	0.31	62.22±12.08	61.44±9.68	-0.62	0.53
Pik Basınç (kPa)	Ön Ayak	322.78±111.49	370.31±116.09	-1.13	0.25	343.56±125.2	374.06±177.1	-0.57	0.56
	Orta Ayak	112.78±29.14	152.5±21.60	-3.75	**0.001**	116±27.54	144.81±30.5	-2.78	**0.005**
	Arka Ayak	247.94±79.37	257.81±77.97	-0.81	0.41	248.67±77.81	285±91.5	-1.29	0.19

EP-316

PİRFENİDON TEDAVİSİ ALAN HASTADA YAYMA POZİTİF AKCİĞER TÜBERKÜLOZU OLGUSU

Fuat Aytekin, Pınar Yıldız Gülhan, Öner Abidin Balbay, Peri Arbak
Düzce Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce

İdiopatik pulmoner fibrozis nedeni bilinmeyen kronik, progresif bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Daha çok ileri yaş,erkek, sigara öyküsü olan hastalarda görülür, histopatolojik veya radyolojik olarak Usual interstisyel pnömoni (UIP) paterni ile karakterizedir. Tedavisinde şu ana kadar etkinliği kanıtlanan 2 medikal tedavi vardır; pirfenidon ve nintedanib. Pirfenidon'un matriks metallaproteinazlarda artışa yol açarak,tüberküloz reaktivasyonuna neden olduğunu belirten deneysel çalışmalar mevcuttur.Yetmiş altı yaşında kadın hastaya 6 yıl önce çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT) de; interstisyel akciğer hastalığı uyumlu görünüm olması üzerine açık akciğer biopsisi yapılmış. Patoloji sonucu UIP ile uyumlu gelmiş. Hastaya radyolojik ve patolojik olarak IPF tanısı konmuş. 1.5 yıl önce pirfenidon 267 mg tedavisi 3x4 olarak başlanmış. Hastanın daha önce sadece yokuş çıkarken olan şikayeti son 6 ayda düz yolda yürürken de olmaya başlamış. Hastanın son 3 aydır non prodüktif öksürük ve öksürükle beraber çarpıntı şikayeti de oluyormuş. Hastanın sigara kullanım öyküsü ve pasif maruziyeti yok. Kömür ile ısınan evde yaşıyor. Hastanın mesleksel ve çevresel bilinen bir marıziyeti yok. Solunum fonksiyon testinde FEV1/FVC:%85, FEV1:%61 (1100 ml) FVC:%59 (1290 ml), karbon monoksit difüzyon testinde DLCO:%31 (2030 ml),DLCO/VA:%73 (1030 ml) olarak ölçüldü. Hasta 6 dakika yürüme testinde 387 metre idi.Nefes darlığı şikayetinde artma, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayeti olan hastaya çekilen Posteroanterior akciğer(PA AC) grafisinde sağ üst zonda yeni gelişen opasite artışı olması(resim 1) ve Tip 2 solunum yetmezliği gelişmesi üzerine hasta interne edildi, nonspesifik kültür ve tüberküloz kültürü gönderildi. Hastaya non invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) tedavisi başlandı. NIMV tedavisine uyumsuz olan hastanın bilinci kötüleşmesi sebebiyle entübe edilerek yoğun bakımda takibe alındı. Takipleri sırasında aside rezistans bakteri(ARB) sonucu 4 pozitif gelen hastaya dörtlü antitüberküloz tedavisi başlandı. Tedavinin 3 gününde yaygın akciğer infiltrasyonları gelişti. Yoğun bakım ünitemizde izolasyon odası olmaması sebebiyle izolasyon odası olan bir yoğun bakıma sevki yapıldı. Tedavisinin birinci haftasında hastanın exitus olduğu öğrenildi.
İnterstisyel akciğer hastalığı sebebiyle takip edilen hastalarda, özellikle kronik hastalığa bağlı izlenen semptomların progresyonu ve hastalığa bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu vakalarda özellikle durumu kötüleştirebilen enfeksiyon veya ek durumlarda tanıyı atlamamak adına daha dikkatli olunmalı, ayırıcı tanıda tüberküloz göz önünde bulundurulmalıdır. Pirfenidon-tüberküloz arasındaki ilişkiyi anlayabilmek için daha geniş vaka serilerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: interstisyel,pirfenidon,tüberküloz

R

EP-317

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH) OLAN HASTALARIN UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Enver Yalnız[1], Naile Alankaya[2], Hülya Bulut[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi,İzmir
[2]Kıbrıs İlim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Girne,K.K.T.C

GİRİŞ: Uyku, tüm bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı olması için gerekli yaşam aktivitelerindendir. AMAÇ: Bu çalışma, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalarda uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. Araştırmanın verileri Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 01 Mart 2018–01 Temmuz 2018 tarihleri arasında 323 hasta ile yapıldı. Araştırmanın yürütülebilmesi için bir üniversitenin etik kurulundan, verilerin toplandığı hastaneden ve hastalardan yazılı izin alındı. Veriler, yüz yüze görüşme tekniği ile "Hasta Tanılama Formu", "Epworth Uykululuk Ölçeği", "Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)" kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluk kontrolünde Kolmogorov Smirnov ve Levene's varyans homojenite testleri, değişkenlerin karşılaştırılmasında Student t testi, varyan analizi (ANOVA) ve eşleştirilmiş t testi uygulandı. Normal dağılıma sahip olmayan değişkenler için Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Varyans analizi kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmamıza katılan hastaların %55.7'si erkek, %43.0'ü ilkokul mezunu ve yaş ortalaması 60.51±1,32'dir. Hastaların %46.7'si sigarayı bıraktığını, %11.8'i hala sigara kullanmakta olduğunu, %61.0'i gün içinde 1 kez kahve içtiğini, %76,0'sı hiçbir spor/egzersiz yapmadıklarını ifade etmiştir. Hastaların KOAH dışında en az bir kronik hastalığının olduğu, gün içinde %47.7'sinin sık sık yorgunluk ve dispne yaşadığı, %36.2'sinin BKI (25-29.9 kg/m2) fazla kilolu olduğu bulunmuştur. Hastaların toplam PUKİ puan ortalaması 8.44 ± 3.49 olup, %87.1'inin uyku kalitesinin kötü; Epworth uyululuk puanı 8.13±3.43 olarak belirlendi. Hastaların uyku kalitesi, Epworth uykululuk puanı ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.005$). Epworth uykululuk puanı ile hastaların yorgunluk ve dispne durumu ($t=5.86$; $p=0.00$); PUKİ puan ortalaması ile sigara içme anlamlı olarak etkilenmiştir ($p=0.000$; $p<0.005$).

SONUÇ: Bu çalışma sonuçları KOAH hastalarının uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermiştir. KOAH hastalarının uyku kalitesi yorgunluk, dispne ve sigara kullanımından etkilenmektedir. Bu hastalara semptom kontrolüne ve sigara bırakmaya yönelik etkili eğitimin verilmesi ve devamlılığının sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Epworth Uykululuk ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçeği, uyku kalitesi

EP-318

KOAH'LILARDA OSTEOPOROZ SIKLIĞI VE OSTEOPOROZ TANISINDA TORAKS TOMOGRAFİSİ İLE ÖLÇÜLEN VERTEBRAL KEMİK DANSİTESİNİN KULLANILABİLİRLİĞİ

Ayşe Baha[1], Ebru Sanhal[2], Aslıhan Uzunkulaoğlu[3], Nalan Ogan[4], Evrim Eylem Akpınar[4], Kaan Ataç[2]
[1]Doktor Akçiçek Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Girne, KKTC
[2]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[3]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[4]Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

AMAÇ: KOAH'lı hastalarda osteoporoz sıklığının saptanması ve kemik mineral dansitometri (KMD) ile osteoporoz tanısı koyulmuş hastalarda toraks tomografisi ile yapılan vertebral kemik dansitesi ölçümünün KMD yerine kullanılabilirliğinin araştırılması.

GEREÇ-YÖNTEM: Retrospektif dosya taramasında kemik mineral dansitometri yapıldığı saptanan KOAH'lı hastalar tespit edilmiş ve bunlar içinden de son 1 yıl içinde toraks tomografisi çekilmiş olan 41 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Yerel etik kurul onayı alınmıştır. Veriler uygun istatistiksel yöntem ile analiz edilmiştir.

BULGULAR: Hastaların 34'ü (%73,9) erkek, ortalama yaş 71,4±10,7'dir (range:52-93), 30'u (%65,2) sigarayı bırakmıştır, 11'inin (%23,9) USOT'u bulunmaktadır. Altı (%13) hastanın KMD sonucu normal, 18 (%39,1) hastanın osteopenisi, 17 (%37) hastanın osteoporozu mevcuttur. Osteoporoz ve osteopenisi olanlar karşılaştırıldığında; osteoporozu olanların FEV1'i (p=0,008) ve FVC'si (0,02) daha düşük, mMRC (p=0,003), son 1 yılda acil başvuru sayısı (p=0,007), son 1 yılda servis yatış sayısı (p=0,03), son 1 yılda atak sıklığı (p=0,01) daha fazladır. Tek-yönlü ANOVA testinde KMD sonucu normal,osteopeni,osteoporoz olan 3 grup incelendiğinde yaş (p=0,004),sigara(p=0,02), FEV1 (p=0,03), FVC (p=0,02), T-skoru (p<0,001), mMRC (p<0,001), komorbidite sayısı (p=0,02), son 1 yılda acil başvuru sayısı (p=0,01), son 1 yılda servis yatış sayısı (p=0,01), son 1 yılda atak sayısı (p=0,03), inhaler steroid kullanımı (p<0,001) arasında anlamlı fark gözlenmiştir. Perason's korelasyon analizi yapıldığında KMD ile ölçülen T-skoru ile BT ile ölçülen torakal 10. vertebra dansitesi arasında (p=0,02) ve lomber 1. vertebra dansitesi arasında (0,02) korelasyon saptanmıştır.

SONUÇ: KOAH'lı hastalarda osteopeni ve osteoporoz sıklığı önceki çalışmalarla benzer bulunmuştur ve yüksek orandadır. Bu kişilerin tespiti ve tedaviye başlanması gelecek riskleri azaltmak açısından önemlidir. KOAH'lı hastalarda KMD testinin rutin incelemede yeri yoktur. Ancak çeşitli nedenlerle KOAH'lılarda toraks BT sık kullanılan bir tanısal yöntemdir. Herhangi bir nedenle toraks BT çekilmiş olan KOAH'lılarda vetrebral kemik dansitesi ölçümü (özellikle T10 ve L1) osteopeni ve osteoporoz tanısında kullanılabilir. Ancak bu konuda çok sayıda hasta içeren, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: KOAH, osteopeni, osteoporoz, kemik mineral dansitometri, vertebral kemik dansitesi ölçümü

EP-319

KRONİK OBSTRUKTİF AKCİĞER HASTALARINDA DİSPNE ŞİDDETİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

İlknur Naz Gürşan[1], Hülya Şahin[2]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İzmir
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

GİRİŞ: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH) mortalite ve morbidite açısından global etkiye sahip olan yaygın bir hastalıktır. KOAH'da en yaygın semptom istirahat ya da efor sırasında ortaya çıkan dispnedir. Dispne, solunumun anormal ve rahatsız edici bir his olarak algılanması veya fark edilmesi olarak tanımlanmakta, KOAH hastalarında çok sayıda farklı etiyolojiye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmanın amacı KOAH hastalarında dispne şiddeti ile ilişkili faktörleri incelemektir.

GEREÇLER-YÖNTEM: Çalışmaya göğüs hastalıkları polikliniğinde takip edilen 318'i (% 89.8) erkek toplam 354 KOAH hastası dahil edildi (Ortanca yaş;64[58,69] yıl, %FEV1; 41[29,54], Beden kitle indeksi (BKİ); 25[22,29] kg/m2). Olguların demografik özellikleri, son bir yıldaki acil başvuruları ve hastane yatışları kaydedildi. Akciğer fonksiyonları; body pletismografi, karbon monoksit difüzyon testi ve arter kan gaz analizi, egzersiz kapasiteleri altı dakika yürüme testi, dispne şiddetleri mMRC Dispne Skalası, hastalığa özel yaşam kaliteleri St. George Solunum Hastalıkları Anketi, anksiyete ve depresyon düzeyleri Hastane Anksiyete ve Depresyon Anketi ile değerlendirildi. Olgular algıladıkları dispne şiddetine göre hafif, orta ve şiddetli dispnesi olanlar olarak sınıflandırılıp verileri karşılaştırıldı. İstatistiksel analiz için SPSS 24.0 programı kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmadaki hastaların algıldıkları dispne şiddeti ortanca değeri 2(2,3) idi. Yaşam kalitesi parametreleri ile anksiyete ve depresyon skorları gruplar arasında fark göstermezken ($p>0.05$), Bonferroni düzeltmesi sonrasında; orta ve şiddetli dispnesi olan hastaların hafif şiddette dispnesi olanlara göre yaşlarının ve hastaneye yatış sayılarının daha yüksek, %FEV1 ve egzersiz kapasitelerinin daha düşük olduğu görüldü ($p<0.05$). Ayrıca şiddetli dispnesi olan hastalarda hafif dispnesi olan hastalara göre BKİ, karbon monoksit difüzyon kapasitesi, oksijenasyon ve FEV1/FVC oranı daha düşük, acil başvuru sayısı daha yüksekti ($p<0.05$). Şiddetli dispnesi olan hastalarda orta şiddetli dispnesi olan hastalara göre egzersiz kapasitesi, oksijenasyon, karbon monoksit difüzyon kapasitesinin daha düşük olduğu, acil başvuru ve hastane yatış sayısı ile arteriyel karbondioksit basıncının daha yüksek olduğu sonucuna varıldı ($p<0.05$).

SONUÇ-TARTIŞMA: Çalışmamız sonucunda KOAH hastalarında dispne şiddeti arttıkça egzersiz kapasitesi, oksijenasyon ve solunum fonksiyonlarının kötüleştiği, acil başvuru ve hastane yatışının arttığı görülmüştür. Özellikle orta şiddetli ve şiddetli dispnede karbon monoksit difüzyon kapasitesi etkilenimi, şiddetli dispnede ise hiperkapni tablosu göze çarpmaktadır. Dispne şiddeti çok sayıda faktör ile ilişkili olup tedavide çok yönlü yaklaşım ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dispne, Dispne Şiddeti, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

Tablo 1.

Tablo 1. Grupların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken (n=354)	Hafif (n=84)	Orta (n=185)	Ağır (n=85)	P*
Yaş (yıl)	61(55,67)	64(59,69)	65(58,70)	**0.047**
Beden Kütle İndeksi/kg/m2)	26(24,30)	26(21,29)	24(20,28)	**0.020**
Sigara(p*yıl)	50(30,90)	50(40,80)	60(40,100)	0.383
Acil başvuru (n/önceki yıl)	1(0,4)	1(0,3)	4(1,8)	**<0.001**
Hastane yatışı (n/önceki yıl)	0(0,0)	0(0,1)	1(0,2)	**<0.001**
PaO_2 (mmHg)	76(70,83)	74(65,82)	64(56,73)	**<0.001**
$PaCO_2$ (mmHg)	39(37,44)	40(37,45)	43(39,49)	**0.002**
$SatO_2$	95(94,96)	95(93,96)	92(88,94)	**<0.001**
FEV1(%)	51(41,64)	41(29,57)	31(25,39)	**<0.001**
FEV1/ FVC	61(53,69)	58(50,68)	52(43,64)	**0.001**
DLCO(%)	42(24,53)	35(24,51)	26(14,35)	**<0.001**
6 dk. yürüme mesafesi (metre)	420(350,464)	360(290,409)	210(145,295)	**<0.001**
SGRQ				
Semptom	57(43,68)	59(42,73)	55(40,68)	0.619
Aktivite	67(55,86)	73(54,86)	65(54,87)	0.949
Etki	45(35,60)	50(37,72)	46(32,63)	0.345
Total	55(45,67)	59(44,72)	56(40,68)	0.479
HAD				
Anksiyete	7(5,11)	7(5,12)	7(4,10)	0.737
Depresyon	6(4,9)	6(3,11)	6(4,8)	0.843

*Kruskal Wallis Testi, PaO_2:Parsiyel arteriyel oksijen basıncı, $PaCO_2$: Parsiyel arteriyel karbondioksit basıncı, $SatO_2$: Arteriyel oksijen saturasyonu, FEV_1: Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm, FVC: Zorlu vital kapasite, DLCO: Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi, SGRQ: St. George Solunum Hastalıkları Anketi, HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Skalası

EP-320

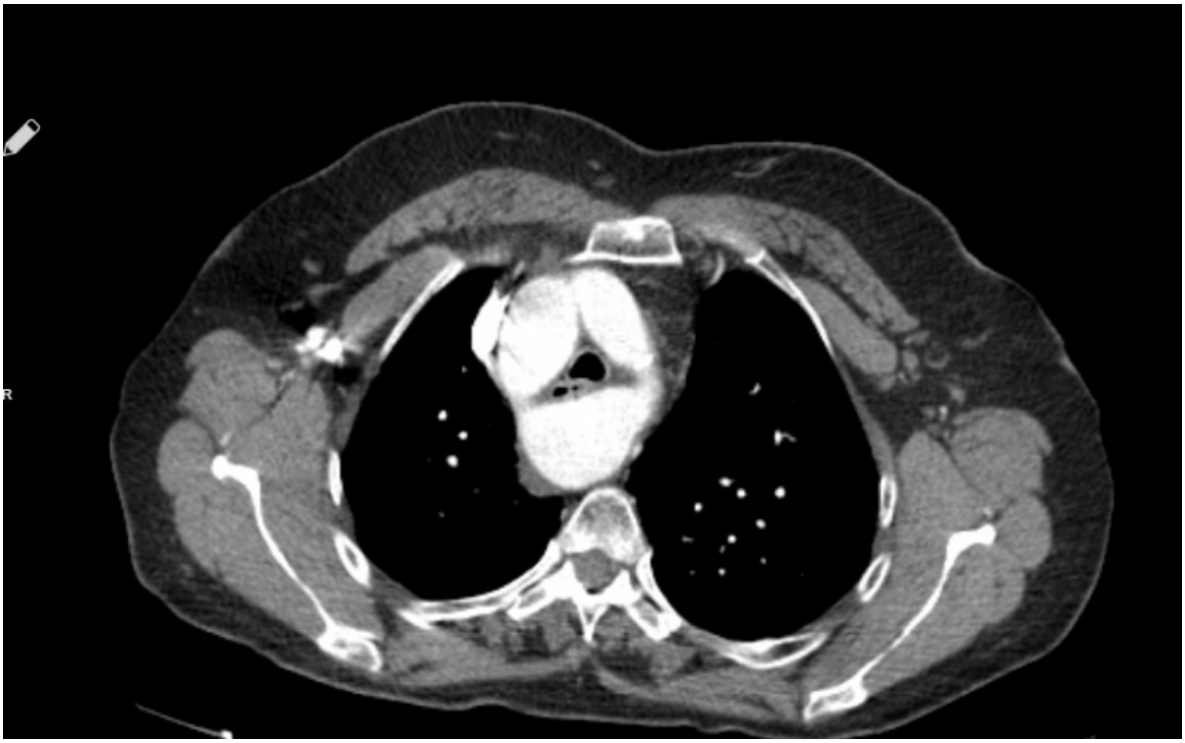
NADİR BİR OLGU:ÇİFT ARKUS AORTA

Yasin Özden[1], Şeyma Özden[2]
[1]Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi E.A.H. Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,İstanbul
[2]Sultan Abdulhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi,Nöroloji Kliniği,İstanbul

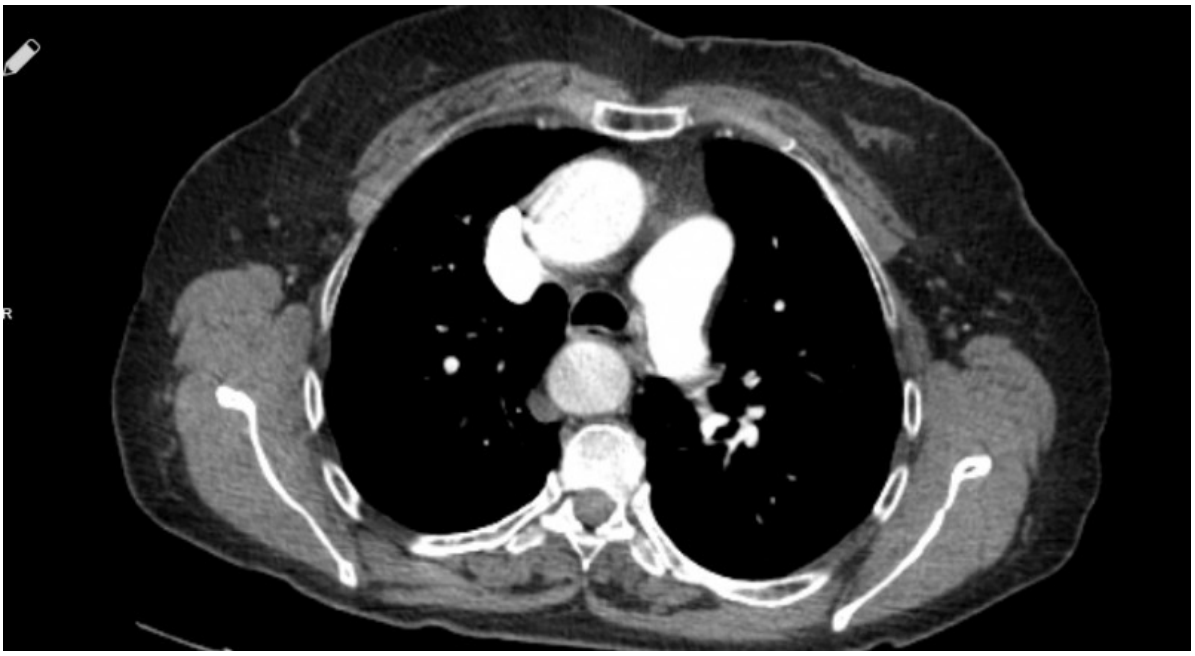
Arkus aortayı ilgilendiren, trakea ile özofagusa bası yaparak solunum ve beslenme problemlerine yol açan bir grup anomali olarak tanımlanan vasküler ringler tüm konjenital kardiyovasküler anomaliler içersinde oldukça seyrek (< %1) görülmektedirler. Bunlar içersinde çift arkus aort en sık rastlanan (%40) ve hayatın erken dönemlerinde hışırtılı solunum, solunum sıkıntısı, senkop, beslenme sonrası öksürük ve morarma gibi semptomlar veren bir komplet vasküler ring tipidir.Olgumuz 65 yaşında kadın hasta idi.Hastanın uzun süredir olan nefes darlığı şikayetinin yanısıra son aylarda özellikle artan yutma güçlüğü ve nefes darlığı şikayetinde artış olması üzerine acil servise başvuran hastaya pulmoner emboli ön tanısı ile toraks bt anjıo çekilerek göğüs hastalıklarına yönlendirilmişti. Toraks BT anjıoda pulmoner emboli ile uyumlu dolum defekti saptanmazken çift arkus aorta anomalisi saptanmış olup bu düzeyde kısmen özefagus ve trakeaya da bası bulguları izlendi.Hastanın anamnezi detaylı olarak ele alındığında KOAH tanısı olduğunu ve düzenli ilaç kullanmadığını öğrendik. KOAH açısından tedavisi düzenlendikten sonra nefes darlığı şikayeti belirgin ölçüde gerileyen hasta kalp ve damar cerrahisi tarafından değerlendilrdi.Arcus aorta topları üst sınırın üzerine olmadığından,trakea ve özefagusa total bası görülmediğinden ötürü operasyon planlanmadı.Hasta takibe alındı.

Anahtar Kelimeler: Çift arkus aorta, vasküler ring,

resim 1



resim 2



EP-321

SWYER-JAMES-MACLEOD SENDROMU OLGUSU

Ayşe Yildirim Bilgin, Aylin Çapraz
Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Amasya

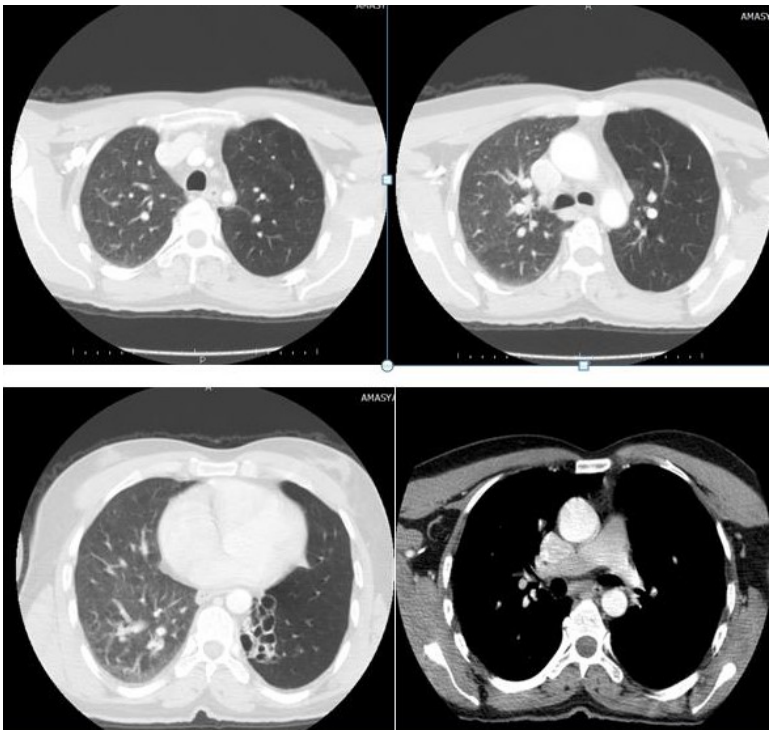
Swyer-James/Macleod Sendromu (SJMS), ana bronşiyal hava yolu tıkanması olmadan tek akciğer lobunun havalanma fazlalığı ile hiperlusens görünümü ve azalmış vaskularite ile karakterize radyolojik bir durumdur. Genellikle bebeklik veya okul çağı döneminde geçirilen viral infeksiyonlardan sonra oluşan küçük hava yollarında lokalize, obstrüktif bronşiolit nedeniyle meydana gelir. Sıklıkla tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları nedeniyle çocukluk çağında tanı konulur ancak çok az veya sekelsiz, bronşektazik hastalarda klinik tablo belirtisiz veya hafif belirtilerle seyredebilir, böyle hastalarda tanı erişkin yaşa kadar konulamayabilir. Genellikle tek taraflı olarak görülmesine rağmen sintigrafi ve kesitsel yöntemlerin kullanılması sonucunda tüm akciğerin bir veya birden fazla lobunun veya bir segmentin etkilendiği ve hatta iki taraflı olabileceği bildirilmektedir. SFT'de hava yolu obstrüksiyonu nedeni ile FEV1/FVC oranında azalma ve RV/TAK oranı yükselmektedir. Hastamız 43 yaşında erkek hasta, öksürük, balgam, hırıltılı solunum şikayeti ile polkliniğimize başvurdu. Uzun süredir kış aylarında artan balgam, öksürük, dispne yakınmaları mevcut. Öyküsünde astım tanısı ile aralıklı, düzensiz inhaler kullanımı tanımlıyordu. Akciğer grafisinde sol hilusta küçülme, sol akciğerde hiperlüsent görünüm mevcut idi. Çekilen Toraks BT' sinde sol akciğerde vasküler dallanmada belirgin azalma, sol pulmoner arterin sağa göre belirgin küçük olduğu saptandı. Sol akciğerde asimetrik belirgin panasiner tarzda havalanma artışı ve sol akciğer alt lob süperior segmentte kistik tarzda bronşiektazik genişlemeler izlendi. Bronkoskopide sol bronş sistemi sağa göre bir miktar dilate izlendi, ek patoloji saptanmadı. Sol sistemden alınan lavaj örneği patoloji sonucu iltihap tablosu olarak geldi. SFT' de FEV1:1,85 lt (%57), FVC:2,50 lt(%64) FEV/FVC: 0,74 idi. Mevcut klinik radyolojik bulgular eşliğide hastaya Swyer-James/Macleod Sendromu (SJMS) tanısı konuldu. SFT de obstrüksyon olması ve hastanın semptomları olması nedeni ile inhaler tedavi düzenlendi. Hasta yakın takibe alındı.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, Hiperlüsent akciğer, Swyer-James /Macleod Sendromu.

Akciğer grafisi

Akciğer grafisinde sol akciğerde hiperlüsensi ve vaskülaritede azalma izlenmektedir.

Toraks BT



Toraks BT'de sol pulmoner arter sağa göre hipoplazik ve sol alt lobda kistik bronşektazi izlenmektedir.

EP-322

KONJENİTAL LOBER AMFİZEM TECRÜBEMİZ

Fatih Meteroğlu, Menduh Oruç, Funda Öz Begtaş, Serdar Onat, Refik Ülkü
Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı\ Diyarbakır

Konjenital lober amfizem akciğerin bir veya daha fazla lobun hiper-ekspansiyonu, bunun çevredeki normal akciğer dokusuna basısı, mediyastinal shift ile karakterli bir respiratuar distres nedenidir. Yeni doğan döneminde solunum sıkıntısına yol açmakla birlikte, ender olarak semptomların ortaya çıkışı altıncı aya kadar gecikebilir. Nadir görülen bir hastalıktır. Spontan pnömotoraks ile karıştırılması ve ciddi olgularda uygulanan acil cerrahi müdahale ile klinik tablonun dramatik olarak düzelmesi nedeniyle önem taşır.

GİRİŞ: Bir ya da birden fazla akciğer lobunun dışarıdan bir bası olmadan hiperinflasyonu konjenital lober amfizem olarak tanımlanır. En sık sol üst, daha az sıklıkla da sağ üst, sağ orta lobun etkilendiği görülür (1,2). Etiyolojisi henüz tam olarak anlaşılamamasına rağmen, bir çok yazar bronşiyal anormallikler ya da alveolar defektlerin sonucu olarak oluştuğunu bildirirler. Bazı teoriler yetersiz kıkırdak desteğinin sonucunda bronşial kollaps içerir (3).

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde 1994-2017 yılları arasında konjenital lober amfizen ön tanısıyla yatırılan ve ameliyat edilen olguların dosyaları geriye dönük olarak incelendi.

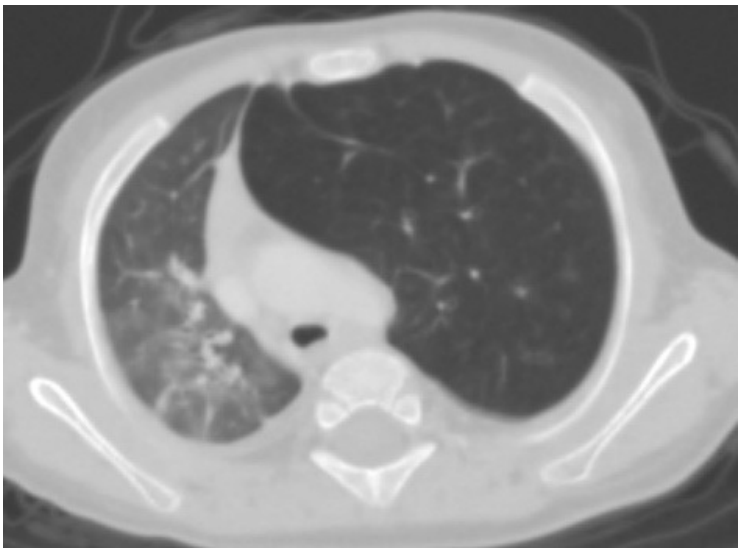
BULGULAR: Konjenital lober amfizem ön tanısıyla alınan olguların, öncelikle akciğer grafileri, Bilgisayarlı Toraks tomografi ile değerlendirildi (Resim 1,2). Olguların semptomlarının doğumun kaçıncı gününde ortaya çıktığı, semptomlar, konjenital lober amfizemin hangi tarafta olduğu, yapılan ameliyatlar, ameliyat sonrası ne kadar süreyle takip edildiği incelendi (Tablo 1).

TARTIŞMA: Hiperenflasyon nedeniyle diğer akciğer loblarına bası sonucu atelektazi ve solunum sıkıntısıyla kendini gösterir (4). Daha sık sol üst lob (% 43) sağ orta lob (%32) ve bilateral tutulum % 20 oranında bildirilmiştir (2,3). Konjenital lober amfizem en sık yeni doğanlarda veya infantlarda tespit edilen bir hastalıktır (5). Klinik bulgular asemptomatik olabileceği gibi hayatı tehdit eden solunum sıkıntısına kadar değişkenlik gösterebilir. Genel olarak erken yaşta klinik bulguların başlaması daha ciddi semptomlarla ilişkilidir (6). Hastaların çoğu orta derecede solunum sıkıntısı ile başvururlar. Semptomları genellikle hayatın ilk günlerinde başlar ve amfizematöz lob genişleyerek çevreye bası yaptıkça solunum sıkıntısı artar. İkinci en sık başvuru şekli hafif solunum sıkıntısıdır. Bu hastalarda genellikle tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, öksürük bulunur (5). Onbeş olguya lobektomi ve iki olguya da konservatif yaklaşımla şifa ile sonuçlandı. Mortalite görülmedi.

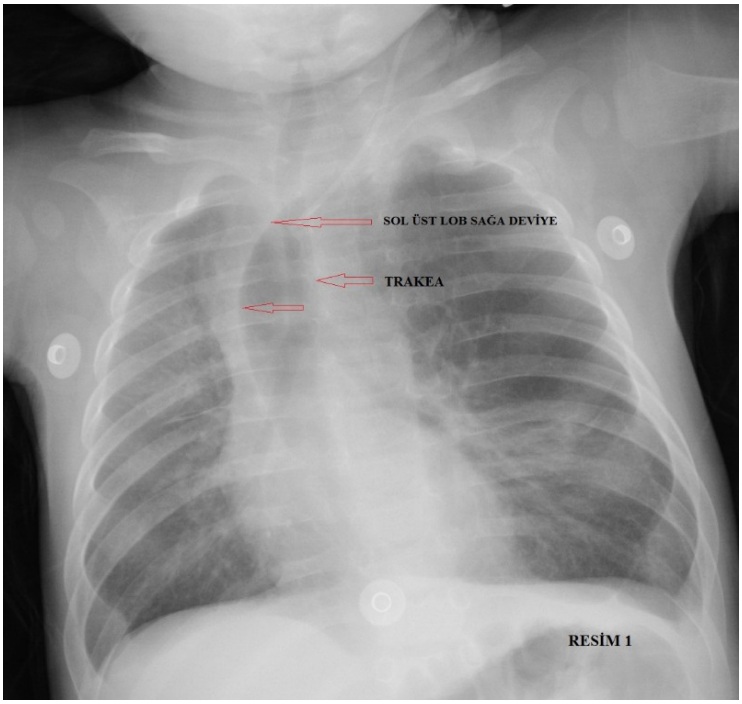
SONUÇ: Konservatif tedavi, semptomları hafif seyreden infantlarda ve büyük çocuklarda tercih edilebilir. Tıbbı tedavinin yeterli olmadığı durumlarda cerrahi rezeksiyon ile yüz güldüren sonuçlar elde edilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, konjenital lober amfizem, lobektomi, solunum sıkıntısı

Resim 1



Resim 2



Tablo 1

No	Cinsiyet	Yaş(Gün)	Semtomun başlangıcı(gün)	Semptom	Taraf	Tedavi	İlave anomalı	Takip Süresi (ay)
1	E	28	2.	T+D+Ö+S	Sol üst	Lobektomi		36
2	E	60	2.	T+D+S	Sağ üst	Lobektomi		60
3	K	300	60.	T+D+S	Sol üst	Lobektomi		1
4	E	90	7.	T+D+Ö	Sol üst	Lobektomi	İnperfore anus	89
5	E	365	30.	T+D+A+W	Sağ Üst	Lobektomi		36
6	E	60	2.	T+D+A+W	Sol üst	Lobektomi		12
7	K	40	2.	T+D+Ö+W	Sol üst	Lobektomi	PDA	1
8	K	İlk gün	4.	T+D+A	Sağ üst	Lobektomi		24
9	E	60	60.	T+D+A+W	Sağ orta	Konsevatif		3
10	K	120	90.	T+S	Sol üst	Konsevatif		6
11	K	40	4.	T+D+S	Sol üst	Lobektomi		24
12	K	240	40.	T+D+A	Sağ üst +orta	Sağ üst bilobektomi		35
13	E	60	3.	T+D+W	Sol üst	Lobektomi		40
14	E	90	10.	T+D+A+W	Sol üst	Lobektomi		23
15	E	180	60.	T+D	Sol üst	Lobektomi		15
16	E	720	180.	T+D+A+W	Sol üst	Lobektomi		14
17	E	30	10.	T+D+S	Sol üst	Lobektomi	Prematüre (1900 gr	36

T: Takipne, D: Dispne Ö: Öksürük, S: Siyanoz, W: Wheezing A: Ateş, PDA: Patent ductus arteriosus,

EP-323

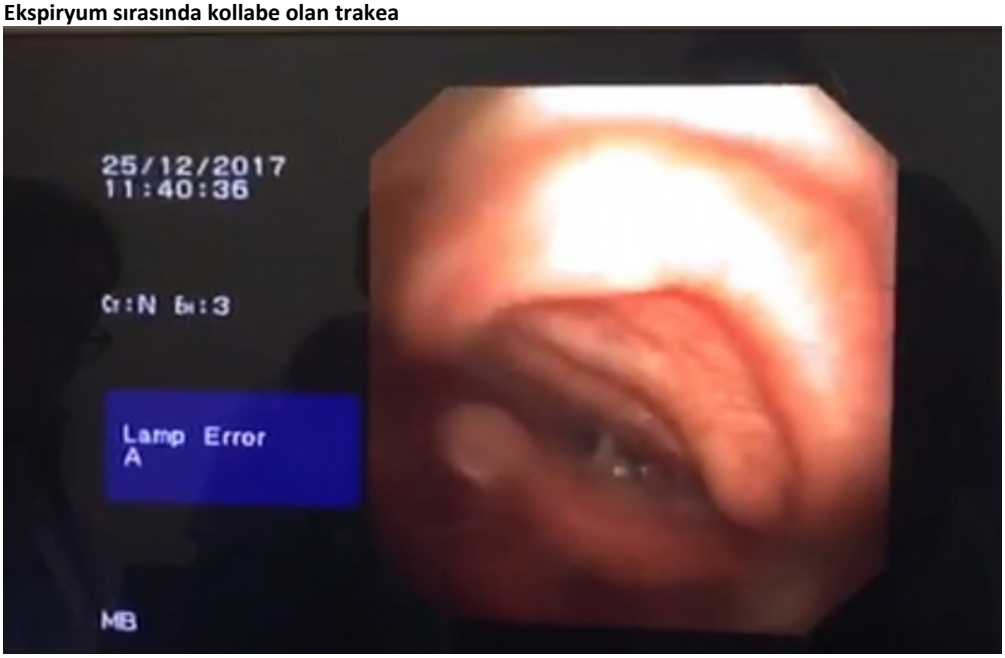
MOUNİER KUHN SENDROMU - OLGU SUNUMU

Melahat Uzel Şener, Özlem Sönmez, Sertan Bulut, Selen Zorlutuna, İhsan Atila Keyf
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları A.B.D.,Ankara

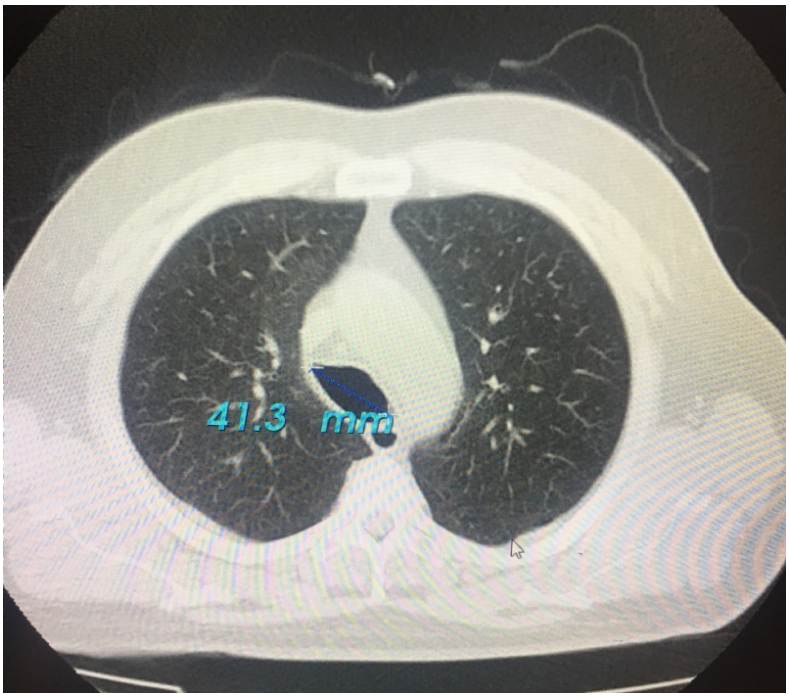
Mounier Kuhn Sedromu trakea ve ana bronşlarda düz kas dokusunda incelme ve elastik liflerin yokluğu veya atrofisi ile karakterize nadir görülen konjenital bir hastalıktır.Olgular genellikle trakeomegali ve ana bronşlarda oluşan genişlemeye sekonder bronşektazi ve sık alt solunum yolu enfeksiyonu ile hastaneye orta yaş grubunda başvururlar. Sık alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren, yapılan bronkoskopide trakeobronkomegali ve trakeanın öksürme ile kollebe olması ile tanı alan bir olguyu nadir görülmesi nedeniyle sunduk.OLGU: 58 yaşında erkek hasta 1 aydır artan nefes darlığı ve balgam çıkarmada artış şikayeti ile kliniğimize başvurdu,yaklaşık 20 yıldır nefes darlığı,balgam çıkarma ve sık alt solunum yolu enfeksiyonu geçirme öyküsü mevcuttu.Hastanın özgeçmişinde 35 paket/yıl sigara öyküsü vardı. 35 yıldır çiftçilik ile uğraşıyordu ve ek olarak asbest ve biomass maruziyetide vardı. Soygeçmişinde özellik yoktu.FM'de bibaziller raller dışında bir bulgu yoktu.Labaratuar bulgularında lökosit 8.000mm3/L, Crp:0,1 olarak görüldü.Akciğer grafisinde trakea geniş görünümdeydi.Sft:fev1%73 fev1/fvc%77 olarak ölçüldü hasta DLCO ya uyum sağlayamadı.Hastanın Yüksek Rezolüsyonlu Bilgisayarlı Tomografisinde Trakea irregüler ve dilate görünümdeydi ve en geniş yeri 41.3 mm idi.Yapılan fiberoptik bronkoskopisinde trakea geniş ön duvar düzensiz görünümdeydi solunum hareketleri ile trakeanın kollabe olduğu görüldü.Ve hastamıza Mounier Kuhn Sendromu tanısı konuldu.TARTIŞMA: Mounier Kuhn Sendromu trakea ve ana bronşlarda düz kas dokusunda incelme ve elastik liflerin yokluğu veya atrofisi ile karakterize bir hastalık olup hastamızda görüldüğü gibi tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu tabloya eşlik edebilir.Trakeobronkomegali olgularında SFT'de obstrüktif paternde solunum fonksiyon bozukluğu ve rezidüel volüm artışı saptanabilir. Ekspiryum başında intratorasik basınç artışı nedeniyle duvar direncinin azalması sonucu gelişen trakeada kapanma eğilimi obstrüksiyonun temel nedenidir.Semptom olarak ise alt solunum yolu infeksiyonuna bağlı balgam çıkarma ön plandadır.Hastalığın tanısı için büyük hava yollarındaki çap artışı arka-ön direkt grafilerde izlense de YRBT'de trakeobronkomegali görülmesi daha değerlidir. Erişkinlerde trakeobronkomegali tanısı için trakeada 30 mm, sağ ana bronşta 20 mm ve sol ana bronşta 18 mm'den geniş çap ölçümü gerekmektedir. Bizim olgumuzda bu kriterlere uymaktadır.Hastalığın tedavisi, sekresyonların temizlenmesine yardımcı olmak için solunum fizyoterapisi yapmak ve gereğinde antibiyotik kullanımı ile sınırlıdır. ilerlemiş olgularda akciğer transplantasyonu önerilmektedir.Sonuç olarak kronik öksürük nedeni ile gelen hastada trakeobronkomegali düşünülmeli tetkikler ona göre istenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Mounier Kuhn Sedromu, Trakeobronkomegali, Bronkoskopi

Ekspiryum sırasında kollabe olan trakea



Trakeomegali HRCT Görüntüsü



EP-324

ÜNİLATERAL PULMONER HİPOPLAZİ

Belal Rabah[1], İnci Gülmez[1], Özgür Karabıyık[2], Remziye Yılmaztürk[3]
[1]Erciyes Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri
[3]Sağlık Bakanlığı, Çayyolu 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Ankara

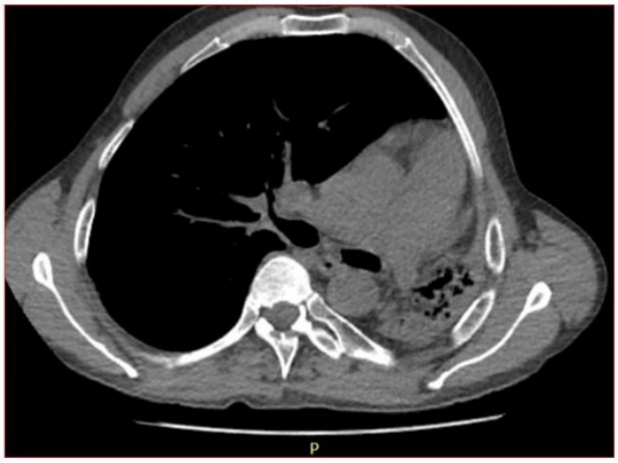
Bilinen kronik hastalığı olmayan, çiftçi olarak çalışan 56 yaşında erkek hasta nefes darlığı nedeniyle dış merkeze başvurmuş, çekilen toraks tomografisinde sol akciğer santral tümör ön tanısı ile Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine sevk edilmiş. Özgeçmişinde; 20 yaşındayken askere gittiğini, askerde muayene edildiğinde, kendisinde tüberküloz arandığı, tüberküloz bulunmadığı ancak askerlikten çürüğe çıkarıldığı öğrenildi. Soygeçmişinde babasında hipertansiyon, annesinde diyabetes mellitusu olan hastanın solunum sistemi muayenesinde sol hemitoraksta önde ve arkada suflan solunum mevcuttu. Dış merkezde çekilen toraks tomografisinin Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı tarafından değerlendirilmesinde: sol hemitoraksta üst ve alt loba giden lobar bronşların segmental ayrım düzeylerinde belirgin obliterasyon ve distalinde havalanma kaybının olduğu, bronş içi tespit edilebilen kitlesel lezyonun saptanmadığı, segmental bronşun distalinde hipoplazik akciğer dokusu, içersinde deforme, düzensiz, dilate, küçük bronşiolar yapılar izlendiği, normal havalanan akciğer parankimi izlenmediği, sağ hemitoraksin sola herniye olduğu (Resim 1), sol ana pulmoner arterin üst loba giden dalının seçilemediği (Resim 2) raporlandı. Hastaya fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı; trakea, ana karina, sağ sistem ve sol ana bronş mukozası normal izlendi. Sol üst ve alt lob girişi distorsiyone ve ilerisi izlenmedi. Endobronşiyal lezyon izlenmedi. Mevcut bulgular ile üst solunum yolu enfeksiyonun tetiklediği dispne ve tesadüfen hekime başvurduğunda tespit edilen sol hipoplazik akciğer olgusu olarak kabul edildi.Pulmoner hipoplazi genellikle çocukluk çağında tanı konmaktadır (1,2,3). Erişkin yaşa kadar semptom vermemesi oldukça nadir görülen bir durumdur (3,4). Bronkojenik kanser ön tanısı ile gönderilen olguda, tek taraflı hemitoraksta küçüklük, karşı akciğerde kompansatuar amfizem ve herniyasyon bulgusu doğumsal bir patolojiyi düşündürdüğü için, mevcut klinik-radyolojik bulguları ile ünilateral pulmoner hipoplazi tanısı konuldu. Olgunun az görülmesi nedeniyle literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: ÜNİLATERAL PULMONER HİPOPLAZİ, ERİŞKİN, BRONKOSKOPİ, KONJENİTAL

Resim 1: Olgunun parankim penceresi

Sol üst ve alt loba giden lobar bronşların segmental ayrım düzeylerinde belirgin obliterasyon, distalinde havalanma kaybı. Bronş içi tespit edilebilen kitlesel lezyon saptanmadı. Segmental bronşun distalinde hipoplazik akciğer dokusu içersinde deforme, düzensiz, dilate, küçük bronşiolar yapılar izlendi. Normal havalanan akciğer parankimi izlenmedi, sağ hemitoraks sola herniyasyon izlendi.

Resim 2: Olgunun mediasten penceresi



Sol ana pulmoner arterin üst loba giden dalı seçilemedi, alt loba giden dalının kalibrasyonu belirgin incelmiştir.

EP-325

VENA AZYGOS VE EŞLİK EDEN ANOMALİLERİN TORAKS BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİSİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Sema Avcı[1], Gökhan Perincek[2], Pınar Çeltikçi[3]
[1]Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Amasya
[2]Kars Harakani Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Kars
[3]Kars Harakani Devlet Hastanesi, Radyoloji, Kars

GİRİŞ: Bu çalışmanın amacı toraks bilgisayarlı tomografi görüntülemesiyle tespit edilen vena azygos sıklığı ve vena azygosa eşlik eden anomalileri (bovin arter, dekstrokardi, aberran sağ subklaviyen arter,aort trans pozisyonu ve sağ-sol karotis ortak kök varlığı)saptamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma için; Kafkas Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınarak Kars Harakani Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine Ocak 2014-Ocak 2018 tarihleri arasında başvuran hastalar için çekilmiş kontrastlı veya kontrastsız 5584 Toraks BT geriye dönük olarak tarandı. Vena azygos tespit edilen 67 olgu tekrar değerlendirildi. Üç olgu artefaktlı görüntü nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Kalan 64 hasta çalışma grubunu oluşturdu. Vena azygos tespit edilen bu hastalarda bovin arter, aberran sağ subklaviyen arter, aort trans pozisyonu, dekstrokardi ve sağ-sol karotis arter ortak kök varlığı birlikteliğine bakıldı.

BULGULAR: Toplam bakılan Toraks BT'lerde vena azygos görülme sıklığı %1.20 olarak saptandı. Çalışmaya alınan 64 hastanın yaş ortalaması 52.32 idi. Hastaların 28'i kadın (%43.75) ve 36 'sı (%56.25) erkekti. Vena azygos tespit edilen 64 hastanın sekizinde (%12.5) bovin arter anomalisi, birinde (%1.56) aberran subklaviyan arter anomalisi ve üç hastada (%4.68) sağ-sol karotis arter ortak kök varlığı mevcuttu. Hastaların hiçbirinde vena azygosa eşlik eden aort transpozisyonu ve dekstrokardi yoktu. Hastaların hiçbirinde bovin arter+aberran sağ subklaviyan arter birlikteliği yoktu. Hastaların ikisinde (%3.12) bovin arter+sağ-sol karotis arter ortak kök varlığı mevcuttu. Hastaların birinde (%1.56) sağ-sol karotis arter ortak kök varlığı+aberran sağ subklaviyan arter mevcuttu.

SONUÇ: Çalışmamızda vena azygos tespit edilen hastalarda en sık eşlik eden anomali bovin arterdi.

Anahtar Kelimeler: vena azygos, tomografi, anomali

EP-326

AMPİYEM İLE BAŞVURAN ÇİFT TARAFLI BRONŞİEKTAZİLİ BİR KARTAGENER SENDROMU OLGUSU

Elif Yılmaz, Murat Kavas, Cansel Atinkaya, Sibel Boğa, Abdurrahman Yılmaz, İrfan Yalçınkaya
sağlık bilimleri üniversitesi süreyyapaşa göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi

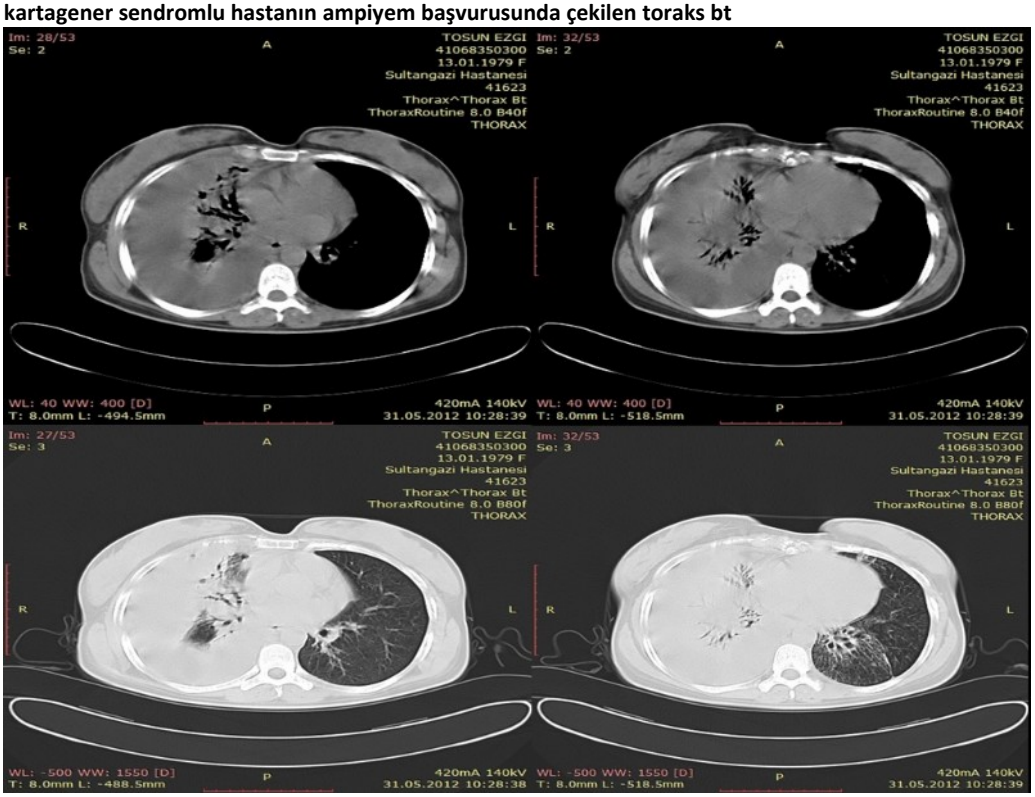
GİRİŞ: Kartegener Sendromu, bronşektazi, situs inversus, paranazal sinüzit triadı ile seyreden silia yapısında motor-moleküler yapılarda bozukluk ile karakterize immotil silia sendromu olarak da adlandrılan ender görülen bir klinik tablodur.Olgumuz, yedi yaşında iken situs inversus dışında diğer tüm bulguların olmasıyla Kartagener sendromu tanısı konulan, bilateral lokalize bronşektazili yetişkin bir olgudur.

OLGU: 33 yaşında kadın hasta merkezimize öksürük ve göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Sigara öyküsü yok. Aile öyküsünde 2 kardeşinde de kartagener sendromu mevcut. Hastanın fizik muayenesinde sağda solunum sesleri azalmıştı.6 yıl önce çekilen pa akciğer grafisinde sağda kalp sınırını silen hilus seviyesine ulaşan submasif plevral effüzyon ve toraks bt de sağ orta lob, sol alt lobda bronşiektazi ve sağ hemitoraksta orta ve alt kısımda lobulasyonlar gösteren plevral effüzyon izlenmesi üzerine hasta ampiyem ön tanısıyla interne edildi. hastaya piperasilin-tazobaktam 4x4,5 gr ve siprofloksasin 2x400 mg başlandı. hastaya ultrason eşliğinde sağdan plöroken takıldı. Plöroken takılmasını takibin 2. günden itibaren 5 gün plörokenden 250.000 IU streptokinaz uygulandı. 7. günde plöroken sonlandırıldı. hastanın antibiyoterapisi 14 güne tamamlanarak hasta taburcu edildi.Hasta bir ay önce ateş, halsizlik şikayetiyle başvurdu. Sed:101 CRP:36 WBC: 12800 idi. Hastaya nazal yoldan bronkoskopi yapıldı. Bilateral endobronşial sistemde yoğun sarı-yeşil renkte pürülan sekresyon mevcuttu. Bronş lavajı alındı. Lavaj kültüründe Psödomonas aeroginosa üredi. Bronş lavaj ARB leri negatif geldi. Psödomonasa duyarlı antibiyotik tedavisini bir ay alan hastada enfeksiyon parametreleri geriledi kliniği rahatlayan şikayetleri azalan hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Kartagener sendromlu hastatalar enfekte bronşiektaziden farklı olarak ampiyem tablosu ile de başvurabilmektedir. Lokalize bronşektazi, sık tekrarlayan enfeksiyon olmasına rağmen Kartagener sendromlu hastalarda cerrahi önemli komplikasyonlarda düşünülmeli, özellikle bilateral bronşektazili hastalarda cerrahiden uzak durulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kartagener sendromu, bronşiektazi, ampiyem

kartagener sendromlu hastanın ampiyem başvurusunda çekilen toraks bt



hastanın çekilen toraks bt de bilateral alt loblarda bronşiktazi görünümü ve sağ akciğerde ampiyem görüntüsü

EP-327

ASTIMLI HASTADA İLERLEYİCİ DİSPNE AYIRICI TANISI: PULMONER ARTERİOVENÖZ MALFORMASYON

Hadice Selimoğlu Şen, Süreyya Yılmaz, Abdurrahman Şenyiğit, Gökhan Kırbaş
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

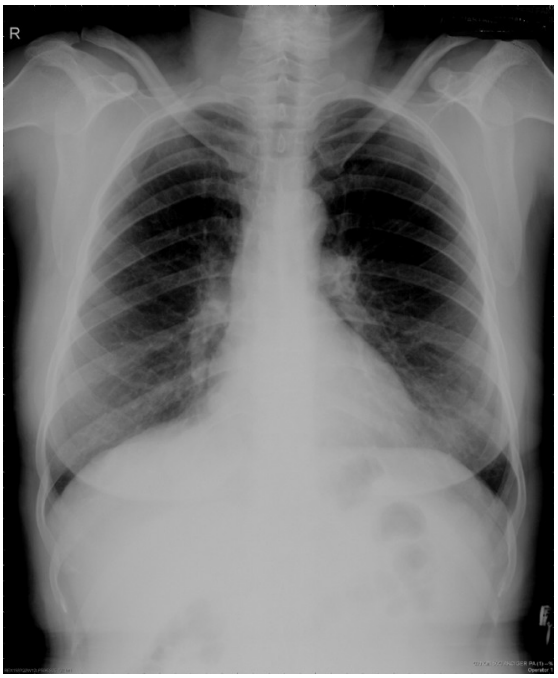
GİRİŞ:Pulmoner arteriyovenöz malformasyonlar (PAVM), sağ-sol şanta neden olabilen pulmoner arter ile pulmoner venler arasındaki anormal direkt bağlantılardır. Radyolojik olarak 1-5 cm çapında, yuvarlak veya oval kitle veya nodül şeklinde olabilir. Pulmoner arteriovenöz malformasyonlar %60-70 tek ve sıklıkla alt loblardadır.. Olguların %80'inde plevral yüzeye yakın olarak yerleşir. Tanıda pulmoner anjiografi altın standart olmakla birlikte günümüzde yerini bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiografi (BTPA) almıştır. Kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir. İzole anomali (%40) olabileceği gibi herediter hemorajik telanjiektazi (HHT) sendromu ile birlikte (%30- 88) de olabilir. Olgular sıklıkla semptomsuz olmakla birlikte ensık rastlanan semptomlar, nefes darlığı, öksürük, hemoptizi, siyanoz ya da bazı olgularda hipoksemidir.

OLGU:52 yaşında bayan hasta nefes darlığı ve hemoptizi şikayetleri ile başvurdu. Yaklaşık 10 yıldır, astım ve alerjik rinit tanıları ile dış merkezde takip ediliyordu. Nazal polipozis nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Son birkaç yıldır, ilaçlarını düzenli kullanmasına rağmen ilerleyici nefes darlığı vardı ve semptom kontrolü sağlanamıyordu. Solunum fonksiyon testinde hafif düzeyde obstrüksiyon görüldü. Arter kan gazında hipoksemi yoktu. Hasta ciddi nefes darlığı ve birkaç defa olan az miktarda hemoptizi tarifliyordu. Posteroanterior akciğer grafisi normal sınırlarda idi (Resim 1). Toraks bilgisayarlı tomografide, sağ akciğer alt lob postero-medio bazal segmentte aksiyal planda yaklaşık boyutları 5 X 3.5 cm olarak ölçülen tortiyoze uzanım gösteren lezyon raporlandı. Pulmoner arteriovenöz malformasyon ön tanısı ile çekilen BTPA; sağ akciğer alt lob postero bazal segmentte tubüler uzanım gösteren, pulmoner arteri ve pulmoner veni görülen vasküler lezyon izlenmektedir, şeklinde raporlandı (Resim 2). Fiberoptik bronkoskopi, normal sınırlarda idi. Ekokardiografide kardiak patoloji saptanmadı. Cerrahi tedavi önerildi ancak hasta cerrahiyi kabul etmedi. Hasta halen komplikasyonsuz takip edilmektedir.

SONUÇ: Semptom kontrolü sağlanamayan astımlı hastalarda, nadir görülen bir anomali olan PAVM da akla gelmelidir.

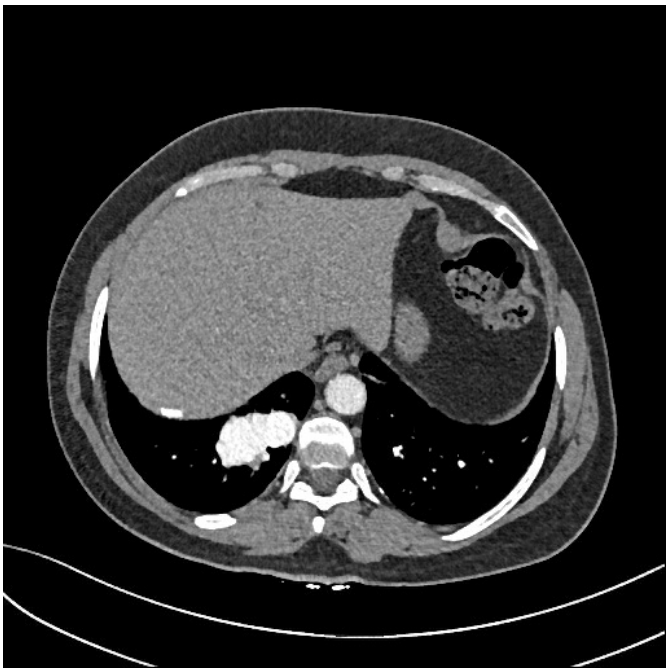
Anahtar Kelimeler: arteriovenöz malformasyon, astımda ayırıcı tanı, pulmoner anjiografi

Resim 1



Posteroanterior akciğer grafisi

Resim 2



Sağ akciğer alt lob postero bazal segmentte tubüler uzanım gösteren vasküler lezyon

EP-328

SIK TEKRARLAYAN SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU NEDENİ: TRAKEOBRONKOPATİA OSTEOKONDROPLASTİKA

Nevİn Taci Hoca[1], Selen Zorlutuna[1], Yasemİn Söyler[1], Mine Önal[1], Zafer Aktaş[1], Funda Demirağ[2], Feza Uğurman[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Patoloji Bölümü

Trakeobronkopati Osteokondroplastika (TO), büyük havayollarını tutan, etiyolojisi bilinmeyen, nadir görülen ve yavaş ilerleyen benign bir hastalıktır. Trakea ve ana bronşlarda submukozal yerleşimli çok sayıda kemik ve kıkırdak dokusu içeren nodüllerle karakterizedir.Sık tekrarlayan solunum yolu infeksiyonu öyküsü olan 54 yaşında erkek hasta, iki haftadır olan balgamla karışık kan tükürme ve biri iki aydır devam eden öksürük yakınması ile başvurdu. Hastanın soy geçmişinde özellik yok. Öz geçmişinde çocukluğundan beri solunum yolu infeksiyonu nedeni ile birçok kez dış merkeze başvurduğu öğrenildi. Fizik muayene, sol akciğer bazalinde inspiryumda duyulan raller dışında normaldi. Postero-anterior akciğer grafisinde (PA); sol kostofrenik sinüs kapalı ve sol bazalde konsolidasyon izlendi (Resim 1). Laboratuar incelemelerinde patolojik olarak; beyaz küre:11400/mm3, CRP:2,41mg/L, sedimentasyon:61mm/h idi. Solunum fonksiyon testinde; FVC: 3,81 L(%101), FEV1:3,75 (%111), FEV1/FVC: %92 olarak tespit edildi. Hastaya pnomoni nedeni ile amoksisilin-klavulanik asit 2x1gr/gün ve klaritromisin 2x500 mg/gün tedavisi başlandı. Hemoptizi nedeniyle dış merkezde çekilen toraks bilgisayarlı tomografide; trakea duvarında noktasal kalsifikasyon ve yer yer düzensizlik izlendi. Sol alt lobda konsolide alan ve minimal sıvı görünümü mevcuttu. Minimal sıvı görünümü olması nedeniyle plevral sıvı alınmadı. Antibiyotik tedavisi sonrası hastanın yakınmaları geriledi. Kontrol PA'da, soldaki infiltrasyon kayboldu. Ancak hastanın sık tekrarlayan solunum yolu infeksiyonu ve hemoptizisi olması nedeni ile hastaya bronkoskopi yapıldı. Trakea boyunca dağınık yerleşimli arka membranöz duvarın korunduğu, 2-5 mm çapında beyaz sert, çok sayıda noduler lezyonlar izlendi (Resim 2). Bu lezyonlardan alınan biyopsi sonucu, yüzeyi skuamöz metaplazi gösteren, üst solunum yolu epiteli ile örtülü bronş mukozasında, yağ ve lameller kemik dokusu izlendi. Özel boya ile amiloid tespit edilmedi. Trakeobronkopatia osteokondroplastika tanısı kondu.TO'nun spesifik bir tedavisi yoktur, semptomatik tedavi uygulanır. Prognoz genellikle iyidir ve lezyonların yaygınlığına bağlıdır. Havayolu obstrüksiyonu söz konusu olduğunda, lazer uygulaması, bronkoskopik olarak nodüllerin çıkarılması, stent ve radyoterapi uygulanabilir. Tüm bu palyatif yöntemlerin uygulanamadığı ciddi darlıklarda linear anterior trakeoplasti yapılabilir.Sonuç olarak, TO kronik persistan öksürük, hemoptizi ve sık tekrarlayan solunum yolu infeksiyonunun ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Bronkoskopide trakeanın posterior membranöz kısmının korunduğu, trakeada ve ana bronşlarda dağınık yerleşimli nodüler lezyon görünümünün olması tipiktir.

Anahtar Kelimeler: Trakeobronkopatia Osteokondroplastika, Hemoptizi, Sık tekrarlayan solunum yolu infeksiyonu

Resim 1: Posterior-Anterior Akciğer Grafisi.

Sol kostofrenik sinüsü kapatan sol alt zonda konsolidasyon.

Resim 2.

Bronkoskopide trakeada görülen nodüler lezyonlar.

EP-329

İLERİ YAŞTA TESADÜFEN TANI ALAN ÇİFT ARKUS AORTA

Burcu Arpınar Yiğitbaş, Celal Satıcı, Gizem Köybaşı, Mustafa Asım Demirkol, Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar, Uğur Öztürk
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

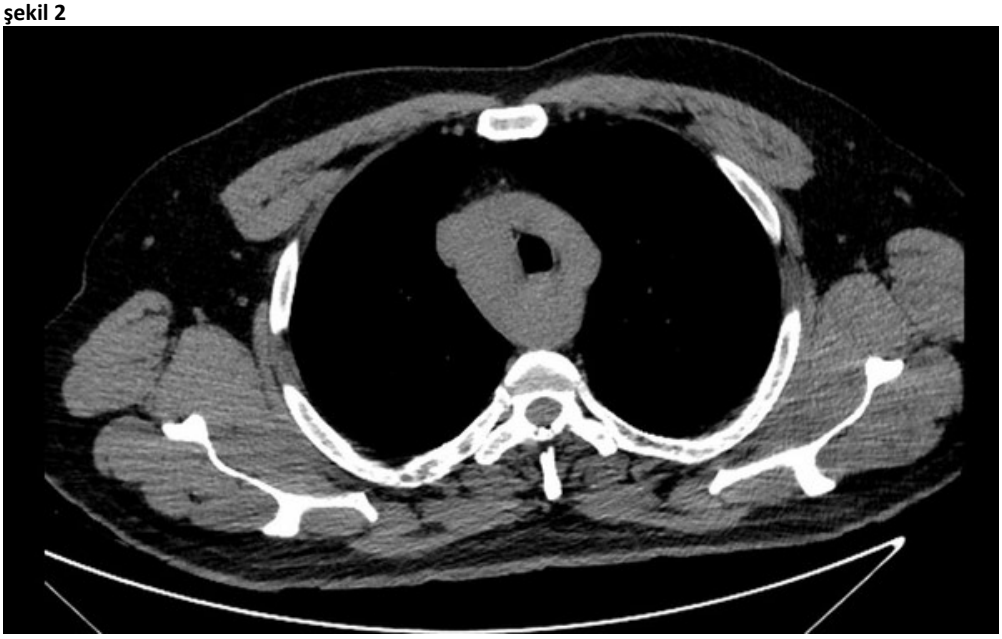
Arkus aortayı ilgilendiren, trakea ile özofagusa bası yaparak solunum ve beslenme problemlerine yol açan bir grup anomali olarak tanımlanan vasküler ringler tüm konjenital kardiyovasküler anomaliler içersinde oldukça seyrek (< %1) görülmektedirler. Bunlar içerisinde çift arkus aorta en sık rastlanan (%40) ve hayatın erken dönemlerinde hırıltılı solunum solunum, solunum sıkıntısı, senkop, beslenme sonrası öksürük ve morarma gibi semptomlar veren komplet vasküler ring tipidir.Vasküler ring olgularında en sık kullanılan klasik tanı yöntemi geçmişte baryumlu özofagogramken günümüzde sık kullanılan bilgisayarlı tomografi ile kolaylıkla tanı alabilmektedir. Ekokardiyografi, ek intrakardiyak anomali ve vasküler anatominin tanımı için yapılmaktadır. Semptomatik olgularda cerrahi tedavi tek seçenektir.

OLGU: Bilinen kronik hastalık anamnezi olmayan erkek hasta gribal enfeksiyon sonrası devam eden öksürük şikayetiyle hastanemize başvurdu.Direkt akciğer grafisinde üst mediastende genişleme ve sağ diyafragmada düzensizlik mevcuttu.Kontrastlı bilgisayarlı tomografisinde çift aortik arkus tespit edilen hastanın kardiyoloji konsültasyonu yapıldı. Eşlik eden kardiyak anomalisinin olmadığı görüldü. Semptomatik tedavisi başlanan hasta takip amacıyla kalp damar cerrahisine yönlendirildi. Ek girişim düşünülmedi.Bu vakamızda çift aortik arkusun özofagus basısı yapmadığı durumlarda, gelişen görüntüleme yöntemleri sayesinde ileri yaşlarda da tesadüfen saptanabildiğini belirtmek istedik.

Anahtar Kelimeler: vasküler ring, konjenital anomali, arteriovenöz malformasyon

şekil 1

şekil 2



EP-330

NADİR GÖRÜLEN BİR SENDROM: SWYER- JAMES- MACLEOD OLGUSU

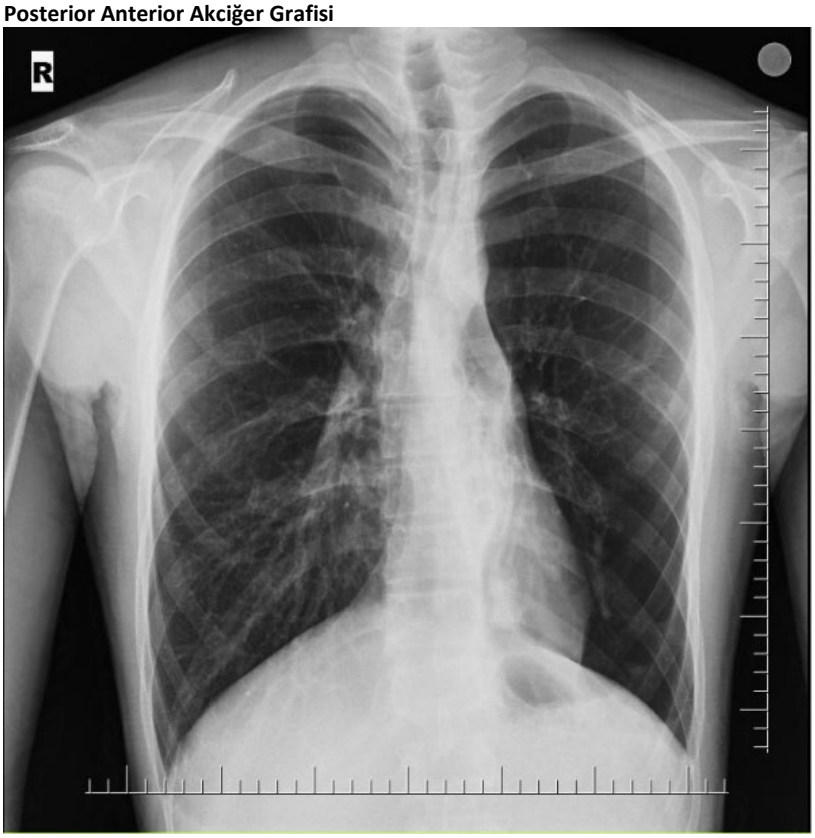
Mehmet Fatih Elverişli, Pınar Yıldız Gülhan, Şule Yıldız, Ege Güleç Balbay
Düzce Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce

Swyer James Mac Leod (SJM)Sendromu özellikle çocukluk çağında sık pulmoner enfeksiyon sonrası geliştiği düşünülen radyolojik olarak tek taraflı radyolüsen görünümü olan nadir bir sendromdur. İlk olarak hastalık 1953'de swyer ve james tarafından 6 yaşında bir erkek çocukta tanımlanmış olup, 1 yıl sonra macleod tarafından 9 erişkin vakada bildirilmiştir. Unilateral radyolüsensi yapacak nedenler ekarte edildikten sonra radyolojik olarak tek taraflı hava hapsi, radyolüsensi bulguları, küçük ya da normal boyutlarda akciğer, pulmoner damarların sayısında ve boyutlarında azalma karakteristik özellikleridir. Genellikle asemptomatik olup insidental olarak saptanır. Bronşiektazi varlığı klinik belirti ve prognozda önemlidir. Burada 27 yaşında erkek olgumuzu nadir görülen bir sendrom olması nedeniyle sunmaktayız.27 yaşında erkek hasta kliniğimize öksürük, balgam, dispne ara ara olan hemoptizi şikayetiyle başvurdu. Hemoptizi şikayeti çocukluğundan beri ara ara çay kaşığı kadar oluyormuş. Sigara öyküsü olmayan hastanın bilinen ek hastalığı yoktu. Fizik muayenede sol hemitoraksta solunum sesleri azalmış, sol alt zonda inspiratuar raller mevcuttu. Laboratuar tetkiklerinde patolojik bulgu yok. Posterior anterior akciğer (PA AC) grafisinde sol hilusta küçülme,sol akciğerde hacim kaybı ve alt zonlarda radyolüsen görünüm izlendi. (resim 1).Toraks BT anjiyografide de sol akciğerde vasküler dallanmada belirgin azalma, posterior segmentte kistik ve tübüler bronşektazik değişiklikler, mediastinal yapıların hafif sola kaydığı, sol pulmoner arterin ve sol akciğerin sağa göre belirgin küçük olduğu saptandı (Resim 2). Üç kez gönderilen balgam asido- rezistans basil (ARB) tetkiki ve kültür sonuçları menfi idi. Solunum fonksiyon testinde FEV1/FVC: %50 FEV1:1650 ml (%34) FVC:3300ml (%56). Hastada Swyer- James / Macleod Sendromu düşünüldü. Bronkodilatatör tedavisi düzenlendi, yıllık grip ve pnömokok aşısı önerildi.

SONUÇ:Hemoptizi, nefes darlığı, göğüs ağrısı gibi non-spesifik şikayetlerle gelen PA AC grafide tek taraflı radyolüsens görünümü olan hastada nadir görülen SJMS sendromu hatırlatmak amacıyla sunduk.

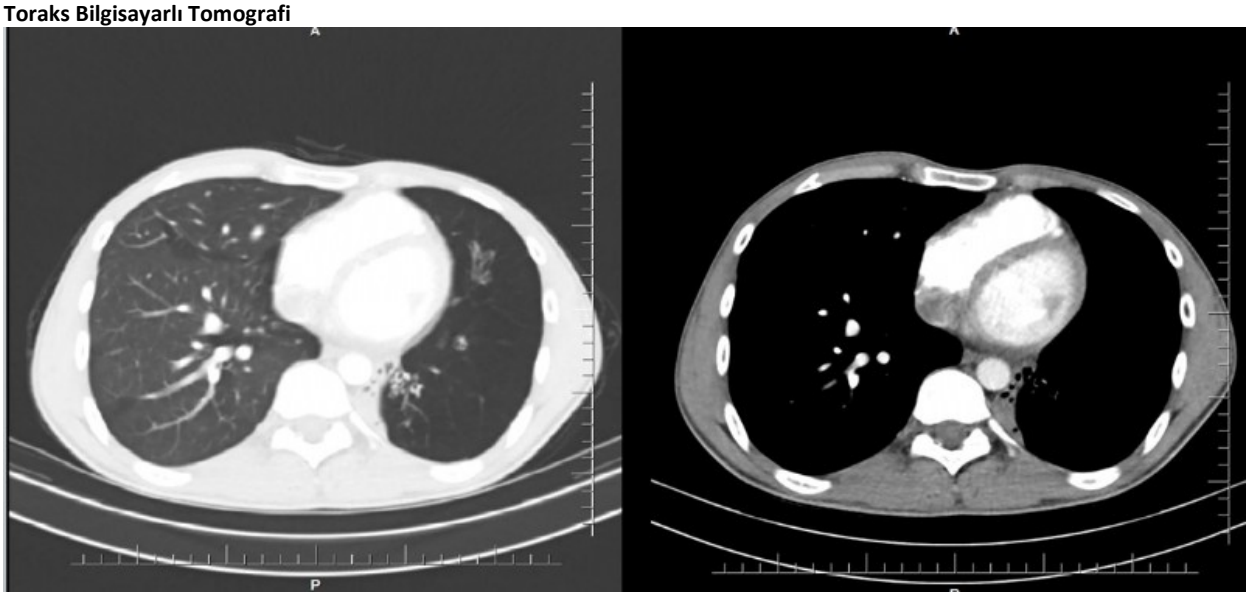
Anahtar Kelimeler: bronşiektazi, hemoptizi, radyolüsens

Posterior Anterior Akciğer Grafisi



sol alt zonda hiperlüsensi, sol hilusta küçülme ve solda volüm kaybı izlenmekte

Toraks Bilgisayarlı Tomografi



solda bronşiektazi ve pulmoner damarlanmada belirgin azalma

EP-331

İNTRATORASİK KOSTA

Serkan Uysal
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

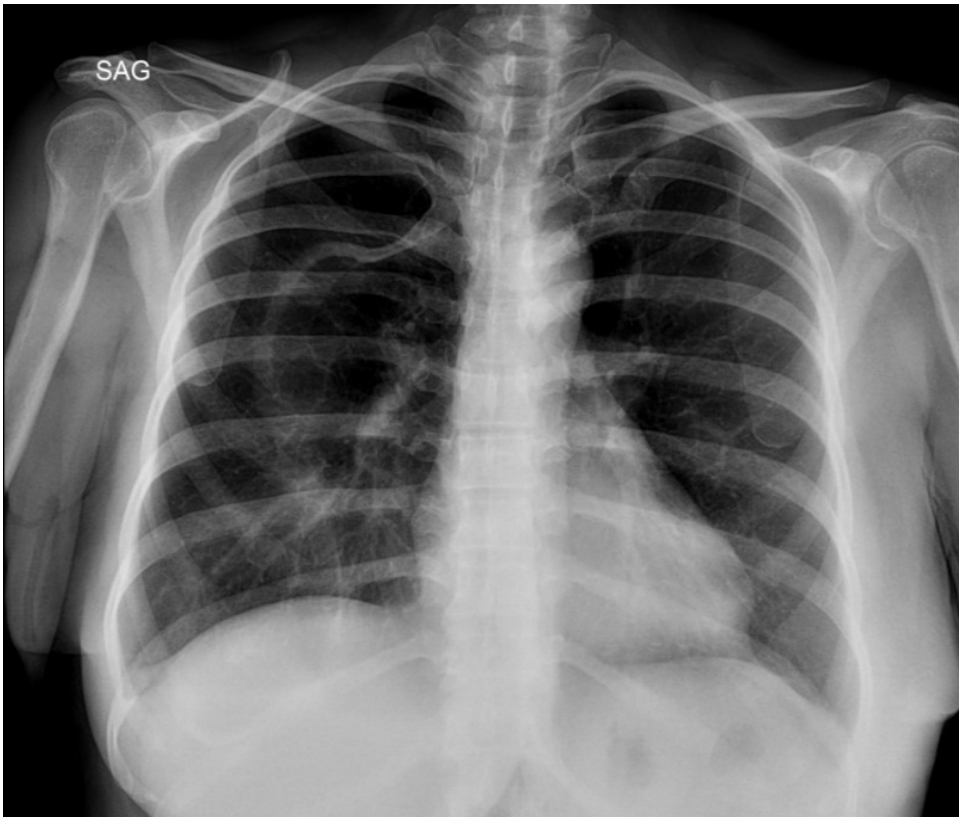
GİRİŞ: Akciğer grafileri değerlendirilirken kosta anormallikleri gözden kaçabilmektedir. Kostalardaki anormallikler komşu bölgelere ya da sistemik hastalıklara ait bulgular olabildiği gibi herhangi bir patolojiye sebep vermeyen, insidental saptanan konjenital durumlarda olabilir. Nadir görülmesi nedeniyle intratorasik kosta olgumuzu tartışmayı amaçladık.

OLGU: 53 yaşında kadın hasta sırt ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Çekilen PA akciğer grafisinde intratorasik kosta saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisi ile ek patolojisi olmadığı görüldü. Mevcut şikayetine yönelik medikal tedavisi düzenlendi.

SONUÇ: İntratoraisk kosta nadir görülen bir anomalidir. Kosta toraks kavitesinin etrafından içeriye doğru protrüzyon gösterir. Sıklıkla ekstra bir kostadır ve sıklıkla sağ taraftadır. Herhangi bir işlem yapılmasına gerek yoktur.

Anahtar Kelimeler: İntratorasik kosta, kosta anomalileri, konjenital

Resim1



PA akciğer grafisi görüntüsü

EP-332

SIK HASTANE YATIŞLARININ NADİR BİR NEDENİ: MOUNİER-KUHN SENDROMU

İclal Hocanlı[1], Osman Dere[2], Atakan Kırteke[2], Orhan Kazak[3], Şerif Kurtuluş[1]
[1]Harran Üniversitesi,Göğüs hastalıkları Ana Bilim Dalı,Şanlıurfa
[2]Haran Üniversitesi,Radyoloji Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa
[3]Harran Üniversitesi,Aile Hekimiği Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

GİRİŞ:Mounier-Kuhn sendromu; trakea ve büyük bronşların genişlemesi, bazen de bronşektazi ve tekrarlayan alt solunum yolu infeksiyonları ile karakterize nadir görülen bir sendromdur. Olguların çoğunluğu sporadiktir. Hastalık çoğunlukla erkeklerde 3. ve 4. dekadda görülebilirse de çocukluk döneminde de tanı konabilir.Trakeo-bronkomegalinin (TBM) nedeni açık değildir. Ehlers-Danlos sendromlu erişkinlerde ve cutis laksalı çocuklarda, bu anormalliğin radyografik kanıtlarının bulguları ile genetik ilişki olabilir. Semptomlar nonspesifiktir. Bronşektaziye ve alt solunum yolu infeksiyonuna bağlı balgam çıkarma ön plandadır. Oldukça genişlemiş, ancak duvarı zayıflamış hava yollarında mukosiliyer klerens ve öksürük mekanizmaları etkin değildir. Bu nedenle de tekrarlayan pnömoni, bronşektazi ve fibrozis görülebilir. Tanı göğüs radyografileri ve toraks BT taraması ile kolayca yapılabilir. Semptomatik hastaların yönetimi yoğun ve uygun antibiyotik tedavisi ve postural drenajdır. Bronkoskopi, trakeostomi veya her ikisi de bazı hastalarda salgıların ve mukus tıkanıklıklarının yönetimini kolaylaştırabilir.

OLGU SUNUMU:64 yaşında erkek hasta öksürük,yoğun pürülan balgam çıkarma ve nefes darlığı şikayetleriyle acil servise başvurdu.Oda havasında so2:%88-89, T/A: 110/70 mmHg, nabız:100/dk,ateş:37 derece idi. Hastanın öz geçmişinde kırk (40) paket/yıl sigara içme, yaklaşık bir yıl önce lumbal herniasyon operenu sonrasında immobilizasyon ve 9 yıl önce akciğer tüberkülozu geçirme öyküsü mevcuttu. Ayrıca hastanın yoğun balgam çıkarma ve nefes darlığı şikayetleri olduğundan zatürre (pnömoni) nedeniyle sık hastaneye yatış öyküsü de var.Fizik muayenede bilateral üst alanlarda daha yoğun olmak üzere tüm alanlarda sekretuar raller mevcuttu.Laboratuvar incelemede; lökosit: 13000, hemoglobin: 17.8 g/dL, Hemotokrit: %58, C-reaktif protein:6.1 mg/dl idi. Çekilen posteroanterior akciğer (pa ac) grafide bilateral üst zonlarda retikülonodüler görünüm, alt zonlarda yer yer konsolide alanlar mevcuttu. Hastanın immobil ve nefes darlığı şikayeti olması nedeniyle pulmonet tromboemboli (pte) ön tanısıyla angio toraks bilgisayarlı tomografi (ctpa) çekildi.CTPA da pte saptanmadı ancak trakeomegali,bronkomegali ve sağda üst lobda kistik-tübüler bronşiektaziler, alt loblarda yer yer konsolide alanlar mevcuttu. 3 kez balgam arb bakıldı ve negatif geldi. Alınan balgam kültürlerinde herhangi bir üreme olmadı. Radyolojik olarak hastada mounier-Kuhn sendromu düşünüldü ve semptomatik tedavi verildi.

TARTIŞMA:Tekrarlayan pnömoni atakları, mukus tıkanması ve erişkinlerde kronik solunum yetmezliği varlığında, nadir görülen Mounier-Kuhn sendromu tanısı da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bronşiektazi, Mounier-Kuhn Sendromu, Trakeobronkomegali

EP-333

NADİR BİR ATELEKTAZİ NEDENİ; BRONŞİYAL ANTRAKOZİS-ANTRAKOFİBROZİS

Mehmet Durgun, Melike Demir
Dicle Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

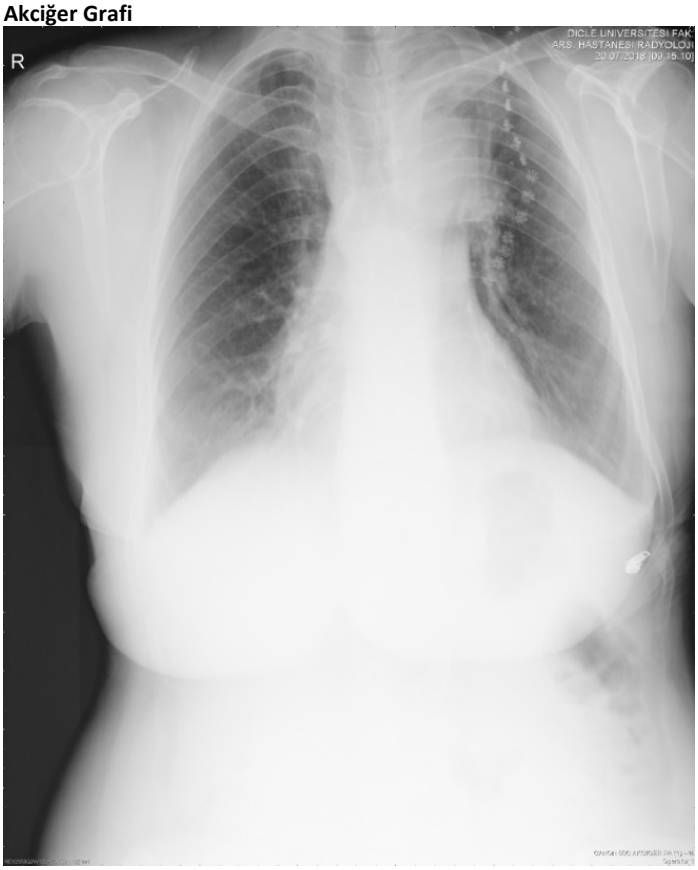
GİRİŞ: Antrakozis, bronş mukozasında siyah pigment birikmesiyle oluşmaktadır. Bronşiyal mukozada destrüksiyon ve deformasyon yaparak antrakofibrozise neden olabilmektedir. Bronş mukozasında oluşan antrakofibrozis nadir olarak atelektaziye de yol açabilmektedir. Nadir atelektazi nedenlerinden biri olması nedeniyle bu olguyu sunmayı amaçladık.

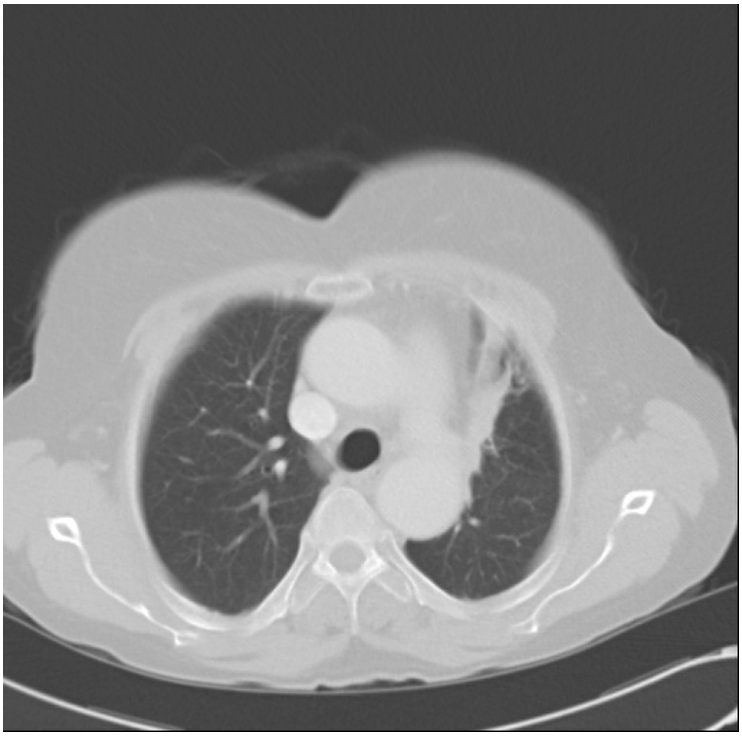
OLGU: Elli sekiz yaşında kadın hasta, öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Rutin tetkikler çalışıldı, akciğer grafisi çekildi. 2010 yılında geçirilmiş tüberküloz öyküsü ve 5 yıldır bilinen astım bronşiyale tanıları mevcuttu. Ayrıca olgumuz, uzun yıllar boyunca tandırda ekmek pişirdiğini ve biyomas maruziyeti olduğunu belirtmekteydi. Düzensiz olarak bronkodilatör tedavi almaktaydı. Son bir aydır öksürük ve nefes darlığında artış olduğunu belirtmekteydi. Akciğer grafisinde sol akciğer üst zonda opasite izlendi ve toraks bilgisayarlı tomografi(BT) istendi. Toraks BT'de sol akciğer üst lobta segmental ve subsegmental atelektazi raporlandı. Bunun üzerine yapılan bronkoskopide sol akciğer üst lob anterior segmentin giriş duvarından başlayarak pigmente lezyonlar; antrakozis izlendi ve bu antrakoitik yapının lob girişini de tama yakın kapadığı izlendi.

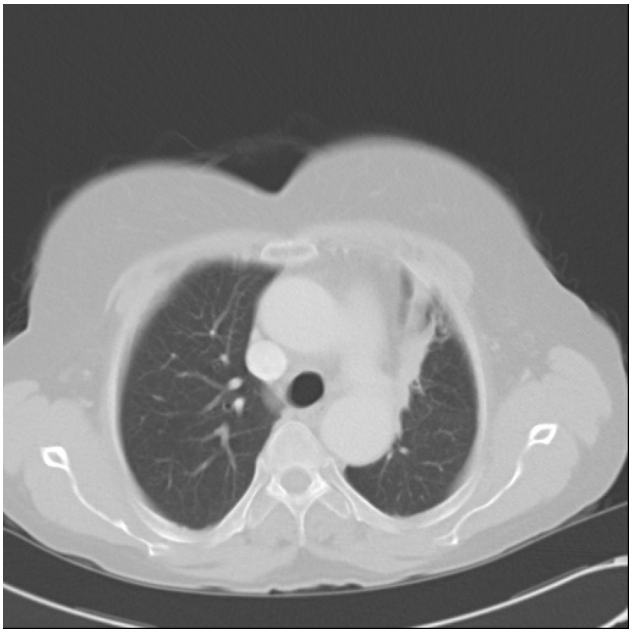
SONUÇ: Bronşiyal antrakozis-antrakofibrozis saptanan olgularda en önemli risk faktörü biyomas maruziyetidir. Bu hastalar; KOAH, pnömoni ve maligniteyi içeren çeşitli pulmoner hastalıklar açısından değerlendirilmeli ve izlenilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Antrakozis,atelektazi,biyomas

Akciğer Grafi







resim

EP-334

TEKSTİL İŞÇİLERİNDE KOAH-ASTIM FARKINDALIĞINA SİGARA KULLANIMININ ETKİSİ

Pınar Atak, Büşra Kalli, Selen Subaşı, Fatma Mutluay
İstanbul Medipol Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, İstanbul

GİRİŞ:Kronik solunum yolu hastalıklarının yaklaşık %65'ini astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) oluşturmaktadır. Ülkemizde mortalite ve morbiditenin önemli nedenleri arasında yer alan kronik solunum yolu hastalıkları ciddi şekilde toplumsal ve ekonomik yük oluşturmaktadır, en büyük etkeninin ise sigara, toz, duman ve kimyasallar olduğu bilinmektedir. Fakat günümüzde toplum tarafından beklenilen farkındalık düzeyine ulaşılamamıştır. Bu çalışma sigara içen ve içmeyen tekstil işçilerinde KOAH ve astım farkındalık düzeyinin karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirildi.

GEREÇLER VE YÖNTEM:Çalışmaya Öz Barış Tekstil Atölyesi'nde çalışan gönüllü 136 işçi dahil edildi. Çalışma 4 hafta sürdü. Bireylerin yaş, sigara kullanım durumu, başlama yaşı, aylık sigara masrafı kaydedildi. Farkındalık düzeyi T.C. Sağlık Bakanlığı KHH Önleme Kontrol Programı Astım-KOAH Farkındalık Anketi ile değerlendirildi. Veriler, SPSS-22 istatistik programında analiz edildi ve gruplar arası frekans dağılımları için Pearson ki kare testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edildi.

BULGULAR:Bireyler sigara içen (Grup 1) ve içmeyen (Grup 2) olarak 2 gruba ayrıldı. Çalışanların %92'si KOAH ve astım hastalığının farkındaydı. Sigara kullanan bireyler, rahatlatıcı etki ve içmeden yapamamak gibi fiziksel nedenler belirtti. Sigaranın kullanım sebebini sorgulayan bu soruda Grup I ve Grup II arasında anlamlı farklılık bulundu (p=0,00). KOAH'ın bir akciğer hastalığı ve semptomlarının öksürük, giderek artan nefes darlığı olduğu, en sık 40 yaş ve üzerinde görüldüğü yüksek oranda bilinmekteydi ve gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p>0,05). KOAH gelişiminde en önemli etkenin sigara (p=0,025), tedavisinde ise ilk adımın sigarayı bırakmak olduğu (p=0,014) sorusunda Grup I'in yanlış cevap oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Mesleki nedenlerden dolayı KOAH gelişebilir mi sorusunu, Grup I Grup II'ye kıyasla yüksek oranda bilmiyorum şeklinde yanıtladı (p=0,017). Astım ile ilgili sorulara Grup I ve Grup II sırası ile 'Bulaşıcı değildir' (%100, %99,1), 'kalıtsaldır' (%59,3, %74,3), 'tüm yaş gruplarında görülür' (%100, %97,2), 'göğüs hastalıkları uzmanına başvurulur' (%85,2, %83,5) cevapları verdi. Hastalık semptomları katılımcıların yaklaşık yarısı tarafından (%51,9, %66,7) bilinmekteydi. Her iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

SONUÇ VE TARTIŞMA:Sigara içen tekstil işçilerinin yaklaşık üçte biri, sigarayı fiziksel nedenlerden dolayı kullanmaktadır; sigara, toz, duman ve kimyasalların KOAH'a yol açabileceğini bilmemektedir. Çalışılan ortamların neden olabileceği kronik hastalıklarla ilgili tekstil işçilerinin bilgi düzeyinin artırılması toplum sağlığını korumak ve geliştirmek açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Astım, Farkındalık, KOAH, Sigara

Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=136)

CİNSİYET	Kadın Erkek	%70,6 (n=96) %29,4 (n=40)
YAŞ DAĞILIMI	12-24 25-34 35-44 45-54	%82,4 (n=112) %14,7 (n=20) %1,5 (n=2) %1,5 (n=2)
SİGARA KULLANIMI	Evet Hayır	%19,9 (n=27) %80,1 (n=109)
SİGARA BAŞLAMA YAŞI (n=27)	0-11 yaş 12-15 yaş 16-19 yaş 20 ve üzeri yaş	%18,51 (n=5) %25,92 (n=7) %51,85 (n=14) %3,7 (n=1)
SİGARA MASRAFI (aylık)	0-20 TL 20-60 TL 60-100 TL 140 TL ve üstü	%37,03 (n=10) %11,11 (n=3) %22,22 (n=6) %29,62 (n=8)

Sigara kullanan ve kullanmayanların sigaraya ilişkin görüşleri

	Sigara kullanan (%)	Sigara kullanmayan (%)	p
Sigara içmenin en önemli nedeni nedir?			
Fikrim yok	%0	%50,5 (n=55)	0,000*
İçmeden yapamamak	%29,6 (n=8)	%13,8 (n=15)	
Rahatlatıcı etkisi	%37,0 (n=10)	%12,8 (n=14)	
Kilo kontrolü	%3,7 (n=1)	%0	
Zaman geçirme	%25,9 (n=7)	%10,1 (n=11)	
Arkadaşlar arasında dikkat çekmek	%3,7 (n=1)	%12,8 (n=14)	
Sigarayı bırakmak için en geçerli sebep nedir?			
Sağlık sorunları	%85,2 (n=23)	%67,0 (n=73)	0,071
Aile ve çevre baskısı	%0	%0	
Ekonomik nedenler	%7,4 (n=2)	%4,6 (n=5)	
Sigara yasakları	%0	%0	
Diğer	%7,4 (n=2)	%28,4 (n=31)	
Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almak gerekir mi?			
Evet	%63 (n=17)	%77,1 (n=84)	0,145
Hayır	%37 (n=10)	%22,9 (n=25)	
Sigara yasaklarının oluşturulmasının temel nedeni nedir?			
Pasif içiciliğin sigara içmeyen çok sayıda insanda ciddi sağlık sorunları yaratmasıdır.	%88,9 (n=24)	%92,7 (n=101)	0,079
Sigara içenleri ikinci sınıf hissettirmektir.	%0	%0	
Sigarayla ilişkili sağlık masraflarını azaltmaktır.	%0	%5,5 (n=6)	
İnsanların yaşam şekillerine müdahale etmektir.	%7,4 (n=2)	%0,9 (n=1)	
Sadece Avrupa ile uyum amacıyla yapılan uygulamalardır.	%3,7 (n=1)	%0,9 (n=1)	
Çevrenizde sigara yasaklarının düzgün şekilde uygulandığını düşünüyor musunuz?			
Evet	%40,7 (n=11)	%25,7 (n=28)	0,122
Hayır	%59,3 (n=16)	%74,3 (n=81)	
Evinizin içinde sigara içiliyor mu, içilmiyorsa içen misafirlerinizin içmelerine izin veriyor musunuz?			
Kesinlikle evimin içinde sigara içilmiyor.	%51,9 (n=14)	%62,4 (n=68)	0,342
Büyüklerimiz hariç kimseye sigara içirmiyorum.	%3,7 (n=1)	%5,5 (n=6)	
Biz içmiyoruz, ama içenlere izin veriyoruz.	%14,8 (n=4)	%14,7 (n=16)	
İçiliyor.	%25,9 (n=7)	%10,1 (n=11)	
Biz istemesek bile misafirler içiyor.	%3,7 (n=1)	%7,3 (n=8)	

**p<0,05*

KOAH ile ilgili bilgi düzeyinin sigara kullanımına göre karşılaştırılması

	Sigara kullanan (%)	Sigara kullanmayan (%)	p
KOAH akciğerlerle ilgili bir hastalıktır. Evet Hayır Bilmiyorum	%81,5 (n=22) %7,4 (n=2) %11,1 (n=3)	%94,5 (n=103) %1,8 (n=2) %3,7 (n=4)	0,127
KOAH'ın gelişimine neden olan en önemli etken sigaradır. Evet Hayır Bilmiyorum	%70,4 (n=19) %0 %29,6 (n=8)	%89,0 (n=97) %1,8 (n=2) %9,2 (n=10)	0,025*
Mesleki nedenlerle toz, duman ve kimyasallara maruz kalanlarda KOAH gelişir. Evet Hayır Bilmiyorum	%66,7 (n=18) %3,7 (n=1) %29,6 (n=8)	%88,0 (n=95) %0 %12,0 (n=14)	0,017*
KOAH en sık hangi yaş grubunda görülür? Çocukluk dönemi Genç erişkinler 40 yaş üzeri Tüm yaş grupları Bilmiyorum	%0 %3,7 (n=1) %66,7 (n=18) %29,6 (n=8) %0	%0 %11,0 (n=12) %73,4 (n=80) %15,6 (n=17) %0	0,160
KOAH'lı bir hastanın şikayetleri nelerdir? Öksürük Balgam çıkarma Giderek artan nefes darlığı Hepsi	%3,7 (n=1) %0 %25,9 (n=7) %70,4 (n=19)	%2,8 (n=3) %0 %18,3 (n=20) %78,9 (n=86)	0,652
KOAH tedavi edilebilir bir hastalık mıdır? Evet Hayır	%29,6 (n=8) %70,4 (n=19)	%58,7 (n=64) %41,3 (n=45)	0,013*
KOAH'tan korunma ve tedavide ilk adım sigarayı bırakmak ya da içilen ortamdan uzak durmaktır. Evet Hayır Bilmiyorum	%81,5 (n=22) %3,7 (n=1) %14,8 (n=4)	%97,2 (n=106) %0 %2,8 (n=3)	0,014*
KOAH hastalığının tanısı için hangi testin yapılması gereklidir? Kan tahlili Solunum fonksiyon testi Akciğer grafisi Balgam kültürü	%0 %70,4 (n=19) %25,9 (n=7) %3,7 (n=1)	%0 %66,1 (n=72) %31,2 (n=34) %2,8 (n=3)	0,848
Bir hekim tarafından size hiç KOAH tanısı konuldu mu? Evet Hayır	%0 %100 (n=27)	%0 %100 (n=109)	0,855

**p<0,05*

Astım ile ilgili bilgi düzeyinin sigara kullanımına göre karşılaştırılması

	Sigara kullanan (%)	Sigara kullanmayan (%)	p
Astım bulaşır mı, mikrobik mi? Evet Hayır	%0 %100 (n=27)	%0,9 (n=1) %99,1 (n=108)	0,505
Astım kalıtsal olabilir mi? Evet Hayır	%59,3 (n=16) %40,7 (n=11)	%74,3 (n=81) %25,7 (n=28)	0,131
Astım hastasının şikayetleri nelerdir? Öksürük Nefes darlığı Hırıltı-hışıltı Hepsi	%0 %48,1 (n=13) %0 %51,9 (n=14)	%0 %32,4 %0,9 %66,7	0,270
Astım hangi yaş grubunda görülebilir? Çocuklar Erişkinler Tüm yaş grupları	%0 %0 %100 (n=27)	%0,9 (n=1) %1,8 (n=2) %97,2 (n=106)	0,511
Astım ilaçları genellikle hangi yolla kullanılır? İğne Hap Nefes yolu (fıs fıs)	%0 %0 %100	%0 %0 %100	0,836
Astım ilaçları bağımlılık yapar mı? Evet Hayır	%22,2 (n=6) %77,8 (n=21)	%19,3 (n=21) %80,7 (n=88)	0,733
Astım hastalığı tamamen iyileşebilir mi? Evet Hayır	%7,4 (n=2) %92,6 (n=25)	%21,1 (n=23) %78,9 (n=86)	0,074
Bir hekim tarafından size hiç astım tanısı konuldu mu? Evet Hayır Bilmiyorum	%14,8 (n=4) %85,2 (n=23) %0	%10,1 (n=11) %89,0 (n=97) %0,9 (n=1)	0,643
Astım hastalığından şüpheleniyorsanız hangi doktora başvurursunuz? Kardiyoloji Genel cerrahi Göğüs hastalıkları Dahiliye (iç hastalıkları) Çocuk doktoru/Çocuk alerji doktoru	%0 %7,4 (n=2) %85,2 (n=23) %7,4 (n=2) %0	%3,7 (n=4) %0,9 (n=1) %83,5 (n=91) %11,9 (n=13) %0	0,150

**p<0,05*

EP-335

MESLEKİ AKCİĞER HASTALIKLARINDA ANAMNEZİN ÖNEMİ

Mukaddes Kılınç, Erhan Uğurlu, Göksel Altınışık Ergur
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

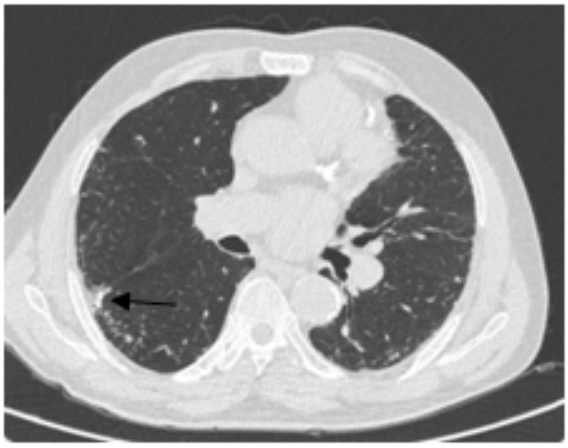
GİRİŞ: Silikozis en eski meslek hastalıklarından olup silika kristallerinin inhalasyonu ile akciğerde masif fibrozise kadar giderek her yıl binlerce ölüme neden olan bir akciğer hastalığıdır. Türkiye'de de kot kumlamacılığı, maden ve tünel işçilerinde sıklıkla görülür. Tanısı, uyumlu klinik ve radyolojik bulgularıyla meslek anamnezine dayanır. Olgumuzu, kendisi önemli bulmadığı için belirtmediği radyolojik kuşkuyla anemnezi derinleştirmemiz sonrası açıkladığı kısa süreli,düşük düzeydeki silika maruziyetine bağlı Silikozis vakasını meslek anamnezinin değerine vurgu yapmak üzere sunuyoruz.

OLGU: Denizli'nin Yatağan ilçesinde doğmuş olan 74 yaşındaki erkek hasta nefes darlığı ve çabuk yorulma şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Aort anevrizması, hipertansiyon, hiperlipidemi nedeniyle takipli olduğu klinik tarafından toraks bilgisayarlı tomografisi (toraks BT) istenerek polikliniğimize yönlendirilmişti. Eforla nefes darlığı oluyordu. Ek solunumsal yakınması yoktu. Sistem sorgulamasında özellik yoktu. Sigara öyküsünde 30 paket.yıl içmiş olup 17 yıldır sigara içmediği öğrenildi. Hipertansiyon için ACE inhibitörü ve beta bloker,hiperlipidemi için rosuvastatin kullanıyordu. Babasında, kız ve erkek kardeşlerinde koroner arter hastalığı öyküsü mevcuttu. Emekli öğretmen olduğunu ve başka bir işte çalışmadığını belirten hastanın fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Rutin laboratuvar tetkikleri, solunum fonksiyon testi ve karbonmonoksit difüzyon kapasitesi normaldi. BT çekilince sonucu ile başvurdu. Her iki alt lobda subplevral alanlarda ve peribronkovasküler yerleşimli yer yer birleşme eğiliminde perilenfatik dağılımlı kalsifiye milimetrik nodüller ve mediastende kısa eksen çapı 1 cm'i geçmeyen lenfadenopatiler görüldü. Ayırıcı tanıda öncelikle pnömokonyoz (Büyük olasılıkla silikozis) düşünüldü (Resim 1-2). Hastaya, ön tanı açıklanarak mesleki anamnezin ileri incelemelere gerek duyulmaksızın tanı koyduruculuğu belirtildi. Bu aşamada hasta, bıçakçılıkla ünlü ilçede babasının bu işi yaptığını, kendisinin de 10 yaşından itibaren öğretmen okulunu bitirene dek yaklaşık 7 yıl yaz tatillerinde atölyede yardım ettiğini, arada bıçakların taş ile bileme işini de yaptığını, öğretmenliğe başladıktan sonra atölyede bulunmadığını, asıl işi yapanlar olarak babası ve abilerinin hastalanmamaları nedeniyle bu çalışmanın etkisi olmayacağını düşünerek bildirmediğini açıkladı.Kronik silikozisin basit formu olarak değerlendirilen hasta izleme alındı. Sorunsuz olarak izlenmektedir.

TARTIŞMA Hasta muayenesi, ideal sürede olmadıkça ayrıntılı meslek öyküsü alınamayarak meslek hastalıkları için en önemli ipuçları gözden kaçırılabilir. Doktorun gereken önemi vermemesi yanında hastanın önemsememesi de eksik bilgi nedeniyle tanı konamamasına yol açmaktadır. Bu olgu üzerinden ayrıntılı meslek ve hobi anamnezinin önemini vurgulamayı amaçladık.

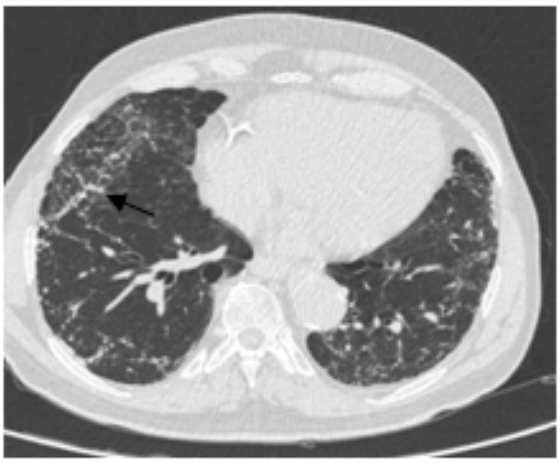
Anahtar Kelimeler: : Bıçakçılık, Meslek anamnezi, Meslek hastalığı, Silikozis

Resim 1



İnterlobuler septum ve perifissürel alanda yer yer birleşme eğilimi gösteren nodüller(Okla gösterilmiş kısım)

Resim2



Peribronkovasküler yerleşimli,lenfatik dağılımlı kalsifikasyon gösteren nodüller(okla gösterilmiş kısım)

EP-336

PM10 DEĞERLERİ VE HAVA SICAKLIĞININ SAĞLIKLI BİREYLERDE SOLUNUM FONKSİYON DEĞERLERİ ÜSTÜNDEKİ ETKİLERİ

Mehmet Fatih Elverişli, Pınar Yıldız Gülhan, Merve Erçelik, Ege Güleç Balbay, Peri Meram Arbak
Düzce Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: PM10 düzeyindeki artışın sağlıklı bireylerde de solunum fonksiyonlarını bozduğu bilinirken, hava sıcaklığının artışı ısınma amaçlı yakıt kullanımını azaltarak solunum fonksiyonlarını koruyucu etki yaratabilir.

MATERYAL-METOD: Ulusal Hava Kalitesi ağından sağlanan bölgesel PM10 ve hava sıcaklığı değerlerinin aylık ortalama düzeyleri temin edildi. Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve solunum fonksiyon değerleri normal olarak saptanan 53 bireyin (26 erkek ve 27 kadın) ortalama yaşı 44.9 ± 14.1 yıl idi.

SONUÇLAR: Bireylerin ortalama beklenen zorlu vital kapasite (FVC) değeri (ml cinsi) 3813.9 ± 1076.1, zorlu ekspiratuar volümün 1. saniyedeki (FEV1) değeri 3035.6 ± 953.8, FEV1/FVC oranı % 79.7 ± 5.7 ve maksimal mid ekspiratuar akım hızı (MMFR) 3102.6 ± 1154.5, difüzyon kapasitesi (DLCO, ml/mmHg/dk) 8425.1 ± 1663.5 idi. PM10 değerleri ile MMFR değeri arasında anlamlı negatif bağıntı vardı (r=-.326, p=0.018). Hava sıcaklığı ile MMFR değeri arasında anlamlı pozitif bağıntı vardı (r=.282, p=0.041). Kış ve sonbahar mevsimlerinde gözlenen FVC (3470 ml'ye karşı 4039 ml, p=0.059), FEV1 (2813 ml'ye karşı 3181 ml, p=0.172) ve DLCO (7940 ml'ye karşı 8743 ml, p=0.086) ortalama değerleri yaz ve ilkbahar mevsimlerinden daha düşüktü ancak farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.Çıkarım: Solunum fonksiyonları normal aralıkta bulunan bireylerde PM10 değerinin yükselmesiyle küçük ve orta boy havayollarında akım azalması, hava sıcaklığının artmasıyla da akımın arttığı gözlendi. Hava kirliliğinin engellenmesi akciğer sağlığını koruyucu etki göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: PM10, hava sıcaklığı, solunum fonksiyonları

EP-337

METAL KUMLAMA İŞİNDE ÇALIŞAN SİLİKOZ TANILI OLGU

Bahar Tüzün[1], Özkan Kaan Karadağ[1], Ece Bener[1], Zeki Kılıçaslan[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğü Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD

GİRİŞ: Silikozis, silika olarak bilinen kristal yapıdaki silikon dioksitin (SiO2) inhalasyonuna bağlı olarak gelişen mesleksel bir akciğer hastalığıdır. Silikozis açısından en riskli iş kolları kumlamacılık yapılan alanlardır. Kumlama yapılırken silika yerine daha az zararlı olabilecek malzeme kullanılsa bile, kumlama yapılan yüzeyde (örneğin metal yüzeyi) var olan silika partikülleri sonucu hastalık oluşabilmektedir.

AMAÇ: Metal kumlama işinde çalışan bir olgu sunumu ile kumlama iş koluna dikkat çekmeyi amaçladık.

OLGU: Haziran 2007'de meslek hastalıkları polikliniğimizde görülen 45 yaşında erkek hastanın meslek anemnezine bakıldığında 10 yıldır metal döküm fabrikasında palet ve dişli gibi döküm gibi malzemeleri bombardıman usulü temizleme işi yaptığı tespit edildi. Akciğer grafisinde bilateral tüm zonlarda retikülonodüler dansite artışı, üst zonlarda opak lezyonlar, bilateral diyafragmalarda çekinti ve yüksek rezolusyonlu akciğer tomografisinde her iki akciğer üst lobda her iki akciğer parankiminde üst loblarda yaygın sekel fibrotik değişiklikler, küçük mikronodüler görünümler, sol alt lobda perihiler düzeyde heterojen dansite artışı ve sekel fibrotik değişiklikler tespit edildi.Solunum fonksiyon testinde FEV1: 2.28 (% 73) FVC: 3.61 (% 96) FEV1/FVC: % 63 ve DLCO 8.90 (%95) KCO: 1.50 (%98) olduğu görüldü. Silikoz qq 2/3 B opasite tanısı konuldu.MKGAO % 68.5 olarak hesaplandı ve takibe alındı. Hastanın 2013 yılında yapılan yüksek rezolusyonlu akciğer tomografisinde sol akciğerde daha belirgin yaygın plevral kalınlaşma, sol apekste 43 mm, sağ apekste 51 mm çaplı düzensiz sınırlı yumuşak doku dansiteleri,solda en kalın yerinde 52 mm çapa ulaşan pnömotoraks ve plevral effüzyon, peribronkovasküler ve interlobüler intrestisyel kalınlaşmalar, yaygın retikülonodüler dansiteler ve buzlu cam görünümleri tespit edildi. Hastanın 2014 yılında yapılan solunum fonksiyon testi FEV1: 0.86 (%27) FVC: 1.70 (%44) FEV1/FVC: %51 olup, 15.02.2015 tarihinde vefat etmiştir.

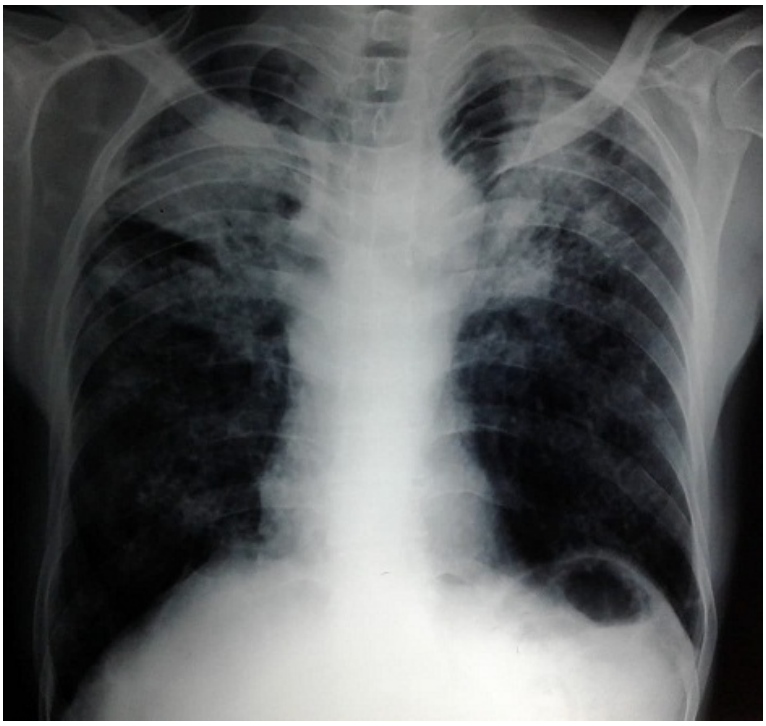
YORUM: Silika partikülleri çok düşük ortam konsantrasyon düzeylerinde ölüm dahil sağlık bozucu etkilere kısa sürelerde yol açabilmektedir. Metal kumlama işlemlerin kapalı sistemle yapılması, ıslak kumlama, etkili havalandırma ve kişisel korunma tedbirlerinin kombinasyonu toz maruziyetini önemli ölçüde azaltmaktadır. Ancak en iyi şartlarda bile silikozis gelişebilmektedir. İşlem kapalı sistemlerle gerçekleştiriliyor olmasına rağmen kronik silikoza uygun klinik tablo serbest silikanın sınır değerinin toplam tozun sınır değerinin iki yüzde biri olmasıyla açıklanabilir.

Anahtar Kelimeler: silikoz, ILO, metal kumlama

Metal işçisi slikoz tanılı hastanın solunum fonksiyon ve radyolojik seyri.

	2007	2011	2014
Semptom	Bir yıldır eforla nefes darlığı	Şiddetli artan nefes darlığı	istirahatte olan nefes darlığı
Fizik Muayene	Doğal	Doğal	Solunum sesleri azalmış
SFT			
FEV1 L(bek. %)	2.28 (% 73)	1.91 (% 59)	0.86 (%27)
FVC L(bek.%)	3.61 (%96)	2.80 (% 71)	1.70 (% 44)
FEV1/ FCV %	%63	%68	%51
DLCO			
DLCO L(%)	8.90 (% 95)		
KCO L(%)	1.50 (%98)		
Akciğer grafisi	Her iki akciğer parankiminde retikülonodüler dansite artışı, üst zonlarda en büyüğü 40 x 25 mm boyutunda olmak bir kaç adet düzensiz opak lezyonlar	her iki akciğer parankiminde retikülonodüler dansite artışı, üst zonlarda en büyüğü 40x25 mm boyutunda olmak üzere bir kaç adet düzensiz opak lezyonlar, bilateral diyafragmalarda çekinti	her iki akciğer parankiminde yaygın nodüler dansite artışı, alt zonlarda lineer opasiter alanlar, sağda büyüğü 65x36mm, solda en büyüğü üst zonda 54x40 mm düzensiz sınırlı opak lezyonlar, sağ akciğer volumu azalmış. Trakea sağa deviye, kalp konturları ve sağ diyafragma konturları silik, her iki diyafragma konturları düzensiz, her iki kostofrenik sinüs küntleşmiştir.
Akciğer YRBT-BT	Sağ paratrakeal bölgede 15 x10 mm, aortopulmoner pencerede en büyüğü 12 mm multiple lenfadenopatı, her iki akciğer üst lob parankiminde yaygın sekel fibrotik değişiklikler, küçük mikronodüler görünümler, sol alt lobda perihiler düzeyde heterojen dansite artışı ve sekel fibrotik değişiklikler	interstisyel aralık tutulumu bulgularından orta retiküler patern, buzlu cam görünümü, her iki üst lobda hava bronkogramları içeren kitlesel konsolidasyon alanları	Sol Akciğerde daha belirgin yaygın plevral kalınlaşma, sol apekste 43 mm, sağ apekste 51 mm çaplı düzensiz sınırlı yumuşak doku dansiteleri, solda en kalın yerinde 52 mm çapa ulaşan, pnömotoraks ve plevral effüzyon, peribronkovasküler ve interlobüler interstisyel kalınlaşmalar, yaygın retikülonodüler dansiteler ve buzlu cam görünümleri, mediastinal en büyüğü 23 x12 mm bir kaç adet lenf nodu
ILO sınıflaması	qq 2/3 B opasite	qq 3/3 B opasite, id	qq 3/3 B opasite, id, ih, di,od
MKGAO	% 68.5		

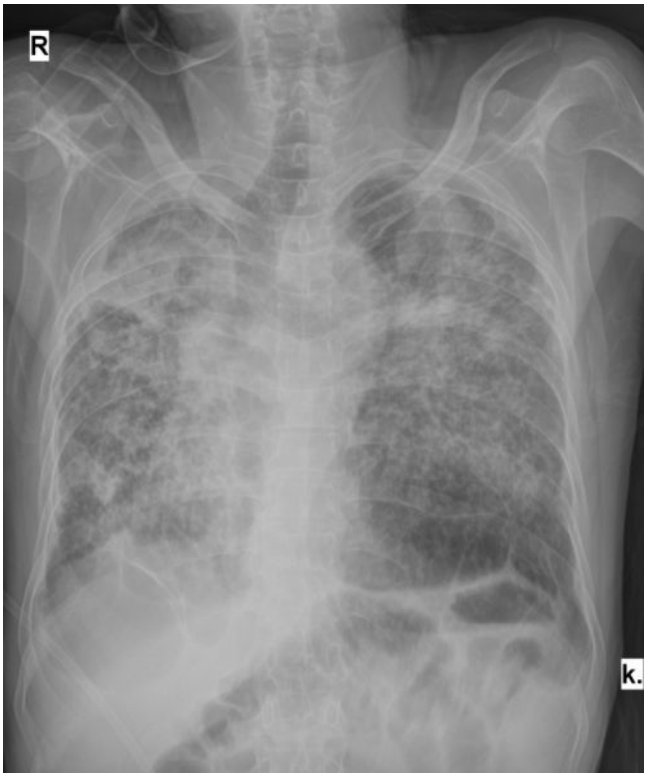
AKCİĞER GRF.- 03.11.2006



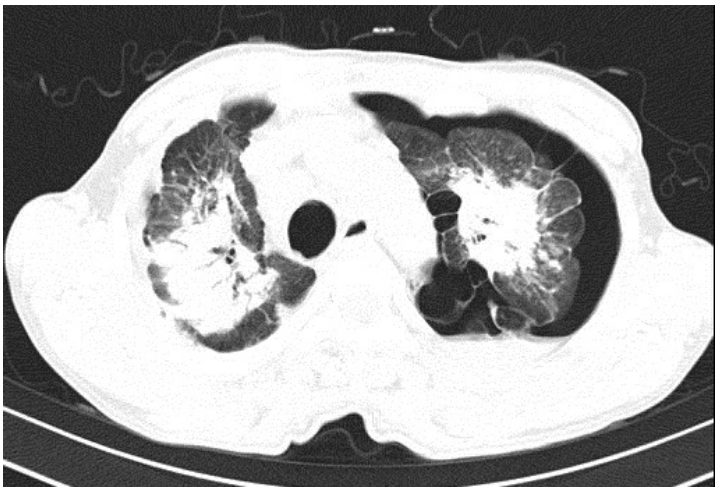
AKCİGER GRF-01.08.2013

AKCİGER GRF-09.06.2014

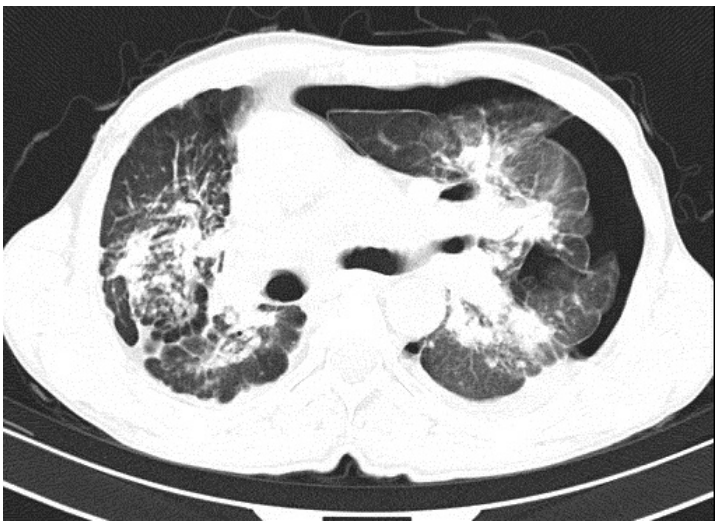
AKCİGER GRF-13.02.2015



BT 08.05.2013



BT 08.05.2013



EP-338

GÖĞÜS HASTALIKLARI KLİNİĞİMİZE BAŞVURAN PNÖMOKONYOZ OLGULARIMIZIN GENEL ÖZELLİKLERİ(1 YILLIK DENEYİM)

Ali Zöhra, Pınar Mutlu, Nihal Arzu Mirici
Çanakkale 18 Mart Üniversitesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Çanakkale

Pnömokonyoz ülkemizde bir toplum sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir.Silikozis kuvars şeklinde kristal yapıya sahip silika tozlarının bir süre solunması sonucu akciğerlerde kalıcı ve ilerleyebilen hasara yol açan bir meslek hastalığıdır.Bölgemizde bulunan seramik fabrikasında çalışan,nonspesifik semptomlarla polikliniğimize başvuran olguların özelliklerinin paylaşılmasını amaçladık.22 olgu nonspesifik semptomlarla ve/veya semptomu olmadan iş yeri hekiminin yönlendirmesi ile polikliniğimize başvurdu.Olguların yaş ortalaması 43.90(34-51)dı.15 olguda sigara kullanım öyküsü vardı.Olguların ortalama çalışma süresi 15.1 yıldı.HRCT bulguları;9 olgu özellikle üst lob apikal kesimlerde sekel nitelikte fibroatelektatik dansite artışı,3 olgu özellikle üst ve orta zonlarda belirgin mikronodüler patern,3 olgu amfizematöz değişiklikler,2olgu bal peteği akciğeri,2 olgu soliter pulmoner nodül,2olgu plevral kalınlaşma,1 olgu bronşiektazi ve peribronşial kalınlaşma,1 olgu hava kisti,1 olgu plevra tabanlı kitle lezyon,2 olgu olağan saptandı.Spirometrik incelemede; 7 olguda(%31) restriktif, 2 olguda(%0.9)obstrüktif tipte fonksiyon bozukluğu saptandı.

SONUÇ:Seramik fabrikasında çalışmak pnömokonyoz oluşumunda rol oynamaktadır. Silikozisle mücadelede korunma halen temel yaklaşımdır Riskli iş kollarının sistematik olarak izlemi pnömokonyoz sıklığını azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: silikozis,meslek hastalıkları,hrct

EP-339

FOLLİKÜLER LENFOMA TANISIYLA TEDAVİ PLANLANAN HASTADA ŞİLOTORAKS GELİŞİMİ

Gözde Kalbaran Kısmet[1], Oğuzhan Okutan[1], Emrah Kılıçaslan[2]
[1]SBÜ Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]SBÜ Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği

Şilotoraks,duktus torasikusta yaralanma veya blokaj sonucunda lenfatik sıvının plevral aralığa geçmesi ile oluşan nadir bir durumdur.En sık travma,toraks cerrahisi ve maligniteler nedeniyle şilotoraks gelişmektedir.Lenfoma tüm maligniteler içerisinde %70 oran ile en sık şilotoraks nedenidir.Trigliserit seviyesi 110 mg/dL üstünde olan mayiler şilöz plevral efüzyon olarak tanımlanmıştır.Trigliserit oranı 50 mg/dL altında olduğunda tanı dışlanmakta,50-110 mg/dL aralığında olduğunda ise şilomikronların gösterilmesi için lipid elektroforezi gerekmektedir.Lenfomada sıklıkla tümör basısına bağlı duktusun gerilip,yırtılmasına veya tümör tarafından invaze edilmesine bağlı şilotoraks gelişir.Torasentez ile alınan sıvı sıklıkla süt benzeri olsa da seröz veya seröanjinöz görünümde de olabilir.Şilöz efüzyonlar kokusuz,eksüda karakterinde olup sıvıda lenfosit hakimiyeti vardır.

OLGU: 51 yaşında B semptomları(ateş,gece terlemesi,kilo kaybı) olmayan erkek hasta,dört aydır olan kırgınlık,yorgunluk,boyunda,koltuk altında ve kasık bölgesinde şişlik şikayetleri ile Hematoloji kliniğine başvurmuş.Özgeçmişinde 10 paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın ek bir hastalığı yokmuş.Fizik muayenesinde bilateral servikal,aksiller ve inguinal konglomere lenfadenomegali saptanan hastaya servikal lenf nodu eksizyonu yapılmış ve patolojisi Folliküler Lenfoma olarak raporlanmış.Kemoterapi planlanan hastanın takiplerinde nefes darlığı ve sağ yan ağrısı gelişmesi nedeniyle hasta kliniğimize yönlendirildi.Hikayesinde şikayetlerinin bir hafta önce başladığı öğrenildi.Fizik muayenede sağda perküsyonda matite saptandı ve dinlemekle sağ orta ve alt zonda solunum sesleri azalmıştı.Servikal,inguinal ve aksiller alanda ele gelen lenf nodları mevcuttu.Kan basıncı 120/70 mmHg,nabız:78/dk,solunum sayısı 20/dk ve ateş 36.9 C idi.Hastanın laboratuar parametreleri Tablo-1 dedir.Posteroanterior akciğer grafisinde sağda homojen dansite artımı ve solda lingulada infiltrasyon izlendi.Kontrastlı toraks tomografisinde,sağ hemitoraksta 70 mm çapında fissür hattında uzanan plevral efüzyon, efüzyon komşuluğunda alt lob mediobazalde subsegmental atelektazi ve hava bronkogramları içeren konsolidasyon sahası ile birlikte sol akciğer üst lob anteriorda buzlu cam infiltrasyonları ve mediastende bilateral hiler bölgede,subkarinal mesafelerde kısa aksı 16 mm'ye ulaşan LAP görünümleri izlendi.(Resim-1)Balgam ARB leri negatifti ve kültürlerinde üreme olmadı.Hastaya tanısal amaçlı torasentez yapıldı ve alınan sıvı şilöz vasıfta idi.(Resim-2)Plevral sıvı analizinde değerler Tablo-2 dedir.Plevral sıvıda lenfosit hakimiyeti(%90) vardı.Plevral mayi sitolojisinde malign hücre görülmeyen hastanın kültüründe üreme olmadı,ARB ve mikobakteri PCR negatif idi.Plevral mayi eksüda karakterindeydi ve şilotoraks tanısı konulan hastaya yağsız diyet uygulandı.Hastaya sağ katater torakostomi uygulandı.Yaklaşık toplam 2400 cc drenaj sağlandıktan sonra 17.günde plöreken çekildi.Folliküler Lenfoma nedeniyle kemoterapi başlanmak üzere hasta Hematoloji servisine nakil edildi.İlk kür kemoterapi sonrası hastanın plevral mayisi geriledi.

Anahtar Kelimeler: Folliküler Lenfoma, Non Hodgkin Lenfoma, Şilotoraks

Resim-1

Resim-2: Ponksiyon ile alınan mayinin görünümü

Tablo-1:Olgunun başvuru anındaki laboratuar parametreleri

Glukoz (mg/dL)	85
Üre (14-44 mg/dL)	38
Kreatinin (0.6-1.4 mg/dL)	1.14
AST (0-40 U/L)	27
ALT (0-40 U/L)	18
LDH (200-450 U/L)*	515
GGT (7-32 U/L)*	39
ALP (35-125 U/L)*	135
Direk Bilirübin (0.01-0.3 mg/dL)	0.12
İndirek Bilirübin (mg/dL)	0.38
Total Bilirübin (0.1-1.2 mg/dL)	0.5
Albumin (3.5-5 g/dL)	3.82
Total Protein (6.2-8.1 g/dL)*	5.7
Kalsiyum (8.4-10.6 mg/dL)	8.6
Sodyum (134-148 mmol/L)	138
Potasyum (3.5-5.3 mmol/L)	4.3
Lökosit (10^3/mm^3)*	12.3
Nötrofil (10^3/mm^3)	5.38
Lenfosit (10^3/mm^3)*	6.11
Trombosit (10^3/mm^3)	131
Hemoglobin (gr/dL)	12.5
Hematokrit (%)	38.2
Amilaz (17-115 U/L)	36
Kolesterol (<200 mg/dL)	182
Trigliserit (50-150 mg/dL)*	206

Tablo-2: Hastadan alınan plevral sıvının biyokimyasal değerleri

Glukoz	119 mg/dL
LDH	309 U/L
Total Protein	3.69 g/dL
Albumin	2.94 g/dL
Trigliserit	940 mg/dL
Kolesterol	219 mg/dL
pH	7.38

EP-340

PLEVRAL EFÜZYONLA SEYREDEN BALT LENFOMA OLGUSU

Mehmet Emin Sezgin, Tuğba Mandal, Zehra Dilek Kanmaz, Firdevs Atabey, Esin Tuncay, Esin Yentürk, Gülfidan Aras
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Primer ekstranodal lenfomalar(PEL), tüm malign lenfomaların %10'unu ve tüm akciğer tümörlerinin %0.5 inden azını meydana getirir.PEL' lerin yaklaşık %70'i BALT (bronchial associated lympoid tissue) lenfomadır. BALT lenfoma tanıyı takip eden üç ayda başka bir organ tutulumu olmaksızın, bir veya iki akciğerin parankim veya bronşlarında görülen klonal lenfoid proliferasyonu olarak tanımlanmıştır.Bilinen diyabetes mellitus ve kronik böbrek hastalığı öyküsü olan 66 yaşında erkek hasta, yeni başlayan nefes darlığı, öksürük, ateş şikayetleri ile pnömoni öntanısı ile antibiyoterapi başlanmış fakat tedaviye rağmen şikayetlerinde artış olması üzerine acilimize başvurdu. Vital bulguları TA 130/80, nabız:110, SO2: 95, ateş:37.8 idi. Fizik muaynesinde sol ac orta ve alt zonda solunum seslerinin azalması dışında ek bir bulgu saptanmadı. Laboratuvar paramerelerinde wbc: 10700, CRP: 83,LDH:316 olduğu görüldü. Posteroanterior akciğer grafisinde(PA AG) sol tarafta hiler bölgeye uzanan de mousse hattı izlendi. Hastaya torosentez yapıldı. Plevral mayi bulanık görünümlü, plevral mayide LDH:5268, pH <7.2 saptanması üzerine parapnömonik efüzyon olarak değerlendirilerek tüp torokostomi ve kapalı sualtı drenaj uygulandı. Plevral mayi hücre profili %100 lenfosit saptandı.Plevral sıvı sitolojisi B hücre kökenli lenfoma infiltrasyonu olarak sonuçlandı.BALT lenfomanın radyolojik bulguları en sık retikulonoduler dansite artışı, pnömonik konsolidasyon şeklinde olmakla beraber yaklaşık %1-4 oranında plevral efuzyon şeklinde de görülebilir. Biz de sizlere bilateral infiltrasyon ve plevral efuzyonun eşlik ettiği, tanısının plevral efuzyon sitolojisi ile konulduğu bir BALT LENFOMA olgusu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Plevral Efüzyon, BALT lenfoma, Primer Ekstranodal Lenfoma

Resim 1

Hastanın ilk başvurusunda saptanan sol hemitorakstaki plevral efüzyon

EP-341

GENÇ BİREYLERDE KOR STABİLİZASYONU SOLUNUM PARAMETRELERİNİ ETKİLER Mİ?

Veysel Akduman, Neslihan Karabacak, Aysel Yıldız
Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Kor stabilitesi/enduransı; sağlık ve fitness alanlarında tanınırlığı giderek yükselen yeni bir kavramdır. Kor; anteriorda abdominaller, posteriorda paraspinal ve gluteal kaslar, superiorda diyafram, inferiorda pelvik taban ve kalça kaslarından oluşmaktadır. Kor stabilizasyonunun yaralanmaları ve bel/sırt ağrısını azalttığı, dengeyi ve propriosepsiyonu etkilediği bir çok çalışmada belirtilmiştir. Ancak literatürde kor stabilizasyonunun solunum parametrelerine doğrudan etkisine yeterince değinilmemiştir Bu çalışmanın amacı; genç bireylerde kor kas enduransının solunum fonksiyonları ile ilişkisini incelemekti.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya yaşları 18-26 arasında değişen, sigara kullanmayan ve orta fiziksel aktivite düzeyine sahip (yaş ortalaması:22,90±2,84, vücut ağırlığı ortalaması: 72,41±15,16, boy ortalaması:170,46±13,56) toplam 30 gönüllü katılımcı (13 erkek, 17 kadın) ile yürütüldü. Kor endurans plank ve lateral plank testi ile solunum fonksiyonları (FEV1,FEV1/FVC, %FEV1,% FVC) taşınabilir spirometreyle değerlendirildi. Plank ve lateral plank testinin yapılmasını engelleyecek herhangi bir ortopedik, nörolojik veya kardiyopulmoner sorunu olan bireyler çalışmadan çıkarıldı. İstatistiksel çalışma Spearman'ın korelasyon testleri ile gerçekleştirildi ve $p<0,05$ olarak hesaplanan p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Katılımcıların plank test süresi ortalaması 58,18±32,03; lateral plank test süresi ortalaması 42,27±24,30'du. FVC(%pred) 93,81±8,72; FEV1(%pred) 89,90±8,52; FEV1/FVC ise 98,72±7,74 olarak bulundu. İstatistiksel analiz sonucunda kor endurans süreleri ile solunum fonksiyon parametreleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

SONUÇ VE TARTIŞMA: Bu çalışmada katılımcıların kor endurans süreleri aynı yaş grubunda yapılan çalışmalara benzer bulunmuştur. Ancak kor stabilizasyonu ile solunum fonksiyonları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Değerlendirilen olgu sayısının az olmasının çalışmanın sonuçlarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. İlerde daha fazla sayıda olgunun değerlendirildiği çalışmalara yapılması planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kor stabilizasyonu, genç erişkin, solunum fonksiyon testi

EP-342

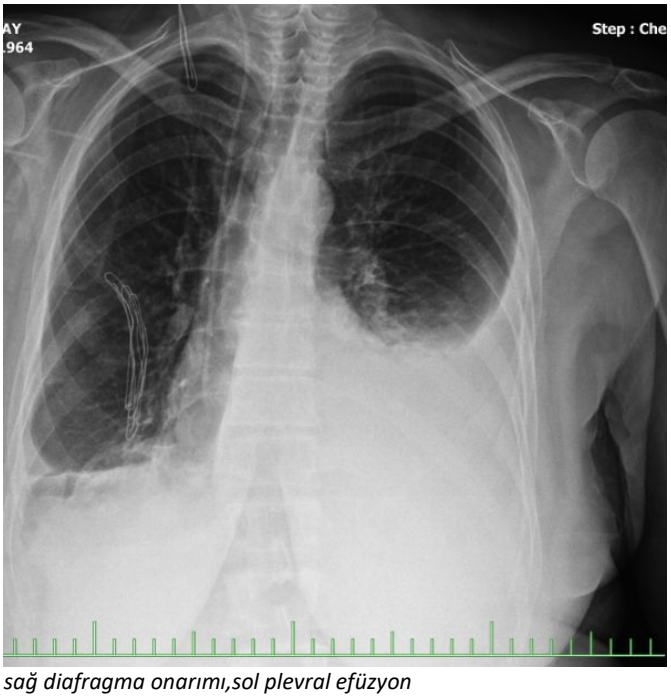
NADİR GÖRÜLEN BİR PLEVRAL EFÜZYON NEDENİ: BİLİOTORAKS

Yunus Aksoy, Özkan Saydam, Hasan Akin, Ece Yasemin Emetli, Yaşar Sonmezoglu, Celal Buğra Sezen, Muzaffer Metin
S.B.Ü Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Biliotoraks oldukça nadir görülen, plevral boşlukta safra sıvısının birikmesi ile karekterize bir durumdur.Genellikle hepato-bilier patolojiler sonrasi ya da bu lokasyonlardaki cerrahi işlemler sonrası görülmektedir.Fizyopatolojisinde safra yolları ile plevral boşluk arasında geçiş olması ile karakterize bir durum olan bilioplevral fistül rol almaktadır.Torasentezde yeşil renkli plevral mayi görülmesi biliotoraksı akla getirmek için yeterlidir.Anamnezinde yirmi yıl önce araç içi trafik kazası geçiren 53 yaşında kadın hasta nefes darlığı şikayeti ile poliklinigimize başvurdu.Yapılan tetkiklerde sağ hemitoraksin belirgin eleve oldugu ve diafragma rüptürü sonrası karaciğerin sağ hemitoraksa herniye olduğu görüldü.Sağ posterolateral torakotomi yapılarak karaciğer batına alındı ve diafragma onarıldı.Post operetif ikinci gün akciğer radyogramında sol hemitoraksta plevral efüzyon saptanması üzerine yapılan torasentezde yeşil renkli plevral mayi izlendi.Hastaya plerekan dren uygulanarak drenaj sağlandı.Plevral mayinin total bilirubin düzeyi: 3 mg/dL ve serum total bilirubin düzeyi:1,1 mg/dL saptandı. Plevra sıvı/ serum total bilirubin oranının > 1.0 olması nedeniyle biliotoraks tanısı kondu ve bilioplevral fistül araştırıldı. Hastada üst batın manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı bilioplevral fistül saptanmadı.Oral alımı kesilen hastanın takiplerinde drenaj olmaması üzerine dreni post operatif yedinci gün sonlandırıldı.Takiplerinde ek problem yaşanmadı.Sonuç olarak biliotoraks; özellikle hepato-bilier alan müdahaleleri sonrasında torasentezde yeşil renkli plevral sıvı görülmesi ile akla gelmelidir.Toraks drenaji ilk ve etkin tedavi seçeneğini olusturmaktadir.

Anahtar Kelimeler: diafragma rüptürü,biliotoraks,plevral efüzyon,bilioplevral fistül

PLEVRAL EFÜZYON



sağ diafragma onarımı,sol plevral efüzyon

biliotoraks

biliotoraksın plerakan ile drenajı

EP-343

EŞ ZAMANLI BİLATERAL SPONTAN PNÖMOTORAKS OLGU SUNUMU

Funda Cansun Yakut, Arkın Acar, Kenan Can Ceylan
SBÜ Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

GİRİŞ:Spontan pnömotoraks, plevral aralıkta hava birikmesi durumudur. Altta yatan hastalık olma durumuna göre primer veya sekonder spontan pnömotoraks olarak adlanırlar. Eş zamanlı bilateral spontan pnömotoraks ise çok nadir bir durumdur; ancak mortal olabilmesi nedeniyle iyi tanınmalıdır. Nadir görülmesi nedeniyle eş zamanlı bilateral pnömotoraks saptanan hastanın sunulması amaçlandı.

OLGU:Bilinen diş protez teknisyenliği öyküsü olan ve pnömokonyoz nedeniyle göğüs hastalıkları polikliniğinde takip edilen 36 yaşındaki erkek hasta, yaklaşık 10 gündür var olan sağ göğüs ağrısı şikayetiyle hastanemize başvurdu. İlk olarak göğüs hastalıkları polikliniğinde değerlendirilen hastaya yüksek çözünürlüklü toraks tomografisi (HRCT) çekildi. Hastanın HRCT'sinde bilateral spontan pnömotoraks saptanması nedeniyle hastaya acilen bilateral tüp torakostomi uygulandı ve kliniğimizde takip edildi. Takiplerinde hastanın tüpleri sonlandırıldı. Genç olması ve ek hastalığı olmaması nedeniyle transplantasyon adayı olan hastaya ek girişim planlanmadı. İleri bir merkeze yönlendirilen hastanın sorunsuz takibi devam etmektedir.

TARTIŞMA:Pnömokonyoz hastalarında en sık olarak mesleki astım, interstisyel akciğer hastalığı ve hipersensitivite pnömonisi gözlenmekte, pnömotoraks nadir olarak gözlenmektedir. Göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi semptomlar varlığında hastalarda pnömotoraks olabileceği akılda tutulmalıdır. Özellikle eş zamanlı bilateral spontan pnömotoraks olguların kliniği hızlıca kötüleşebileceğinden klinik farkındalık çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bilateral, Pnömotoraks, Pnömokonyoz, Eş Zamanlı

Toraks BT

EP-344

DASATİNİB TEDAVİSİNE BAĞLI PLEVRAL EFÜZYON GELİŞEN İKİ OLGU

Yasemin Ateş, Züleyha Bingöl, Gülfer Okumuş, Zeki Kılıçaslan
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Dasatinib, BCR-ABL-pozitif kronik miyeloid lösemi (KML) ve philadelphia kromozom-pozitif akut lenfoblastik löseminin tedavisinde kullanılan yeni nesil tirozin kinaz inhbitörüdür. Dasatinib tedavisi plevral efüzyona (PE) neden olabilir. Ancak tam mekanizma bilinmemektedir. Plevral sıvılar genellikle lenfosit baskın eksüdalar olmakla birlikte, şilotoraks olarak da presente olabilir. Burada dasatinib ilişkili iki PE olgusu sunulmuştur.

OLGU 1: KML nedeniyle 7 yıl dasatinib (100mg / gün) tedavisi alan 39 yaşında erkek hasta sağ yan agrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Akciğer grafisinde sağ akciğerde PE izlendi (şekil 1). Torasentez sonucunda efüzyonun, süt görünümünde, trigliseriti yüksek (452mg / dl), lenfosit hakimiyetinde (% 92) ve eksüdatif vasıfta olduğu görüldü. Efüzyon şilotoraks olarak değerlendirildi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde şilotoraks yapacak patoloji izlenmedi.. Dasatinib tedavisine bağlı şilotoraks olarak değerlendirildi. Tedavi nilotinib olarak değiştirildi ve az yağlı diyete başladı. Takipte akciğer grafisinde PE gerilediği görüldü.

OLGU 2: Elli dört yaşında KML tanılı erkek hasta 1.5 yıldır dasatinib (100mg / gün) almaktaydı. Nefes darlığı sebebiyle çekilen akciğer görüntülemesinde bilateral PE izlendi (şekil 2). Yapılan torasentezde efüzyon, lenfosit baskın (% 90) eksüdatif vasıfta idi. Efüzyon kültürlerinde üreme olmadı. Kapalı plevral biyopsi yapıldı ve sitolojik inceleme nondiagnostikti. Dasatinib ilişkili PE olarak değerlendirildi. Dasatinib tedavisine devam edildi. Ancak bu tedaviye diüretik ve kısa süreli kortikosteroid eklendi. Takipte akciğer grafisinde regresyon izlendi.

SONUÇ: PE dasatinib tedavisinin olumsuz bir etkisidir. Tedavi olarak ilacın kesintisi veya azaltılması, diüretik ve kısa süreli kortikosteroid verilmesini içerir. Dasatinib ile ilişkili PE'nin mekanizmasını belirlemek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Dasatinib, plevral efüzyon, şilotoraks

Resim 1

Resim 2

EP-345

POLİKLİNİĞİMİZE BAŞVURAN PLEVRAL EFÜZYONLU 63 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zarifa Abdullayeva, Nilgün Yılmaz Demirci, Burcu Öztürk, Oğuz Köktürk
Gazi Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Plevral efüzyon göğüs hastalıkları polikliniğinde sık karşılaşılan hastalık grubudur. Çalışmamızın amacı plevral efüzyon etyoloji nedeni ile polikliniğimize başvuran hastaların klinik özelliklerini belirlemektir.
01 Ocak 2017- 31 Aralık 2017 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniğine başvuran plevral efüzyonlu 63 olgu retrospektif olarak incelendi. 62 olguya torasentez yapılmış, 1 olguya ise toraks ultrason ile değerlendirilmiş, minimal sıvı görüldüğü için torasentez yapılamamıştı. Gereken olgulara plevra biyopsisi, video yardımlı torakoskopik cerrahi, transtorasik biyopsi ve bronkoskopi yapıldı.Ortalama yaşı 66,6 olan olgularımızın 45(%71.4)' i erkek, 18(%28.6)' i kadındı. Plevral efüzyonların çoğu orta düzeyde (29 olgu-%46) olup sağ tarafda izlenmişti (33 olgu-%52.4). Light kriterlerine göre plevral efüzyonların 50(%80.6)' si eksuda, 12(%19.4)' ü transuda karakterindeydi. 59(%93.7) olguya sitolojik inceleme yapılmış, 18(%30.5) olguya sadece sitolojik olarak kesin malignite tanısı konulmuştu. Eksudatif plevral efüzyonlarda nihai tanı olarak 25(%50) olguda malignite, 15(%30) olguda parapnömonik plevral efüzyon ve ampiyem, 3(%6) olguda tüberküloz, 3(%6) olguda bağ doku hastalığına sekonder plevral efüzyon, 1(%2) olguda hipereozinofilik sendroma sekonder plevral efüzyon, 3(%6) olguda ise idiopatik plevral efüzyon saptanmıştı.
Sonuç olarak plevral efüzyonlu olgularımızı genel olarak ileri yaş grubunda erkek hastalardı. Plevral efüzyonlar çoğunlukla eksuda niteliğinde ve büyük bir grubu malign plevral efüzyon oluşturmuştu.

Anahtar Kelimeler: plevral efüzyon, etyoloji, malign plevral efüzyon, transuda, eksuda, torasentez

EP-346

AKCİĞER NAKİL ADAYLARINDA YAŞAM KALİTESİNİ EN ÇOK ETKİLEYEN KLİNİK PARAMETRE NEDİR?

Esra Pehlivan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Akciğer nakli yapılması planlanan terminal dönem solunum hastalarında yaşam kalitesini etkileyen pek çok klinik parametre mevcuttur. Bu çalışmada akciğer nakli aday hastalarında yaşam kalitesindeki kötüleşmeden sorumlu başlıca klinik özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Akciğer nakli için listelenmiş olup, preoperatif pulmoner rehabilitasyon programına alınması için kliniğimize refere edilen 43 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşam kaliteleri Saint George Yaşam kalitesi anketi (SGRQ), dispne seviyeleri modifiye Medical Research Council Dispne skorlaması (mMRC), egzersiz kapasitesi 6-dakika yürüyüş testi mesafesi (6DYM), solunum kas kuvveti için maksimal inspiratuar basınç ölçümü (MIP), periferik kas kuvvetinin belirlenmesinde digital manuel kas kuvvet ölçümü ve solunum fonksiyon testi parametreleri kullanıldı. Yaşam kalitesi anketi total skoru ve diğer klinik parametreler arasındaki korelasyona bakıldı.

SONUÇLAR: Hastaların yaş ortalaması 38.02 (14-68)olup, %62.8 'i (n=27) erkekti. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verildi. SGRQ ve diğer klinik parametrelerin korelasyonu incelendiğinde, periferik kas kuvveti, MİP, 6DYM ve mMRC dispne skoruyla korelasyonun daha güçlü olduğu, solunum fonksiyonları ile olan korelasyon miktarının ise daha zayıf olduğu tespit edildi (Tablo 2).

TARTIŞMA: Akciğer nakil adaylarında yaşam kalitesini belirleyen pek çok klinik özellik bulunmaktadır. Çalışmamızda yaşam kalitesinin, solunum fonksiyonlarından ziyade, periferik ve solunum kas kuvveti, egzersiz kapasitesi azalışı ile dispne algısının artmasından daha fazla etkilendiği tespit edilmiştir. Pulmoner rehabilitasyon programları düzenlenirken bu durum dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: egzersiz kapasitesi, egzersiz testi, dispne, kas kuvveti, pulmoner rehabilitasyon

Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Değişkenler	Median(minimum-maksimum)
Demografik özellikler Yaş, yıl Cinsiyet (Kadın/Erkek)(%,n) BKİ, kg/m2	 38.02(14-68) 62.8/37.2(27/16) 21.15(12-33)
Yaşam kalitesi SGRQ total skoru	 66.00(24-96)
Periferik kas kuvvet ölçümleri (lbs) Quadriceps kas kuvveti Tibialis anterior Biceps Hand grip	 40.03(14-74) 38.86(11-73) 10-67(33.33) 60.30 (30-108)
Solunum kas kuvveti MIP, H2O	 74.46(12-129)
Dispne seviyesi Mmrc (1-4)	 3(1-4)
Solunum fonksiyonları FVC(%) FEV1(%) FEV1/FVC	 40.62 (18-72) 32.49(10-63) 70.00(35-110)

MİP: Maksimal inspiratuar basınç; 6DYM: 6-dakika yürüyüş mesafesi; FVC: Zorlu vital kapasite; FEV1: 1.saniye zorlu ekspiratuar basınç.

Tablo 1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Median (Min-Max)
Demografik özellikler Yaş, yıl Cinsiyet (Kadın/Erkek)(%,n) BKİ, kg/m2	 38.02(14-68) 62.8/37.2(27/16) 21.15(12-33)
Yaşam kalitesi SGRQ total skoru	 66.00(24-96)
Periferik kas kuvvet ölçümleri (lbs) Quadriceps kas kuvveti Tibialis anterior Biceps Hand grip	 40.03(14-74) 38.86(11-73) 10-67(33.33) 60.30 (30-108)
Solunum kas kuvveti MIP, H2O	 74.46(12-129)
Dispne seviyesi Mmrc (1-4)	 3(1-4)
Solunum fonksiyonları FVC(%) FEV1(%) FEV1/FVC	 40.62 (18-72) 32.49(10-63) 70.00(35-110)

Tablo 2: Yaşam kalitesi ve diğer klinik parametrelerin korelasyonları

	QF	Biceps	HG	DorsiFlx	MİP	6DYM	mMRC	FVC%	FEV1%	FEV1/FVC
SGRQ r p	-.349* .034	-.606** .000	-.450** .005	-.508** .001	-.489** .002	-.647** .000	.578** .000	-.386* .018	-.334* .043	-.009 .957

QF: Quadriceps kas kuvveti; Biceps: biceps kas kuvveti; HG: Hand Grip, el kavrama kuvveti ölçümü; MİP: Maksimal inspiratuar basınç; 6DYM: 6-dakika yürüyüş mesafesi; FVC: Zorlu vital kapasite; FEV1: 1.saniye zorlu ekspiratuar basınç.

Yaşam kalitesi ve diğer klinik parametrelerin korelasyonları

	QF	Biceps	HG	Dordiflx	MİP	6DYM	mMRC	FVC%	FEV1%	FEV1/FVC
SGRQ r p	-.349* .034	-.606** .000	-.450** .005	-.508** .001	-.489** .002	-.647** .000	.578** .000	-.386* .018	-.334* .043	-.009 .957

QF: Quadriceps kas kuvveti; Biceps: biceps kas kuvveti; HG: Hand Grip, el kavrama kuvveti ölçümü; MİP: Maksimal inspiratuar basınç; 6DYM: 6-dakika yürüyüş mesafesi; FVC: Zorlu vital kapasite; FEV1: 1.saniye zorlu ekspiratuar basınç.

EP-347

İNMELİ HASTALARDA SOLUNUM KAS KUVVETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLIKLI BİREYLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Abdurrahim Yıldız[1], Rüstem Mustafaoğlu[2], Rengin Demir[3], Ayşe Nur Bardak[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Nörolojik Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Kardiyoloji Anabilim Dalı İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: İnmeli hastalarda solunum sisteminin etkilenmesi lezyonun etkilediği yapılara bağlıdır. Postural kontrolü sağlayan ve solunumla ilişkili kasların paralizisi toraksın genişlemesini sınırlandırarak oksijen yetersizliğine ve artmış metabolik ihtiyaca neden olmaktadır. Literatürde postural kontrolün ve solunum kas kuvvetinin geliştirilmesinin pulmoner komplikasyonları azalttığı bildirilmiştir. Bu nedenle çalışmamızın amacı, geçirilmiş inmenin bireylerin solunum kas kuvvetini ne derecede etkilediğini araştırmaktı.

YÖNTEM-GEREÇLER: Çalışmaya 126 gönüllü inmeli hasta ve 31 yaş uyumlu sağlıklı gönüllü birey dâhil edildi. Katılımcıların yaşlarının ortalama değerleri sırasıyla 58,59±11,70 ve 56,07±7,44 yıl idi. Olguların solunum kas kuvveti (maksimal inspiratuar basınç; MİP ve maksimal ekspiratuar basınç; MEP) Carefusion Micro RPM cihazı ile dik oturur pozisyonda ve burun mandalı ile kapalı iken yapıldı. Her olgu için test 3 kez tekrarlandı ve en iyi sonuç kaydedildi.

BULGULAR: İnmeli hastaların MİP ve MEP ortalama değerlerinde sırasıyla 35,30±20,34 ve 46,86±24,22 cmH2O olarak bulundu. Sağlıklı olguların MİP ve MEP ortalama değerlerinde ise sırasıyla 59,96±19,64 ve 71,16±19,86 cmH2O idi. İnmeli hastaların MİP ve MEP değerleri yaş uyumlu sağlıklı kontrollerin değerleriyle karşılaştırıldığında, inmeli hastaların MİP ve MEP değerleri istatistiksel olarak anlamlı azalma olduğu saptandı (p>0,001).

SONUÇ ve TARTIŞMA: Çalışma bulgularına göre geçirilmiş inmenin bireylerin solunum kas kuvvetinde azalmaya neden olduğu görülmektedir. Bu bulgular ışığında inmeli hastalara rehabilitasyon sürecinde solunum kas eğitimi verilmesinin ek yarar sağlayacağı düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: inme, solunum kas kuvveti, ağız içi basınç

EP-348

İNMELİ HASTALARDA YORGUNLUK İLE DİSPNE VE UYKULULUK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Abdurrahim Yildiz[1], Rüstem Mustafaoğlu[2], Rengin Demir[3], Ayşe Nur Bardak[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Nörolojik Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Kardiyoloji Anabilim Dalı İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Dispne, sadece spirometrik akımlardan değil, aynı zamanda da akciğer hacmi, havayolu direnci ve solunum kas kuvveti gibi diğer klinik faktörlerden etkilenmektedir. Yorgunluk, dispne ile birlikte yaşam kalitesini etkileyen diğer önemli semptomdur. Dispnenin hastaların uyku kalitelerini de olumsuz yönde etkilediği birçok çalışmada görülmüştür. Bu nedenlerden dolayı çalışmamızda, inmeli hastalarda yorgunluk ile dispne ve uykululuk arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Çalışmamıza, koopere olan 94 gönüllü inmeli hasta dahil edildi.Hastaların algılanan dispne şiddeti Modifiye Medikal Araştırma Kurulu Skalası (MMRC) kullanılarak sorgulandı. Yorgunluk düzeyleri Yorgunluk Şiddet Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirildi, toplam puanı 4 ve üzeri olanlar ciddi yorgun olarak adlandırılmaktadır. Hastaların uykululuk düzeyleri ise Epwort Uykululuk Skalası (EUS) kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların algılanan dispne şiddeti MMRC ölçeğine göre 0,5±1,0 idi. YŞÖ ortalama değerleri 4,6±1,5 olarak ciddi yorgun oldukları bulundu. Yorgunluk ile MMRC (r=-0,03, p=0,81) arasında bir ilişki bulunmadı. Yorgunluk ile EUS (r=0,30, p=0,003) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA ve SONUÇ: İnmeli hastalarda artmış yorgunluk düzeyi ile gün içinde artmış uykululuk durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnme, dispne, yorgunluk, uykululuk düzeyi

EP-349

EKSTRAKORPOREAL MEMBRAN OKSİJENASYONU İLE AKCİĞER NAKLİNE KÖPRÜLEME YAPILAN HASTADA PREOPERATİF VE POSTOPERATİF FİZYOTERAPİ

Gizem Özkaşlı, Ahmet Erdal Taşçı, Ali Yeginsu, Azize Göktürk, Mustafa Vayvada, Sultan Sevkan Caner
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Akciğer Nakil Kliniği,İstanbul

GİRİŞ:Akciğer nakil adaylarında fizyoterapi,fiziksel fonksiyonları optimize etme ve operasyon sonrası iyileşme sürecinde önemli bir rol oynar.Nakil bekleyen adaylar,gerekli durumlarda nakil köprüleme olarak ekstrakorporeal membran oksijenasyonuna(ECMO) ihtiyaç duyarlar.ECMO destekli kişilerde egzersizin etkisi iyi karakterize edilememiştir.Bu olgu sunumunda ECMO destekli hastanın fizyoterapi uygulaması ve etkileri gösterilecektir.

OLGU:Yaşı 46 olan erkek hasta merdiven çıkarken başlayan nefes darlığı şikayeti ile hastaneye başvurmuş ve şubat 2018 de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve İnterstisyel Akciğer Hastalığı teşhisi konmuştur.8.04.2018'de solunum şikayetiyle tekrar acile başvuran hasta servise yatırılmış,burada durumunun kötüleşmesi sonrası 3. basamak yoğun bakıma transfer olup entübe edilmiştir.12 Nisan'da akciğer nakil planı ile hastanemize transfer edilen hastaya aynı gün sağ juguler venine avelon kanül ile Venövenöz ECMO desteği takılmış ve yoğun bakımda takibine başlanmıştır.9 gün boyunca entübe takip edilen hastaya 10. günde trakeostomi açılmıştır.Hastanın oryantasyonu ve kooperasyonu kısıtlı olduğu için fizyoterapist tarafından pasif egzersizler ve germe egzersizleri yaptırılmıştır.18. günde hastanın oryantasyon ve kooperasyonu düzelince aktif asistif egzersizlerle seanslar devam etmiş,aralıklı easy breath denenmiş ve solunum egzersizleri yaptırılmıştır.33. günde fizyoterapi programı aktif egzersizlerle devam etmiştir.37. günde egzersizler ağırlıkla yapılmış,hasta yatak içinde kol pedalı çevirmiştir.Bir sonraki gün hasta multidisipliner ekip eşliğinde yatak kenarında oturmuş,oturup kalkma egzersizi yapmış ve yatak kenarında 1 dakika ayak pedalı çevirmiştir.Takip eden günlerde oturup kalkma egzersizi tekrarları artırılmış,yatak kenarı pedal çevirme 3 dakikaya çıkmıştır.Egzersiz seansları sırasında hasta mekanik ventilatöre bağlı FiO2 %80 olup satürasyonu %88'in altına inmemiştir.56. günde hastaya sağ unilateral akciğer nakli yapılmıştır.Ameliyat sonrası 1. günde servise çıkan hasta 2. günde destekli yürütülmüştür.Fizyoterapi seanslarımızda hastaya germe,kuvvetlendirme,aerobik ve solunum egzersizleri yaptırılmış,hasta 30. günde taburcu olmuştur.

SONUÇ:Uzun süre yatağa bağımlı kalabilecek hastaların fizyoterapisinin ve mobilizasyonunun sağlanması ilerleyen dönemler için oldukça önem taşır.Güvenli sınırlar çerçevesinde yeterli önlemler alındığında,uzman bir ekip eşliğinde ECMO'lu hastalar dahi fizyoterapi seanslarına dahil edilebilir,mobilizasyonu gerçekleştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Nakli,Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu,Fizyoterapi

ECMO ile Mobilizasyon

Post Operatif Ambulasyon

EP-350

OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLARINDA SOLUNUM KAS KUVVETİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Seda Saka[1], Sema Savcı[2]
[1]Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, İzmir

GİRİŞ: Obstrüktif akciğer hastalıkları tüm dünyada yaygın mortalite ve morbidite nedenidir. Obstrüktif akciğer hastalıklarında solunum kas zayıflığı görülmekle birlikte hiperkapni, dispne, oksijen desatürasyonu ve egzersiz kapasitesinde azalmaya neden olmaktadır. Egzersizle beraber hastalarda diyafram iş gücünün arttığı ve sağlıklı insanlardan daha fazla ağız içi basınca ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Bu durum egzersiz esnasında dispnenin oluşmasıyla ve solunum kaslarında meydana gelen yorgunlukla ilişkilidir.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmamıza, obstrüktif akciğer hastalığı tanısı konulan 18-75 yaş arası en az üç hafta süre ile ilaç değişikliği yapılmamış ve antibiyotik kullanmayan stabil 64 hasta alınmıştır. Ortopedik veya nörolojik hastalığı, eşlik eden ileri derecede kalp yetmezliği olan ve anket veya diğer değerlendirme yöntemlerini anlayamayan veya koopere olamayan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Tüm olguların fiziksel ve sosyodemografik özellikleri ile solunum fonksiyon testi sonuçları kaydedilmiştir. Tüm olguların solunum kas kuvveti taşınabilir elektronik ağız basınç ölçüm cihazı ile ölçülmüş, maksimal inspiratuar ve maksimal ekspiratuar ağız basınçları (MIP, MEP) kaydedilmiştir.

BULGULAR: 24 KOAH, 20 astım ve 20 bronşektazi hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen olguların yaş, vücut kitle indeksi (VKİ) değerleri, sigara içme miktarları ve solunum fonksiyon testi sonuçları tabloda verilmiştir. Olguların yaş ve sigara içme miktarı istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Katılımcıların VKİ dağılımında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p> 0.05$). FEV1 / FVC, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). KOAH'lı hastaların FEV1 / FVC değerleri astım ve bronşektazi hastalarından daha düşüktür ($p<0.05$). Solunum fonksiyon testinin diğer parametrelerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Katılımcıların MIP ve MEP değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

SONUÇ VE TARTIŞMA: Çalışmamızda KOAH'lı katılımcıların literatürle uyumlu şekilde daha yaşlı bireyler olduğu ve daha fazla sigara kullanımlarının olduğu bulunmuştur. Katılımcıların FEV1 / FVC değerleri dışında tüm solunum fonksiyon testi sonuçları ve solunum kas kuvvetleri benzerdir. Sonuç olarak; KOAH'lı hastalar daha yaşlı olmalarına, sigaraya daha fazla maruz kalmalarına ve FEV1 / FVC değerleri daha kötü olmasına rağmen solunum kas kuvvetleri astım ve bronşektazi hastalarıyla benzer bulunmuştur. Elde ettiğimiz sonuçların hastalıklar arasındaki patofizyolojik ve klinik farklılıklardan kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Astım, Bronşektazi, Solunum kas kuvveti

Katılımcıların demografik ve fiziksel verilerinin karşılaştırılması

	KOAH (Ort±SS)	Astım (Ort±SS)	Bronşektazi (Ort±SS)	p
Yaş (yıl)	61.66±7.67	44.15±9.39	46.00±16.32	0.001
VKİ (kg/m²)	27.05±5.35	27.59±4.00	25.48±5.33	0.379
Sigara kullanımı (paketXyıl)	42.56±31.96	6.57±9.63	9.83±18.08	0.001
FEV1 (%)	55.95±23.79	72.52±19.16	65.00±26.96	0.077
FVC (%)	70.33±23.88	78.10±21.93	72.94±23.32	0.549
FEV1/FVC	59.06±14.01	83.94±12.19	77.45±16.58	0.001
PEF (%)	58.58±25.07	77.68±24.50	64.41±31.31	0.072
MIP (cmH2O)	22.00±32.32	46.00±23.42	47.00±30.82	0.707
MEP(cmH2O)	90.00±38.10	81.00±24.74	75.00±34.09	0.395

EP-351

KRONİK KALP YETMEZLİKLİ HASTALARDA KİNEZYO BANTLAMA YÖNTEMİNİN PULMONER FONKSİYON, RESPİRATUAR KAS KUVVETİ VE FONKSİYONEL KAPASİTE ÜZERİNE ETKİLERİ

Baha Naci[1], Rengin Demir[2], Zerrin Yiğit[2]
[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, Kardiyoloji Enstitüsü, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Kronik kalp yetmezliğinde (KKY) solunum kaslarının yapı ve fonksiyonu değişmekte, egzersiz kapasitesi azalmakta ve hem istirahat hem egzersiz sırasında akciğer fonksiyonu anormallikleri sıklıkla görülmektedir. Kinezyo Bantlama (KB); sirkülasyonu ve kas aktivitesini artırmak için uygulanan kısmen yeni fakat yaygın kullanılan terapötik bir yaklaşımdır. Bu çalışmanın KKY'li hastalarda KB'nin pulmoner fonksiyon, respiratuar kas kuvveti ve fonksiyonel kapasite üzerine etkilerinin incelenmesidir.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya New York Kalp Birliği fonksiyonel sınıf II-III KKY'li ve 45-89 yaş arası (ortalama yaş: 64±9.2) 33 hasta (25 erkek, 8 kadın) dahil edildi. Zorlu vital kapasite (FVC), birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm (FEV1), FEV1/FVC, tepe akım hızı (PEF), zorlu ekspiratuar akımın %25-75'i (FEF25-75) değerleri solunum fonksiyon testi yapılarak ölçüldü. Respiratuar kas kuvvetinin ölçümü için taşınabilir bir ağız basınç ölçüm cihazı kullanılarak maksimal inspiratuar ve ekspiratuar basınçlar (MIP ve MEP) kaydedildi. Fonksiyonel kapasite 6 Dakika Yürüme Testi ile belirlendi. Tüm değerlendirmeler başlangıçta ve tedaviden 4 hafta sonra olmak üzere iki kez yapıldı. Hastalar KB grubu (n=18) ve kontrol grubuna (n=15) ayrıldı. KB grubuna sırasıyla inspiratuar ve zorlu ekspiratuar kas aktivitesinin artırılması amacıyla Musculus Diaphragmaticus (ventral parça [Resim 1], dorsal parça [Resim 2]) ve Musculus Obliquus Internus-Externus Abdominis (bilateral [Resim 1]) KB fasilitasyon tekniği uygulandı. KB 4 haftalık periyotta haftada 2 kez uygulandı. İstatistiksel analizde Student's t-test, Mann-Whitney U ve Ki-kare testleri kullanıldı.

BULGULAR: Her iki grupta başlangıç ve tedavi sonrası değerlendirmeler arasındaki değişimler Tablo 1'de verildi. KB grubunda FEV1/FVC hariç tüm sonuç ölçümlerinde artış bulundu. Gruplar arası analizde ise FEV1 (p=0.002), %FEV1 (p=0.004), %FEF25-75 (p=0.04), PEF (p=0.02), %PEF (p=0.03), MIP (p<0.0001), MEP (p<0.0001) ve 6 Dakika Yürüme Mesafesi (6DYM) (p=0.0002) KB grubu lehine anlamlı artış gösterdi. Diğer parametrelerde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. SONUÇ: Çalışmamızın sonuçları KKY'li hastaların pulmoner fonksiyon, respiratuar kas kuvveti ve fonksiyonel kapasitesini artırmada respiratuar kaslar için kullanılan KB yönteminin etkili olduğunu ortaya koymuştur

TARTIŞMA: Literatürde KKY'li hastalarda KB yönteminin solunum parametreleri ve fonksiyonel kapasite üzerine etkisini gösteren çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda inspiratuar ve zorlu ekspiratuar kaslara yönelik uygulanan KB fasilitasyon tekniklerinin olumlu sonuçlar yaratması nedeniyle KKY'li hastalarda pulmoner fonksiyonu, respiratuar kas kuvvetini ve fonksiyonel kapasiteyi geliştirmede kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kinezyo Bantlama, Kronik Kalp Yetmezliği, Pulmoner Fonksiyon, Respiratuar Kas Kuvveti

Resim 1. Musculus Diaphragmaticus (ventral parça) ve Musculus Obliquus Internus-Externus Abdominis (bilateral) Kinezyo Bantlama

Resim 2. Musculus Diaphragmaticus (dorsal parça) Kinezyo Bantlama

Tablo 1. Kinezyo Bantlama ve Kontrol Gruplarında İlk ve Son Değerlendirmeler ile Gruplar Arası Değişim Farkı

	KB Grubu İlk Değerlendirme	KB Grubu Son Değerlendirme	Kontrol Grubu İlk Değerlendirme	Kontrol Grubu Son Değerlendirme	Gruplar Arası Karşılaştırma p değeri
FVC (l)	2.57	2.71	2.9	2.91	>0.05
%FVC	76.6	81.1	79.8	80.4	>0.05
FEV1(l)	2.07	2.23	2.37	2.31	0.002
%FEV1	78.5	83	82.4	80.6	0.004
%FEV1/FVC	80.5	80.1	81.8	79.4	>0.05
FEF25-75 (l/sn)	2.11	2.14	2.43	2.2	0.04
% FEF25-75	67.1	68.1	73.9	67.6	>0.05
PEF (l/sn)	286.55	363.11	301	297.5	0.02
%PEF	64.9	81	65.4	65	0.03
MIP (cmH2O)	63.83	78.05	68.6	68.7	<0.0001
MEP (cmH2O)	82.33	102.88	85.4	84.3	<0.0001
6DYM (m)	378.61	444.61	467.6	475.3	0.0002

EP-352

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN HASTALARDA SENİOR FİTNESS TEST VE KISA FİZİKSEL PERFORMANS BATARYASI SONUÇLARININ BİRBİRLERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI

Ayşenur Ceran[1], Sevgi Özalevli[2], Alican Yerlikaya[1], Aylin Özgen Alpaydın[3]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, İzmir.
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

GİRİŞ-AMAÇ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan hastalarda, Kısa Fiziksel Performans Bataryası (KFPB) ve Senior Fitness Testleri (SenFitT) ile hastaların fonksiyonel düzeylerini değerlendirmek ve etkileyen klinik faktörlerle sonuçları karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Yaş ortalaması 62.27±5.93 olan, Evre II-III, 34 KOAH hastası dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri ve klinik öyküleri sorgulandı. Egzersiz kapasitesi; 6 dakika yürüme testi (DYT), KFPB (sandalyeden kalkma testi, ayakta denge testleri ve sekiz adım yürüme testi) ve SenFitT (biceps curl, sandalyeye otur uzan testi, arkaya uzan testi, otuz sn otur kalk testi, sekiz adım kalk ve yürü testi, iki dk adım testi) ile değerlendirildi. Fiziksel aktivite düzeyi; Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) ile, dispne ve efor algıları; Modifiye Borg Skalası (MBS) ve Modified Medical Research Council (mMRC) ile, solunum fonksiyonları; spirometrik ölçümler ile, yaşam kalitesi; Short Form-36 (SF-36) ve Saint George Respiratory Questionnare (SGRQ) ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların 6 DYT mesafesi ortalamaları 333.03±90.61 metre idi. KFPB skorları 6 DYT mesafesi ile ilişkili bulundu ($r=0.67$, $p<0.001$). SenFitT 'in alt testlerinden '30 sn. otur kalk', 'biceps curl' ve '8 adım atma süresi' test sonuçlarının 6 DYT mesafesi ile ilişkili olduğu belirlendi ($p\leq0.01$). KFPB ve SenFitT'inden '30 sn otur kalk' test sonucunun hastaların mMRC skorları ile ilişkili olduğu saptandı ($p\leq0.05$). IPAQ skorları ile SenFitT'in 'biceps curl' test sonucu ilişkiliydi ($r=0.34$, $p\leq0.05$). Hastaların solunum fonksiyon test değerlerinden FEV1 % değeri ile SenFitT'in '8 adım atma süresi' ($r=-0.24$, $p>0.05$) ve 'arkaya uzanma' ($r=-0.28$, $p>0.05$) testleri ile ve FVC % değerlerinin KFPB skorları ($r=-0.36$, $p\leq0.05$) ve SenFitT'in '8 adım atma süresi' ($r=-0.36$, $p\leq0.05$) ve '30 sn otur kalk sayısı ($r=0.52$, $p\leq0.05$) testleri ile ilişkili olduğu belirlendi. PEF % değeri ile KFPB skorları ($r=0.34$, $p\leq0.05$) ve SenFitT'in '2 dk atılan adım sayısı' ve '30 sn otur kalk' ($r=0.39$, $p\leq0.05$) testleri arasında ilişki olduğu saptandı. SenFitT sonucu, SF-36 ve SGRQ skorlarıyla ile ilişkiliydi ($p\leq0.05$).

SONUÇ: KOAH hastalarında fonksiyonel düzeyin değerlendirilmesinde, KFPB ve Senior Fitness Testlerinin uygulanabilir ve etkin oldukları kanıtlanmıştır. Senior Fitness Test sonuçlarının hastaların klinik özellikleri, solunum fonksiyonları, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi düzeyleri ile daha ilişkili bulunması, bu testin KFPB'na göre, KOAH hastalarında fonksiyonel düzeyi daha iyi yansıttığını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Altı dakika yürüme testi, Fonksiyonel düzey, Kısa fiziksel performans bataryası, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Senior fitness test, Solunum Fonksiyonları

EP-353

BRONŞİOLİTİS OBLİTERANS TANILI VAKADA PULMONER REHABİLİTASYON PROGRAMI: OLGU SUNUMU

Gamze Yalçınkaya[1], Aylin Özgen Alpaydın[2], Sevgi Özalevli[3]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, İzmir, Türkiye

GİRİŞ: Bronşiolitis obliterans (BO), öncelikli akciğerin küçük hava yollarını etkileyen ve histopatolojik bulguların eşlik ettiği inflamatuar bir sendromdur. BO tanılı hastaların pulmoner rehabilitasyon (PR) programı takibi ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu sebeple çalışmamızın amacı BO tanısı ile takip edilen hastamızda PR programının etkinliğini incelemektir.

GEREÇLER VE YÖNTEM: BO'lu erkek hastamız (O.İ.) 24 yaşında vücut kitle indeksi 17 kg/m2 olan, öğrenci birey idi. Hasta PR ünitesinde haftada iki seans, 45-60 dakikalık, 8 hafta süren bir PR programı ile takip edildi. PR kapsamında; solunum egzersizleri ve bronşiyal hijyen teknikleri (15 dk), aerobik eğitim (20 dk koşu bandı, 10 dk bisiklet ergometresi) ve kuvvetlendirme egzersizleri (15 dk quadriceps ve kalça kaslarına yönelik kuvvetlendirme) uygulandı. PR günleri haricindeki günler için ev egzersiz programı planlandı ve program egzersiz günlüğü ile takip edildi. Hastanın klinik değerlendirmeleri ile birlikte spirometre ile solunum fonksiyon testleri ve solunum kas kuvvetleri, altı dakika yürüme testi (6DYT) ile egzersiz kapasitesi, St. George Solunum Hastalıkları Anketi (SGRQ) ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ile anksiyete ve depresyon düzeyi ve Modified Medical Research Council (MMRC) ile dispne sorgulaması değerlendirildi. Tüm değerlendirmeler PR öncesi ve sonrası tekrar edildi.

BULGULAR: On iki yıl önce tanı alan hastanın sigara öyküsü yoktu. Hasta, PR programı öncesine göre öksürük, balgam ve nefes darlığı şikayetlerinin azaldığını belirtti. PR programı sonucunda hastanın solunum fonksiyon testlerine göre sırasıyla FEV1, FVC ve FEV1/FVC%'nin (1.20 lt/sn, 2.79 lt/sn, 42.83)'den (1.43 lt/sn, 3.20 lt/sn, 44.63)'e yükseldiği belirlendi. İnspiratuar ve ekspiratuar kas kuvveti de PR'den önce (48.85, 73.01 cm H2O) iken, PR sonrasında artarak (72.76, 87.29 cm H2O) değerlerine yükseldi. Hastada 6DYT ile değerlendirilen yürüme mesafesi ise başlangıca göre 112 metre daha fazla idi. Bununla birlikte, SGRQ ve HADS skorlarında tedavi başlangıcına göre artış olduğu görüldü.
Sonuç ve TARTIŞMA: Çalışmamızda, Bronşiolitis Obliterans tanılı bir hastada yapılan kapsamlı PR programının solunum fonksiyonları, solunum kas kuvvetleri, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesini arttırırken, klinik semptomları ve anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir. Sonuçlarımız doğrultusunda, BO'lu hastaların erken dönemden itibaren takip ve tedavilerinde PR'nin yer almasının oldukça önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Bronşiolitis Obliterans, Pulmoner Rehabilitasyon, Solunum Fonksiyonları.

EP-354

KRONİK BOYUN AĞRILI KADINLARDA SOLUNUM FONKSİYONLARI ETKİLENEBİLİR Mİ?

Gamze Yalçınkaya[1], Sevgi Özalevli[2], Ezgi Türksan[1], Aylin Özgen Alpaydın[3], Bilge Kara[2], Orhan Kalemci[4]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[4]Dokuz Eylül Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

GİRİŞ: Kronik boyun ağrısı (KBA), servikal bölgenin yanı sıra üst göğüs kafesi ve omuz kuşağının biyomekanisinin bozulmasına neden olan yaygın bir muskuloskeletal problemdir. Çalışmamızın amacı boyun ağrılı kadın hastalarda solunumsal fonksiyonları ve solunum kas kuvvetlerinin etkilenimini araştırmaktır.

Gereçler ve YÖNTEM: Çalışmaya 20 non-spesifik KBA'lı kadın hasta (ort. yaş: 46.10±11.21, ort. Vücut kitle indeksi (VKİ): 25.87±3.73 kg/m2) ve 16 sağlıklı kadın (ort yaş: 40.63±11.85, ort. VKİ: 26.25± 6.57 kg/m2) dahil edildi. Katılımcıların demografik bilgileri, sigara öyküleri ve pulmoner semptomları kaydedildi. Tüm katılımcıların spirometre ile solunum fonksiyon testleri, maksimum inspituar basınçları (MİP) ve maksimum ekspiratuar basınçları (MEP), visüel analog skala (VAS) ile ağrı şiddetleri, modifiye Borg skalası (MBS) ile efor ve dinlenim dispne seviyeleri değerlendirildi. BULGULAR: KBA'lı bireylerin %20'sinde dinlenim dispnesi, %85'inde efor dispnesi ve yorgunluk, %10'unda ise öksürük-balgam şikayetleri mevcuttu. Gruplar arasında dinlenim dispnesinde MBS'ye göre anlamlı bir fark bulunmazken, efor dispnesi KBA'lı hastalarda sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak daha yüksekti (p: 0.005). KBA'lı bireylerin hem istirahat hem de aktivite sırasındaki ağrı şiddetleri sağlıklı bireylere göre daha yüksekti (p<0.001). KBA'lı hastalarda sırasıyla FEV1, FVC ve FEV1/FVC% değerleri (2.70±0.52 lt/sn, 3.25±0.56 lt/sn, 82.79±3.89) sağlıklı bireylerinkine (2.84±0.44 lt/sn, 3.41±0.53 lt/sn, 83.36±5.73) göre daha düşüktü (p>0.05). Bununla birlikte, KBA'lı hastalarda MİP değeri (73.24±14.07 cm H2O) sağlıklı bireylere (83.71±11.82 cm H2O) göre anlamlı olarak daha düşük (p= 0.004), ekspiratuar kas kuvvetini belirten MEP değeri ise benzerdi (p>0.05).

Sonuç ve TARTIŞMA: Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda orta yaş olmalarına ve herhangi bir akciğer hastalığına sahip olmamalarına rağmen KBA'lı kadın hastalarda solunum fonksiyonlarının ve özellikle de inspiratuar kas kuvvetinin azalmış olması dikkat çekicidir. Bu sonucun, KBA nedeniyle üst göğüs kafesi ve omuz kuşağı mekaniğinin bozulması ve özellikle diyafram uzunluk-gerilim ilişkisinin etkilenmesinden kaynaklanabileceğini, bu nedenlerle KBA'lı bireylerde efor dispnesinin ortaya çıktığını düşünmekteyiz. Bu hastaların izleminde ve egzersiz uygulamalarında solunumsal etkilenimin dikkate alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Boyun ağrısı, efor dispnesi, inspiratuar kas kuvveti.

EP-355

POSTEROLATERAL TORAKOTOMİDE İNSİZYONEL AĞRI SAĞALTIMININ AMBULASYON ZAMANI, ERKEN DÖNEM DİSPNE VE FONSKİYONEL DURUMA ETKİSİ

Aysel Yıldız[1], S. Alper Toker[2], H. Nilgün Gürses[3]
[1]Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Posterolateral torakotomi (PLT) toraks cerrahisinde en sık kullanılan insizyonlardandır. Operasyon tekniğine bağlı olarak latissimus dorsi, ilgili interkostal kaslar bazen rhomboidler, trapez ve serratus anterior insize edilebilmektedir. Postoperatif dönemde ağrının neden olduğu lokal kas spazmları, göğüs duvarının kompliyansının azalmasına neden olurken kısıtlı göğüs duvarı hareketi, zayıflamış diyafram aktivitesi ve olası pulmoner parankim kaybı postoperatif pulmoner komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu çalışmada PLT uygulanmış olgularda insizyonel ağrı sağaltımının postoperatif erken dönem dispne ve fonksiyonel duruma etkisinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda akciğer kanseri nedeniyle PLT ile lobektomi yapılan olgular çalışmada yer aldı. Operasyon esnasında kot kırığı gelişen, kalp pili, ağır kardiyak yetmezlik, ciddi aritmi, kooperasyon bozukluğu, ekstremiteleri etkileyen nörolojik veya ortopedik problemi olanlar çalışmadan dışlandı. Olgular randomize olarak çalışma (Pulmoner Rehabilitasyon ve Konvansiyonel Transkutanöz Elektrik Sinir Stimulasyonu-TENS) ve kontrol grubuna (Pulmoner Rehabilitasyon) ayrıldı. Konvansiyonel TENS disposible elektrotlarla insizyon bölgesine 30 dk süre ile uygulandı.Değerlendirmede demografik bilgiler, 6 dakika yürüme mesafesi (6DYM), Görsel Analog Skala (0-10) ile ölçülen İstirahat, derin inspirasyon ve öksürme esnasındaki ağrı ile istirahat ve efor sonrası dispne şiddetinden yararlanıldı. Değerlendirmeler preoperatif dönem ve postoperatif 2. gün tekrarlandı.

BULGULAR: Çalışma grubu 32 (ort yaş:59,53±7,54 yıl), kontrol grubu 33 (ort yaş: 59,67±9,82 yıl) hasta ile çalışmayı tamamladı. Grupların yaş, boy, kilo cinsiyet dağılımı benzerdi (p>0,05). Postop dönemde mobilizasyon zamanı çalışma grubunda daha düşük olsa da fark anlamlı değildi (8,83±5,19 saate karşı 11,32±7,11 saat; p=0,13).Postop 2. günde grupların yürüme mesafeleri ve istirahat dispne düzeyleri benzer bulunurken (p>0,05) Görsel Analog Skalaya göre istirahat (p<0,001), derin inspirasyon(p<0,001) ve öksürmedeki ağrı şiddetleri(p<0,001) ile efor sonrası dispne düzeyi (p<0,01) çalışma grubunda daha düşük bulundu (Tablo 1).

SONUÇ ve TARTIŞMA: Postoperatif dönemde ağrı sağaltımı ile solunum kapasitesini arttırmaya yönelik pulmoner rehabilitasyon uygulamalarının etkinliği arttırılabilir. Postoperatif dönemde erken mobilizasyonun sağlanmasıyla postoperatif sürecin kalitesi geliştirilmekte ve atelektazi insidansı azaltılabilmektedir. Erken dönem ambulasyon düzeyinin arttırılması hedeflenen bu olgularda ağrı sağaltımı dispne kontrolüne de yardımcı olarak sürece pozitif katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Posterolateral torakotomi, ağrı sağaltımı, dispne, fonksiyonel durum

Tablo1: Grupların preoperatif ve postoperatif dönem değerlendirme sonuçları.

Değerlendirilen Parametreler	Preoperatif Dönem			Postoperatif 2. Gün		
	Çalışma Grubu ort±ss	Kontrol Grubu ort±ss	p	Çalışma Grubu ort±ss	Kontrol Grubu ort±ss	p
6DYM (m)	467,18±51,76	461,35±62,29	AD	258,97±91,17	245,78±89,24	AD
İstirahat Ağrısı	0	0	AD	27,20±19,55	9,67±20,47	<0,001
İnspirasyon Ağrısı	0	0	AD	41,23±19,95	57,33±16,91	<0,001
Öksürmede Ağrı	0	0	AD	45,83±21,37	70,77±19,39	<0,001
İstirahat Dispne	0	0	AD	6,67±6,34	9,67±6,94	AD
Efor sonrası Dispne	2,87±1,23	2,99±1,35	AD	17,93±12,10	24,17±10,83	<0,01

EP-356

SKOLYOZLU OLGULARDA EGZERSİZİN 6 DAKİKA YÜRÜME TESTİ SONUÇLARINA VE SOLUNUM KAS KUVVETİNE ETKİSİ

Cansu Varol[1], Eren Timurtaş[2], Mine Gülden Polat[2]
[1]S.B.Ü. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizyoterapi Ünitesi, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

AMAÇ:: Çalışmamızın amacı, skolyozlu bireylerde klasik skolyoz egzersizleri ile solunum egzersizlerini içeren 12 haftalık hastane ve ev tabanlı fizyoterapi protokollerinin karşılaştırılmasıdır. Literatürde spesifik solunum egzersizlerinin skolyozu olan bireylerin solunum fonksiyonları üzerine etkisinin araştırıldığı çalışma sayısı limitlidir

YÖNTEM-GEREÇLER: Çalışmaya alınma kriterlerine uyan, yaş ortalaması; 21,24±9,13 yıl olan 34'ü kadın, 16'sı erkek toplam 50 olgu dahil edildi. Olgular ev egzersiz grubu (grup 1), hastane temelli gruplar (grup 2 ve 3) ve uyumsuz grup (grup 4) olmak üzere dört gruba ayrıldı. Grup 1'e klasik skolyoz egzersizleri (germe, kuvvetlendirme, skolyozun tipine göre egzersiz) ve solunum egzersizlerinden (inspiratuar egzersizler, torakal ekspansiyon, pektoral germe, postur egzersizleri) oluşan protokol ev tabanlı olarak uygulandı. Grup 2'ye sadece klasik skolyoz egzersizlerinden oluşan protokol hastane tabanlı olarak uygulandı. Grup 3'e klasik skolyoz egzersizleri ve solunum egzersizlerinden oluşan protokol hastane tabanlı olarak uygulandı. Grup 2 ve grup 3'e 12 hafta boyunca haftada bir gün fizyoterapist gözetiminde hastanede 60 dk süreyle egzersizler uygulandı. Tedaviden önce, 6. ve 12. haftada; 6 dakika yürüme testi, maksimum inspiratuar basınç (MİP) ve maksimum ekspiratuar basınç (MEP) ölçümleri yapıldı.

BULGULAR: 6 DYT mesafesi grup 1, 2 ve 3 için anlamlı artış gösterdi (p1=0,024, p2=0,001, p3=0,000). Artışın grup 1 için 12 haftalık tedavi sonunda, grup 2 ve grup 3 için birinci ve ikinci periyot ile 12 haftalık tedavi sonunda olduğu saptandı. Test öncesi ve sonrası kalp hızı değişimlerinin değerlendirilmesinde grup 1, 3 ve 4'te anlamlı artış görüldü (p1=0,000, p3=0,009, p4=0,020). Sistolik kan basıncı değişimlerinin değerlendirilmesinde grup 1 ve grup 3' te artış saptandı (p1=0,007, p3=0,006). Diyastolik kan basıncı değişimlerinin değerlendirilmesinde grup 3' te artış görüldü (p3=0,042). Borg yorgunluk skalası değişimlerinin değerlendirilmesinde grup 2 ve 3'te azalma görüldü (p=0,037, p=0,048). MİP değeri sonuçlarında grup 1, grup 2 ve grup 3'te anlamlı artış saptandı (p1=0,000, p2=0,030, p3=0,000). MEP değeri sonuçlarında tüm gruplarda anlamlı ölçüde artış saptandı (p1=0,000, p2=0,005, p3=0,000, p4=0,003).

SONUÇLAR: Skolyozlu olgularda 12 haftalık egzersiz protokolüne uyum ile fonksiyonel kapasite ve solunum kas gücü ölçümlerinde anlamlı ölçüde gelişme görüldü.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel Kapasite, Solunum Kas Gücü, Egzersiz

6 Dakika Yürüme Testi

Solunum Kas Gücü Ölçümü

Olguların MİP ve MEP Ölçüm Sonuçlarının Grup içi Karşılaştırılması

		Grup 1 (Ev Egz.,n=19)	Grup 2 (Hastane Skolyoz Egz., n=9)	Grup 3 (Hastane Skolyoz +Solunum Egz., n=11)	Grup 4 (Uyumsuz Grup, n=11)
1.MEP	x±s.s.	76,27±28,75	66,88±11,37	69,21±17,85	73,09±22,18
1.MEP	medyan	67,60	64,30	69,30	62,00
2.MEP	x±s.s.	86,46±31,54	84,26±25,23	76,56±20,89	81,71±24,02
2.MEP	medyan	77,30	82,00	76,00	81,30
3.MEP	x±s.s.	106,84±34,91	93,56±23,03	98,54±24,29	97,15±25,87
3.MEP	medyan	95,00	88,50	101,00	95,00
Grup İçi Karşılaştırma	p değeri	,000*	,005*	,000*	,003*
1.MİP	x±s.s.	83,27±27,70	71,30±13,30	66,85±10,45	82,00±33,07
1.MİP	medyan	76,30	71,00	64,30	77,50
2.MİP	x±s.s.	88,46±29,30	83,41±16,13	70,88±15,03	85,41±28,02
2.MİP	medyan	79,00	84,30	69,60	78,30
3.MİP	x±s.s.	97,48±25,62	88,82±13,66	80,96±15,44	90,66±30,69
3.MİP	medyan	92,60	87,30	82,00	83,00
Grup İçi Karşılaştırma	p değeri	,000*	,003*	,000*	,336

Friedman Testi, p<0,05, 1.: Başlangıç değerlendirmesi, 2.: 6 hafta sonunda değerlendirme, 3.: 12 hafta sonunda değerlendirme, MİP: Maksimum İnspiratuar Basınç, MEP: Maksimum Ekspiratuar Basınç*

EP-357

KOAH'TA SOLUNUM KAS KUVVETİ İLE YORGUNLUK, DENGE VE FONKSİYONEL KAPASİTE ARASINDAKİ İLİŞKİ

Semra Oğuz[1], Begüm Ünlü[1], Reyhan Yıldız[2], Mİne Gülden Polat[1]
[1]Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[2]İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) solunum mekanizmalarında ilerleyici bozulmalara yol açan bir hastalıktır. Solunum kas kuvvetindeki değişimler vücudun solunum gereksiniminin karşılanması zorlaştırabilmekte aynı zamanda da hastanın fonksiyonel kapasitesinde, yorgunluk algısında ve denge becerilerinde değişikliklere neden olabilmektedir.. Çalışmamızın amacı KOAH tanılı hastalarda solunum kas kuvvetinin yorgunluk, denge ve fonksiyonel kapasite ile arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'ne başvuran KOAH tanılı, stabil dönemde, dahil edilme kriterlerine uyan ve katılıma gönüllü hastalar dahil edildi. Katılımcıların demografik bilgileri alındıktan sonra solunum kas kuvveti değerlendirmesi için ağız içi maksimum inspiratuar (PImax) ve ekspiratuar (PEmax) basınç ölçümü yapıldı. Yorgunluk düzeyi 'Yorgunluk Şiddet Ölçeği (YŞÖ)', denge durumu 'Berg Denge Ölçeği (BDÖ)' ve 'Tek Ayak Üstünde Durma Testi', fonksiyonel kapasite ise 'Sit to Stand Testi (STS)' ile değerlendirildi. Çalışmada elde edilen verilerin sınıflandırılmasında, niteliksel ve niceliksel istatistiksel yöntemler SPSS 11.5 istatistik programı ile % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde analiz edildi.

BULGULAR: Çalışmada 6'sı kadın, 19'u erkek toplam 25 hasta (yaş ortalaması 60,52±7,85 yıl) değerlendirildi. Ortalama PImax değeri 71,28±27,37 cmH2O, ortalama PImax yüzdesi 71,71±23,88, ortalama PEmax değeri 70,04±31,83 cmH2O, ortalama PEmax yüzdesi 38,13±19,95 olarak bulunurken; YŞÖ skoru ortalaması 3,96±1,72, BDÖ skoru ortalaması 52,96±7,19, ortalama tek ayak üstünde durma süresi 21,6±9,41 sn idi. Hastaların bir dakikadaki STS ortalamaları ise 16,16±4,84 olarak bulundu. PImax ile BDÖ skorları arasında pozitif yönde, orta şiddette, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunurken ($r:0,49$; $p<0,05$); diğer parametreler ile anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$). BDÖ ile YŞÖ skorları arasında negatif yönlü, orta şiddette, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r:-0,444$; $p<0,05$).

SONUÇ VE TARTIŞMA: Çalışmamızda KOAH hastalarında inspiratuar kas kuvveti ile denge arasında ilişki bulundu. Hastaların inspiratuar kas kuvveti arttıkça denge düzeylerinin arttığı görüldü. İnspiratuar kas kuvveti ile yorgunluk ve fonksiyonel kapasite arasında ilişki bulunmadı. Literatürde yapılan çalışmalar KOAH'lı bireylerde periferal kas kuvvetindeki azalmalar ve oksijen yetersizliğinin statik ve dinamik dengenin bozulmasına sebep olduğunu göstermiştir. İnspiratuar kas kuvveti ile denge arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için farklı tanı süreleri olan daha fazla hastanın dahil edildiği çalışmalar planlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Denge, KOAH, Solunum kas kuvveti

EP-358

İNTERSİTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI OLAN OLGULARDA DENGE: PİLOT ÇALIŞMA

Özge Ertan[1], Gökşen Kuran Aslan[2], Çiğdem Emirza[3], Buket Akıncı[4], Nigar Gülfer Okumuş[5]
[1]Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Kırklareli
[2]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[3]İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[4]Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[5]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: İntersitisyel Akciğer Hastalığı (İAH) azalmış egzersiz kapasitesi ve solunum kas kuvveti, yorgunluk ve periferik kas zayıflığı ile karakterizedir. İAH hastalarında meydana gelen yorgunluk, egzersiz kapasitesinde ve periferik kas kuvvetindeki azalma denge problemlerinin meydana gelmesine neden olabilir. Denge problemlerinin ortaya çıkmasını engellemek günlük yaşam aktivitelerinde, hareketlilikte ve düşmelerin önlenmesinde büyük öneme sahiptir. Çalışmanın amacı, İAH hastalarında denge ile egzersiz kapasitesi, periferik kas kuvveti, solunum kas kuvveti ve yorgunluk ilişkisini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından İAH tanısıyla takip edilen gönüllü 12 hasta (5 Sarkoidoz, 3 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis, 1 Skleroderma, 1 Sistemik Lupus Eritematozus, 1 İAH, 1 Romatoid Artrit) dahil edildi. Sigara içen, bilişsel fonksiyon bozukluğu, egzersiz testine engel olabilecek ortopedik/nörolojik problemi olan ve kooperasyon kurulamayan olgular çalışma dışı bırakıldı. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri sorgulandı. Denge değerlendirmesi "Berg Denge Testi", "Zamanlı Kalk ve Yürü Testi" ve "Aktiviteye Özgü Denge Güven Ölçeği (AÖDGÖ)" ile yapıldı. Egzersiz kapasitesi tayininde "Altı Dakika Yürüme Testi (6DYT)" kullanıldı. Solunum kas kuvveti ağız içi basınç ölçümleriyle belirlendi. Alt ekstremite quadriceps ve iliopsoas kaslarının kuvveti hand-held dinamometre ile değerlendirildi. Yorgunluğun değerlendirilmesinde "Yorgunluk Şiddet Ölçeği (YŞÖ)" kullanıldı. Son bir yıla ait düşme öyküsü sorgulandı.

BULGULAR: Hastaların (9 kadın, 3 erkek) yaş ortalaması 57.75±9.98 yıl idi. Altı dakika yürüme mesafesi ile AÖDGÖ arasında orta güçte korelasyon bulundu (r=0.60, p=0.04). YŞÖ ile Berg Denge Testi arasında orta güçte negatif yönde korelasyon ve Zamanlı Kalk ve Yürü Testi arasında orta güçte korelasyon bulundu (sırasıyla r=-0.67, p=0.02, r=0.59, p=0.04). 6 DYT sonrası bacak yorgunluğunda artış ve dispne kötüleşmesi arasında güçlü korelasyon saptandı (r=0.73, p=0.007). SONUÇ: Çalışmamızda egzersiz kapasitesinde meydana gelen azalmanın bireylerin denge güven tutumunu olumsuz yönde etkilediği ve İAH'lı bireylerde yorgunluk düzeyindeki artışın denge problemleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. İAH'lı hastalarda denge ile egzersiz kapasitesi, periferik kas kuvveti, solunum kas kuvveti ve yorgunluk ilişkisini örneklem sayısını artırarak analiz etmeyi planlıyoruz.

TARTIŞMA: İAH'lı bireylerde egzersiz kapasitesinin azalması günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi esnasında bireylerdeki denge güven tutumunu etkilemiştir. İAH'nın en belirgin şikayetlerinden biri olan yorgunluk artışı bireylerin dengelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Denge, Egzersiz Kapasitesi, İntersitisyel Akciğer Hastalığı, Periferik Kas Kuvveti, Solunum Kas Kuvveti, Yorgunluk

Demografik ve Klinik Veriler

	Ortalama± Standart Sapma
Yaş (yıl)	57.75±9.98
Vücut Kütle İndeksi (kg/m2)	28.43±4.87
Altı Dakika Yürüme Mesafesi (metre)	412.25±65.70
Sağ Quadriceps (kg-f)	11.78±2.40
Sol Quadriceps (kg-f)	11.25±1.87
Sağ İliopsoas (kg-f)	12.50±3.03
Sol İliopsoas (kg-f)	12.50±2.63
MIP (cmH2O)	50.42±7.96
MEP (cmH2O)	62.83±14.97
Berg Denge Testi	46,67±2.90
Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (saniye)	10.67±1.43
Yorgunluk Şiddet Ölçeği	53.00±8.53
Aktiviteye Özgü Denge Güven Ölçeği (%)	66.42±23.15

EP-359

BÜLLOZ AKCİĞER OPERASYONU SONRASI YAYGIN CİLT ALTI AMFİZEMİ GELİŞEN OLGUDA ELASTİK BANDAJ VE SOLUNUM FİZYOTERAPİSİ

Murat Öztürk, Elif Yıldırım, Meral Karakış, Rüya Aydın, Emre Murat Şahal, İpek Özmen, Mine Demir, Aysun Kosif
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

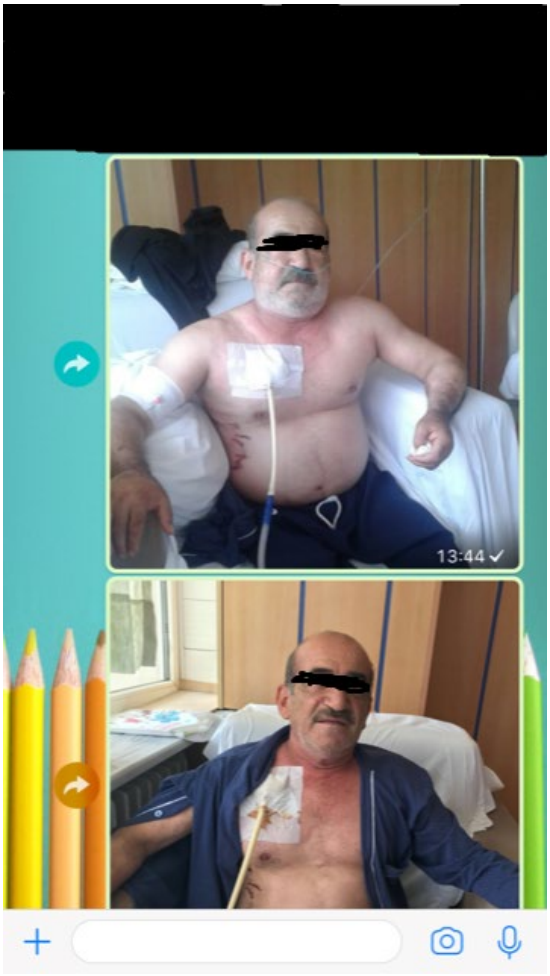
GİRİŞ: Akciğerlerde, özellikle uzun yıllar sigara içmiş amfizemli hastalarda, nadiren de sigara içmeyenlerde, hava kisti veya bül denilen hava keseleri görülür. Bu hava keseleri bazen (10-15 cm kadar)ulaşabilir. Bu hava keseleri içinde, normal akciğer dokusunda olduğu gibi, gaz alış-verişi yapılamadığından ve aynı zamanda bu hava kesesi sağlam akciğere de baskı yapıp, sağlıklı kısmın da iyi çalışmasını engellediğinden, hastanın solunumununu bozar ve dspne gelişir. Hastaların ameliyat öncesinde ölçülen solunum kapasiteleri, normalde beklenenin % 25-30 una düşmüş olabilir. Diğer bir taraftan da, bu hava keseleri kendiliğinden patlayabilir. Akciğerde büyük çaplara ulaşmış veya nefes darlığına sebep olan yada komplikasyona neden olmuş hava kistlerinin ameliyat ile alınması gerekir Ameliyat sonrası hastaların nefes darlıkları düzelecek ve efor kapasitelerinin artacağı bildirilmiştir.

OLGU: 65 yaşında spontan pnomotoraks sonrası dış merkezden akciğer dreni ile göğüs cerrahisi servisine kabül edilen erkek hastaya gerekli tetkiler yapılıp LVRS^{+}SAĞ ALT LOB WEDGE ile volüm küçültücü cerrahi başarılı olarak uygulandı.Post- op yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastada 2 gün yoğun bakım deliriumu ile çekilen PA grafilerinde atelektazi ve cilt altı yaygın amfizem tespit edilip fizyoterapi konsultasyonu istendi. Post-OP 2. gün Fizyoterapist tarafından hastaya dereceli mobilizasyon, göğüs fizyoterapisi uygulandı.Post-op yogun bakım ünitesinde 4 gün takip edilen hasta hemodinamik ve klinik olarak düzeldi ve hasta servise eksterne edildi.Servis koşullarında yaygın cilt altı amfizemi ve 2 dren ile takib edilen hasta 2 hafta boyunca hergün monitörize edilerek mobilize edildi ve elestik bandaj ugulandı. Yatak içinde ayrıca bandaj eşliğinde serbest ağırlıklar kullanılarak ekstremite egzersizleri çalıştırıldı.

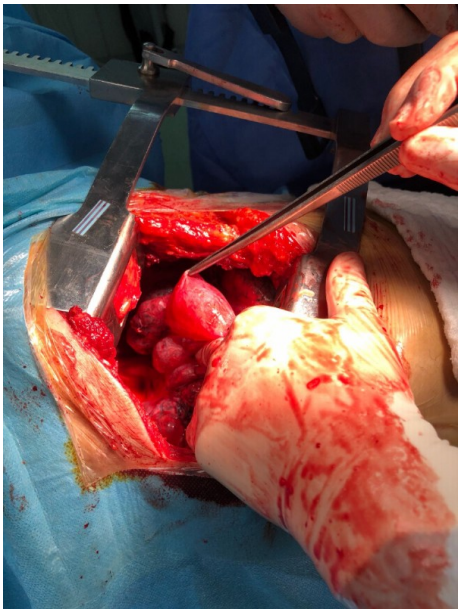
TARTİŞMA VE SONUÇ: Cilt altı amfizemi dokularda hava veya gazın bulunmasıyla karakterize anormal bir durumdur. Çeşitli nedenlerle veya spontan da gelişebilir.Dispne, ölüm korkusu, akciğerin ekspanse olmasını engelleyecek kadar fazla hava kaçağı varsa göğüs tüpü takılması, cilde intraket yerleştirilmesi, fasiyotomi açılması, doku masajı, göğüs kafesinin elastik bandaj ile sarılması gibi metodlar uygulanmaktadır. Literatür tarandığında Fizyoterapi ile ilgili çok sınırlı yayın bulunmaktadır. Olgumuzda ekstremiteler ile toraksa elastik bandaj ile kombine aktif egzersizler Fizyoterapsit tarafından uygulanıp hasta her saat başı gösterilen program dahilinde çalıştırılarak başarılı sonuç elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Göğüs Fizyoterapisi, Büllöz Akciğer, Elastik bandaj, Solunum egzersizleri. Mobilizasyon

ELASTİK BANDAJ VE FİZYTOTERAPİ ÖNCE SONRA



OLGUDA BÜLLOZ AKCİĞER AMELİYATI



EP-360

BRONŞEKTAZİLİ ÇOCUKLARDA FONKSİYONEL KAPASİTENİN DEĞERLENDİRMESİNDE 6 DAKİKA YÜRÜME TESTİ İLE 30 SANİYE SÜRELİ OTUR-KALK TESTİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Hikmet Uçgun[1], Hilal Denizoğlu Külli[1], Melih Zeren[1], Gülhan Yılmaz Gökmen[3], Erkan Çakır[2], Hülya Nilgün Gürses[1]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul
[3]Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Balıkesir

GİRİŞ: Bir veya birden fazla bronşun geri dönüşümsüz olarak anormal dilatasyonu ile karakterize bronşektazide akciğer kapasitesi, ventilatuar rezerv ve periferal kas kitlesinde zaman içerisinde meydana gelen kayıplar fonksiyonel kapasitenin de önemli ölçüde azalmasına yol açmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinin birçoğu kişinin submaksimal eforu ile gerçekleştiğinden, fonksiyonel kapasitenin değerlendirilmesinde submaksimal egzersiz testlerinden biri olan 6 dakika yürüme testi (6DYT) sıklıkla kullanılmaktadır. 30 saniye süreli otur-kalk testi (30snOKT) ise daha çok mobilite ile ilişkili fonksiyon ve fiziksel performansın değerlendirilmesinde kullanılmakta olup, KOAH'ta fonksiyonel kapasitenin değerlendirilmesinde kabul edilebilir alternatif bir yöntem olarak önerilmektedir. Çalışmamızın amacı, bronşektazili çocuklarda fonksiyonel kapasitenin değerlendirmesinde 6DYT ile 30snOKT arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Pulmoner Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Laboratuvarına yönlendirilen 30 bronşektazili çocuk hasta (10,83±3,58 yaş; 16 erkek, 14 kız) dahil edildi. Tüm hastalar 6DYT ve 30snOKT ile değerlendirildi. OKT, kolçaksız bir sandalyede gerçekleştirildi, hastadan ayakları yer ile temas edene kadar sandalyede öne gelmesi ve kollarını göğüs üzerinde çaprazlaması istendi. Bir deneme manevrasının ardından hastanın 30 sn içerisinde tamamladığı otur-kalk manevralarının sayısı kaydedildi. 6DYT ve 30snOKT arasındaki ilişkiyi incelemek adına Pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama 6DYT mesafesi 521,8±73,6 m; 30snOKT tekrar sayısı ise 21,82±7,6 olarak ölçüldü. 6DYT ile 30snOKT arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı (r:0.547; p:0.001).

SONUÇ VE TARTIŞMA: Çalışmamızda, 6DYT ve 30snOKT sonuçları arasında kuvvetli bir ilişki saptandı. Literatürde bu 2 test ile ilgili olarak; sağlıklı genç yetişkinlerde ve KOAH'ta fiziksel performans ve fonksiyonel kapasitenin belirlenmesinde benzer sonuçlar veren yöntemler olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre bronşektazili çocuk hastalarda da 6DYT ve 30snOKT'nin fonksiyonel kapasitenin değerlendirilmesi açısından benzer sonuçlar verebileceği gösterilmiştir. Özellikle 6DYT'nin klinikte kullanımını zorlaştıran birçok faktörün (zaman, alan ve standardizasyon kısıtlılıkları vb.) varlığı göz önüne alındığında, 30snOKT 6DYT'nin uygulanamadığı durumlarda kullanıma uygun, değerli bir değerlendirme yöntemi olarak önerilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: bronşektazi, fonksiyonel kapasite, 6 dakika yürüme testi, 30 saniye süreli otur-kalk testi

EP-361

OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMLU OLGULARDA FONKSİYONEL KAPASİTE VE FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nur Selin Of[1], Rengin Demir[2], Ersan Atahan[3]
[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul üniversitesi-Cerrahpaşa, Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışma Obstruktif Uyku Apne Sendromlu (OUAS) olguların fonksiyonel kapasite ve fiziksel aktivite düzeylerini sağlıklı bireyler ile karşılaştırılmak amacıyla planlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) tanılı 25 birey ve apne-hipoapne indeksi (AHI) 5 in altında olan 25 sağlıklı birey dahil edildi. OUAS'lı hastalar ve sağlıklı kontrol grubu bireyler egzersiz kapasitesi ve fiziksel aktivite açısından değerlendirildi. Fonksiyonel egzersiz kapasitesi 6 dakika yürüme testi (6DYT) ve fiziksel aktivite düzeyi Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) ile belirlendi.

BULGULAR: OUAS'lı olguların yaş ortalaması 55.4±7.1 idi (15 erkek, 10 kadın). Olguların 5'i hafif, 20'si orta- ağır şiddetli OUAS tanılı idi. Sağlıklı bireylerin yaş ortalaması 53.2±6.2 idi (13 erkek, 12 kadın). Kontrol grubu ile hafif OUAS ve orta- ağır OUAS gruplarının 6 dakika yürüme mesafesi (6DYM) ve IPAQ toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptandı ($p<0,05$). Hafif OUAS grubunun 6DYM'si orta-ağır şiddetli OUAS grubunun 6DYM'nden anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,05$). Hafif OUAS ve orta-ağır şiddetli OUAS grubu IPAQ toplam puanına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($P>0,05$).

SONUÇ: OUAS hastalarında AHİ artışı ile egzersiz kapasitesindeki kıstlanma arasnda ilişki olduğu, sağlıklı bireylere göre ise fonksiyonel kapasite ve fiziksel aktivitelerinin kısıtlandığı sonucuna ulaşılmıştır. OUAS hastalarında egzersiz eğitimi ile bu değerlerde olumlu yönde değişiklik elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu, Fonksiyonel kapasite, Fiziksel aktivite

EP-362

KİSTİK FİBROZİS, BRONŞEKTAZİ VE PRİMER SİLİAR DİSKİNEZİDE GÖĞÜS FİZYOTERAPİSİNİN SOLUNUM FONKSİYONLARI VE FONKSİYONEL KAPASİTE ÜZERİNE ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hilal Denizoglu Kulli[1], Melih Zeren[1], Gülhan Yılmaz Gökmen[2], Erkan Çakır[3], Hülya Nilgün Gürses[1]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[2]Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Bandırma
[3]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Mukus retansiyonu, dispne, solunum kapasitesinde azalma, sık tekrarlanan solunum yolu enfeksiyonu gibi ortak bulguları hastalıklarda hastaya özel tasarlanmış göğüs fizyoterapisi programları uygulanmaktadır. Çalışmamızın amacı, 3 farklı hasta grubunda (kistik fibrozis, bronşektazi ve primer siliar diskinezi) ev temelli ve kapsamlı göğüs fizyoterapisinin etkinliğini karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Pulmoner Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Laboratuarına yönlendirilen yaşları 5-15 yıl arasında değişen kistik fibrozis (n=15), bronşektazi (n=15) ve primer siliar diskinezi (n=15) tanılı 45 çocuk çalışmaya dahil edildi. Hastaların solunum fonksiyonları spirometreyle ve fonksiyonel kapasiteleri 6 dakika yürüme testiyle (6 DYT) değerlendirildi. Tüm hastalara ev programı olarak kapsamlı göğüs fizyoterapisi (solunum egzersizleri, postüral drenaj ile birlikte perküsyon, öksürük eğitimi, OPEP cihazı ve ilaç kullanımı eğitimi) verildi. Tedavi öncesi ve 3 ay sonrası takipte ölçümler tekrarlandı. İstatistiksel analizde, tedavi öncesi ve sonrası grup içi değişikliğin karşılaştırılmasında "Wilcoxon Signed Rank Test", gruplar arası farkın karşılaştırılmasında ise "Kruskal-Wallis Test" kullanıldı.

BULGULAR: Tedavi öncesi ve 3 ay sonrası değerlerde üç grup için de beklenene göre %FVC, %FEV1 ve %PEF değerlerinde ve 6 DYT'de istatistiksel olarak anlamlı gelişme saptandı ($p<0.05$) (Tablo 1). Üç grup arasında FVC, FEV1, PEF parametrelerinde, altı dakika yürüme mesafesindeki değişimlerde ise anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tartışma ve SONUÇLAR: Çalışmamızın sonuçlarına göre kistik fibrozis, bronşektazi ve primer siliar diskinezili çocuklarda 3 ay süreyle kapsamlı göğüs fizyoterapisi uygulandığında solunum parametrelerinde ve egzersiz performansında gelişme olduğu görüldü. Ayrıca farklı fizyolojik değişikliklere sebep olan bu hastalıklarda ev temelli ve kapsamlı göğüs fizyoterapisinin etkinliğinin benzer olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: kistik fibrozis, bronşektazi, primer siliar diskinezi, göğüs fizyoterapisi

Tablo 1. Grup içi ve gruplar arası değerlerin karşılaştırılması

	Kistik Fibrozis n=15				Bronşektazi n=15				Primer Siliar Diskinezi n=15				Gruplar arası
	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	Δ	p	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	Δ	p	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	Δ	p	p
FVC (%)	89,1±14,3	92,5±14,5	3,4±3,1	**0,000**	82,1±11,8	86,9±12,3	4,8±5,6	**0,005**	82,4±12,3	86,6±14,4	4,3±6,4	**0,049**	0,686
FEV1 (%)	80,6±15,5	84,1±14,9	3,5±4,0	**0,001**	71,4±17,4	77,1±18,5	5,7±9,9	**0,043**	76,4±11,1	81,9±9,9	3,5±4,0	**0,019**	0,599
PEF (%)	76,2±22,0	88,1±20,0	11,9±12,2	**0,000**	67,9±20,4	76,4±21,7	8,5±13,9	**0,040**	72,8±14,1	86,7±7,8	13,7±13,6	**0,016**	0,606
6 DYT (m)	553,6±59,6	595,0±62,3	41,4±25,2	**0,000**	512,0±71,9	557,0±81,9	45,1±88,6	**0,040**	606,1±83,1	646,1±77,5	40,0±49,4	**0,017**	0,973

EP-363

HASTANEMİZ TÜBERKÜLOZ LABORTUVARINDA 1990-2015 YILLARINDA SAPTANAN MYCOBACTERİUM TUBERCULOSİS COMPLEX SUŞLARININ ÇOK İLACA DİRENÇLİ TÜBERKÜLOZ EĞİLİMİ

İsmail Ceyhan[1], Melike Atasever[2]
[1]Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahis Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.
[2]Kağıthane Devlet Hastanesi, İstanbul.

GİRİŞ: Rifampisin (RIF) ve izoniazid(INH) tüberküloz(TB) tedavisinde kullanılan en önemli birinci seçenek ilaçlardandır. Bu iki ilaca birlikte direnç gelişmesi Çok İlaca Dirençli Tüberküloz(ÇİD-TB) olarak tanımlanmakta hemen hemen her zaman ikinci seçenek ilaçların kullanılmasını gerektirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), TB tedavisinin en önemli sorunlarından bir olarak ÇİD-TB'yi 2013 yılında "halk sağlığı acil durumu" olarak ilan etmiştir. Hastanemiz Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilen 4 adet ÇİD-TB tedavi merkezlerinden biridir. Çalışmamızda TB etkeni olarak laboratuvarımızda saptadığımız *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTBC) suşlarının RIF, INH ve ÇİD-TB açısından değerledirilmesi amaçlanmıştır.

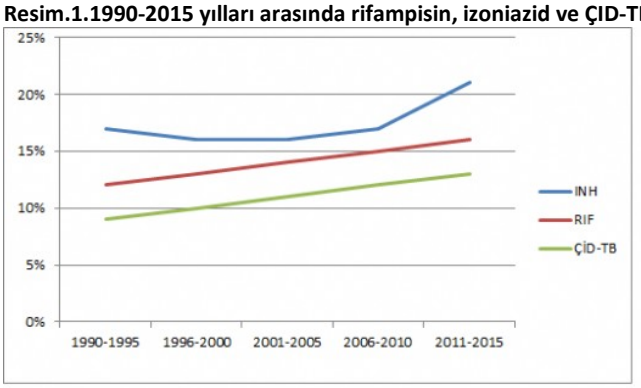
Gereçler ve YÖNTEM: 1990-2015 yılları arasında hastanemiz klinik ve polikliniklerinden laboratuvarımıza gönderilen hasta örneklerinde saptanan MTBC suşlarına ait ilaç duyarlılık test (IDT) sonuçları ÇİD-TB açısından geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Laboruvarımızda çalışılan rutin IDT, DSÖ tarafından kabul edilmiş modifiye proporsiyon yöntemidir. 1990-2015 yılları arasında toplam 17508 adet MTBC suşunda pirazinamid (PZA) hariç birinci seçenek ilaçlar (Rifampisin, izoniazid, streptomisin ve etambutol) çalışılmıştır. Bu çalışmaya ÇID-TB açısından önemleri dolayısıyla sadece RIF ve INH test sonuçları dahil edilmiştir. Bu amaca yönelik 1990-2015 yılları arası ilki 6(altı) olmak üzere 5(beş)'er yıllık dönemlere ait RIF-INH ayrı ayrı ve birlikte(ÇID-TB) değerlendirilmiş ve eğilim incelenmiştir.

BULGULAR: 1990-1995, 1996-2000, 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015 yıllarında dönemsel olarak sırasıyla, 5171, 4250, 3437, 2732 ve 1918 örnek IDT çalışılmış ve INH; %17,%16, %16, %17 ve %21, RIF; %12, %13, %14, %15 ve %16 ÇID-TB ise %9, %10,%11, %12 ve %13 olarak saptanmıştır(Tablo.1).

Sonuç ve TARTIŞMA: Çalışmamızda hastanemize doğrudan başvuran veya Ankara dışından gönderilen hastaların ayrımı yapılamaıştır. Bu nedenle sonuçlarımızda birincil ve ikincil direnci ayrımı yokur. INH son 5(beş) yıla kadar yatay seyretmiş 2011-2015 yıllarında belirgin bir artış saptanmıştır. INH dönemsel olarak her zaman RIF direncinden daha yüksek olduğu görülmüştür(Resim1). RIF direnci yıllar içinde yıllık bazda küçük çapta iniş ve çıkışlar yapmış olsa da 5 yıllık dönemsel olarak incelendiğinde yükselme eğiliminde olduğu ve ÇID-TB' da aynı yönde etkildiği belirlenmiştir. Son zamanlarda RİF direnci, ÇİD-TB'nin en önemli belirteci olarak kabul görmeye başlamıştır. Çalışma sonuçları bu değerlendirmeyle paralellik göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz(TB), Çok İlaca Dirençli Tüberküloz(ÇİD-TB), Rifampisin direnci,

Resim.1.1990-2015 yılları arasında rifampisin, izoniazid ve ÇID-TB direnç eğilimi



Tablo.1.1990-2015 yılları arasında rifampisin, İzoniazid ve ÇID-TB direnç oranları

	1990-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
INH	%17	%16	%16	%17	%21
RIF	%12	%13	%14	%15	%16
ÇİD-TB	%9	%10	%11	%12	%13

EP-364

İNTRATORASİK EKSTRAPULMONER TÜBERKÜLOZ TANISI

Erkan Akar[1], Miktat Arif Haberal[1], Özlem Şengören Dikiş[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Göğüs Cerrahi Kliniği, Bursa
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bursa

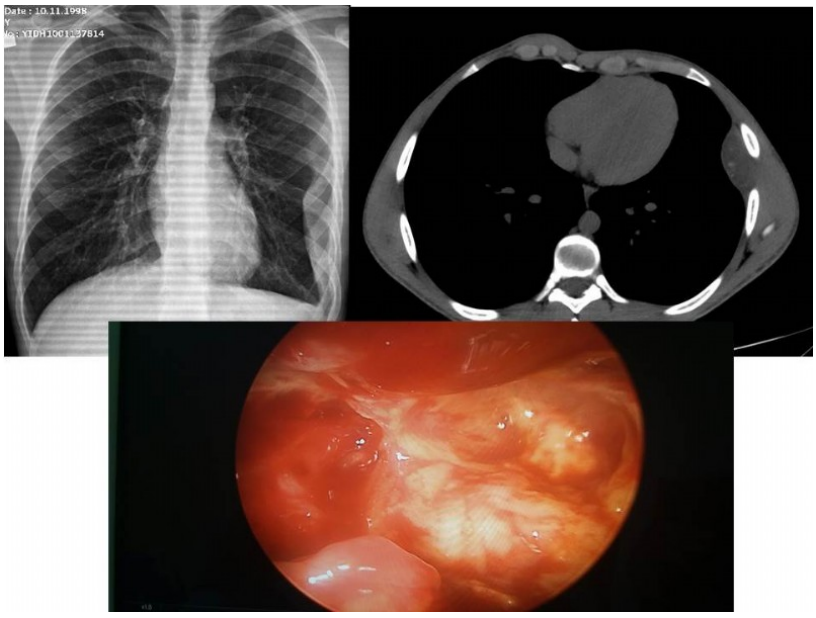
GİRİŞ: Tüberküloz yıllar içerisinde tedavi açısından alınan oldukça önemli mesafelere rağmen halen tüm dünyada sık rastlanılan bir enfeksiyon hastalığı olmaya devam etmektedir. Tüberkülozun ekstrapulmoner formları arasında lenf bezi tutulumundan sonra ikinci sıklıkta tüberküloz plörezi görülmektedir. Tüberküloz plörezi klasik olarak tüberküloz basiline karşı gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonu sonucunda oluşan plevral inflamasyon ve efüzyon olarak tanımlanmaktadır. Türkiye gibi tüberküloz prevalansının yüksek olduğu ülkelerde tüberküloz plörezi daha çok primer enfeksiyonun komplikasyonu olarak ortaya çıktığı için genç erişkin ve adölesanlarda daha sık rastlanmaktadır.

OLGU: Daha önce tüberküloz hikayesi olmayan 21 yaşında erkek olgu, bir aydır başlayan öksürük ve sol yan ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede oskültasyonda sol akciğer alt lateral bölgede solunum seslerinde azalma tespit edildi. Posteroanterior akciğer grafisinde, sol hemitoraks lateralinde loküle mayi tespit edildi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde, sol hemitoraks lateral duvarda akciğer parankimi dışında yer yer kalsifiye loküle mayi görüldü (Resim-1). Tüberkülin deri testi, balgam sitolojisi ve balgam kültürü negatif gelen olguya, sedim, CRP değerlerinde artma ve lökositoz gelişmesi üzerine enfeksiyonla ilgili tablo düşünülerek ampirik antibiyotik tedavisi Göğüs hastalıkları kliniğince başlanıldı. Klinik takiplerinde düzelme olmaması ve radyolojik görüntünün devam etmesi üzerine olguya genel anestezi altında video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) uygulandı. Operasyonda özellikle sol alt lateral bölgede ekstrapulmoner, plevral kaynaklı ve nodülasyonlar gösteren loküle kalsifiye yapılar görüldü. Loküle plevral efüzyon boşaltıldı ve parietal plevra ve nodüllerden çok sayıda biyopsi alındı Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen olgu 4. gün taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu kazeifikasyon nekrozu gösteren granülomatöz plevrit şeklinde raporlanan olguya tüberküloz plörezi tanısı konularak hasta verem savaş dispanserine yönlendirildi. İsoniasid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid ile 4'lü kür verilen olguda 2. ayın sonunda klinik olarak tedaviye olumlu yanıt alınınca etambutol ve pirazinamid kesilerek isoniasid ve rifampisin ile 4 ay daha tedavi sürdürüldü. Bu 6 aylık antitüberküloz tedavi ile klinik ve radyolojik olarak tam iyileşme gözlenen olgu 6 aylık takibin sonunda halen asemptomatiktir.

SONUÇ: Tüberküloz plörezi olgularının önemli sayılabilecek bir grubunda tüberküloz tanısında klasik olarak kullanılan birçok ilk basamak yöntemi yardımcı olamaya bilmektedir. Bu aşamada başvurulacak VATS yüksek oranda tanı konulmasını sağlamanın yanında palyatif tedavi uygulanması imkânı oluşturan güvenli, etkili ve minimal invaziv bir cerrahi prosedürdür.

Anahtar Kelimeler: VATS, ekstrapulmoner, plevra biyopsisi, tüberküloz

Resim-1



Hastanın posteroanterior akciğer grafisinde ve toraks bilgisayarlı tomografisinde, sol hemitoraks lateral duvarda,loküle içinde kalsifikasyonlar içeren plevral mayi ile intraoperatif görüntüsü yer almaktadır.

EP-365

HASTANEMİZDE 2014- 2018(HAZİRAN) YILLARINDA SAPTADIĞIMIZ MYCOBACTERİUM AVİUM-İNTRACELLULARE (MAC) VE MYCOBACTERİUM KANSASİİ KÖKENLERİNİN İN-VİTRO İLAÇ DUYARLILIKLARI

İsmail Ceyhan, Şeref Özkara, Güngör Dulgar, Müjgan Zuhal Güler, Resul Altınsoy, Sedat Vezir
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.

GİRİŞ: Dünya'da tüberküloz dışı mikobakteriler(TDM) klinik olgulardan daha fazla rapor edilmeye başlanmıştır. TDM'lerin çoğu doğada yaygın olarak bulunmaktadır. Bu nedenle izole edilen türlerin etken kabul edilebilmeleri klinik/semptomlar, konağa ve türe ait faktörler ve laboratuvar bulgularının birlikte değerlendirilmesiyle mümkün olmaktadır. *Mycbacterium avium-intracellulare* (MAC) ve *Mycobacterium kansasii* gibi bazı türler hemen herzaman patojen iken *M. gordanae* gibi diğer bazıları nadiren patojen olabilmektedir. Çalışmamızda laboratuvarda saptadığımız MAC ve *M. kansasii*'e ait ilaç duyarlılık test(İDT) sonuçları incelenmiştir.

Gereçler ve YÖNTEM: 2014-2018(Haziran)' yıllarında laboratuvarımızda üremiş olan MAC ve *M. kansasii* türlerininin ilaç duyarlılık sonuçları değerlendirilmiştir. Rutin örneklerin işlenmesi (NaOH-NALC) ve kültüre edilmesi sonucunda Lowenstain-Jensen ve/veya otomatize sıvı sistemde saptanan üremeler, önce tüberküloz yönünden kart testine (MPB64, Capilla TB-Neo), sonra tür belirleme amacıyla reverse-dotblot (GenoType Mycobacterium CM, Hain) işlemine alındı. Çalışma sonucunda saptanan MAC ve *M. kansasii*, mikrotüp dilüsyon yöntemiyle(Slowmycoi-Sensititre, TREK Diagnostic Systems) klaritromisin(CLA), rifabutin(RFB), etambutol(EMB), izoniazid(INH), moksifloksasin(MXF), rifampin(RIF), trimetoprim/sufametaksazol(SXT), amikasin(AMI), linezolid(LZD), siprofloksasin(CIP), streptomisin(STR), doksiklin(DOX) ve etionamid(ETH)'e karşı duyarlılıkları test edildi. Sonuçlar CLSI/M24-A2' uygun olarak değerlendirildi ve rapor edildi.

BULGULAR: Çalışmamızda toplam 296 adet yavaş üreyen TDM suşu saptandı. Bunların 78(%26.4)'i *M.avium*, 70(%23,6) *M.intracellulare* ve 10(%3.4)'u *M. kansasii* olduğu belirlendi. Duyarlılık sonuçları Tablo.1 de verilmiştir. CLSI, MAC için CLA birinci seçenek MXF ve LNZ ise ikinci seçenek, *M. kansasii* için CLA ve RIF birinci seçenek, AMI, CIP, EMB, LNZ, INH, MXF, RFB, SXT ve STR ikinci seçenek olarak tanımlamıştır. Çalışmada CLA, bu üç bakteri için çok yüksek oranda duyarlı bulunmuştur.

Sonuç ve TARTIŞMA: Saptanan MAC ve *M. kansasii* suşları hemen herzaman etken olarak değerlendirilmekte ve bu nedenle İDT çalışılmaktadır. CLA, sadece MAC ve *M. kansasii* için değil çoğu TDM için birinci seçenek ve azitromisin/roksitromisin için ise temsilci ilaç olarak kabul edilmektedir. EMB, RIF, RFB, STR ve AMI, MAC'a, INH ve STR ise *M. kansasii*'ye yönelik tedavide klinik yarar sağladığı bildirilmektedir. Ancak standart olarak kabul edilmiş minimal inhibisyon konsantrasyon(MİK) sınır değerleri bulunmadığı için duyarlılık rapor edilmemektedir. *M. kansasii*'nin de tedavisinde CLA önemli yer tutar ve RIF, EMB ve INH ile birlikte kısa veya aralıklı rejim olarak planlanmaktadır. Daha ileri çalışmalarda klinik ve laboratuvar sonuçlarının birlikte değerlendirilmesi sınır değerlerinin belirlenmesinde yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: {Mycbacterium avium-intracellulare} (MAC),{ Mycobacterium kansaii}, ilaç duyarlılık testleri(İDT), tüberküloz dışı mikobakteriler(TDM)

{Mycbacterium avium-intracellulare} (MAC), {Mycobacterium kansaii} için test edilen ilaçlara karşı duyarlı(orta duyarlılar dahil) kökenler ve duyarlılık oranları (CLSI, M24-A2)*

n:276**	CLA	RFB	EMB	MXF	RIF	SXT	AMI	LZD	CIP
{M.avium} n:78	77(%99)			52(%67)				57(%73)	
{M.intracellulare} n:70	70(%100)			44(%63)				56(%80)	
{M. kansaii} n:10	10(%100)	10(%100)	5(%50)	10(%100)	9(%90)	8(%80)	10(%100)	10(%100)	7(%70)

(*)CLSI:Clinical and Laboratory Standards Institute, Susceptibility Testing of Mycobacteria, Nocardia and Other Aerobic Actinomycetes, Approved Standard-Second Edition 2011. (**) İzole edilen toplam yavaş üreyen tüberküloz dışı mikobakteri CLA:klaritromisin, RFB:rifabutin, EMB:etambutol, MXF:moksifloksasin, RIF:rifampin, SXT:trimetoprim/sufametaksazol, AMI:amikasin, LZD:linezolid, CIP:siprofloksasin.

EP-366

LENFADENOPATİ VE DERİ TÜBERKÜLOZ

Beyhan Çakar
Ankara 7 nolu Verem Savaş Dispanseri

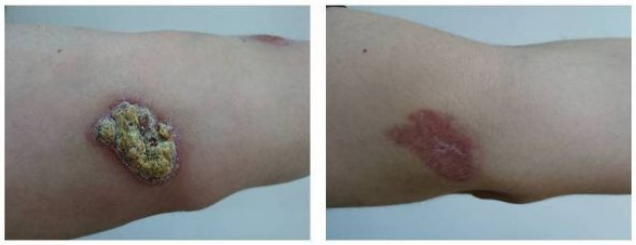
AMAÇ: Sol axiller lenfadenaopatisinde nekrotizan granulamatöz iltihap tanısı alan lenf bezinin tamamı alındığı için tüberküloz tedavisi önerilmeyen hastanın daha sonra sol dirsekte deri tüberkülozu tanısı alan olgumuzu sunduk.

OLGU: Olgumuz 43 yaşında bir doktor muayenehanesinde temizlik personeli olarak çalışan bayan. 1 ay önce sol kol fleksör yüzde şişlik oluşuyor. Bu kızarıyor akıntı oluşuyor. 2-3 cm zeminde eritem bulunan kalın krutlu plak tesbit ediliyor,BCG 2 skar, PPD si 22 mm, akciğer grafisi normal Buradan alınan biopside laghans tipi dev hücrelerden zengin granulom görülüyor.Yapılan PAS,ARB ve GMS de tüberküloz basiline raslanmıyor. Biopsi patoloji sonucu nekrotizan granulamatöz iltihap olan hastaya Lupus Vulgaris tanısı konuyor (Resim 1). Hastaya tüberküloz tedavisi başlanıyor(4 ay HRZE +2ay HR). Aile taramasında tüberküloz tesbit edilmiyor. Hastanın hikayesinde başka hastalık geçirip geçirmediği sorulunca hastanın 10 yıl önce sol axiller bölgede beze olduğu. Bunun cerrahi polikliniğinde tamamının alındığı, patoloji sonucu nekrotizan granulomatoz iltihap geldiği önemli bir şey olmadığı. Oranın tamamen temizlendiği ve tedaviye gerek olmadıgı söyleniyor. Hasta 10 yıl sonra Lupus Vulgaris tanısı alıyor.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Nekrotizan granulamatoz iltihap tanısı alan lenfadenopatili olgularda lenf bezinin tamamının alınmasının tüberküloz basilini yayılmasını engellemiyor. Bu olgularda mutlaka tüberküloz tedavisini başlanmasının önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Lenfadenopati, nekrotizan granulamatöz, deri tüberküloz

Resim 1



Lupus vulgaris'in tedavi öncesi ve tedavinin 6.ayındaki görüntüsü

EP-367

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE YATAN TÜBERKÜLOZLU HASTALARDA DAMGALANMANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Dost[1], Hülya Abalı[2], Seval Bayat[2], Gülcan Bal[2], Birsen Pınar Yıldız[2]
[1]İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tüberküloz, bilindiği gibi toplumsal ve sosyal bir hastalık olup, saptandığında kişiyi toplum ilişkilerinden geri plana iten bir sürece doğru yönlendirebilmektedir. Tüberküloz nedeniyle damgalanmanın, sosyal izolasyon, hastalığını gizleme, sağlık kuruluşlarına başvuruda gecikme, tanıda gecikme, aile içi ilişkilerde bozulma, iş kaybı gibi çok sayıda olumsuz sonuçları vardır. Bu çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatarak tedavi gören tüberkülozlu hastalarda damgalanmanın değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın örneklem grubunu Mart-Nisan 2018.tarihlerinde yatarak tedavi görev ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 70 tüberküloz tanısını alan hasta (n=70) oluşturmuştur.Çalışma verileri Kişisel Bilgi Formu ve 2010 yılında Sert tarafından geliştirilen "Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği" (THSÖ) kullanılarak toplanmıştır. Veriler sıklık, yüzde oranları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan tüberkülozlu hastaların yaş ortalaması 38,24±14,64 olup, %68,6'ının erkek, %47,1'inin evli, %28,6'sının ilkokul mezunu, %25,7'sinin işçi, %44,1'inin gelirinin giderinden az olduğu, %27,1'inin sosyal güvencesinin olmadığı, %78,6'sının başka bir hastalığının olmadığı, %31,4'ünün sigara kullandığı, %10'unun alkol kullandığı belirlenmiştir.Hastaların %78,6'sının yeni vaka olup, %12,9'u daha önce hastanede tüberkülozdan dolayı yatmış, %8,6'sının çok ilaca dirençli tüberküloz tanısının olduğu belirlenmiştir. Hastaların %17,1'inin ailesinde tüberküloz hastası olduğu, %91,4'ü ilaçlarını aksatmadan kullandığını belirtmiştir.Hastaların %37,1'i tüberküloz olduğunu herkese söyleyemeyeceğini ve %21,4'ü hastalığını kabullendiği ifade etmiştir.

Hastaların "içselleştirilmiş stigma" boyutundan aldıkları ortalama puanın 17,70±4,69, "kendini algılama" boyutundan aldıkları ortalama puanın 15,25±3,43, "hissedilen stigma" boyutundan aldıkları ortalama puanın 32,58±6,34, "aile/arkadaş ilişkileri" boyutundan aldıkları ortalama puanın 11,68±3,61 olduğu belirlenmiştir.En yüksek 132 puan alınabilen ölçekten, katılımcıların aldıkları ortalama puan 77,17±13,19 olarak bulunmuştur.Ölçekten alınan puan artıkça hastaların stigma düzeyi artmaktadır.

Akciğer tüberkülozlu hastalarda damgalamanın değerlendirilmesi amacı ile yapılan bu çalışmada; hastaların orta düzeyde damgalama yaşadığı belirlenmiştir.Toplumdaki sağlıklı bireyler tüberküloz hakkında doğru bir şekilde bilgilendirilmelidir ve sağlık profesyonelleri damgalanma riski olan tüberkülozlu hastalara danışmanlık vermelidir.Toplumda duyarlılık çalışmaları ve halk eğitimlerinin önemi üzerinde durulması gereklidir.Hastaların haklarını koruyacak toplumun önyargısını eritecek stratejik yolların belirlenmesi için basın ve yayın organlarının kullanılması etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: türberküloz, damgalanma, akciğer

EP-368

2017 YILINDA DİSPANSERİMİZDE TAKİP EDİLEN TÜBERKÜLOZ HASTALARININ VE TEMASLILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Beyhan Çakar
Ankara 7 nolu Verem Savaş Dispanseri

AMAÇ: 2017 yılında takip edilen hastaların yaş, cinsiyet, olgu tanımı, tüberkülozun tutulma yeri, balgam, tedavi sonuçları, temaslı taramasını değerlendirmek

YÖNTEM: Hastaların özellikleri hasta kayıt defteri ve dosyalar retrospektif olarak değerlendirildi

BULGULAR: Dispanserimizde 2017 yılında toplam dosyalı tüberküloz (TB) hasta sayımız 123, bunların 12 (%10)u yabancı uyruklu idi. 67 akciğerTB (%55),9 akciğer+akciğer dışı TB (%7), 47 akciğer dışı TB (%38) idi. Erkek/bayan hasta oranımız %50/50 (62 /61). Ortalama yaş 46.21 ± 21,45 (0-90). Dört hasta nüks, bir hasta tedaviyi terkten dönen, diğerleri yeni hasta. Akciğer ve akciğer +akciğer dışı TB balgam AARB(asido alkola rezinstan basil) sonuçları; 39 hastada yayma +/kültür+, 16 hastada yayma -/kültür+ 18 hastada yayma -/kültür-, 3 hastada yayma+ /kültür-. Bunların rezistans sonuçları; 3 H,1 HR,1 HRE ve PAS, 1 R, 1 HES, 1 HE (H;İsovit,R; Rifampisin E;Etambutol, S;Streptomisin, PAS;Para amino salisilik asit))direnci mevcudu. İki hastanın rezinstans sonuçları yoktu. Diğerleri tüm ilaçlara hassastı(45 olgu) Üç hastaya çok ilaca direnç (ÇİD), bir hastada ilaç alerjisi,1 hastaya tedavi başarısızlığı nedeniyle minör tedavi başlanmıştı. Bir hastada balgamda M.Avium ürediği için, bir hastamızda kültürde üreme olmadığından tüberküloz tedavisi kesildi. Temaslı tarama sayımız 396, hasta temaslılarına verilen koruma sayımız 176 (%44).Koruma tedavisi başlananların 26 sı 5 yaş altı(%15),133 ü 5-35 arası (%75), 17 tanesi 35 yaş üstü(%10) idi. Temaslı muayenelerinde 4 temaslıda TB tesbit edildi ve bunların indeks olguları yayma + akciğer TB hasta idi. Temaslıda TB tesbit edilenlerin yaşları 1, 13, 14 ve 83 idi. Yakınlıkları 1 torun, 1 baba, 2 çocukları idi. Bunların TB tipleri 1 olguda yayma -/+ akciğer TB, 2 olgu klinik ve radyolojik TB, 1 olgu hiler TB lenfadenopatisi tesbit edildi. Yabancı uyruklu hastaların 4 akciğer TB (ikisi ÇİD TB. Sekiz olgu akciğer dışı TB idi. Tedavi sonuçları 28 kür, 68 tedavi tamamlama, 2 TB değil, 6 nakil, 1 tedaviyi terk, 1 tedavi başarısızlığı, 8 vefat (iki hasta TB nedeniyle, üç hasta kalp ve dolaşım bozukluğu nedeniyle, bir hasta kanserden, iki hasta cinayet nedeniyle tedavi sırasında) 9 hastanın tedavisi devam ediyor.

SONUÇ: Bölgemizde Akciğer TB oranımız fazla, erkek/ kadın hasta oranımız eşit, yabancı uyruklu hastalarımız %10, hasta başına temaslı oranımız %3.2, ölüm oranımız %7 idi.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, temaslı muayenesi, tedavi sonuçları

EP-369

DİRENÇLİ TÜBERKÜLOZ MU YOKSA HASSAS MI HANGİSİNE GERİATRİK HASTALARIN YANITLARI DAHA İYİ?

Seda Tural Önür[1], Sinem İliaz[2], Figen Alkan[1], Mediha Gönenç Ortaköylü[1]
[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Dirençli ve hassas tüberküloz(Tbc) uzun tedavi süreleri ile hasta uyumunu ve tedavi sonuçlarını etkilemektedir. Globalleşen dünyada sağlık bakımı arttıkça ortalama yaşam süreleri uzamakta ve yaşlı popülasyon giderek artmaktadır. Tüm bu zorluklara rağmen dünya tbc ile mücadelesinde bu kadar yol kat etmişken acaba geriatrik popülasyon yeni hassas bir grup oluşturacak mı merakımızla çalışmamızı planlamış bulunmaktayız.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Hastanemiz tüberküloz ve MDR (multidrug rezistan) tüberküloz kliniğinde Ocak 2014-Aralık 2016 tarihleri arasında yatırılan ≥65 yaş olgular çalışmamıza dahil edildi. Mikrobiyolojik olarak tanı almış olan olgular retrospektif olarak dosyaları incelenip demografik ve laboratuar sonuçları incelendi; tedavi ve takip sonuçları bağlı bulundukları VSD ile kontrol edilerek kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmamıza kliniğimizce takip edilen 64 (%83,1)'i tüberküloz, 13 (%16,9)'u dirençli tüberküloz olgusu dahil edilmiştir. Çalışma popülasyonumuzun %75,3'i (n:58) erkek iken %24,7'si (n:19) bayan olarak bulundu. Hastalarımızın ortalama yaşı 75 ±7 yıl idi. Olgularımızın sadece %2,6'sı akciğer dışı tbc idi. Olguların %89,6 sı (n:69) yayma pozitif akciğer tbc, %2,6'ı (n:2) mediastinal tbc lenfadenit, %1,3 (n:1) miliyer tbc iken %6,5'ı (n:5) plevral tbc'dir. Ortalama takip süresi 810 ± 525 gün iken 8 hasta (%10,4) kayıp olarak saptanmıştır. Tedavi başarısı olarak %53,6 kür ile sonuçlanmıştır. Tedavi başarısızlığı 1 vaka (%1.3), tedavi terk ise 6 (%7,8)'dir. Takip sırasında 9 (%11,7) olgu hastane yatışı sırasında, 13 (%16,9) olgu ise ayaktan tedavi altındayken ex olmuştur. MDR ve hassas tbc vakaları karşılaştırıldığında ölüm oranlarında, kür ve tedavi başarısı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (sırasıyla p=0,898, p=0,549, p=0,488).

SONUÇ: MDR tbc olan geriatrik hastalarımızın takip sonuçlarına göre hassas tüberküloz olgularıyla tedavi yanıtları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

TARTIŞMA: Tüberküloz hastasının yönetimi ve takibi sorun iken dirençli tüberküloz olgularında bu sorun daha da artmaktadır. Geriatrik popülasyonda artış ile bu grup hastanın gözlenme sıklığı artmaktadır. Vücut kompozisyonları, öz bakım ve ek hastalıklarından ötürü kırılganlıkları artmaktadır. Çalışma grubumuzda MDR tbc olan geriatrik popülasyonun yönetiminde mortalite daha fazla saptanamamıştır fakat bu örneklem büyüklüğünün azlığından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Geniş ölçekli prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: MDR, Tüberküloz, geriatri

EP-370

MİLİYER TÜBERKÜLOZ VE HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİ BİRLİKTELİĞİ

Özge Göktürk[1], Fikret Kanat[1], Burcu Yormaz[1], Fatih Demir[2], Mecit Süerdem[1]
[1]Selçuk Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya
[2]Selçuk Üniversitesi,Patoloji Anabilim Dalı, Konya

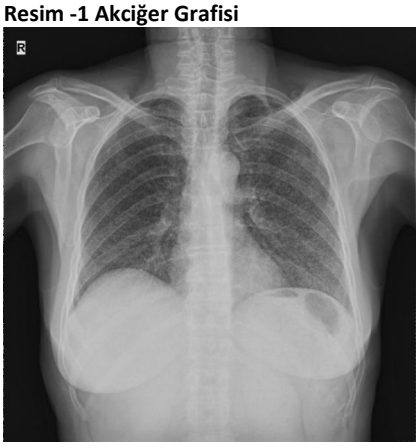
GİRİŞ: Miliyer tüberküloz semptomları akut ya da kronik olabilen, akciğer parankiminde yaygın mikro veya makro nodüllere neden olan bir hastalıktır. Hipersensitivite pnömonisi; organik toz partiküllerin veya çeşitli kimyasal maddelerin tekrarlayan inhalasyonları sonucu gelişen, IgE aracılı olmayan, interstisyel akciğer hastalığı şeklinde radyolojik görüntü yaratan bir hipersensitivite reaksiyonudur.

OLGU SUNUMU: 8 yaşında ev hanımı. Nefes darlığı, öksürük, iştahsızlık, yüksek ateş, gece terlemesi, kilo kaybı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde güvercin besleme öyküsü vardı. Soy geçmişinde bir özellik yoktu. Bilateral orta ve alt akciğer bölgelerinde ince raller oskülte edildi. Düz akciğer grafisinde; akut miliyer tüberküloz ile uyumlu bilateral miliyer mikronodüler infiltrasyon görüldü (Resim 1). Bilgisayarlı toraks tomografisinde; her iki akciğer parankiminde miliyer paternde milimetrik nodüller, en büyüğü 8 milimetre çapında subplevral ve parankimal nodüller ve bilateral buzlu cam dansitesi mevcuttu (Resim 2). Labaratuvar tetkiklerinde CRP 15,5 mg/dL, total IgE 206 IU/ml, prokalsitonin 0,361 ng/ml, WBC 8.0 K/uL değerlerindeydi. Fiberoptik bronkoskopide; her iki bronş ağacı subsegment seviyeye kadar açık, mukozası doğal izlendi ve endobronşiyal lezyon saptanmadı. Sağ alt lobtan transbronşiyal aspirasyon biyopsi ve bronş lavajı alındı. Histopatolojik tetkikte; hematoksilen eozin boyasında ortasında dev hücrelerin görüldüğü iki adet gevşek yapıda nonkazeöz granülom, genel alanlarda özellikle peribronşiyal bölgelerde, interstisyel alanları dolduran lenfositten zengin yoğun mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu görüldü (Resim 3). Güvercin besleme öyküsü, klinik, radyolojik özellikler ve histopatolojik görünüm miliyer tüberküloz ve hipersensitivite pnömonisi birlikteliği tanısı koydurdu. Kortikosteroid (0.5 mg/kg metilprednizolon) ve antitüberküloz tedavi başlandı. Bronş lavajı kültüründe mycobacterium kompleks üremesi gerçekleşti.

SONUÇ: Bu olgu sunumu, hastaları değerlendirmede detaylı anamnez alma ve meslek hikayesini sorgulamanın ne kadar önemli olacağını göstermesi ve çok nadir görülen iki hastalığın aynı anda oluşması yönleriyle değerli kabul edildi.

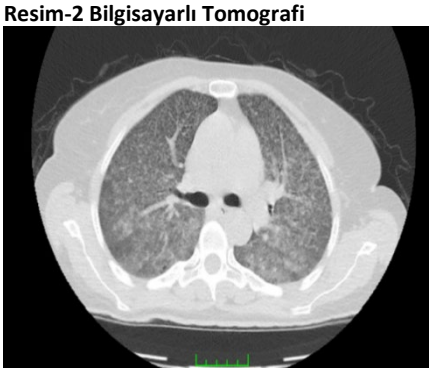
Anahtar Kelimeler: Miliyer tüberküloz, hipersensitivite pnömonisi, toraks bilgisayarlı tomografisi

Resim -1 Akciğer Grafisi



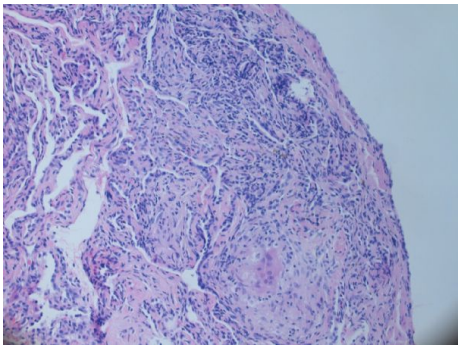
bilateral micronoduler infiltrasyon

Resim-2 Bilgisayarlı Tomografi



bilateral buzlu cam dansitesi ve infiltrasyon micronoduler

resim 3



Nonkazeöz granülom

EP-371

ORGANİZE PNÖMONİ İLE SEYREDEN TÜBERKÜLOZ VAKASI

Gökhan Çoraplı, Abdulvahap Göktürk, İbrahim Baran
Dicle üniversitesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Diyarbakır

Öksürük,balgam,hemoptizi şikayeti olan hasta polikliniğimize başvurdu.hastanın yapılan fizik muayenesinde bilateral ral mevcuttu.hastanın yapılan kan tetkiklerinde sedimantasyon:52 mm/saat, wbc:14.71 10e3/u l,hgb:10.6 g/dl, crp:7.27 mg/d l olarak görüldü.hastanın biyokimya değerlerinde anlamlı sonuç görülmedi.hasta kliniğimize yatış verildi.toraks bt si cekildi.hastanın toraks bt si değerlendirildiğinde sol ac de kaviter lezyon ile bilateral akciğerlerde buzlu cam ve konsolide alan mevcuttu.hastanın balgam arb sine bakıldı.balgam arb sonucu ++++(4 pozitif)olarak geldi. Hastaya kilosuna uygun tüberküloz tedavisi ve enfeksiyon hastalıkları görüşü alınarak tazosin antibiyotik başlandı.hastanın takiplerinde akciğer grafisinde ve enfeksiyon parametlerinde belirgin regresyon gözlenmedi.tekrar enfeksiyon hastalıkları göüşü alınarak mevcut antibiyotiğe mopem eklendi.mevcut tüberküloz ve antibiyotik tedavisine rağmen hastanın kliniğinde düzelme olmadı. Akciğer grafisindeki ınfıltrasyonlarda regresyon gözlenmedi. Tekrar yapılan değerlendirmelerinde hastanın tüberküloza ek olarak organize pnömoni düşünüldü.hastaya 8 gün uygulanmak üzere 40 mg prednol başlandı.hastanın balgam arb kültür sonuçları 4 lü tüberküloz ilaçına duyarlı şeklinde geldi.hastanın enfeksiyon parametlerinde gerileme ve akciğer grafisinde regresyon oldu.hastanın kliniğinde belirgin düzelme gözlendi.hasta oral steroid ve tüberküloz tedavisi düzenlenerek eksterne edildi.hastanın poliklinik kontrollerinde stabil olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: organize,pnömoni,tüberküloz

tedavi öncesi akciğer grafisi

tedavi sonrası akciğer grafisi

tedavi öncesi balgam kültürü

PARAMETRE ADI	BİRİM	NORMAL DEĞERLER	SONUÇ
Balgam (Tüberküloz Kültür)			üreme oldu

tedavi sonrası balgam kültürü

PARAMETRE ADI	BİRİM	NORMAL DEĞERLER	SONUÇ
Balgam (Tüberküloz Kültür)			ÜREME OLMADI

EP-372

TEKRARLAYAN PNÖMOTORAKSLA PREZENTE OLAN BİR PULMONER M. SZULGAİ OLGUSU

Merve Sarısoy, Yasemin Ateş, Zeki Kılıçaslan
istanbul Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Mycobacterium szulgai (M. szulgai), nadir olarak saptanan tüberküloz dışı mikobakteri enfeksiyonudur. Saptandığında yüzde yüze yakın oranda hastalık etkeni olarak kabul edilir. M. szulgai'ye bağlı pulmoner enfeksiyon, aktif akciğer tüberkülozu ile klinik ve radyolojik olarak benzerdir. Diğer tüberküloz dışı mikobakterilerin aksine, M. szulgai enfeksiyonu, kombine antimikobakteriyal tedaviye iyi cevap vermektedir. Burada tekrarlayan pnömotoraksla prezente olan bir pulmoner M. szulgai olgusu sunuldu.

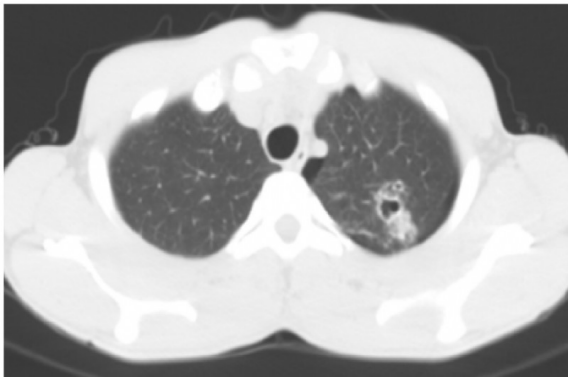
OLGU: Yirmi bir yaşında erkek hasta 1 yıl önce sol yan ağrısı ile acil polikliniğine başvurmuş. Hemogram ve biyokimya testlerinde anormal bulgu saptanmamış. Fizik muayenesinde sol akciğerde solunum seslerinin azaldığı görülmüş. Akciğer bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğerde pnömotoraks saptanması üzerine tüp torakostomi uygulanmış (resim 1). Pnömotoraksı gerileyen hasta taburcu edilmiş. 9 ay sonra tekrar sol yan ağrısı öksürük ve balgam şikayetiyle ile başvuran hastanın toraks BT'sinde solda pnömotoraks, üst lob apikal bölgede kaviter ve nodüler imaj etrafında infiltrasyon izlenmiş (resim 2). Balgamda aside dirençli basil pozitif saptanması üzerine anti tüberküloz tedavisi başlanmış (INH-ETB-PZA-RIF) ve pnömotoraksı oksijen desteğiyle takip edilmiş. Tedavi öncesi alınan üç balgam kültürünün iki tanesinde M.szulgai ürediği bildirilmesi üzerine hasta kliniğimize yönlendirildi. Hastanın öyküsünde 6p/yıl sigara kullanımı vardı ve evde akvaryumunun olduğu, temizliğini kendisinin yaptığı öğrenildi. Dörtlü anti tüberküloz tedavi kesilerek M.szulgai'ye yönelik tedavi başlandı. Hasta tarafımızca takip edilmektedir.

SONUÇ: M.szulgai sıklıkla tipik akciğer tüberkülozu semptomlarıyla karşımıza çıkmakla birlikte olgumuzda olduğu gibi pnömotoraks ile de prezente olabilir.

Anahtar Kelimeler: m.szulgai, pnömotoraks, tüberküloz

Resim 1

Resim 2



EP-373

SİLİKOTÜBERKÜLOZİS OLGUSU

Fatih Alper Uğuz, Fulsen Bozkuş, Ahmet Beyaz, Nurhan Atilla, Hasan Kahraman, Muhammet Şahin
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi,Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,Kahramanmaraş

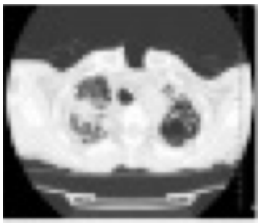
GİRİŞ: Silikozis, yer kabuğunun yapısında yaygın olarak bulunan silika kristallerinin inhalasyonu ile oluşan bir pnömokonyozdur. Silikozis ve tüberküloz ilişkisi ise uzun yıllardır bilinmektedir. Burada kliniğimizde yatan tüberküloz ile komplike olmuş silikozis olgusu sunulmaktadır.

OLGU: KOAH ve silikozis tanıları ile takipli olan 54 yaşında erkek hasta, acil servise ateş, öksürük ve solunum sıkıntısı şikayetleri ile başvurdu.Özgeçmişinde 25 yıl madencilik yaptığı ve 30 paket yıl sigara öyküsü vardı. Geçirilmiş akciğer tüberkülozu ve tüberküloz teması tanımlamıyordu. Acil serviste yapılan muayenesinde genel durumu orta, bilinç açık oryante ve koopere idi.Solunum sistemi muayenesinde bilateral kaba raller mevcuttu. Vital bulguları stabil idi. Yapılan rutin biyokimyasal tetkikleri normal, hemogramda lökosit: 11790 /mm3 Hb: 11,7 g/dL, trombosit: 491.000/µL, ve CRP: 198 mg/L bulundu. Kan gazında ph:7.33 pCO2:50.6 mmHg pO2:48 mmHg sO2:%82.9 idi. Çekilen akciğer grafisinde solda belirgin volüm kaybı, bilateral yaygın dağınık opasite artışları izlendi.(RESİM 1) Çekilen toraks tomografisinde,akciğer parankiminde üst loblar ve alt lobların süperior segmentlerinde solda daha belirgin olmak üzere yaygın fibrotik dansite artımları, traksiyon bronşektazileri, paraseptal amfizem bülleri izlendi.Hastaya yatış verildi ve antibiyotik tedavisi düzenlendi. Hastanın belirgin kilo kaybı, halsizlik ve iştahsızlık şikayetlerinin olması üzerine hastadan balgam örneği yollandı.Balgam yayma ve kültüründe mycobacterium tuberculosis üredi. Klinik, radyolojik ve meslek hikayesi ile silikotüberküloz tanısı konuldu.Hastaya izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamidden oluşan 4'lü antitüberkuloz tedavi başlandı. Antitüberküloz tedavinin 2. ayının sonunda alınan balgam ARB'si menfi gelmiş olup tedavinin 9 aya tamamlanması planlanarak hasta taburcu edildi. Silikotüberküloz tanısı büyük oranda şüpheye dayanır. Silika maruziyeti, uyuyan basillerin yeniden çoğalmasına neden olur. Bu olgularda balgamda ARB aranması oldukça önemlidir. Silikotik nodüller içinde yer alan kavitelere ilaçların ulaşmasının zor olması ve fibrotik skarların kavitelerin kapanmasını önlemesi nedeniyle antitüberküloz tedavinin minumum 9 ay olması gerekmektedir. Silikozis ile birlikte akciğer tüberkulozun sık birliktelik göstermesi nedeni ile bu olguların mutlaka tüberküloz yönünden tetkik edilmesi gerektiğini vurgulamak için olgumuzu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Silikozis, tüberküloz, silika.

Resim 1

Resim 2



EP-374

TROMBOSİTOPENİ ETYOLOJİSİ ARAŞTIRILIRKEN KEMİK İLİĞİ BİYOPSİSİ İLE TANI KONULAN BİR MİLİYER TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Esma Yılmaz, Bahar Kurt, Kerem Ensarioğlu
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

GİRİŞ: Miliyer tüberküloz (Tb) Mycobacterium tuberculosis'in hematojen yayılımından kaynaklanan klinik hastalığı işaret eder. İlerleyici primer enfeksiyonun bir sonucu olarak veya latent bir odağın reaktivasyonu sonucu ortaya çıkabilir.Burada trombositopeni nedeniyle kemik iliği biyopsisi yapılan bir hastada saptanan miliyer tb sunuldu.

VAKA: 80 yaşında kadın hasta ek hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan; gençken şüpheli tb öyküsü nedeniyle iki ay hastanede takip edilen ve o dönem ilaçlarını düzenli kullanmayan, taburculuğunda da hiç ilaç kullanmamış ve kontrole gitmemiş olan hastamız yaklaşık 2 aydır ateş, iştahsızlık ve halsizlik şikayetleri mevcut. Bir kez burun kanaması olmuş ve tam kanda trombositopenisi (96 bin / mikroL), sedimantasyon hızı 51 mm/saat dışında patoloji izlenmedi. Son 2-3 ayda 11 kilo kaybı mevcut. Batın USG'de karaciğerde steatoz, safra kesesinde taş ve çamur, sol böbrekte kortikal kist dışında patoloji saptanmadı. Endoskopide eritematöz pangastrit, duodenal polip, biyopsi sonucu helicobacter pylori lehine geldi.Lenf nodu USG lerinde; Sağ aksiller yağlı hilusu seçilebilen reaktif görünümlü lenf nodları, farklı bölgelerde de birkaç adet, hilusu seçilemeyen lenf nodları izlendi.

Hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı. İlik dokusunda her üç seriye ait hematopoezin mevcut olduğu ve paratrabeküller yer yer intertrabeküler lokalize merkezlerinde kazeifikasyon nekrozu bulunduran Langhans tipi dev hücreler ile karakterize granülom formasyonları izlendi.Tb ön tanısı ile çekilen Toraks BT'de mediastinal sağ alt paratrakeal 11 mm kısa çapa ulaşan multipl lenf nodları her iki hilusta büyüğü sağda 13 mm çaplı birkaç adet lenf nodu sağ hemitoraskta plevral efüzyon her iki akciğer parankimde miliyer tarzda yaygın nodüler dansite artımı ve mozaik perfüzyon paterni izlendi. Sağ akciğer üst lob posterior segmentte tomurcuklu dal şeklinde dansite artım alanı mevcuttu. Kraniyal BT de tutulum saptanmadı. Gözdibinde Koroid tüberkül saptanmadı Interferon gama salınım testi pozitifdi.

Hastanın BT'de miliyer görünümü olması ve kemik iliği biyopsisi kazeifiye granülom gelmesi üzerine, miliyer tb nedeniyle dörtlü antitüberküloz tedavi başlandı.

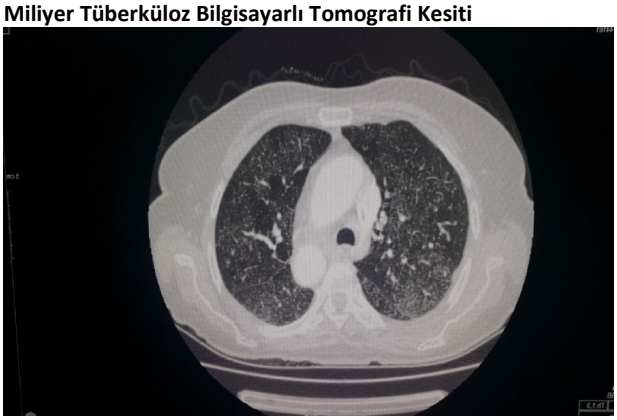
SONUÇ: Miliyer tb, nonspesifik semptomlarla ve hematolojik bozukluklarla karşımıza çıkabilmektedir. Hücresel immunitenin henüz olgunlaşmadığı çocukluk çağında ve göreceli olarak azaldığı yaşlılarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir. Multisistemik tutulum yapabileceğinden özellikle fundoskopik muayene, nörolojik görüntüleme ile tutulum olup olmadığı netleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Biyopsi, ilik, kemik, miliyer, Trombositopeni, Tüberküloz

Miliyer Tüberküloz Başvuru Posteroanterior Akciğer Grafisi

Hastanın başvuru anında çekilen posteroanterior akciğer grafisi

Miliyer Tüberküloz Bilgisayarlı Tomografi Kesiti



Biyopsi sonucu kazifiye granülom görülünce istenilen tomografi görüntüsü

EP-375

DİSSEMİNE TÜBERKÜLOZ 5 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve Karaman Kocabıyık, Aylin Babalık, Fatma Kutluhan, Erdal Tatlıdil, Tülin Kuyucu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

MATERYAL VE METOD: Dissemine tüberküloz saptanan beş olgumuz yaş, cinsiyet, uyruk, mikrobiyolojik, ilaç duyarlılık testi, radyolojik ve akciğer dışı yayılım bulguları ile beraber değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Olgu 1: 26 yaşında Özbekistan uyruklu kadın hasta öksürük, ateş, göğüs ağrısı, sol kalça ağrısı şikayetleri ile plevral efüzyon olarak tetkik edilmiştir. Eksüdatif vasıfta, lenfosit hakimiyetli plevral efüzyon tedavisi için nonspesifik antibiyotik verilmiş.7 ay sonra şikayetleri artmış.Toraks BT'de miliyer lezyonlar saptandı. Balgam yayma ve bronş lavaj ARB'si negatif, Moleküler hızlı direnç testinde M.tuberculosis komplex, rifampisin duyarlı saptandı.Koksikofemoral MR'da tb sakroileiti (enfeksiyöz artrit) ile uyumluydu. Miliyer tb + sakroileit tb ile uyumlu lezyonlarla dissemine tb olarak tedavisi planlandı.

Olgu 2: 19 yaşında Nijeryalı erkek hasta sağ skrotumda ve kasıkta şişlik şikayeti ile başvurmuş.Skrotal abse'den kazeöz nitelikli drenajın moleküler hızlı direnç testinde M.tuberculosis saptandı. Akciğer grafisinde sağ üst zonda hava bronkogramları içeren konsalidasyon mevcuttu. Beyin MR'da sağ lateral ventrikül komşuluğunda tüberkülom nodülü mevcuttu.Torakalomber MR'da Pott hastalığı ile uyumlu bulgular saptandı.Genitoüriner tb bulguları + akc tb bulguları + MSS tutulumu + Pott hastalığı bulgularıyla dissemine tb olarak değerlendirilen hastanın tb tedavisi planlandı.

Olgu 3: 32 yaşında erkek TC uyruklu hasta öksürük,balgam, yüzde ve bacakta uyuşma şikayeti ile başvurdu. Akciğer grafisinde bilateral üst zonlarda infiltrasyon, balgam yayma ARB pozitif saptandı. Çekilen beyin MR'da sağ parasagittal bölgede 20x19 mm boyutunda nodüler lezyon tüberkülomla uyumlu olarak değerlendirildi. Koksofemoral MR'da sağ septik sakroileiti saptandı. Hızlı direnç testinde M.tuberculosis, rifampisin duyarlı saptandı. Akciğer tb + MSS tb + Sakroileit tb ile uyumlu lezyonlarla dissemine tüberküloz tedavisi başlandı.

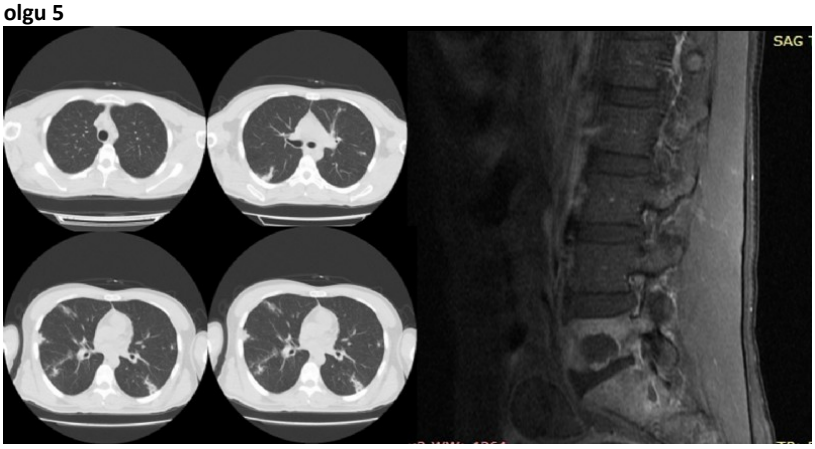
Olgu 4: 27 yaşında Rus uyruklu kadın hasta, öksürük, kilo kaybı şikayetleri bulunmaktadır. Akciğer grafisinde miliyer tutulum, Beyin MR anjiografisinde tüberküloz vaskülit ile uyumlu lezyonlar, göz dibi bakısında yaygın koroidit saptanmıştır. FOB lavajında PCR pozitifliği ve INH, RIF direnci saptanması ile ÇİD TB tedavisi planlandı.

Olgu 5: 39 yaşında Tacikistan uyruklu erkek hasta bel ağrısı bulunmaktadır. İdrar ARB'si pozitif, idrar PCR pozitif, rifampisin direnci saptandı. Akciğer grafisinde bilateral lezyonlar ve lomber MR'da Pott ile uyumlu lezyonları mevcut. Genito-üriner sistem tb + miliyer tb + Pott hastalığı ön tanılarıyla ÇİD TB tedavisi planlandı.

SONUÇ: Dissemine tb olgularının günümüzde görülmemesi için erken teşhis ve erken tedavi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: dissemine, miliyer, tüberküloz, pott

olgu 5



Olgu 5 toraks BT ve lomber MR'ı

EP-376

ESKİ BİR DÜŞMAN: SOL ANA BRONŞ SENDROMU

Emine Özsarı[1], Zeliha Coşkun[2], Osman Yakşi[3]
[1]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Bolu
[2]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı,Bolu
[3]Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı,Bolu

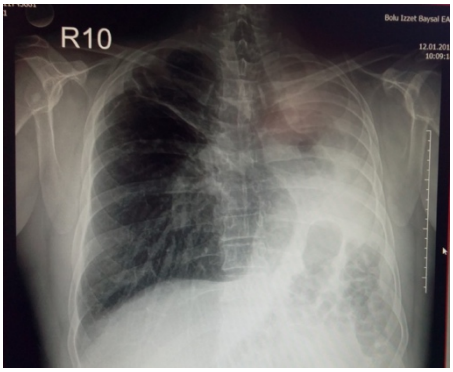
GİRİŞ; Tüberküloz sonrası tek taraflı total akciğer harabiyeti, genellikle geri dönüşümsüz ciddi bir komplikasyondur. Tedavi için çok güçlü ilaç rejimlerinin bulunmasına rağmen tek taraflı akciğer harabiyeti gelişebilmektedir. Sol ana bronş sendromu veya post pnömonektomi benzeri sendrom olarak da adlandırılan bu durum oldukça nadir görülmektedir.

OLGU; 47 yaşında, geçirilmiş AC TB ve KOAH tanıları bulunan erkek hasta maluliyet derecesinin belirlenmesi amacıyla polikliniğimize başvurdu. Düzensiz kullandığı inhaler tedavi öyküsü bulunan ve efor dispnesi,öksürük,balgam tarifleyen hastamızda yeni gelişen ek semptom yoktu. Herhangi bir cerrahi girişim öyküsü bulunmayan hastanın PAAG ve toraks BTde sol akciğerde total atelektazi, kompansatris sağ ac hipertrofisi, mediastinal yer değiştirme mevcuttu. SFTde obstruktif patern izlenen hastanın hipoksemisi yoktu. 13 yıl önce AC TB geçirdiğini ifade eden hasta dış merkezde takipli olduğundan balgam ARB, EKO, FOB vb ileri tetkiklerini yaptırmak istemedi.

SONUÇ; Tüberküloz yoluyla pulmoner yıkım, özellikle tüm bir akciğerin tamamen tahrip olması oldukça nadir bir durumdur. Cerrahi öyküsü olmayan,TB tanısı geç konulan,tedaviye uyumsuz hastalarda daha sık görülebilmektedir.Bu hastalarda enfeksiyonun genellikle inaktif olabilmesine rağmen radyolojik ve mikrobiyolojik takip önemlidir.

Anahtar Kelimeler: post pnömonektomi sendromu, sol ana bronş sendromu, tüberküloz

resim 1



PAAG

resim 2

Toraks bt

EP-377

TÜBERKÜLOZA SEKONDER TRAKEOÖZEFAGEAL FİSTÜL OLGUSU

Mutlu Onur Güçsav[1], Mine Gayaf[1], Nimet Aksel[1], Kenan Can Ceylan[2], Onur Kahraman[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi; Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi; Göğüs cerrahisi Kliniği

Trakeaözofageal fistül; trakea ile özefagus arasında patolojik bir bağlantı olmasıdır. Trakeoözefageal fistül konjenital ve edinsel olarak görülebilmektedir. Edinsel en sık sebep malignitelerdir. Günümüzde tüberkülozla mücadele programları sayesinde tüberküloz nedenli trakeoözefageal fistül nadir olarak görülmektedir. 78 yaşında erkek hasta nefes darlığı, sıvı alımı sonrası öksürük ve balgam şikayeti ile başvurdu. Özefagus malignitesi açısından tetkik edilen hastada trakeoözefageal fistül izlendi. Endoskopik biyopsi sonucu granülamatöz reaksiyon olan; balgamda *mycobacterium tuberculosis* üremesi olan hastaya tüberküloz nedenli trakeoözefageal fistül tanısı konuldu. Nazogastrik sonda takıldı, trakeal Y stent yerleştirildi. Anti-tüberküloz tedavi başlandı. Perkütan endoskopik gastrostomi planlandı. Operasyon öncesi hazırlıkları yapılan hasta anti-tüberküloz tedavisi ile PEG açılması amacıyla taburcu edildi. Trakeaözefageal fistül tekrarlayan aspirasyonlar nedeniyle aspirasyon pnömonisi, mediastinit ve sepsine neden olabilmekte bu nedenle de ciddi mortalite ve morbidite nedeni olmaktadır. Trakeaözefageal fistül tanısı konulduğunda vakit kaybetmeden tedavi edilmelidir. Cerrahi tedavinin riskleri ve zorluğu nedeniyle endoskopik ve bronkoskopik stent tedavileri en sık kullanılan yöntemlerdir. Primer nedenin tedavisi de bu tedavilere vakit kaybetmeden eklenmelidir. Biz bu makalede nadir görülen tüberküloz nedenli trakeoözefageal fistül hastamızı sunmayı; trakeoözefageal fistülün girişimsel tedavisi öncesinde tüberkülozun bir neden olabileceğinin düşünülmesi ve işlem öncesinde gerekli önlemlerin alınmasını önemli olduğunu aktarmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: aspirasyon pnömonisi, trakeoözefageal fistül, tüberküloz, trakeal Y stent,

Sol ana bronş girişi posterior duvarda TÖF

Toraks BT: Sol ana bronş girişi posterior duvarda TÖF

EP-378

PLEVRAL SIVIDA ARB POZİTİF OLAN TUBERKULOZ PLÖREZİLİ HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

Olga Akkan, Aylin Özalp, Merve Örün Zengin, Tülin Kuyucu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Eksudatif plevral sıvıların en sık sebeplerinden biri halen tüberküloz plörezidir (TP). Tüberküloz tanılı hastaların yaklaşık %30 unda tüberküloz plörezi de eşlik etmektedir. TP'de plevral aralıkta az miktarda basil bulunması nedeniyle mikrobiyolojik tanısı güçtür. Bu çalışma, tanıya yol göstermesi amacıyla ARB teksif ve kültür pozitif TP hastalarının klinik, radyolojik, mikrobiyolojik ve biyokimyasal özelliklerini tanımlamak için yapılmıştır.

METOD: Haziran 2016- Haziran 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde plevral sıvıda ARB teksif ve kültür pozitifliği olan 17 hastanın demografik özellikleri, semptomları, semptom süreleri, radyolojik özellikleri, plevral sıvı biyokimyası, ek tanı yöntemleri ve hepatit ve HIV serolojileri incelendi.

BULGULAR: 17 hastanın 13'ü erkek (%76), 4'ü kadın (%24) olup; TP'nin en sık görülen yaş aralığı 8 hasta (%47) ile 60 yaş ve üzeri yaş grubunda idi. En sık görülen 4 semptom sırasıyla; nefes darlığı (n=9), göğüs ağrısı (n=8), ateş (n=8) ve öksürük (n=8) idi. Sekiz hastanın(%47) tanıya kadar geçen semptom süresinin 1 hafta-1 ay aralığında olduğu görüldü. Altı hastanın(%35) semptom süresi 1 aydan uzundu. Bir hastada bilateral plevral sıvı saptanmış olup; kalan hastaların %50'sinde sağ plevral efüzyon saptandı. Dört hastada (%24) masif plevral sıvı saptandı. Akciğer grafisinde dokuz hastada (%53) yalnızca plevral sıvı düşündüren homojen gölge koyuluğunda artış saptandı. Hastalarda PA akciğer grafisi ve Toraks BT ile kavite saptanmadı. Hastaların 15'i Toraks BT ile değerlendirildi. Üç hastada (%20) akciğer grafisinde lezyon görülmezken; Toraks BT de parankim tutulumu izlendi. Plevral sıvı biyokimyasında ortalama LDH:872U/L, albumin: 2.7g/dl, glukoz:74mg/dl, total protein:5.1 g/dl, ADA:37U/L saptandı. Hücre sayımında ortalama %70 lenfosit izlendi. 5 hastaya FOB uygulandı; bu hastaların 2'sinde bronş lavaj kültüründe üreme oldu. Beş hastada (%29) VATS biyopsi ile TP tanısı doğrulandı.

SONUÇ: Plevral sıvıda ARB teksif ve kültürle pozitif bulunan TP hastalarında yaş aralığının 60 yaş üzeri olması, masif plevral sıvı görülmesi ve PA grafi ve Toraks BT ile kavite görülmemesinin anlamlı olabileceği, tartışılması gerektiği ve TP ön tanılı hastaların Toraks BT ile değerlendirilmesinin daha uygun olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: arb, plevral sıvı, tüberküloz

Tablo 1.

Tablo 1. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı		
Yaş grupları	**Sayı (n=17)**	**%**
15-19	1	6
20-29	2	12
30-39	3	18
40-49	1	6
50-59	2	12
>60	8	46

Olguların yaş gruplarına göre dağılımı

tablo 2.

Tablo 2. PA akciğer grafisi bulguları		
	Sayı (n=17)	%
Yalnızca sıvı	9	52
Sıvı + kavite	0	0
Sıvı + parankimal infiltrasyon	8	48
Sıvı Miktarı		
Az	6	36
Orta	7	41
Masif	4	23
Sıvı		
Tek taraflı		
sağ	8	48
sol	8	48
İki taraflı	1	4

PA akciğer grafi bulguları

EP-379

MEDİASTİNAL KİTLEYİ TAKLİT EDEN TÜBERKÜLOZ VAKASI

Serkan Uysal[1], Emrah Çağlar[2], Figen Atalay[3]
[1]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği
[2]Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak
[3]Medicana International Ankara Göğüs Hastalıkları

GİRİŞ: Tüberküloz, kronik granulomatöz enfeksiyona neden olmakta ve ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak önemini korumaktadır. Ekstrapulmoner yerleşimli tüberküloz vakaları ise tanı konulmasında zorluk yaşanılan olgulardır. Toraks bilgisayarlı tomografisinde mediastinal kitle görünümü saptanan, patolojisi Tüberküloz ile uyumlu çıkan hastayı nadir görülmesi nedeniyle tartışmayı amaçladık.

OLGU: 64 yaşında kadın hasta nefes darlığı şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmuş. PA akciğer grafisinde paratrakeal bölgede kitle görüntüsü olması üzerine kontrastlı Toraks BT tetkiki uygulanmış. Toraks BT'de malignite lehine değerlendirilen hastanın PET-BT'sinde yüksek FDG tutulumu saptanması üzerine hastaya 2 kez EBUS (endobronşial ultrasonografi uygulanmış). İşlem sonucu non-diagnostik gelmesi üzerine balgam ARB'leri de negatif olan hastaya tarafımızca mediastinoskopi uygulandı. Mediastinoskopi sonucu "kazeöz granulomatöz hastalık" ile uyumlu olması üzerine tüberküloz tedavisi başlandı (2016 Temmuz). 9 aylık tedavi sonucunda lezyonun gerilediği görüldü. 2 yıl sonraki tetkiklerinde lezyonun tamamen regrese olduğu ve hastanın kliniğinin iyi olduğu, şikayetinin olmadığı görüldü.

SONUÇ: Tüberkülozun toplumda sık görüldüğü unutulmamalı ve malign olduğu düşünülen mediastinal kitlelerde ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır. Tüberküloz lenfadenit PET-BT incelemesinde artmış FDG tutulumu yapabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz lenfadenit, Mediastinal kitle, Mediastinoskopi

EP-380

OLGU SERİSİ: 2017 VE 2018 YILI İÇİNDE TESBİT EDİLEN TÜBERKÜLOZ DIŞI MİKOBAKTERİ İNFEKSİYONU OLGULARI

Fatma Erboy[1], Füsun Cömert[2], Bülent Altınsoy[1], Susamber Dik Altıntaş[1], Müge Meltem Tor[1]
[1]Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak
[2]Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

Tüberküloz dışı mikobakteri türleri sularla ve çevresel koşullarla yayılan, sıklıkla da akciğerde olmak üzere insanda infeksiyon nedeni olan mikroorganizmalardır. Klinik ve radyolojik bulgular ve mikrobiyolojik inceleme ile tanı koyulmaktadır. Bu çalışmada 2017 yılı başından başlayarak günümüze kadar hastanemizde tesbit edilen nontüberküloz mikobakteri üremeleri ve bu olguların analizini yapmayı amaçladık. 01.01.2017 tarihinden bu yana hastanemiz mikrobiyoloji laboratuarına ARB ve tüberküloz kültürü çalışılmak üzere toplam 2529 örnek teslim edilmiştir. Bu örnekler içinde 8 hastaya ait (toplam 14 örnekte) tüberküloz dışı mikobakteri üremesi tesbit edilmiş, Halk Sağlığı Ulusal Laboratuara gönderilerek tip tayini yapılmıştır. Hastalar 27 yaş ile 77 yaş arası değişen yaşlarda olup çoğunluğu ileri yaştadır. 1 hasta kadın, 7 hasta erkek cinsiyettedir. Üreme görülen 8 hastadan 2'sinde plevral sıvıda, 1'inde balgamda, 5'inde ise bronş lavajından örnekleme yapılmıştır. 8 hastadann sadece 1 hastada ARB pozitif saptanmış, diğer hastalarda ARB negatif bulunmuştur. Bu hastalardan 2'sine merkezimizde tedavi verilmiş, 1'ine ulaşılamamış, 5'i Ankara ve İstanbul'a tüberküloz kliniklerine yönlendirilmiştir. Olgu sayısı az olmakla birlikte bölgemizde en çok izlenen suşun M.gordone olduğu dikkati çekmiştir. Klinik ve radyolojik bulgular kadar bakteriyolojik inceleme de tüberküloz dışı mikobakteri infeksiyonlarında önemlidir. Antimikrobiyal tedaviye yeterli yanıt alınamayan, klinik ve radyolojik bulgularla mikobakteri infeksiyonu olasılığı düşünülen hastalarda bakteriyolojik inceleme için örnekleme yapılmalı, sonuca göre gerekirse uygun tedavi verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz dışı mikobakteri, balgam, plevral sıvı, bronş lavajı, ARB

Resim 1

Hasta No	Yaş	Cinsiyet	Alınan örnek	ARB	Kültürde üreyen
1	27	E	Plevral Sıvı	Negatif	M. gordone
2	57	E	Bronş Lavajı	Negatif	M. kansasii
3	59	K	Bronş Lavajı	Pozitif	M.avium, M.abscessus
4	60	E	Bronş Lavajı	Negatif	M. Lentiflavum
5	70	E	Bronş Lavajı	Negatif	M. gordone
6	73	E	Balgam	Negatif	M. Lentiflavum
7	74	E	Plevral Sıvı	Negatif	M. gordone
8	77	E	Bronş Lavajı	Negatif	M. gordone

Olgu özellikleri

EP-381

TÜTÜNLE MÜCADELEDE YARATICI BİR UYGULAMA: BAĞIM-SIZ KAMPÜS PROJESİ

Fisun Sözen[1], Erman Demir[2], Zeliha Eser[3]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Başkent Üniversitesi Teknoloji Transfer Ofisi
[3]Başkent üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

GİRİŞ:Tütün ve tütün mamulleri (TTM) ile mücadele açısından eğitim kurumlarının önemi büyüktür. Tütün kontrolüne yönelik düzenlemelere rağmen gençlerin sigara içme ya da başlama oranları üniversite yaşamına geçtiklerinde artış göstermektedir. Kampüs yaşamında ve arkadaş çevresindeki olumlu ve olumsuz etkileşimleri tüm yaşamlarına taşıyacakları alışkanlıklara dönüşebilmektedir. Ülkemizde 7 milyondan fazla gencin yaşadığı kampüslerde TTM alışkanlığını değiştirecek uygulamaların başlaması akran etkileşimini olumlu etkileyeceği düşüncesi ile 2011 yılında YÖK tarafından dumansız kampüs hedefi çerçevesinde birçok üniversitede çalışmalar başlatılmıştır. Çalışmamız bir vakıf üniversitesi kampüsünde yenilikçi ve geniş paydaş katılımını sağlayarak TTM ile mücadelede yeni stratejiler oluşturmayı amaçlamıştır

GEREÇLER VE YÖNTEM: Üniversite öğrencilerinin TTM konusundaki bakış açılarını belirlemek,yenilikçi yöntemler ile öğrencilere ulaşmak, kampüs açık alanlarındaki yasakları farklılaştırmak ve farkındalık çalışmalarına temel oluşturmak için girşimcilik alanında yaygın kullanılan "fikir kampı" yöntemi uygulanmıştır. Bağım-sız Kampüs Fikir Kampı 6 Nisan 2018 tarihinde üniversite kampüsünde tüm gün gerçekleştirilmiştir. Kampa 9 Fakülte ve 3 Yüksekokuldan toplam 46 öğrenci, 11 akademisyen ve 4 idari personel katılmıştır. Öğrencilerin dağılımı 23 sigara içen ve 23 içmeyen, 28 kadın,18 erkek şeklindedir.

SONUÇ: Katılımcı öğrenciler tarafından baskı kurmayan, sigaranın zararları yerine sağlıklı bir yaşamın avantajlarına odaklanan, yeni medya ve özellikle video içerikleri kullanan, akran etkileşimini öne çıkaran, rol modeli figürlerin kısa sloganlar ile katkı yaptığı yenilikçi stratejilerin oluşturulmasına yönelik fikirler ortaya konulmuştur. Ortaya konulan bu fikirler jüri tarafından değerlendirilerek 5 ana strateji altında toplanmıştır.Bunlar;

1. TTM ile mücadelede özgün bir bakış açısı ifade eden bağımsızlık vurgusunu kullanmak ve gençlere özgür,ayakları yere basan bir birey olarak hitap etmek.
2. Sağlıklı olmak ve iyilik haline ilişkin olumlu mesajların yer aldığı kampanya ve etkinlikler yapmak, öğrencilere ve çalışanlara sağlıklı alışkanlıklar kazandırarak dolaylı yoldan sigaradan uzaklaşmalarını sağlamak
3. Yeni medyanın sunduğu olanakları etkin olarak kullanmak ve gençlerin tercihlerine uygun bir proje geliştirmek,
4. Dış ve iç paydaşların katıldığı etkileşimli çalışmalar ve akran desteğini öne çıkaran taktikler ile TTM ile mücadele Akran Danışmanlığı sistemini oluşturmak ve grup olarak bırakmayı teşvik etmek,
5. Kampüs içi düzenlemeleri/yasakları aşamalı ve inovatif araçlar ile gerçekleştirmek şeklindedir.

TARTIŞMA: TTM ile mücadelede üniversite gençliğine yönelik özgün yaklaşımlar geliştirmede diğer üniversitelerdeki uygulamaları destekleyici ve gelişmeye uygun bu çalışmalar koruyucu sağlık hizmetlerine de katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Tütünle mücadele,Kampüs,Proje

EP-382

SAĞLIK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA/ELEKTRONİK SİGARA KULLANIMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ayşe Turan, İlknur Arslan
Seyhan Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Sigara içimi dünyada ve ülkemizde en önemli halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Özellikle genç yaşlarda sigaraya başlanması söz konusu olduğundan gençlere yönelik çalışmalar önem arzetmektedir. Yine gençler arasında elektronik sigara (e-sigara) kullanımıda yaygınlaşmaktadır. Bu çalışma ile sağlık meslek lisesi öğrencilerinin sigaraya ve e-sigaraya karşı tutumları, başlama nedenleri, etkileyen faktörler ve bağımlılık durumları sorgulanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Veriler anket formu ile elde edildi. Anketten elde edilen veriler SPSS paket proğramında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistiklerle birlikte Ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya katılan 303 öğrencinin sigara, e-sigara kullanma deneyim sıklığı, tutumları, başlama nedenleri, ve etkileyen faktörler sorgulanmıştır. Yaşları 16-18 arasında değişen öğrencilerin %57.8'i (175 kişi) hemşirelik, %37.3'ü (113 kişi) acil tıp teknisyeni ve %50.0'ı (15 kişi) anestezi bölümünde öğrenim görmektedir. %50.2'si kamuda eğitim alan öğrencilerin %66.0'ı aile içinde sigara, %15.8'i ise aile içinde yalnızca e-sigara kullanımını bildirmişlerdir. Sigara içtiğini bildiren öğrencilerin oranı %14.9 iken, e-sigarayı en az bir hafta kullandığını bildirenlerin oranı ise %6.9'dur. Sigaraya başlama nedenleri arasında ilk sırada stres-sıkıntı gelirken bunu ikinci sırada arkadaşlarının sigara içiyor olmasının etkili olduğunu bildirmişlerdir. E-sigaraya başlama nedenleri arasında ise ilk sırada içtikleri sigarayı bırakmak yada azaltmak, ikinci sırada arkadaşlarının kullanıyor olması ve üçüncü sırada geniş yelpazeli aroma seçeneği bildirilmiştir. Hiç sigara kullanmayan 249 öğrenciden %3.6'sının (9 kişi) e-sigara kullandığı, başlama nedenlerini eğlence ve merak kaynaklı olduğu bilinmektedir. Öğrencilerin sigara içimi ile e-sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış ve sigara içenlerde e-sigara kullanımının yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Cinsiyet ile sigara-esigara kullanımı arasında fark saptanmış ve erkek öğrencilerde kullanımın daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). E-sigara kullanıcılarının %4.0'ü kullandıkları nikotin miktarını bilmedikleri saptanmıştır. Okul durumu kamu-özel açısından değerlendirildiğinde sigara ve e-sigara kullanımının özel okullarda öğrenim görenlerde daha fazla olduğu görülmüş fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

SONUÇ: Sonuç olarak sigara içimi ile e-sigara kullanımı arasında ilişki saptanmıştır. Gençlerde e-sigara kullanım artışı, özellikle sigara içmeyen gençlerin nikotin bağımlılığı açısından endişe vericidir. Öğrenciler arasında arkadaş ortamlarının etkili olduğu görülmektedir. Gençlere tütün ve ürünleri ile yanmanın olmadığı sigaraların zararları hakkında bilgilendirilmelerinin etkili olcağını öngörmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: e-sigara,öğrenci,sigara

EP-383

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİNDE TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN TÜTÜN KULLANMA DURUMLARI

Şule Çilekar[1], Ahmet Dumanlı[2], Gürhan Öz[2], Ersin Günay[1]
[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı

GİRİŞ: Günümüzde birçok tütün çeşidi kullanılmaktadır. Tütün kullanma oranı gençler arasında yaygınlaşmaktadır. Bizde üniversitemizde sağlık alanı ile ilgili olan ve topluma göre sağlık alanında daha bilinçli olan tıp fakültesi öğrencilerinde tütün kullanma oranını ve etkileyici faktörleri belirlemeyi amaçladık.

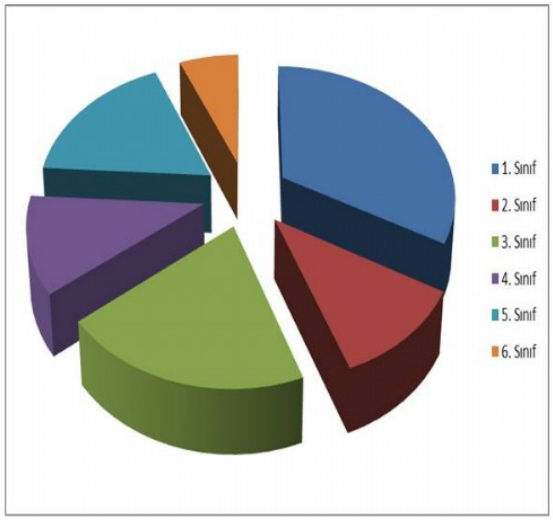
YÖNTEM: 516 kişiden oluşan tüm tıp fakültesi öğrencilerine, sessiz ortamda,16 sorudan oluşan anket uygulandı. Anket tütün bağımlılığını ve bağımlılık derecelerini ölçecek düzeydeydi.

BULGULAR: Öğrencilerin yaş ortalaması 21'di (min 18, max 33). Sınıflarına göre öğrenci sayısı özetlenmiştir (Şekil 1). Öğrencilerin 281'i (%54.5) kadındı.141'i (%27.3) özel yurtta, 117'si (%21.3) devlet yurdunda, 146'sı (%28.3) öğrenci evinde, 107'si (%20.7) ailesi ile kaldığını belirtmişti. Öğrencilerin 446'sı çekirdek aileye sahipti, 12 'sinin ailesi parçalanmış aileydi. 500'ünün ekonomik durumu orta düzeydeydi. Öğrencilerin 88'i (%17.1) sigara bağımlısı olduğunu belirtti. 11'i (%2.1) sigarayı bıraktığını ve 265'i (%51.4) hiç denemediğini belirtti. Öğrencilerin 52'si nargile, 3'ü elektronik sigara kullandığını belirtti (Şekil 2). 1. sınıf %18.1 ve 3. sınıf %23.3 ile en yüksek sigara içme oranlarına sahipti. Sigara içme oranları incelendiğinde sigara içenlerin %18.2'sinin annesininde sigara bağımlısı olduğu görüldü (Şekil 2). Öğrencilerin ilk sigaraya başlama yaşları ortalama (16.92±2.87)'dı. Sigara bağımlılık durumları incelendiğinde, halen sigara kullananların ortalama (4±2.7) yıl sigara içtiklerini ve (170±15.87) TL ortalama aylık sigara için para harcadıkları saptanıldı. Sigara içmeyi deneyen fakat devam etmeyen 61 öğrenci ve sigara içen 89 öğrenci, başlama nedeni olarak en çok (%38) yakın arkadaş etkisini belirtmiştir, bunu 2. sırada merak (%32), 3. sırada stres (%29) takip etmektedir. Öğrencilerin 60'ı sabah uyandıktan 1 saat sonra, 15'i ise uyanır uyanmaz sigara içtiğini belirtmiştir. Öğrencilerin yarısı sigarayı en çok arkadaşları ile birlikte iken içtiğini belirtmiştir. Tütün ürünleri kullanan toplam 128 öğrenci vardı ve bunların 103' ü (%80) tütün ürününü bırakmak istediğini belirtmiştir. Öğrencilerin 83'ü (%67) kullandığı tütün ürününü bırakmayı denediğini belirtmiştir. Öğrencilerin sadece 7' si (%1.4) tütün ürününü bırakmak için sağlık çalışanı yardımı aldığını belirtmiştir ve sadece 10'u (%1.9) sağlık çalışanı yardımını şu anda istediğini belirten cevabı işaretleyerek iletişim adresi bırakmıştır.

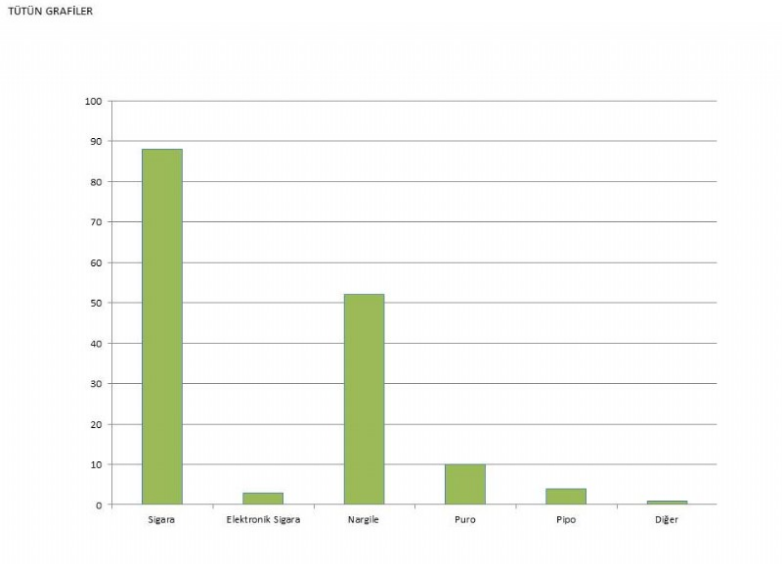
SONUÇ: Çalışmamızda öğrencilerin sigara içme oranı birçok literatüre göre daha düşük orandaydı. Toplumda birer rol model olmaya aday tıp fakültesi öğrencilerinin özellikle bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tütün, Tıp Fakültesi Öğrenciler, Bağımlılık

Sınıflara Göre Öğrenci Dağlımları



Tütün Çeşitleri



Sigara Bağımlılığını Etkileyen Faktörler

	Anne Sigara Bağımlısı	Baba Sigara Bağımlısı	1. Kardeş Sigara Bağımlısı	1ve 2. Kardeş Sigara Bağımlısı	1,2 ve 3. Kardeş Sigara Bağımlısı	En Yakın Arkadaş Sigara Bağımlısı	Ev Arkadaşı Sigara Bağımlısı	Partner Sigara Bağımlısı
Sigara Bağımlısı	%25	%19.3	%31.4	%31.4	%14.3	%83.5	%31.2	%41,3

EP-384

GEBELİKLERİNDE SİGARA KÜLÜ AŞEREN OLGU

Fadime Sultan Albez, Ömer Araz
Atatürk Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzurum

Altmış sekiz yaşında femur fraktürü nedeniyle Ortopedi kliniğinde takipli bir kadın olgudur. Öyküsünde astım olması dolayısıyla preoperatif değerlendirmek amaçlı tarafımıza danışılmıştı. Olgu son 10 yıldır astım semptomları ile takip edilmekte ve bronkodilatör kullanmakta olduğunu belirtmekteydi. Sigara içme öyküsü sorgulandığında olgunun babasının ve eşinin sigara içtiği, buna bağlı çocukluğundan bu yana sürekli pasif içici olduğu öğrenildi. Ayrıca ilginç bir öyküsü daha vardı. 6 gebelik geçiren olgu her gebeliğin 15-16. haftasından sonra sigara külü aşerdiğini ve eşinin içtiği tüm sigaraların arta kalan küllerini yediğini, eşinin olmadığı zamanlar salt sigaranın külünü yiyebilmek için günde 4-5 sigara yaktığını anlatmaktaydı. Ayrıca bu durumun yalnızca gebelik süresi boyunca devam ettiğini, gebelik sonlandığında ise bu isteğin kaybolduğunu ifade eden olgunun anemi ile ilgili bilinen bir öyküsü yoktu. Gebeliklerinin biri ölü doğum olarak sonuçlanmış, 4 kızı bir oğlu olan olgunun bir kızı hariç tüm çocukları sigara içiyormuş. geçtiğimiz yıllarda kızlarının biri mide kanseri nedeniyle vefat etmiş.

Sigara külü yemenin gebelikle agreve olabilecek demir eksikliğine sekonder bir pika sendromu olabileceği düşünüldü. Fakat olgunun yeme bozukluğu kapsamına girebilecek başka bir öyküsünün olmaması, herhangi başka bir maddenin külünü yemeye istek duymayışı, herhangi bir tedavi almadan gebelik sonunda bu yönelimin tamemen geçmesi durumu pika sendromuna ek olarak, sigara külü yeme davranışının olası bir nikotin bağımlılığının gebelik süresince şiddetlenmesiyle de ilişkili olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Ayrıca sigara külüne bağlı bir intrauterin etkilenim olması da söz konusu olabilir.

Literatürde sigara külü yemeye dair özel bir çalışma olmayıp, "kül yeme" şeklinde görülen pika sendorumu olguları bildirilmektedir. Fakat çeşitli internet forumlarında ve gebelikle ilgili websitelerinde bu şikayetin ilginç bir şekilde kadınlarca sıklıkla dile getirildiğini ve halk arasında aslında bilindik bir durum olduğunu gördük. Buradan yola çıkarak sigara külü yeme fizyo-psikopatolojisi ve sonuçları ile ilgili özel bir araştırmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: pika, sigara külü, bağımlılık

EP-385

TÜRKİYE ELEKTRONİK SİGARA (E-SİGARA) KULLANICI PROFİLİ

Gülşen Göney
Süleyman Demirel Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Toksikoloji Bölümü, Isparta

GİRİŞ: Elektronik sigara (e-sigara) çoğunlukla internet yolu ile satışı yapılan ve gençler arasında kullanımı giderek yaygınlaşan bir üründür. Kullanımı dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır. Yapılan literatür çalışmasında Türkiye'de e-sigara kullanan bireylerin özelliklerini içeren çalışma olmadığı görülmüş ve sunulan çalışma bu konuya yönelik eksikliğin giderilmesi ve daha sonra yapılacak bilimsel çalışmalara basamak teşkil etmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereçler ve YÖNTEM: Çalışmada on sekiz yaş ve üzeri, cinsiyet ayrımı gözetmeksizin 480 e-sigara kullanan bireye e-sigara kullanım amacı, kullanım süresi, kullanıcı yaşı ve e-likit içeriği (nikotin miktarı, aroma tercihi) hakkında spesifik bilgileri de öğrenmeyi amaçlayan 24 adet soru içeren anket uygulanmıştır. Kullanıcılara internet üzerinden ulaşılarak anketler yapılmış olup e-sigara kullanıcılarına sosyal medya, e-sigara kullanıcı platformları, e-sigara satışı ve pazarlanmasının yapıldığı internet sitelerindeki kullanıcı platformlarından ulaşılmıştır. Anket formunun yanı sıra gönüllülerden hangi nesil e-sigara tercih edildiğinin belirlenmesi amacıyla kullandıkları e-likit ve e-sigaraların fotoğrafları da istenmiştir.

BULGULAR: Elde edilen sonuçlar çerçevesinde e-sigara kullanıcıları gelir düzeyi yüksek (%100), daha önce sigara bağımlılığına sahip (%100), yaş ortalaması 35,2±6,4 olan, erkek (%99,1) bireylerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan e-sigara kullanıcıları sigarayı bırakmak amacıyla (%66) ve sağlığa daha az zararlı olduğunu (% 11) düşünmeleri nedeniyle e-sigara kullanımını tercih etmektedirler. E-sigara kullanıcılarının %15,6'sı e-likit konsantrasyonlarını kademeli olarak düşürerek sigarayı bırakmayı amaçlamaktadır. Çocuk sahibi olan bireylerin (%95) büyük bir çoğunluğu (%76) e-sigaranın ve e-likitin çocuklar için zarar teşkil etmeyeceğini düşünmektedirler. Çalışmaya katılan bireyler arasında birinci nesil e-sigara kullanan bulunmayıp bireylerin %46,6'sı 2. nesil e-sigara kullanırken %53,3'ünün doğrudan damlatma tekniği ile çalışan üçüncü nesil e-sigaraları kullanmaktadır.

Sonuç ve TARTIŞMA: Her ne kadar çalışmaya katılan e-sigara kullanıcılarının büyük bir bölümü sigarayı bırakmak amacıyla e-sigara kullandıklarını belirtmiş olsalar da sigara bırakmak amacıyla e-sigaranın kullanımı oldukça yeni bir tartışma konusu olup konuya yönelik bilimsel literatür de oldukça kısıtlıdır. Çocuklar düşünüldüğünde e-likitlerin şişelenmesinde, paketlenmesinde maruziyetlerini en aza indirmek ve önlemek amacıyla yasal düzenlemelere gidilmelidir. Çünkü son yıllarda e-sigara kullanımının yeni pediatrik akut zehirlenme vakalarını oluşturduğu bilinmektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz anket sonuçları Türkiye'de e-sigara kullanıcılarının tercih ettikleri e-sigara tipi, e-likit aroma çeşidi, nikotin miktarı ve e-sigara kullanım amacına yönelik olarak ilk bilgileri içermesi bakımından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Elektronik sigara, E-sigara, Elektronik nikotin taşıyıcı sistemler, Anket, İnternet

EP-386

SİGARA KULLANIMI VE TOLUENİN LENFOSİT YAŞAM SÜRESİ VE KARDEŞ KROMATİD DEĞİŞİMİ ORANLARINA ETKİLERİ

Etem Akbaş[1], Ebru Derici Eker[2]
[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, Mersin
[2]Mersin Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık Teknolojisi Bölümü, Mersin

AMAÇ: Çalışmada özellikle katran içeriğinde canlı bünye için pek çok toksik ajan içeren sigara ve hücrelerde genotoksik ajan olduğu bilinen Tolüenin lenfosit yaşam süresi ve dolaylı bir mutajenite testi olan kardeş kromatid değişim oranlarına etkileri incelenmiştir. Benzen türevi olan tolüen, tiner ve yapıştırıcılarda çözücü madde olarak kullanıldığından özellikle boya sanayinde, mobilyacılıkta ve ayakkabı imalathane ve tamirhaneleri gibi çok geniş bir alanda kullanılmaktadır. Kolay çözünürlüğü ve buharlaşma özelliği nedeniyle bu gibi işyerlerinde çalışanların toluenden solunum sistemi aracılığıyla yoğun etkilenimi söz konusudur. Ayrıca son yıllarda kimsesiz sokak çocukları arasında tiner ve yapıştırıcı koklama alışkanlığının yaygınlaşması hedef pupulasyonu bir hayli genişletmektedir.

YÖNTEM-GEREÇLER: Çalışmada; 25'er kişilik gruplar halinde sigara içen ve sigara içmeyen ayakkabı tamircisi erkek bireyden deney grubu, benzer yaş grubunda sigara içmeyen ve sigara içen sağlıklı erkek bireyden kontrol grubu oluşturuldu. Bireylerden alınan kanın bir bölümünden Sister - Chromatid Exchange (SCE) yani kardeş kromatid değişim oranlarının saptanması için ve bir bölümünden de Mitotik indeks değerlerinin saptanması için olmak üzere iki adet lenfosit kültürü hazırlandı. Kan örneğinin diğer bölümünden ise hemogram cihazı ile1 mm3 kandaki lenfosit sayısı saptandı. Lenfositlerin mitoza giriş hızı ve mevcut sayısı korele edilerek lenfosit yaşam süresi belirlendi.

BULGULAR-SONUÇ: Kontrol grubundaki sigara içen bireylede SCE oranları, mitotik indeks değeri ve lenfosit sayısı sigara içmeyen bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Aynı şekilde, Sigara içen ayakkabı tamircilerindeki SCE oranı, mitotik indeks değeri ve lenfosit sayısı – sigara içmeyen ayakkabı tamircilerindeki değerlerden daha yüksektir ($p<0.01$). Kontrol ve deney grubu sigara içenlerindeki lenfosit sayısı artışı, mitotik indeks artış oranının belirgin şekilde gerisinde kalmış ve lenfosit yaşam süresini kısalmıştır($p<0.05$).

Anahtar Kelimeler: Sigara Kullanımı, Lenfosit Yaşam Süresi, Tolüen, SCE,

Ã‡izelge 1

Çizelge I. Kontrol Grubu ve Ayakkabı Tamircilerinde SCE, Mitotik indeks ve lenfosit değerlerine ait İstatistiksel değerlendirme sonuçları.

	Kontrol grubu		Deney grubu (ayakkabı tamircileri)		İstatistiksel Değerlendirme					
	Sigara İçmeyen (I)	Sigara içenler (II)	Tolüen (III)	Tolüen + Sigara (IV)	I-II	I-III	I-IV	II-III	II-IV	III-IV
SCE /metafaz	5,95±0,3	6,79±04	6,14±0,3	7,02±0,5	**	-	**	*	*	*
Mitotik Index (%)	2,23±0.10	2,70±0,13	2,20±0,11	2,62±0,1	**	-	*	**	-	*
Lenfosit sayısı (mm^3)	2347±123	2573±129	2326±118	2634±13	*	-	*	-	-	**
Yaş X	27,9	27,8	32,88	32,04	*:p<0.05 **:p<0.01					

EP-387

SİGARA/ELEKTRONİK SİGARA İKİLİ KULLANIM ÖZELLİKLERİ

Ayşe Turan[1], Mehmet Atilla Uysal[2]
[1]Seyhan Devlet Hastanesi Adana
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi İstanbul

GİRİŞ: Sigara ve elektronik sigaraların (e-sigara) birlikte(dual) kullanımıyla ilgili veriler dünyada ve ülkemizde sınırlıdır. Dual nikotin kullanımının, nikotin bağımlılığını sürdürdüğü düşünülmektedir. Bu çalışmada, dual tütün kullanımı ile ilişkili faktörlerin tanımlanması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Kesitsel tipteki çalışmamız Nisan-Temmuz 2018 tarihleri arasında, oluşturulan anketler kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak doldurulmuştur. Çalışmaya 397 kişi davet edilmiş, katılmayı kabul etmeyenler, psikiyatrik bozukluğu olanlar ve sadece e-sigara kullananlar dışlanarak, örneklem grubu 253 kişiden oluşmuştur. Sigara ve e-sigara kullananlarda nikotin bağımlılığını değerlendirmek için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), kullanılmış, e-sigara kullanan bireylerde FNBT' de "sigara" kelimesi yerine ''e-sigara'', 'sigara içimi'' yerine ise '' e-sigara kullanımı'' ile değiştirilerek anket uygulanmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların 227(%89,7)' si erkek ve yaş ortalaması 32±11 idi. Grubun 199 (%78.7)'u lise ve üstü mezunu idi. Olguların %82,6'sı halen tütün sigarası içicisi iken %17,4'ü sigarayı bıraktığını bildirmiştir. Sigara paket yıl ortalaması 13,60±9,74 (min=1,max=50), e-sigara kullanım yıl ortalaması ise 5,41±4,47/gün idi. E-sigara kullanım sonrasında % 13,4'ü sigarayı bıraktığını, %19,4'ü içtikleri sigara sayısını azalttığını, %2,4'ü artırdığını, %41,5'i herhangi bir değişiklik olmadığını ve %23.3'ü ise en az bir ay bıraktıklarını tekrar başladıklarını bildirmişlerdir. E-sigaraya başlama nedenlerini sigarayı tamamen bırakmak ve azaltmak isteği ile kötü kokusunun olmaması şeklinde sıralamışlardır. E-sigara ve sigaranın kullanıldığı alanlar sorgulandığında en dikkat çekici olan sokakta e-sigara kullanmadığını bildiren %18,6'lık dilimin sigarayı da sokakta içmediğini bildiren %4,3'lük dilimin sadece bayanlardan oluşmasıdır. Aynı zamanda e-sigaranın toplu taşıma araçlarında, kafe/restoranda ve kamuya ait kapalı alanda kullanımının yüksek olduğu görülmüştür. E-sigara bağımlılık oranı ortalaması 2,73±1,40 iken sigara bağımlılık ortalaması 6.60±1.50 olarak hesaplanmıştır. FNBT'nin ikinci sorusuna verilen yanıtlar karşılaştırıldığında sigara içenlerin %78,7'si, e-sigara kullananların ise %8,3'ü uyandıktan ilk beş dakikada sonra kullanımlarını bildirmişlerdir. E-sigara kullananların tamamı aroma kullanırken, tercihlerini ilk sırada meyve olarak bildirmişlerdir. %2,4'ü nikotinsiz e-sıvı kullanırken %10,3'ü nikotin miktarını bilmediğini belirtmiştir.

SONUÇ: Dual (sigara ve e-sigara) kullanıcıları FNBT' ne göre orta ve düşük derecede bağımlılıkla olup, kullanıcılar zarar azaltma eğilimindedirler. E-sigara kullanıcıları kütü koku, toplumda içme kolaylığı ve kapalı alanlarda içme oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. E-sigara kullanımının sigara içenlerin yaklaşık yarısında içme davranışını değiştirmediği, ancak düşük bir oranında sigarayı bıraktırdığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: bağımlılık, dual kullanım, elektronik sigara,

EP-388

SANTRAL UYKU APNE SENDROMU TANISI ALAN KATATRENİ OLGUSU

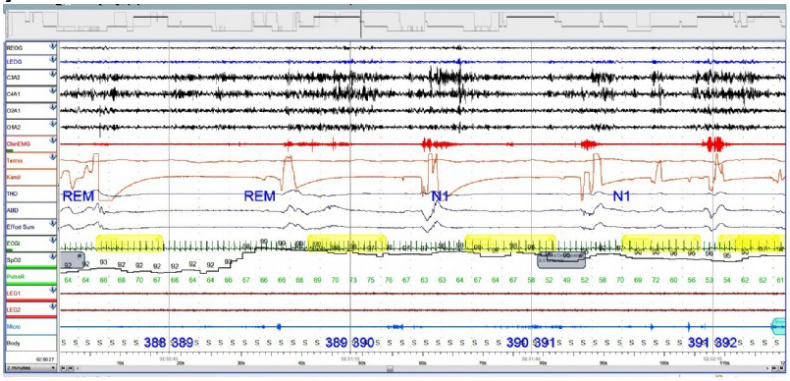
Handan İnönü Köseoğlu[1], Ahmet Cemal Pazarlı[1], Sedat Batmaz[2], Nurşen Yaşayancan[1]
[1]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat
[2]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

OLGU: 38 yaşında kadın hasta. Uykuda nefeste durma şikayetiyle 2008 yılında dış merkeze başvuran hastaya polisomnografi (PSG) yapılmış, apne-hipopne indeksi (AHİ):2.7 bulunmuş. Son dönemde 15 kg almasıyla şikayeti artan hasta tarafımıza 2013 yılında başvurdu. PSG'de AHİ:8.8, AHİREM:15.2 AHİNREM:8, AHİsupin:5.7, AHİyan:5.9 (61 solunumsal olayın, 1 tanesi mikst apne, 52 tanesi santral apne, 8 tanesi hipopne), en uzun apne süresi 18.5 saniye, gece ortalama oksijen saturasyonu (O2 Sat):%95, minimum O2 Sat:%85 idi. Uyku evreleri; REM:%10.6, N1:%8, N2:%46.7, N3:%34.6 şeklindeydi. Altta yatan sekonder bir patoloji tespit edilmemesi üzerine ''primer, hafif dereceli santral uyku apne sendromu'' tanısı konularak pozitif havayolu basınç tedavisi planlandı. Titrasyon sonrasında 6 cmH2O basınçta CPAP cihazı verildi. Üç yıl sonra tekrar başvuran hasta cihazı almadığını, 8 kg zayıfladığını ancak şikayetlerinin arttığını söyledi. Hastanın eşi tarafından, uykuda inleme sesi çıkardığı belirtildi. Tekrar PSG yapıldı. AHİ:4.5 bulundu. Video ve ses kayıtları incelendiğinde; REM ve NREM uykuda, santral apneye benzeyen uzamış ekspiryum fazlarının ve bu sırada inleme sesinin meydana geldiği görüldü (Şekil 1). Klinik bulgularla birlikte ''katatreni'' tanısı konularak psikiyatriye yönlendirildi. Desyrel (trazodone) 50 mg başlanan ve takiplerde Citol (sitalopram) 20 mg eklenen hasta tedaviden fayda gördüğünü, inlemelerin %60 oranında azaldığını belirtti. Olgu, katatrenide klinik ve PSG bulgularına dikkat çekmek adına sunulmuştur.

TARTIŞMA: Katatreni, uykuda inlemeyle karakterize bir uykuda solunum bozukluğudur. İlk kez 1983'de tanımlanmıştır. ICSD-3'de; uykuda solunum bozuklukları başlığı altında, izole semptomlar ve normal varyantları alt başlığında yer almaktadır. Japonya'da 10 yılda uyku merkezine başvuran 15.052 hastanın 25'inde (%0.17), Norveç'de bir yılda PSG yapılan 1004 hastanın %0.4'ünde katatreni tespit edilmiştir. Genellikle kişinin yatak partneri tarafından farkedilir. Kişiler boğulma hissiyle uyanma tarif edebilir. Dinlendirmeyen uyku, yorgunluk, dikkat-konsantrasyon eksikliği, hafıza bozuklukları, insomni gibi şikayetler eşlik edebilir. Cinsiyet predominansı görülmemiştir. Tüm yaş gruplarında ortaya çıkabilir. Kişilerin kendisinde/ailesinde uykuda yürüme-konuşma gibi parasomnilerin görülme oranı yüksektir. Tipik PSG bulgusu, derin inspirasyondan sonra 2-49 saniye süren uzamış bir ekspiryum ve bu sırada oluşan inleme sesidir (Şekil 2). Çoğunlukla REM uykusunda oluşur, NREM'de de oluşabilir. Bu epizodlara solunum sıkıntısı veya oksijen desaturasyonu eşlik etmez. OSAS ile birliktelik görülebilir, genelde olgular hafif derecelidir. Tedavide etki mekanizması tam anlaşılamamış olsa da CPAP, farmakoterapi (benzodiazepin, antidepresan, antiepileptik) ve bilişsel davranışçı tedaviler uygulanabilir.

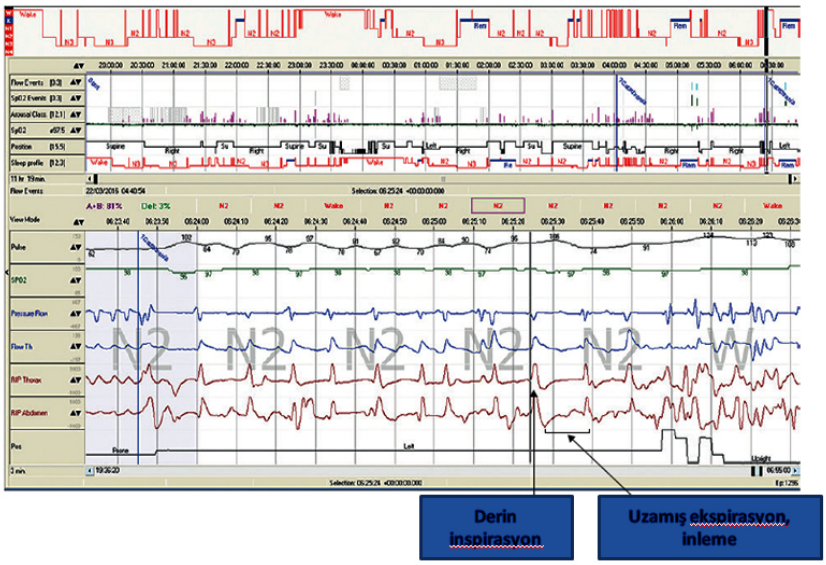
Anahtar Kelimeler: katatreni, gece inleme, uykuda solunum bozukluğu

Şekil 1



Santral apneye benzeyen nefes tutma periyotları, inleme olduğu sırada horlama mikrofonunda titreşimler görülüyor

Şekil 2



Derin inspirasyondan sonra uzamış ekspirasyon periyodu

EP-389

AİLE HEKİMLERİ İÇİN OSAS ÖN TARAMA TESTİ YAZILIMI

Mustafa Saygın[1], Önder Öztürk[2], Fatih Ahmet Şenel[3]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, Isparta.
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta.
[3]Süleyman Demirel Üniversitesi, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü, Isparta.

GİRİŞ :Bu çalışma ile uyku laboratuvarlarında gün içindeki uykululuk halini ölçmek için kullanılan Epworth Uykululuk Ölçeğinin (ESS) ve obstrüktif uyku apnesinin ön tanısında kullanılan STOP-Bang testinin Windows tabanlı kolay uygulanabilen, zaman almayan bir yazılım programı geliştirilerek, sonuçların hızlı değerlendirilebilmesi ve arşivlenebilmesi amaçlanmıştır.

Gereçler ve YÖNTEM: Microsoft Visual Studio programı kullanılarak, C# programlama dili ile STOP-Bang ve ESS dijital yazılım haline getirildi. İlk olarak hasta bilgilerinin alındığı bir karşılama ekranı ile programa giriş yapılmakta, daha sonra testler işlemi için gerekli soruların (4 sayfa) bulunduğu ekrana geçilmektedir. Tüm soruların yanıtlanmasıyla birlikte hasta bilgileri ve test sonuçları detaylı olarak veri tabanına kaydedilir. Hasta girişinde dosya numarası ya da kimlik numarası kullanıldığı için istenildiğinde geriye dönük olarak hastaların test sonuçları incelenebilmekte, excel veya pdf formatında çıktısı alınabilmektedir.

BULGULAR: Uyku laboratuvarlarında sık kullanılan STOP-Bang ve ESS testi basit ve anlaşılır bir ara yüz ile hızlı değerlendirilen bir programa dönüştürüldü. Hasta verilerinin toplu halde arşivlenmesi sağlandığı gibi, hastaların kendi başına değerlendirme yapabilmeleri sağlanmış olundu. Manuel değerlendirme ile kıyaslandığında ise yazılımın her bir soruya yanıt vermeden testin tamamlanmasına izin vermediği için yazılımın hatasız, hızlı ve güvenilir sonuç verdiği görüldü. Ayrıca saha çalışmaları için Isparta ilindeki Aile Hekimlerine eğitim verilerek, hastaların daha erken tanı ve tedavi almaları sağlanacaktır.

SONUÇ: Bu yazılımın kullanılması ile aile hekimlerinin OSAS ve uyku bzouklukları konusundaki farkındalığı arttırılmış olacaktır. Verilerin toplanması, saklanması ve hasta takibi kolaylaşarak bölgesel verilerin elde edilebilmesi sağlanacaktır. Çoğu uyku hastasının hastalığından haberdar olmadığı düşünülürse, bu şekildeki bir yazılımın dijital çağda geniş kitlelere ulaşarak uyku hastalıklarına karşı toplumsal farkındalığı da arttıracağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimleri, STOP-Bang, Epworth Uykululuk Ölçeği, yazılım, C#

Resim 1

Program ara yüzü

Resim 2

Hasta kayıt ekranı

EP-390

BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR

EP-391

NOKTÜRİ İLE GELEN OSAS OLGUSU

Ahmet Cemal Pazarlı, Handan İnönü Köseoğlu, Nurşen Yaşayancan
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

OLGU: Kırkdört yaşında kadın hasta. Noktüri-pollaküri (gecede 6-7 kez) şikayeti nedeniyle araştırılan ve yapılan incelemelerde patolojik bulguya rastlanmayan hastanın diüretik kullanım öyküsü mevcut değildi. Sağlık personeli olan ve tarafımıza şikayetini belirten hastanın, fenotipik özellikleri nedeniyle yapılan sorgulamasında horlamasının olduğunu, gece uykudan zaman zaman tıkanmalarla uyandığı öğrenildi. Beden kitle indeksi 34.7 kg/m2, epworth uykululuk skoru:9 olan hastaya polisomnografi (PSG) planlandı. Sigarayı son altı aydır bırakmıştı, antidepresan dışında herhangi bir ilaç kullanım öyküsü yoktu. Yapılan PSG incelemesinde apne-hipopne indeksi (AHİ):17.2, AHİREM:15.4, AHİNREM:17.1, AHİsupin:25.9, AHİyan:7.7 (95 solunumsal olayın, 11 tanesi obstrüktif apne, 4 tanesi mikst apne, 4 tanesi santral apne, 76 tanesi hipopne), en uzun apne süresi 64 saniye, gece ortalama oksijen saturasyonu (O2 Sat):%96, minimum O2 Sat:%84 idi. Uyku evrelerinin dağılımı; REM:%15.2, N1:%5.7, N2:%55.2, N3:%23.8 şeklindeydi. Bu bulgularla ''Sırtüstü pozisyonda ağırlığı aratan obstrüktif uyku apne sendromu'' tanısı konulan hastaya pozitif havayolu basınç (PAP) titrasyonu yapıldı. Titrasyon gecesinin sabahında hasta son derece dinlenmiş bir halde uyandığını ve noktürisinin olmadığını belirtti. Otomatik CPAP cihazı reçete edildi.

TARTIŞMA: Nokturi gece idrar yapma ihtiyacı ile bir veya daha fazla uyanmayı ifade eder. Kadın ve erkeklerde yaş arttıkça görülme sıklığı artar. Diyabet, primer polidipsi, benign prostat hiperplazisi, hiperaktif mesane, vazopresin üretiminin azalması, konjestif kalp yetmezliği, alt üriner sistem obstrüksiyonları, periferik ödem, tıkayıcı uyku apne noktüri nedenleri arasında sayılabilir. Çocukluk çağında enürezis OSAS'ın klasik semptomu olmasına karşın, erişkinlerde sık rastlanan bir semptom değildir. Noktüri ile OSAS şiddeti ve vücut ağırlığı arasında ilişki olduğuna dair sonuçlar mevcuttur. Apne epizodları sırasında intratorasik basınçtaki negatif dalgalanmalar, kalbe venöz dönüşü artırır, sağ atrial duvardaki gerilme sonucu atrial natriüretik peptid (ANP) salınımı, idrar ve sodyum atılımı artar. CPAP tedavisi ile ANP düzeylerinin normale döndüğü gösterilmiştir. Çalışmalarda periodik mesane iskemisi sonucu gelişen kalıcı sinir hasarının, mesanenin artmış aktivitesine neden olduğu, CPAP tedavisi sonrası mesane kas tonusunun arttığı gösterilmiştir. Bu olgu, OSAS olgularında yaşam kalitesini bozan, fakat OSAS sonuçları açısından bakıldığında diğer sistemik etkilere nazaran daha geri planda kalan üriner sistem semptomlarına dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: obstrüktif uyku apne sendromu, enürezis, noktürnal pollaküri

Polisomnografi ve titrasyon gecesinde elde edilen uyku verileri

	Polisomnografi	Titrasyon
Toplam uyku süresi (dakika)	331	395
Uyku etkinliği (%)	82.8	92.9
REM (dakika)* (%)	50.5 15.2	97 24.5
Evre 1 (dakika)* (%)	19 5.7	32 8.1
Evre 2 (dakika)* (%)	183 55.2	163 41.2
Evre 3 (dakika)* (%)	79 23.8	103.5 26.2
AHİ	17.2	0
AHİ-REM	15.4	0
AHİ-NREM	17.1	0
AHİ-SUPİN	25.9	0
AHİ-YAN	7.7	0
Santral apne sayısı	1	0
Obstrüktif apne sayısı	11	0
Mixt apne sayısı	1	0
Hipopne sayısı	76	0
Uyanıklık oksijen saturasyonu	96	98
Ortalama oksijen saturasyonu	96	98
Minimum oksijen saturasyonu	84	92
Desaturasyon %	0.3	0
En uzun apne süresi (sn)	64	0

**Uyku evreleri toplam uyku zamanının yüzdesi ve dakika olarak verildi, REM:Rapid Eye Movement AHI:Apne-Hipopne indeksi, Desaturasyon %: oksijen saturasyonunun %90'ın altında geçtiği zaman dilimi*

EP-392

HAFİF DERECELİ OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMLU OLGULARDA OBEZİTE İLİŞKİLİ ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER VE METABOLİK HASTALIK RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Feride Ayyıldız[1], Hilal Yıldıran[1], Oğuz Köktürk[2]
[1]Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Hafif dereceli obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) olumsuz sonuçlara yol açabilen uykuda solunum bozukluğudur. Tedavisiyle bu sonuçların iyileşebileceği, özellikle yaşam kalitesinin artırılabileceği vurgulanmaktadır. Obezite ise yaşam kalitesini etkileyen ve OSAS gelişiminde önemli yer tutan, bir çok metabolik hastalık gelişiminde etkili bir sağlık problemidir. Bu çalışmada hafif OSAS tanısı alan bireylerde, yaşam kalitesini etkileyen unsurlardan biri olan obezite sorgulanmıştır. Gereçler ve YÖNTEM: Araştırmaya 19-64 yaş arası gönüllü 20 yetişkin erkek birey katılmıştır. Apne-hipopne indeksine (AHİ) göre OSAS ağırlığı değerlendirilmiştir. Polisomnografik inceleme sonucu AHİ değeri 5-15 arasında olan bireyler hafif OSAS tanısı almıştır. Katılımcıların vücut bileşimi ve bazı antropometrik ölçümleri değerlendirilmiştir. Antropometrik ölçümlere göre metabolik hastalık risk sınıflaması oluşturulmuştur.

BULGULAR: Ortalama beden kütle indeksi (BKİ) 28,1±3,47 kg/m² olan bireylerin sadece %10.0'u BKİ'ye göre normal vücut ağırlığındadır. Vücut yağ yüzdesi 26,8±3,98 iken, toplam vücut suyu yüzdesi 51,4±2,90'dir. Bel çevresi ortalama 100,3±6,08 cm olup, bel çevresine göre bireylerin %80'ni risk grubunda yer almaktadır. Bel/kalça oranına göre metabolik hastalık riski %85.0'e, bel/boy oranına göre %100.0'e yükselmektedir. Ancak boyun çevresine göre risk sadece %20.0'dir. SONUÇ: Hafif ağırlıkta OSAS tanısı alan bireylerde obezite riskinin yüksek olduğu saptanmıştır. Farklı ölçümlere göre metabolik risk gruplarının değişebileceği görülmektedir. Hafif OSAS'da obezite tedavisinin hastalığın prognozuna olumlu katkı sağlayacağı ve daha geniş örneklem grubuyla tedaviye yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

TARTIŞMA: Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önemli unsurlar arasında yer alan obezitenin tedavisi metabolik birçok hastalığın (kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi) tedavisinde önemli yer tutmaktadır. Dolayısıyla metabolik bir çok hastalıkla (kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı gibi) ilişkili olan OSAS'ın tedavisinde de büyük öneme sahip olacağı aşikardır.

Anahtar Kelimeler: antropometrik ölçüm, metabolik hastalık riski, obezite, obstrüktif uyku apne sendromu, vücut bileşimi

Tablo 1. Bireylere ait vücut bileşimi ve bazı antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi ($\bar{x}$±S)

	$\bar{x}$±S	Ortanca	Min	Max
Vücut ağırlığı (kg)	85,5±11,37	84,6	64,4	106,3
Boy uzunluğu (cm)	174,3±8,16	175,5	157,0	188,0
BKİ (kg/m2)	28,1±3,47	27,3	23,5	36,7
Bel çevresi (cm)	100,3±6,08	100,0	91,0	110,0
Kalça çevresi (cm)	104,9±5,28	104,0	96,0	114,0
Bel/kalça oranı	0,9±0,05	0,9	0,8	1,0
Boyun çevresi (cm)	40,7±2,66	40,0	38,0	46,0
Bel/boy oranı	0,5±0,04	0,5	0,5	0,6
Vücut yağ yüzdesi	26,8±3,98	26,8	20,5	34,5
Vücut yağ kütlesi (kg)	23,0±5,46	21,7	15,3	36,7
Yağsız vücut kütlesi (kg)	64,2±12,47	62,6	47,1	106,3
Toplam vücut suyu (%)	51,4±2,90	50,7	47,4	57,8

Tablo 2. Hafif dereceli obstrüktif uyku apne sendromu tanısı alan bireylerin bazı antropometrik ölçümlere göre metabolik risk değerlendirmesi (%)

	Sayı	%
BKİ (kg/m2)		
18.5-24.9	2	10,0
25.0-29.9	12	60,0
≥30	6	30,0
Bel çevresi (cm)		
≤94 (risk yok)	4	20,0
94-102 (risk)	8	40,0
>102 (yüksek risk)	8	40,0
Bel/kalça oranı		
≥0.90 (risk)	17	85,0
<0.90 (risk yok)	3	15,0
Bel/boy oranı		
<0.5 (risk yok)	-	-
≥0.5 ve <0.6 (artan risk)	15	75,0
≥0.6 (yüksek risk)	5	25,0
Boyun çevresi (cm)		
<43 (risk yok)	16	80,0
≥43 (risk)	4	20,0

EP-393

OSAS HASTALARINDA PLATELET LENFOSİT - NÖTROFİL LENFOSİT ORANI VE PLATELETKRİT DÜZEYİ

Sibel Doruk[1], Aka Uluğ Trakyali[1], Emel Ceylan[2], Handan İnönü Köseoğlu[3], Hatice Sabiha Türe[4]
[1]Ata Sağlık Hastanesi, İzmir
[2]Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın
[3]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat
[4]Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Nötrofil lenfosit (NLR) ve trombosit lenfosit oranının (PLR) birçok inflamatuar hastalığın ciddiyeti ve kötü prognozu ile ilişkili olduğu ve kardiovaskuler hastalıkların risk sınıflamasında yeni bir prognostik faktör olabileceği bilinmektedir. Plateletcrit (PCT) kandaki trombositler tarafından doldurulan hacim yüzdesidir, normalde %0.22–0.24'dür.

AMAÇ: Bu çalışmada sağlıklı kontroller ile OSAS olguları arasında NLR, PLR ve PCT açısından farklılık olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

SONUÇLAR: Çalışmaya polisomnografi yapılmış yaş ortalaması 54.2 olan 75'i erkek toplam 126 kişi (116'sı OSAS) dahil edildi. Olgu ve kontrol grubuna ait son 1 ay içinde yapılmış hemogram analizi kaydedildi. Apne hipopne indeksi (AHI) ve yaş ortalaması dışında karşılaştırılan tüm değişkenler açısından gruplar benzerdi. OSAS olguları hafif-orta ve ağır olmak üzere 2 gruba ayrıldığında da gruplar AHI dışında diğer değişkenler açısından benzerdi.

SONUÇ: Literatürde çalışmamızdan farklı olarak PLR ve NLR OSAS şiddeti ile ilişkili bulunmuş, gruplar arasında belirgin farklılık saptanmıştır. OSAS hastalarında yapılmış ve PCT'nin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Anahtar Kelimeler: OSAS, PLR, NLR, PCT

TABLO 1

	OSAS (E/K: 69/47)	KONTROL (E/K: 6/4)	
	Ort.± STD	Ort.± STD	P
Yaş	55.0±13.2	45.5±15.3	0,033
AHI	33.9±19.4	2.6±1.0	0,0001
Hb	13.9±1.5	14.4±1.4	0,321
WBC	7.6±2.5	7.3±1.7	0,882
Lenfosit	2.5±0.9	2.5±0.9	0,860
Nötrofil	4.4±2.0	4.1±0.9	0,932
PLT	241.6±69.1	234.9±49.4	0,896
PCT	0.20±0.06	0.21±0.05	0,658
PLR	105.8±45.3	101.1±32.4	0,982
NLR	1.9±1.0	1.7±0.5	0,957

ÇALIŞMA GRUBUNA AİT SONUÇLAR

TABLO 2

	Hafif-Orta (E/K: 23/29)	Ağır (n: 64) (E/K: 24/40)	
	Ort.± STD	Ort.± STD	P
Yaş	52.5±13.7	57.0±12.5	0,066
AHI	17.6±6.6	47.1±15.9	0,000
Hb	13.8±1.3	13.9±1.7	0,771
WBC	7.7±2.9	7.6±2.1	0,758
Lenfosit	2.5±0.6	2.6±1.2	0,991
Nötrofil	1.9±0.9	1.9±1.1	0,976
PLT	246.1±68.4	237.9±70.0	0,588
PCT	0.21±0.06	0.19±0.06	0,179
PLR	104.6±34.4	106.7±56.7	0,633
NLR	4.5±2.3	1.9±1.1	0,355

OSAS GRUBUNA AİT SONUÇLAR

EP-394

OSAS OLGULARINDA PLATELET LENFOSİT -NÖTROFİL LENFOSİT ORANI VE PLATELETKRİT DÜZEYİ

Aka Uluğ Trakyalı[1], Sibel Doruk[1], Emel Ceylan[2], Handan İnönü Köseoğlu[3], Hatice Sabiha Türe[4]
[1]Ata Sağlık Hastanesi, İzmir
[2]Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın
[3]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat
[4]Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

GİRİŞ: Nötrofil lenfosit (NLR) ve trombosit lenfosit oranının (PLR) birçok inflamatuar hastalığın ciddiyeti ve kötü prognozu ile ilişkili olduğu ve kardiovaskuler hastalıkların risk sınıflamasında yeni bir prognostik faktör olabileceği bilinmektedir. Plateletcrit (PCT) kandaki trombositler tarafından doldurulan hacim yüzdesidir, normalde %0.22–0.24'dür.

AMAÇ: Bu çalışmada sağlıklı kontroller ile OSAS olguları arasında NLR, PLR ve PCT açısından farklılık olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

SONUÇLAR: Çalışmaya polisomnografi yapılmış yaş ortalaması 54.2 olan 75'i erkek toplam 126 kişi (116'sı OSAS) dahil edildi. Olgu ve kontrol grubuna ait son 1 ay içinde yapılmış hemogram analizi kaydedildi. Apne hipopne indeksi (AHI) ve yaş ortalaması dışında karşılaştırılan tüm değişkenler açısından gruplar benzerdi. OSAS olguları hafif-orta ve ağır olmak üzere 2 gruba ayrıldığında da gruplar AHI dışında diğer değişkenler açısından benzerdi.

SONUÇ: Literatürde çalışmamızdan farklı olarak PLR ve NLR OSAS şiddeti ile ilişkili bulunmuş, gruplar arasında belirgin farklılık saptanmıştır. OSAS hastalarında yapılmış ve PCT'nin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Anahtar Kelimeler: OSAS, Nötrofil lenfosit oranı, trombosit lenfosit oranı,plateletkrit

EP-395

YAŞLI BİREYLERİN UYKU APNESİ DURUMLARININ İNCELENMESİ

Selma Çelik, Hediye Arslan Özkan, Tuğçe Atak Meriç
Yeditepe Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, istanbul

GİRİŞ :Yaşın ilerlemesi ile birlikte uyku sırasında solunumun hızı ve ritminde bozulma, ventilasyonda azalma ile seyreden uyku bozuklukları artmaktadır.Uykuda solunum bozuklarından biri olan uyku apnesi, yaş, BKİ ve kronik hastalık gibi birçok faktör nedeniyle ortaya çıkan, uyku esnasında sık tekrarlayan nefes durması ile ilişkili oksijen satürasyonun düşmesine ve ani ölümlere sebep olan bir halk sağlığı sorunudur.

GEREÇ-YÖNTEM : Tanımlayıcı tipte kesitsel desende olan çalışmamızın, örneklemini ikisi özel ve ikisi devlet dört farklı huzur evinde kalan ve çalışmamıza gönüllü olarak katılmayı kabul eden 72 birey oluşturmaktadır. Veriler; görüşme formu, Berlin Uyku Apnesi Değerlendirme Formu, Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ve Yorgunluk için Görsel Benzerlik Skalası kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

BULGULAR : Olgularımızın yaş ortalaması 72,67±7,72 olup, %54.2'si kadındır. Katılımcıların %68'sinin kronik hastalığı olduğu, %41.3'nün sigara içtiği ve %52.9'unun uyku apnesi açısından yüksek riskli grupta olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun yorgunluk düzeyi yüksek, enerji düzeyi düşük bulundu.Çalışmamızda uyku apnesi riski erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğu saptandı. Uyku apnesi ile yorgunluk düzeyi arasında pozitif ve enerji düzeyi arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r < 0.01$). Yorgunluk düzeyi artıkça ve enerji düzeyi düştükçe uyku apnesi riski artmaktadır. Çalışmamızda günlük yaşam aktiviteleri açısından bağımsızlık düzeyi ile uyku apnesi karşılaştırıldığında, orta derece ve üzeri bağımlı olan bireylerin, hafif derecede bağımlı ve tam bağımsız olan bireylere oranla uyku apnesi riskinin yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).
Kronik hastalık ve uyku apnesi durumuna baktığımızda, Depresyon, DM ve HT olan hastaların, olmayanlara oranla uyku apnesi riski yüksek olduğu bulundu.Yapılan regresyon analizinde sigara içmenin uyku apnesi üzerine etkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca pasif içiciliğe maruz kalan bireylerin kalmayan bireylere oranla uyku apnesi riskinin daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).
BKİ ile uyku apnesi riski arasında anlamlı bir fark bulunmazken, kilo alımı ile uyku apnesi arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu ve kilo alımının uyku apnesini yüksek oranda etkilediği saptandı ($r < 0.01$), kilo alımı arttıkça uyku apnesi risk de artmaktadır.

SONUÇ :Çalışmamızda; erkek cinsiyet, yüksek yorgunluk, düşük enerji ve bağımlılık düzeyi, depresyon, DM ve HT gibi kronik hastalıkların varlığı, sigara kullanımı ve pasif içiciliğe maruziyet, kilo alımı yaşlı bireylerde uyku apnesi riskini artırmaktadır. Sonuçlarımız literatür bilgilerini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, uyku apnesi, yorgunluk, enerji

EP-396

OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMU FARKINDALIĞI

Serap Argun Barış, Elif Karasal, Ece Yetişkin, İlknur Başyiğit, Haşim Boyacı
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Çalışmanın amacı; 16 Mart Dünya Uyku Günü etkinliklerine katılan bireylerde Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) / Uyku apnesi farkındalığının değerlendirilmesidir. METOD: OSAS farkındalığının değerlendirilmesi amacıyla konferansa katılan gönüllü bireylere OSAS semptomları, eşlik eden sağlık sorunları, OSAS'ın sosyal etkilerini sorgulayan anket formu ve Epworth Uykululuk Testi uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya 44 (%58,6) kadın, 31 (%41,4) erkek olmak üzere toplam 75 kişi katıldı. Katılımcıların ¼'ü lise ve öncesi eğitim seviyesinde idi. Ortalama yaş 35,69 ± 12,4 yıl, BMI 25,7 ± 5,5 kg/m2 ve sigara kullanımı 17 ± 24,8 paket/yıldı. On üç kişi (%18,3) aktif sigara içiciydi. Katılımcıların 64'ü (%85,3) uyku apnesini duymuştu ve yaklaşık %75'i uyku apnesinin temel semptomlarını biliyordu. %88'i gece uyku kaydı yapılarak tanı konulduğunu bilmekteydi. Katılımcıların %33,3'ü uyku apnesinin hipertansiyon ve %66,3'ü ritim bozukluğu ile ilişkili olabileceğini, %61,3'ü tedavi edilmemiş uyku apnesinin artmış trafik kazaları ile ilişkili olduğunu, %70,7'si ehliyet başvurusu sırasında uyku apnesi risk değerlendirmesinin kazaları azaltabileceğini belirtti. Katılımcıların 28'inde (%37,3) horlama, 19'unda (%25,3) sabah baş ağrısı, 40'ında (%53,3) yorgunluk, 10'unda (%13,3) tanıklı apne ve 30'unda (%40) partnerin horlama konusunda şikayeti mevcuttu. Ortalama Epworth skoru 3,97 ± 3,7 iken, bireylerin 7'sinde (%9,3) Epworth skoru >10 idi. Cinsiyetler arasında ortalama yaş, sigara paket/yıl ve Epworth skoru benzerdi. Erkeklerde horlama, partnerin horlama yakınması ve tanıklı apne kadınlara göre istatistiksel anlamlı derecede yüksekti (p=0,006; p=0,005; p=0,04). Sigara kullanımının apneyi arttırabileceği (p=0,04) ve uyku testi ile tanı konulduğu (p=0,01) kadınlarda daha iyi bilinmekteydi.

SONUÇ: OSAS tanımı, semptomları ve tanı yöntemi bilinmesine rağmen, katılımcıların yaklaşık %10'unun kendisinde var olan OSAS semptomlarının farkında olmadığı, OSAS'ın diğer sağlık sorunları ve trafik kazaları gibi sosyal durumlara etkisinin yeterince bilinmediği izlenmiştir. Toplumda farkındalığın arttırılması için bilgilendirme toplantıları ve kamu spotlarının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: uyku apnesi, farkındalık, trafik kazası

EP-397

YOĞUN BAKIMDA İNVAZİV MANTAR ENFEKSİYONLARI: HANGİ HASTALARA DİKKAT EDELİM?

Mehtap Pehlivanlar Küçük, Özgür Kömürcü, Çağatay Erman Öztürk, Fatma Ülger
Ondokuz Mayıs Universitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ:Yoğun bakım ünitelerinde fungal enfeksiyonlar genellikle nonspesifik klinik tabloya neden olduklarından yüksek mortalite ve morbidite ile seyrederler. Hangi hastalarda ivedilikle tedavinin başlanması gerektiği her yoğun bakım hekimi tarafından öngörülebilmelidir.Yoğun bakım ünitemizde yaygın mantar enfeksiyonu ve septik şok tablosunda izlenen bir olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

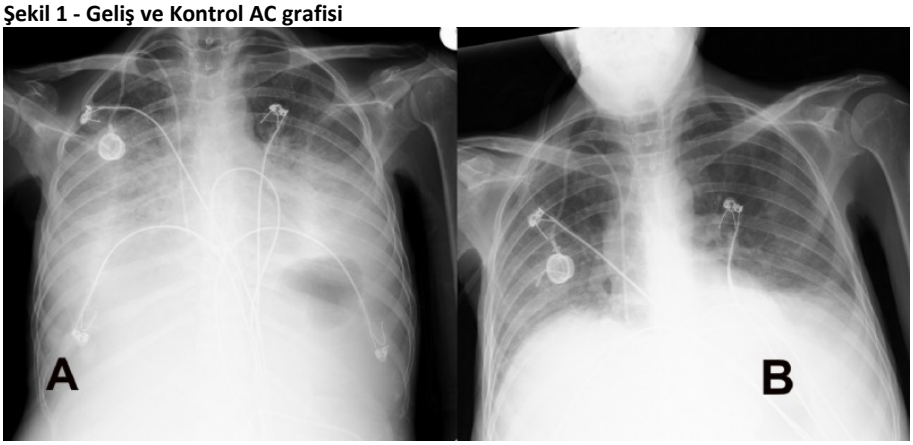
OLGU: Kırkbir yaşında bayan hasta 2014'te pankreas başı karsinomu tanısı alarak whipple operasyonu geçirmiş.Kemoterapi tedavisi nedeniyle port takılması, hidronefroz nedeniyle nefrostomi ve ileus gelişmesi üzerine ileostomi işlemleri uygulanmıştır.Sürekli nazogastrik dekompresyon ve yaklaşık 15 gündür total parenteral nutrisyon (TPN) ile beslenmekte iken genel durumunda kötüleşme, solunum yetmezliği tablosunda yoğun bakım ünitemize alındı.Hastanın değerleri kreatin: 1.32mg/dL, lökosit: 21.000u/L, C-reaktif-protein:106mg/dL, prokalsitonin:37ng/mL, albümin: 2,1g/dL, laktat: 2.38mmol/L idi.Akciğer grafisinde bilateral alt zonlardan orta zonlara kadar uzanan infiltrasyonu mevcuttu(Şekil-1A).Hasta pnömoni, septik şok ve akut renal yetmezlik tablosunda inotrop/vazopressör ve ampirik geniş spektrumlu antibiyoterapi(meropenem 2x1gr, levofloksasin 1x500mg, kaspofungin 1x50mg, tmp-smx 3x400/80mg) eşliğinde, NIMV ve aralıklı yüksek akım oksijen tedavileriyle izleme alındı.Tedavi başlangıcıyla alınan tüm vücut kültürlerinden port, kan ve idrar kültür örneklerinde 100.000koloni candida albicans üremesi saptandı.Kaspofungin duyarlı olan fungal üreme sonrası diğer antibiyoterapilerinde deeskalasyona gidildi.Takibinde klinik, laboratuvar ve radyolojik regresyon(Şekil-1B) saptanan hastanın O2 gereksinimi azaldı, hasta servise taburcu edildi.

TARTIŞMA:Tüm kandida türleri için bağımsız risk faktörleri arasında, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, santral venöz kateterizasyon, mekanik ventilasyon, TPN, yoğun bakımda uzun yatış süresi, özellikle gastrointestinal cerrahi uygulamaları, renal yetmezlik, hemodiyaliz, diabetes mellitus, ağır nekrotizan pankreatit, nötropeni, kemoterapi, transplantasyon, mukozal kandida kolonizasyonu, bakteriyel enfeksiyon ve H2 reseptör blokör kullanımı bildirilmiştir. Bu enfeksiyonların %10-15 inden kandida türleri en sıkta C. Albicans sorumludur. YBÜ hastalarında risk faktörlerinin bilinmesi gerek profilaksi uygulamaları gerekse empirik/preemptif tedavinin yönlendirilmesine yardımcı olacaktır. "Kandida skoru" 4 bağımsız risk faktörünün puanlanması esasına dayanmaktadır.Klinik sepsis 2 puan, abdominal cerrahi 1 puan, TPN 1 puan ve multifokal kandida kolonizasyonu 1 puan olarak belirlenmiş ve 3 değeri cut-off olduğunda duyarlılığı %81, özgüllüğü %74 olarak bildirilmiştir.Bizim olgumuzda bu kriterlerin tamamı pozitif olarak saptanmıştır.Erken antifungal tedavi başlanmıştır.

SONUÇ: Yoğun bakımda multiorgan yetmezliği, ciddi sepsisi olan hastalarda risk faktörlerinin varlığında mikrobiyolojik doğrulama olmaksızın ampirik antifungal tedavinin başlanması mortalitenin azaltılması için son derece önemlidir.Bu risk faktörlerinin bilinmesi ve yüksek mortalite ile gidebilecek hastaların saptanması her yoğun bakım hekiminin önceliklerinden olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Candida Albicans, Candida Skoru, Erken Antibiyoterapi, Fungal Septisemisi, Yoğun Bakım

Şekil 1 - Geliş ve Kontrol AC grafisi



A: Geliş akciğer grafisi B: Kontrol akciğer grafisi

EP-398

YOĞUN BAKIMDA VERİLEN KEMOTERAPİ SONRASI, MEKANİK VENTİLATÖRDEN AYRILAN, BÜYÜK B HÜCRELİ LENFOMA OLGUSU

Davut Aydın, Çağatay Erman Öztürk, Mehtap Pehlivanlar Küçük, Fatma Ülger
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun

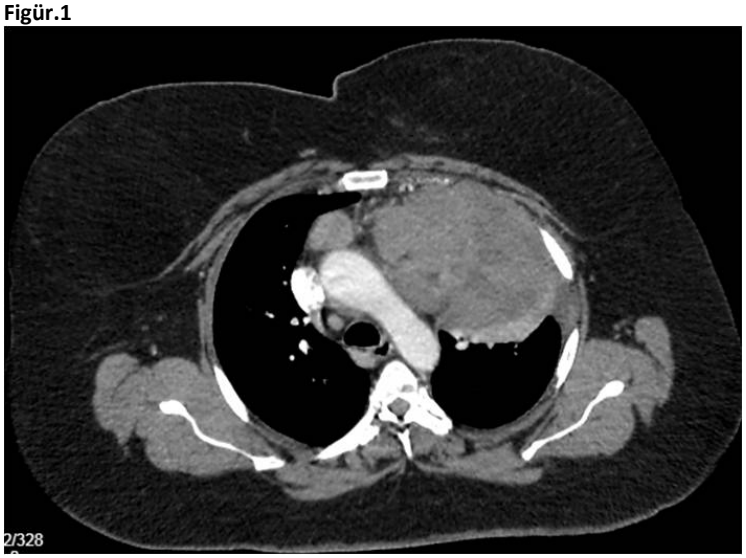
GİRİŞ: Onkolojik tanılarla yoğun bakıma kabul edilen kritik hastalarda; sağ kalıma etkisinin olmayacağı düşüncesi, mevcut ağır organ yetmezlikleri, düşük performans durumları ve daha bir çok nedenle; kemoterapi rejimlerinden kaçınılmaktadır. Mevcut sunumda kalp ve buyuk damar basısına neden olan mediastinal kitle (Figür.1) ve solunum yetmezliği bulunan, kemoterapi sonrası bulgularında belirgin düzelme ve başarılı weaning sağlanan B hücreli lenfoma olgusunun ele alınması, amaçlanmıştır.

OLGU: Otuz yedi yaşında kadın hastaya nefes darlığı yakınmasıyla çekilen akciğer grafisinde sol kalp sınırını silen, sol orta ve alt zonu dolduran, homojen opasite artışı izlenmiş. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde; kalp ve pulmoner artere bası oluşturan, sol anterior superior yerleşimli kitle saptanmış ve bunun üzerine, genel anestezi altında eksploratif mediastinotomi ile kitleden biyopsi alınmış. Sonrasında devam eden mekanik ventilasyon ihtiyacı nedeniyle yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Optimal tedavi ve spontan solunum denemelerine rağmen ventilatörden ayrılamayan hastaya dokuzuncu ventilatör gününde trakeotomi açıldı. Mekanik ventilatörden ayrılamayan yüksek PEEP ve FiO2 ihtiyacı devam eden hastanın patoloji sonucu '' büyük B hücreli lenfoma '' olarak raporlanması üzerine hematoloji ile konsülte edilerek acil CHOP kemoterapisi verildi. Takibinde gelişen nötropenik ateş ve septik şokun tedavisi düzenlendi. Klinik tablonun düzelmesi, PEEP ve FiO2 ihtiyacının azalması üzerine spontan solunum denemeleri tekrar başlandı. Yoğun bakım yatışının on dokuzuncu gününde başarılı weaning sağlandı. Pulmoner fizyoterapi ve faz 1 mobilizasyon uygulandı. Kontrol akciğer grafilerinde soldaki opasite artışında dramatik gerileme olduğu görüldü (Figür.2). Ek problemi olmayan hastanın takibine ve tedavilerine devam edilmek üzere hematoloji servisine transfer edildi.

SONUÇ: Palyasyon dışında tedavi önerilmeyen ve terminal dönem olanlar dışında kanser olguları; solunum yetmezliği, septik şok, kansere bağlı tedavi komplikasyonları, postoperatif takip gibi endikasyonlarla yoğun bakım ünitesine sıkça kabul edilmektedirler. Bu süreçte, bası etkisi oluşturan intrakranyal lezyonlarda, malign perikardiyal efüzyonlarda, vena cava superior sendromu gibi buyuk damar bası durumlarında ve AML 'de gelişen dissemine intravasküler koagülasyon gibi kansere bağlı ilerleyici süreçlerin kontrolünde sitotoksik tedavinin hemen verilmesi gerekebilir. Özel kritik onkolojik olgularda verilecek kemoterapi kararı ile sağlayabilecek faydalar, olası komplikasyonlar, tedavinin sağkalıma etkileri, devam eden organ yetmezlikleri, diğer ilaç tedavileri ve maliyetler gibi birçok faktör göz önünde bulundurulduktan sonra, karar verilmelidir.

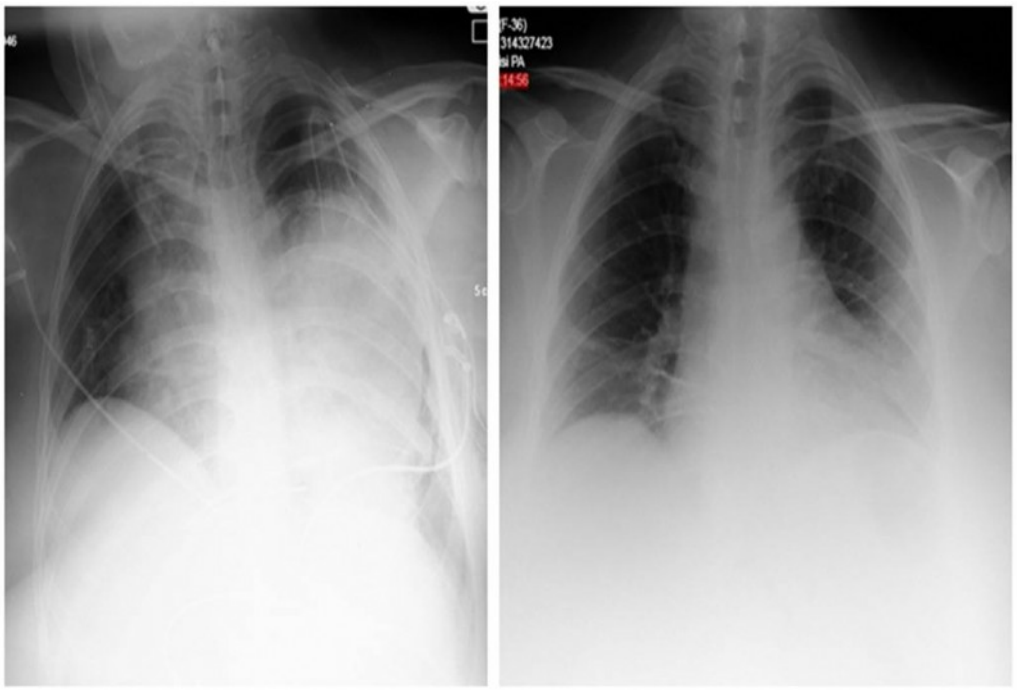
Anahtar Kelimeler: B hücreli lenfoma, Kemoterapi, Mekanik ventilasyon, Weaning, Yoğun bakım

Figür.1



Toraks BT'de sol anterior superior yerleşimli 12 x10 cm boyutlarında kalp ve vasküler yapılara bası oluşturan kitle lezyonu görüntüsü

Figür.2



Hastanın yoğun bakıma kabul edilmeden çekilen akciğer grafisinde sol kalp sınırlarını silen, orta ve alt zonda homojen opasite artışı bulguları ve bulgularda dramatik gerilemenin gözlendiği akciğer grafisi görüntüleri

EP-399

YOĞUN BAKIM İHTİYACI GÖSTEREN "İLAÇ AKCİĞERİ" OLGUSUNUN YÖNETİMİ

Ahmet Oğuzhan Küçük, Hüseyin Şenel, Samet Soner Küçükosman, Ahmet Eroğlu
Karadeniz Teknik Universitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ: Günümüzde antibiyotik kullanımının artmasıyla yan etkiler de giderek artan sıklıkta görülrmektedir. İlaçlara bağlı akciğer hastalıklarında(İBAH) klinik hafif olabileceği gibi bazı olgular fatal de seyredebilir.İlaçlara bağlı akciğer hasarı sitotoksik ve nonsitotoksik ilaçlara bağlı akut ve kronik akciğer hastalıklarına neden olabilmektedir.Yoğun bakım ünitesinde ilaç kullanımına bağlı solunum yetmezliği tablosuyla takip edilen hasta sunulmuştur.

OLGU: 36 yaşında, Fas uyruklu hastaya idrar yolu enfeksiyonu tanısıyla 2x80/400mg trimetoprim/sülfametoksazol(TMP/SMX) tedavisi başlanmış ve şikayetlerinin devam etmesi üzerine kadın hastalıkları tarafından tedavisine 2x500mg siprofloksasin eklenmiştir.TMP/SMX 6.gün siprofloksasin 3.gün olarak almakta iken dermatoloji tarafından ciltteki döküntüler ilaç erüpsiyonu olarak değerlendirilmiş(Şekil-1) ve 60 mg prednol po tedavisi başlanmış; antibiyoterapisi sonlandırılmıştır.Hasta gelişen dispne, şuur bulanıklığı, hipotansiyon nedeniyle yoğun bakım ünitemize kabul edildi.Hasta entübe edilerek mekanik ventilatör desteği sağlandı.Çekilen akciğer grafisi, Toraks BT'sinde;buzlu cam dansitelerinin izlendiği konsolide alanlar ve plevral effuzyon tespit edildi(Şekil-2a,b,c).Orta Doğu hikayesiyle hastanın trakeal aspirat kültürü yanında viral/atipik pnömoni şüphesiyle PCP CPR, influenza PCR çalışıldı ve tedavisine moksifloksasin 1x 400 mg iv ve oseltamivir 2x150mg ng eklendi.Yapılan bronkoalveolar lavaj(BAL) hücre morfolojisi; hemorajik alveolar mayi, %45 alveolar makrofaj, %40 polimorfonukleer lökosit, %10 lenfosit, %5 eozinofilik lökosit olarak görüldü.Olası vaskülit için çalışılan C-ANCA, P-ANCA negatifti.Kliniği, miks BAL içeriği ve radyolojisi ile ilaca sekonder akciğer tutulumu düşünülen hastaya pulse steroid 3 gün 1x1gr iv uygulandı, takibinde 1mg/kg ile devam edildi.Oksijenizasyon ve akciğer filmi (Şekil-2d) düzelen hasta 6.gün ekstube edildi.On üçüncü gün servise devredildi.

TARTIŞMA: İBAH oluşumunda toksik ve immünolojik mekanizmalar sorumlu tutulmaktadır.İBAH'ın etkileri akciğer parankiminde olmak üzere birçok sistemde görülebilir.Bazı ilaçlar akciğerlerde direkt toksik etkiye sahipken bazı ilaçlar immün kompleksler oluşturur.Tanı çoğu zaman benzer patolojilere sebep olan diğer nedenlerin ekarte edilmesine dayanır.Hastalık ilaç kullanımından sonraki birkaç gün içinde ortaya çıkabilir.Tanıda ayrıntılı bir öykü, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, gerektiğinde bronkoskopi, biyopsi gibi invaziv girişimler yapılmalıdır.İBAH'ın tedavisi öncelikle sorumlu olduğu düşünülen ilacın kesilmesi ve semptomlara yönelik tedavi verilmesidir.İlaç kullanımına bağlı ortaya çıkan klinik genellikle 24-48 saat sonra kaybolur.İlaç akciğeri başlangıcı akut olan vakalarda sistemik korkitosteroid önerilmektedir.

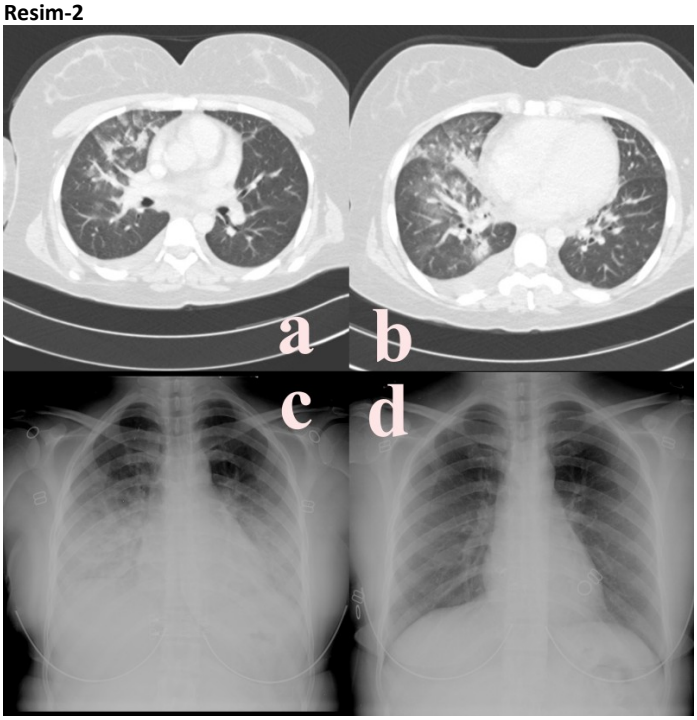
SONUÇ: İBAH tanısı zor, detaylı anamnez gerektiren, klinik bir ekartasyon tanısıdır.Yoğun bakım ihtiyacı ve mortaliteye kadar varabilen zorlu bir tedavi süreci olabilektedir.Klinisyenin ilaca bağlı akciğer tutulum paternlerini akılda tutup tanıda ve tedavide hızlı davranması hastalık progresyonunu önleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Ayırıcı Tanı, İlaca Bağlı Akciğer Hasarı, Yoğun Bakım

Resim-1

Cilt erüpsiyonları

Resim-2



a,b,c; Geliş Akciğer grafisi ve Toraks BT d; taburculuk Akciğer grafisi

EP-400

YOĞUN BAKIMDA GELİŞEN VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yadigar Yılmaz[1], Ferda Yılmaz İnal[2], Öznur Şen[3]
[1]Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul
[3]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Prospektif olarak yaptığımız bu çalışmada, yoğun bakım ünitemizdeki ventilatöre bağlı gelişen pnömoni (VİP) insidansını, etkenlerini ve mortalitemizi belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEMLER: Çalışmaya, 1 Nisan- 1 Eylül 2010 tarihleri arasında, 19 yaşından büyük, en az 3 gün süreyle mekanik ventilasyon uyguladığımız ve ilk yatışta akciğer enfeksiyonu olmayan olgular dahil edildi. Tüm olgularda, vücut ısısı, kan ve idrar kültürleri, endotrakeal aspiratların mikrobiyolojik analizleri ve akciğer grafileri izlendi. Apache II Skoru, mekanik ventilasyon ve yoğun bakımda yatış süresi ile mortalite kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmamıza 45 olgu alındı ve 22"sinde VİP gelişti(%48). VİP gelişme insidansı, 1000 ventilatör günü için 25,34 gündü. Çalışmada, mekanik ventilasyon süresi, yoğun bakımda kalma süresi, coma ve trakeostomi VİP gelişme için risk faktörü olarak saptandı. VİP gelişen hastalarda, VİP gelişmeyen hastalara göre mortalite oranı belirgin derecede daha yüksek idi. En sık görülen mikroorganizmalar Acinetobacter spp., Pseudomonas Aeruginosa ve Klebsiella Pneumonia idi.

SONUÇ: Yoğun bakımımızda, VİP, mekanik ventilasyonun sık ve önemli bir komplikasyonu idi ve mortalitesi çok yüksekti. Mortaliteyi azaltmak, morbiditeyi minimalize etmek, yoğun bakımda kalma süresini azaltmak ve maliyetleri azaltmak için, VİP için tanımlanmış risk faktörlerinin tanınması, infeksiyon kontrol programlarının uygulanması, her ünitede sürveyans sonuçlarının düzenli olarak değerlendirilmesi ve uygun tedbirlerin alınması gerekir

Anahtar Kelimeler: Ventilatör ilişkili pnömoni, mekanik ventilasyon, yoğun bakım

EP-401

SANTRAL VENÖZ KATETERİZASYONUN NADİR BİR KOMPLİKASYONU

Oral Menteş[1], Mustafa Özgür Cırık[1], Şevki Mustafa Demiröz[2], Gülşah Yurtseven[1], Meriç Ünver[1], Ali Alagöz[1], Hilal Sazak[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Ankara

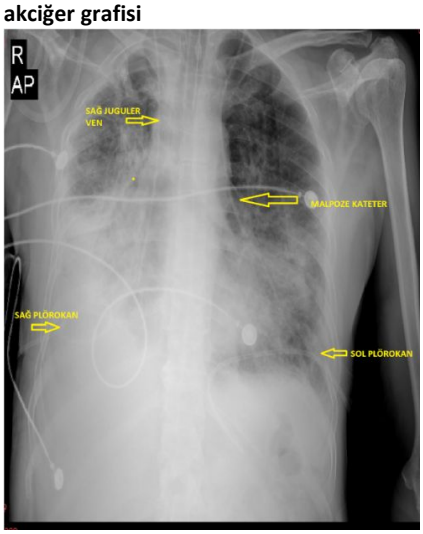
GİRİŞ: Santral ven kateterizasyonu (SVK) sırasında kateterin sağ atriuma yerleşimi başta olmak üzere, malpozisyonlar karşılaşılabilecek durumlardır. Biz bu olgu sunumunda nadir olarak görülen, kateterin plevral boşluğa yerleşimi ile ilgili, deneyimimizi paylaşmak istedik.

OLGU: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve tip 2 solunum yetmezliği nedeniyle yoğun bakım ünitesinde takip edilen, 58 yaşında erkek hastanın tedavi sürecinde sol İJV kateterizasyonu planlandı. İlk ponksiyonda kan aspire edilip, kılavuz tel ilerletildikten sonra, kateter Seldinger yöntemiyle sorunsuz bir şekilde yerleştirildi. Kateterin distal ucu aspire edildiğinde bir miktar kan sonrası seröz mayi gelmesi üzerine kateter infüzyon amaçlı kullanılmadı. Akciğer grafisi çekildiğinde kateterin intraplevral aralıkta olduğu görüldü. Göğüs cerrahisi uzmanı tarafından değerlendirilen hastaya ek kateter yerleştirilerek ilgili hemitorakstaki efüzyon güvenle drene edildi. Sonrasında malpoze kateteri çekildi. Malpoze kateterin çıkarılması esnasında komplikasyonla karşılaşılmadı. Hastanın yoğun bakım takibinde ek problem olmadı.

SONUÇ: SVK sırasında ve sonrasında yaşamı tehdit edici komplikasyonlar gelişebilir. Pnömotoraks ve hemotoraks bunlardan bazılarıdır. Olgumuzda mevcut plevral efüzyon nedeniyle malpozisyon erken fark edildi, sıvı infüzyonu yapılmadı. Ayrıca ek bir sorunla karşılaşılmadı. Literatürde akciğer grafilerinde kateter malpozisyonlarının saptanma oranı % 29-33 civarındadır (1,2). Herhangi bir bulgu vermeksizin de oluşabilecek komplikasyonların erken fark edilebilmesi ve kateterin lokalizasyonunun görülebilmesi için hastanın fizik muayene ve erken dönemde çekilen akciğer grafisi ile değerlendirilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: santral venöz kateter, internal juguler ven, kateter komplikasyonu

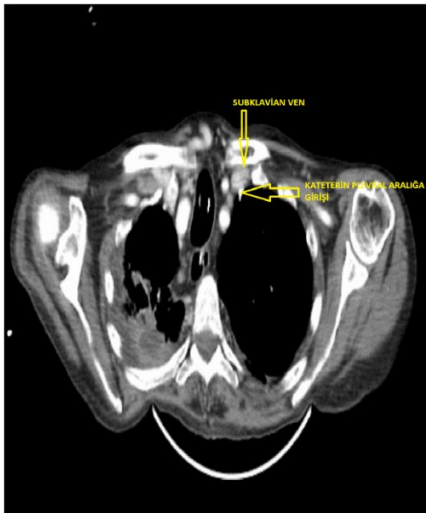
akciğer grafisi



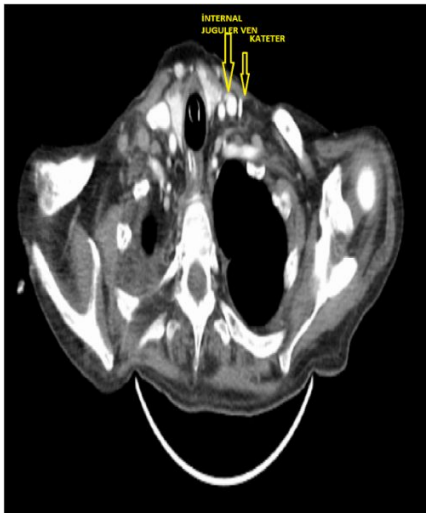
malpoze kateter sonrası plevral sıvıyı boşaltmak için çift taraflı plörokan yerleştirilmesi

KATETER GİRİŞİ

KATETERİN PLEVRAL ARALIĞA GİRİŞİ



KATETERİN YERİ



EP-402

OLGU SUNUMU: NADİR ÜREYEN BİR PNÖMONİ ETKENİ: ACHROMOBACTER DENİTRİFİCANS

Meriç Ünver[1], Gülşah Yurtseven[1], Oral Menteş[1], Mustafa Özgür Cırık[1], Saadet Çakmak[2], Ali Alagöz[1], Hilal Sazak[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara

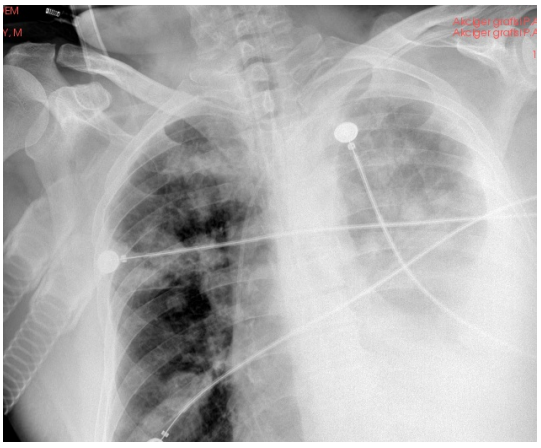
GİRİŞ: *Achromobacter denitrificans* gram negatif, non fermentatif, oksidaz ve katalaz pozitif bir bakteridir. Su ve topraktan izole edilebilir. Bazı insanlarda dış kulak yolu, gastrointestinal sistem ve respiratuvar yolakta normal flora elemanı olarak bulunabilir. Nadiren bir enfeksiyon etkeni olarak karşımıza çıkar. Biz bu olguda *Achromobacter denitrificans*'ın sebep olduğu bir pnömoniden bahsetmek istedik.

OLGU: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akciğer kanseri ve solunum yetmezliği tanılarıyla yoğun bakım ünitesine kabul edilen 63 yaşında erkek hasta 1 haftadır nefes darlığı, öksürük, balgam şikayetleriyle acil servise başvurmuş ve göğüs hastalıkları servisine yatırılmış. Serviste plevral sıvı örneklemesi malign epitelyal tümör olarak raporlanmış. Yatışının 10. gününde genel durumunun kötüleşmesi, pH:7,15 pCO2:98 mmHg pO2:66 mmHg olması üzerine hasta entübe edilerek yoğun bakıma entübe halde kabul edildi. Gelişinde rutin kültürleri alındı. Hasta gelişinde sefepim tedavisinin 10. gününde idi. Geliş endotrakeal aspirat kültüründe *Achromobacter denitrificans* saptanması üzerine meropenem tedavisine enfeksiyon hastalıkları tarafından geçildi. Tedavisinin 3. Gününde mekanik ventilatörde takip edilirken fiO2:%80'den %50'ye, peep:8mmHg'den 6mmHg'ya düşüldü. Tedavisinin 14. gününde enfeksiyon parameterelerinin normale dönmesi nedeniyle meropenem tedavisi sonlandırıldı. Ancak hastanın malignitesi ve diğer komorbiditeleri nedeniyle mekanik ventilatör desteği devam etti.

SONUÇ: *Achromobacter denitrificans* pnömoni etkeni olarak hastanemizde ilk defa karşımıza çıkmış olup literatürde de çok az sayıda olgu sunumu mevcuttur. Özellikle immün sistemi baskılanmış hastalarda bu nadir enfeksiyon etkeninin akılda tutulmasının önemli olduğunu vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Achromobacter denitrificans, pnömoni, Achromobacter

akciğer grafisi



EP-403

ARİTMİLERİN GİZLİ YÜZÜ: OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMU

Merve Yilmaz, Pınar Mutlu, Nihal Arzu Mirici
Çanakkale Onsekizmart Üniversitesi,Göğüs Hastalıkları ABD,Çanakkale

ÖZET: Obstrüktif uyku apnesi sendromu (OSAS), uykuda üst hava yolundaki tıkanıklıklar nedeni ile uyku sırasında oluşan solunum durması epizotları, uyku fragmantasyonu, oksijen desaturasyonu ve gündüz artmış uyku hali ile birlikte olan bir klinik tablodur.(1)OSAS toplumda aslında sanılandan çok daha yaygındır.Bazı hastalarda OSAS semptomlarını çok rahat görebiliriz,ancak bazı hastalar hiç semptom vermeyebilir.Her ne kadar OSASın nedenlerinin ve kardiyovasküler hastalığa bağlanmış ölüm oranının üzerine olan ilgi ve araştırmalar artsa da, hala bu ilişki tam olarak netleştirilememiştir.Temel olarak güvenilir klinik bulgular OSASın, esansiyal ve dirençli hipertansiyonla olduğu kadar, felç geçirme riskini, kardiyak ritm bozukluklarını(af,bradiaritmi,svt,ventriküler aritmi) koroner arter hastalığını,akut miyokard infarktüsünü ve kardiyak arresti arttırdığı hipotezini destekliyor.(8)Biz de bu olguda OSAS semptomları olmayan genç obez bir hastada aritminin nedeni olarak OSAS ve OSAS tedavisi ile düzelen bir aritmiyi göstermek istedik.

Obstructive sleep apnea sendrome is a clinical presentation which includes:oxygen desaturation,sleep fragmantation,increased level of sleepness while awake and the pauses in breating caused by the obstuctions in upper air ways.Contrary to popular belief,OSAS is a common disease.although we can clearly recognise the symptoms of OSAS,some of the patients may not show any symptoms..even though the numbers of the experiments on OSAS and related deaths caused with the cardiovascular diseases are increasing, the relationship between them are not completely proven.a lot of trusted clinical trials supports the hypotesis that OSAS increses the risk of myocardial infarction,cardiac arrest,arytmias,stroke as much as essential or persistant hypertantion. in this case; we wanted to demonstrate that OSAS may cause arytmia and with the threathment of OSAS, we could treat the arytmia which a young patient with obesity who has none of the OSAS symptoms.

Anahtar Kelimeler: obstrüktif uyku apne sendromu,aritmi,kardiyovasküler hastalık

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

flaptour

Podgoritsa Caddesi No:1, 06610
Birlik, Çankaya-ANKARA
Tel: 0 (312) 454 00 00
Faks: 0 (312) 454 00 01
E-Posta: solunum2018@flaptour.com.tr

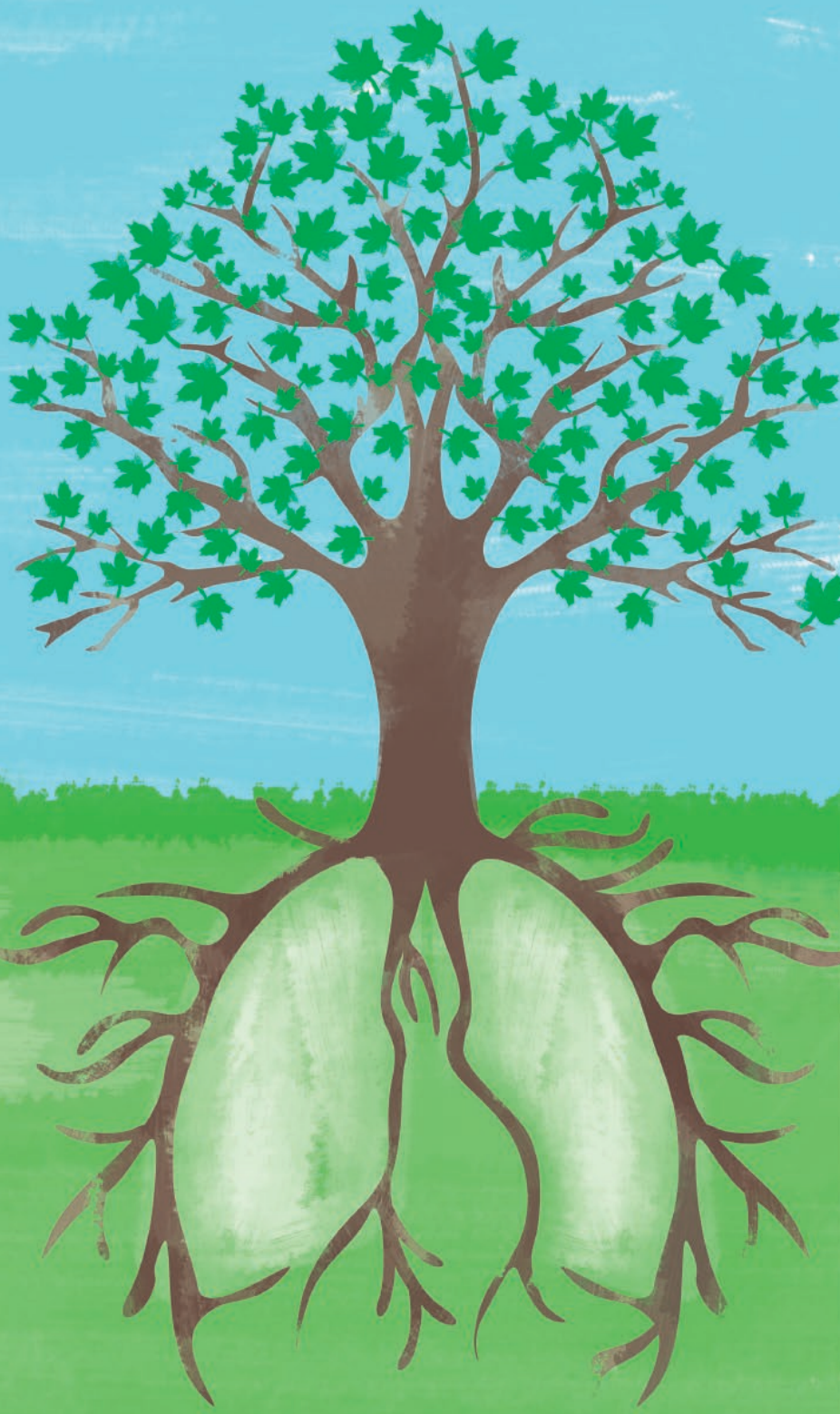
GENEL ORGANİZASYON

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği
TÜSAD

Sahrayıcedit Mh. Atatürk cad.
Aslan Kaptan Çıkmazı Sk.
No:1 K:3 D:5 Kadıköy/İSTANBUL
Tel: 0 (216) 410 22 58 - 59
Faks: 0 (216) 410 22 60
GSM: 0 (530) 200 46 42
E-posta: info@solunum.org.tr

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği

TÜSAD



"Bir Solukta..."

40. Ulusal Kongresi

13-16 Ekim 2018

Rixos Sungate Otel

Antalya

www.solunum.org.tr/solunum2018

KONUŞMA ÖZETLERİ

ASTIMI TAKLİT EDEN HASTALIKLAR

Dr. Kurtuluş Aksu
SBÜ Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi SUAM

Astım kronik hava yolu inflamasyonu ile ilişkili kompleks ve heterojen bir hastalıktır. Multifaktöryel bileşenleri mevcuttur. Uzun dönem sonuçları vardır. Astım için günümüzde halen tanı koydurucu bir belirteç yoktur. Astım tanısı karakteristik semptom paterni gösteren öykü ve değişken ekspiratuvar hava akımı kısıtlılığının gösterilmesiyle konulmaktadır. Hem yetersiz hem de aşırı tedaviden kaçınılabilmesi için astım tanısının doğrulanması önemlidir. Astım tanısı ile izlenen erişkinlerin %33.1'inde astım tanısının yanlış olduğu çok yeni bir çalışmada gösterilmiştir. Bu nedenle tüm hastalar için detaylı klinik öykü alınması zorunludur. Astımı taklit eden hastalıklar dışlanmalıdır. Atipik semptomların varlığında ayırıcı tanıda yardımcı olabilecek bilgisayarlı toraks tomografisi ve bronkoskopi gibi diğer tanısal yöntemler kullanılmalıdır.

VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİNİN ÖNLENMESİNDE KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Dr. Naile ALANKAYA
Kıbrıs İlim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

GİRİŞ

Günümüzde nozokomiyal enfeksiyonlar ciddi bir problem olup, yol açtığı morbidite, mortalite ve maliyet üzerinde önemle durulması gereken konulardır. Nozokomiyal enfeksiyonlar içerisinde pnömoniler %9-67 sıklıkla, üriner sistem enfeksiyonlarından sonra ikinci sırayı almaktadır. Bu pnömoni vakalarının ise %30-46'sının yoğun bakım ünitelerinde geliştiği görülmektedir [1-4]. Mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda, mekanik ventilasyona bağlandıktan 48 saat sonrasında gelişen pnömoniler ventilatör ilişkili pnömoniler (VİP) olarak kabul edilir [1-2,4-5]. Türkiye'de Türk Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans verileri VİP gelişme hızının 2016 yılında 3.0 ile 15.2/10^3 ventilatör günü arasında değiştiğini belirtmektedir [6] .

Ventilatörle İliskili Pnömonide Risk Faktörleri

VİP gelişmesinde en önemli risk faktörü, hastanın mekanik ventilasyon desteğinde kalma süresidir. Mekanik ventilasyonda kalma süresi uzadıkça, VİP sıklığı doğru orantılı olarak artmaktadır. 48 saatten uzun süre entübe kalan hastaların çoğunluğu VİP gelişmesi için riskli olmasına rağmen bazı hastalar daha fazla riske sahiptir. VİP gelişimindeki risk faktörleri üçe ayrılabilir. Bunlar;

1. Bireye ait risk faktörleri
2. Kullanılan aletlere ait risk faktörleri
3. Personele ait risk faktörleri.

1. Bireye ait risk faktörleri: İmmünosüpresyon, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, akut solunum yetmezliği sendromu gibi hastalıklarda veya torasik veya üst gastrointestinal sistem operasyonu yapılan ve mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda aspirasyon riskinin artmasına ve solunum yolu temizleme mekanizmalarının bozulmasına bağlı olarak VİP sıklığında artış olmaktadır. Ayrıca, hastalara uygulanan çok sayıda santral ya da periferik venöz yolu olan hastalarda bakteriyemi riskinde artma ve hemotojen yolla VİP gelişme sıklığında artış görülebilmektedir [2,7-11]. Bunların yanı sıra hastanın pozisyonu, bilinç seviyesi, kullanılan ilaçlar, uygunsuz antibiyotik kullanımı, ağız temizliğinin etkin yapılmaması, entübe edilme sayısı da risk açısından önemlidir [12]. Tekrarlayan entübasyonlar ve sık aspirasyon yapmak, hastada VİP gelişme riskini 6 kat daha fazla artırmaktadır [5].

2. Kullanılan aletlere ait risk faktörleri: Ventilatör bağlantıları, endotrakial tüp (ET), orogastrik ya da nazogastrik tüpler risk faktörleri içerisinde yer almaktadır [13]. ET, üst solunum yolları ile trakea arasında anormal bir açıklık sağlayarak bakterilerin doğrudan aşağıya inmesine uygun yol oluşturur. Ayrıca ET varlığı, havanın nemlendirilmesi ve filtre edilmesi gibi işlemlerin yapıldığı üst solunum yollarının savunma mekanizmasını da ortadan kaldırmış olur. Bunun yanı sıra, öksürük refleksi ET varlığı nedeniyle azalır ya da tamamıyla ortadan kalkar. ET balonunun üst kısmında biriken sekresyonlar balon basıncının azalması sonucu, üstte biriken mikroorganizmaların mikroaspirasyonu ile trakeaya inmesine neden olur. Nazogastrik tüp, gastroosefagial sfinkterin etkisini ortadan kaldırarak reflüye neden olur ve VİP gelişme riskini artırır [2,14].

Mekanik ventilatör bağlantılarının erken değiştirilmesi, ventilatöre bağlı hastanın transferi, VİP sıklıgında artışa neden olmaktadır. Endotrakeal entübasyon, trakeostomi gibi işlemler tek basına mekanik ventilasyon uygulansın veya uygulanmasın hastane kaynaklı pnömoni sıklığını artırmaktadır. Tekrarlayan endotrakial entübasyon, hastanın kendini ekstübe etmesi de VİP sıklığında artışa neden olmaktadır [2,5].

3. Personele ait risk faktörleri: Hastalar arasında çapraz kontaminasyona neden olduğu için VİP'de personele ait risk faktörleri arasında en önemlisi, uygun olmayan el yıkamadır. Entübe olan ve ventilatöre baglı olan hastalar, aspirasyon ve ventilatör bağlantılarının manüplasyonu gibi birçok uygulamaya maruz kalırlar. Eğer sağlık personeli uygun el hijyeni sağlamazlarsa, bu uygulamalar hastalar arasında çapraz kontaminasyonu artırabilir. Kontamine hastalar arasında eldiven değiştirmeme, el hijyeni yetersizliği VİP görülme sıklığını artırmaktadır [15].

VİP'i Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

Ventilatör ilişkili pnömoni gelişimi, yoğun bakımda izlenen hastalar için büyük bir sorun olup, halen tanı ve tedavisi hakkında uzlaşı sağlanamamış konular bulunmaktadır. Bu durumda önemli olan enfeksiyonun önlenmesidir. VİP'i önlemek için girişimlere hasta entübe edildiği andan itibaren başlanmalı ve ekstübe edilene kadar da devam edilmelidir.

"**Ventilatör Paketi"** ventilatöre bagli olan hastanın bakımında birçok kanıta dayalı uygulamanın bir arada kullanılmasıdır. Institute for Health Improvement (IHI)'nın geliştirdiği "Ventilatör Paketi" dört bölümden oluşmaktadır. Bunlar;

1. Hastanın yatak basını $30^{0}C$ - $45^{0}C$ derece yüksekte tutmak,
2. Günlük sedasyon molası vermek ve ekstübasyon için değerlendirme yapmak,
3. Derin Ven Trombozu profilaksisi uygulamak,
4. Peptik ülser profilaksisi uygulamaktır [12].

IHI'nın gelistirdigi ventilatör paketi; ventilatördeki hasta bakım kalitesini artırmak amacıyla geliştirilmiş olmasına rağmen birçok hastane bu uygulamaların VİP'i %45 oranında azalttığını vurgulamışlardır. Ayrıca IHI; ağız bakımı, subglottik aspirasyon, gastrik dekontaminasyon, pozisyon değişiminin de VİP'i önlemede önemli olduğunu vurgulamaktadır. Birçok hastane VİP önleme protokollerine IHI'nın geliştirdiği "ventilatör paketi" ile birlikte ağız bakımı, subglottik aspirasyon gibi uygulamalardan bir ya da bir kaçını eklemişlerdir [12,16].

Bir başka VİP önleme stratejisi ise FASTHUG'tur (daily evaluation of feeding, analgesia, sedation, thromboembolic prophylaxis, elevation of the head of the bed, ulcer prophylaxis, and glucose control). FASTHUG beslenmenin değerlendirilmesi, analjezik ve sedasyon kullanımının azaltılması, tromboemboli profilaksisi, yatak basının yükseltilmesi, ülser profilaksisi, glikoz kontrolünü içermektedir [16].

Tablo 1. Ventilatör İlişkili Pnömoniyi Önlemek İçin Kanıta Dayalı Uygulama Stratejileri

El yıkama protokollerini takip etmek
Klorheksidinli ağız bakımı uygulamak
Stres ülser profilaksisi uygulamak
Serum fizyolojikle yıkama yapmaktan kaçınmak
Hastanın pozisyonunu iki saatte bir değiştirmek
Ventilatör bağlantılarını gözle görülür kirlenme olmadıkça değiştirmemek
Hastanın yatak basını 30-45 derecede tutmak
Sedatif ajanların kullanımını azaltmak
Her pozisyon değişimi öncesi orofarenksi aspire ederek temizlemek
Devamlı subglottik aspirasyon yapmak
Gastrik rezidüel volümü takip etmek, distansiyonu önlemek
Endotrakeal tüp balon basıncını 20-30 cmH2O basınçta tutmak
Tekrarlayan entübasyondan kaçınmak ve erken ekstübasyonu saglamak
DVT (Derin Ven Trombozu) profilaksisi uygulamak
Noninvaziv mekanik ventilasyon uygulamak

VİP gelişmesinde birçok risk faktörü bulunmasına rağmen etkin hemşirelik uygulaması da bu hastalığın görülme sıklığını azaltabilir. Hemşireler orofarenkste ve gastrointestinal sistemde bakteri kolonizasyonunu önlemede önemli rolü olan sağlık personelidir. Sağlık personeli hasta ile temastan önce ve sonra en az 10 saniye **el yıkamalıdır [**15,17].

Hastanın oral kavitesindeki bakterileri azaltmak için yapılan oral dekontaminasyon hem fiziksel hem de farmakolojik uygulamaları içerir. Bunlar diş fırçalama, ağız içi sekresyonların temizliği gibi fiziksel uygulamaları, antimikrobiyal ajanların kullanımı gibi farmakolojik uygulamaları içermektedir. Farmakolojik uygulama olarak **günde iki kez klorheksidinli oral uygulama** yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda klorheksidinli ağız bakımının bakteriyel kolonizasyonu azaltarak VİP insidansını azalttığı görülmüştür [18-21].

Mekanik ventilasyona bağlı hastaların çoğunluğuna stres ülser profilaksisi verilmekte bu uygulama gastrik pH'yı artırmaktadır. Bir çalışmada alkali mide pH'sının patojen mikroorganizmaların çoğalması için uygun ortam oluşturduğu tespit edilmiştir. Diğer bir çalışmada 48 saatten daha uzun süre mekanik ventilasyon uygulanan hastaların gastrointestinal sistem (GİS) kanama riskinin 16 kat arttığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak, **stres ülser profilaksisi** VİP gelişmesinde önemli bir rolü olmamakla beraber, GİS kanaması gibi önemli bir sorunu da önlediği için ventilatöre bağlı hastalarda rutin kullanımı önerilmektedir [12,16].

Aspirasyondan önce serum fizyolojik ile endotrakeal tüpün yıkanması, kolonize olmuş bakterilerin alt hava yollarına geçerek VİP riskini artırmaktadır. Serum fizyolojikle yıkama işlemi, mukusun akışkanlığını artırarak endotrakeal tüpün temizleneceği düşünülmekte ve uzun süredir kullanılmaktadır. Ancak çalışmalarda serum fizyolojikle yıkamanın VİP riskini artırdığı tespit edilmiştir. Hastaların rutin olarak her iki saatte bir pozisyonunun değiştirilmesi, pulmoner drenajı artırarak VİP görülme sıklığını azaltmaktadır [15-16].

Ventilatör bağlantılarının kolonizasyonu VİP gelişiminde önemli rol oynar. Ventilatör bağlantılarının sık değiştirilmesi VİP insidansını azaltmamaktadır. Ventilatör bağlantılarının **sadece yeni hasta için ya da çok kirlendiyse değiştirilmesi** önerilmektedir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention-CDC) ventilatör bağlantılarının ve ısı nem değiştiricilerinin çok sık değiştirilmemesini sadece gözle görülür kirlenme olduğunda değiştirilmesini önermektedir [1,15-16].

Endotrakeal tüp varlığı VİP gelişme riskini artırdığı için ekstübe etmek ve ventilatörden ayırmak için hasta her gün değerlendirilmelidir. Hastaya yarı oturur pozisyon vererek, **yatak basını 30-45 derece yukarıda tutmak**, reflüyü ve mideden bakterilerin solunum yollarına aspirasyonunu engellemektedir [12,15-16].

Sedatif ajanların kullanımının azaltılması, gastrik içeriğin aspirasyonunu engelleyebilir. Devamlı sedatif infüzyonuna her gün belirli bir süre ara verilmesi, mekanik ventilasyon gününü 2 gün kısaltırken, yoğun bakımda kalış süresini 3,5 gün kısaltmaktadır [16].

Endotrakeal tüp balonu üzerinde sekresyonların birikmesinden dolayı ET değiştirilmeden önce orofarenks mutlaka aspire edilmelidir. ET balon basıncı takip edilmeli ve en az **20 cmH2O basınçta** tutulmalıdır. Balon basıncını uygun seviyede tutmak, üst solunum yolundaki sekresyonların aşağıya doğru inmesini engeller. Devamlı supglottik aspirasyon yapmaya elverişli olan **extra lümenli endotrakeal tüp kullanımının** VİP insidansını % 40 azalttığı tespit edilmiştir [2,15-16] .

SONUÇ

Yoğun bakımlarda ventilatör ve hasta bakımı ile ilgili işlevlerden hemşireler sorumludur. Hemşirelerin sağlığın korunması ve geliştirilmesindeki rolleri göz önüne alındığında, yoğun bakımda VİP gelişiminin önlenmesi ya da azaltılmasındaki hemşirelik uygulamalarının hasta güvenliğinin sağlanması açısından önemi kaçınılmazdır. Hemşire sayısının yetersizliği, yoğun bakımlarda da diğer birimlerde olduğu gibi önemli bir sorundur. Hemşire sirkülasyonunun hızlı olması ve daha az deneyimli hemşirelerin yoğun bakımlarda çalışması, VİP'i önlemede sürekli eğitimin gerekliliğini ön plana çıkarmaktadır. Çünkü nozokomiyal enfeksiyonların gelişmesinden doğrudan sağlık personeli sorumludur. Hemşireler VİP patofizyolojisi, risk faktörleri ve bu hastalığın gelişimini önlemek gibi konularda sürekli eğitimden geçirilmelidir. Eğitim, VİP riski olan hasta bakımında önemli rol oynamaktadır. VİP riski olan hastalara verilen hemşirelik bakımı ile ilgili eğitim modüllerinin kullanımı ile bu tür pnömoninin gelişimi, ventilatöre bağlı kalma süresi ve maliyet azaltılabilmektedir.

Sonuç olarak; yoğun bakımda önemli problemlerden biri olan VİP'in önlenmesinde hemşirelerin kanıt temelli çalışmaları takip etmesi, bunları uygulamaya koyması, bu uygulamalarla ilgili bakım protokollerini geliştirmesi ve bu konuda hizmet içi eğitimlerinin düzenli olarak yürütülmesi gereklidir.

Kaynaklar

1. Labeau S,Vandijck DM, Claes B, Van Aken P, Blot SI. Critical Care Nurses' Knowledge of Evidence-Based Guidelines for guestionnaire Preventing Ventilator-Associated Pneumonia: An Evaluation Questionnaire. Am J Crit Care; 2007; **16**: 371-377
2. Pittet D, Allegranzi B, Stor J, ve ark. Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. J Hosp Infect 2008; **68**: 285-92
3. Orucu M, Geyik MF. Yoğun bakım ünitesinde sık görülen enfeksiyonlar. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 1: 40-43.
4. Joseph NM, Sistla S, Dutta TK, Badhe AS, Parija SC. Ventilator-associated pneumonia: A review. European Journal of Internal Medicine. 2010; **2(3)**: 360–368
5. Salahuddin N, Zafar A, Sukhyani L, Rahim S, Noor MF, Hussain K, Siddiqui S, Islam M, Husain SJ. J Hosp Infect.Reducing ventilator-associated pneumonia rates through a staff education programme. 2004; 57(3): 223-7
6. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA) Raporu Özet Veri. (2013). http://www.saglik.gov.tr/DH/dosya/1-88693/h/uhesa-analiz-2013.pdf 23.09.2014
7. Juneja D, Singh O, Javeri Y, Arora V, Dang R, Kaushalal A. Prevention and management of ventilator-associated pneumonia: A survey on current practices by intensivists practicing in the Indian subcontinent. Indian Journal of Anaesthesia. 2011; **55**(**2**): 122-128.
8. Diaz E, Lorente L, Valles J, Rello J. Mechanical ventilation associated pneumonia Med Intensiva. 2010; **34(5)**:318-24.
9. Burke JP. Infection control-a problem for patient safety. N Engl J Med 2003; **348**: 651-56.
10. Gerberding JL. Hospital onset infections:a patient safety issue. Ann InternMed 2002;137:665-70.
11. Mietto CM, Pinciroli R, PharmD NP, Berra L. Ventilator Associated Pneumonia: Evolving Definitions and Preventive Strategies. Respir. Care. 2013; **58(6)**: 990-1007
12. Jain M, Weddle J. Tenn Community acquired pneumonia-how does Tennessee measure up? Med. 2003; **96(6):**271-4.
13. Zack JE, Garrison T, Trovillion E, Effect of an education program aimed a treducing the occurrence of ventilator-associated pneumonia. Crit Care Med. 2002; **30(11):** 2407-2412.
14. Cocanour CS, Peninger M, Domonoske BD, Li T, Wright B, Valdivia A,Luther KM. Decreasing ventilator-associated pneumonia in a trauma ICU. J Travma. 2006; **61(1)**: 122-130.
15. Zack JE, Garrison T, Trovillion E, Effect of an education program aimed a treducing the occurrence of ventilator-associated pneumonia. Crit Care Med.2002; **30(11)**: 2407-2412.
16. Jansson M, Ala-Kokko T, Ylipalosaari P, Syrjala H, Kygas H. Critical care nurses'knowledge of, adherence to and barriers towards evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia: A survey study. Intensive and Critical Care Nursing; 2013; **29**: 216—227
17. Abbott CA, Dremsa T, Stewart DW, Mark DD, Swift CC. Adoption of a ventilator-associated pneumonia clinical practice guideline. Worldviews Evid Based Nurs. 2006;3(4):139-52
18. Hatler CW, Mast D, Corderella J, Mitchell G, Howard K, Aragon J, Bedker D.Using evidence and process improvement strategies to enhance healthcare outcomes for the critically ill: a pilot project. Am J Crit Care. 2006 Nov;15(6):549-55.
19. Kunis K.A. & Puntillo K.A. (2003). Ventilator-associatedpneumonia in the ICU: Its pathophysiology, risk factors,and prevention. American Journal of Nursing, 103(8),64AA–64GG.
20. Nieuwenhoven CA, Vandenbroucke-Grauls C, van Tiel FH, Joore HC, van Schijndel RJ, van der Tweel I, Ramsay G, Bonten MJ. Feasibility and effects of the semirecumbent position to prevent ventilator-associated pneumonia: a randomized study.van Crit Care Med. 2006 Feb;34(2):396-402.
21. Laux L, Herbert C. Decreasing ventilator-associated pneumonia: getting on board. Crit Care Nurs Q. 2006 Jul-Sep;29(3):253-8.

YETİŞKİNLERDE İLERİ YAŞAM DESTEĞİ

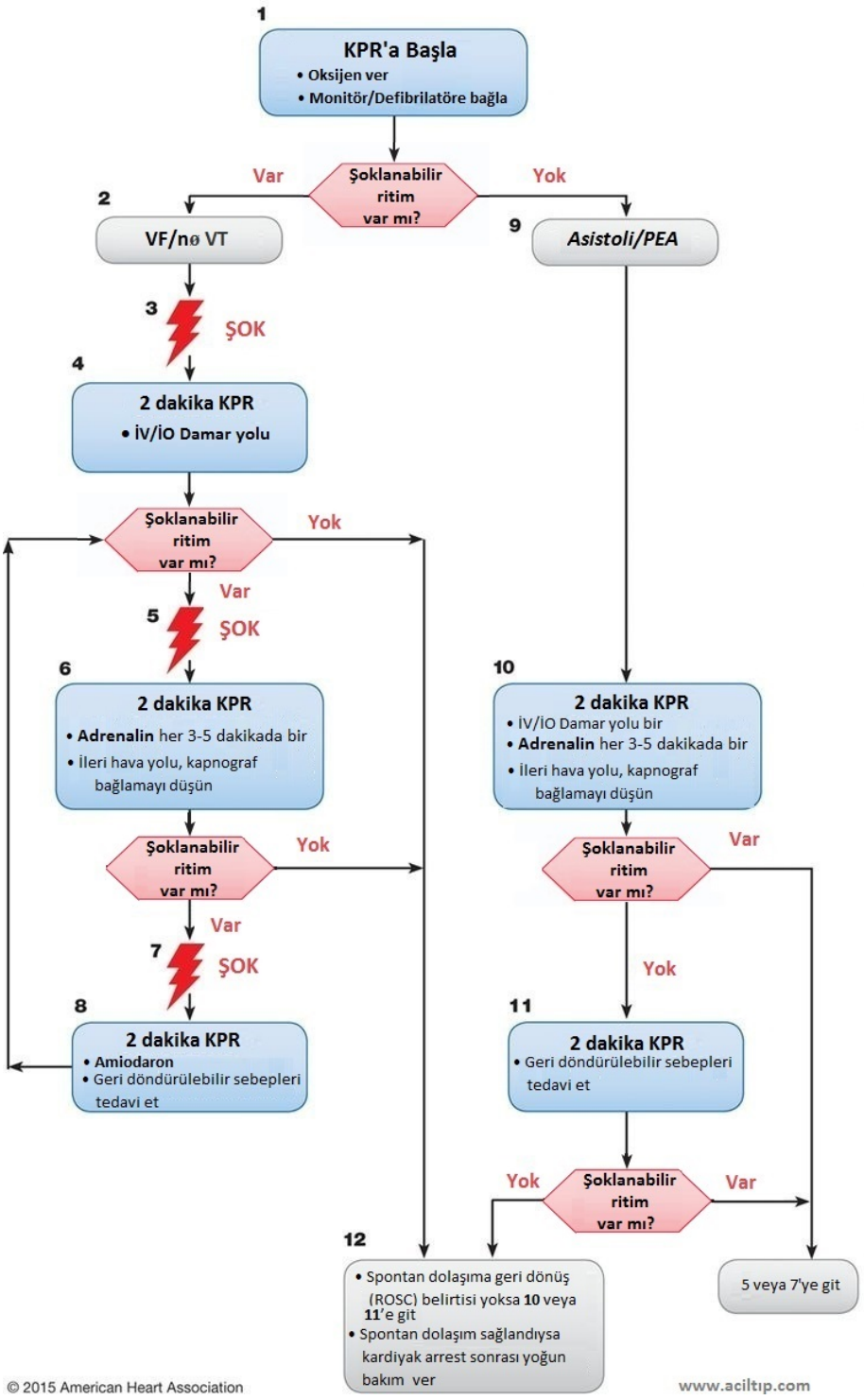
Dr. Nilgün ALPTEKİNOĞLU MENDİL
Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi

Giriş: Kardiyopulmoner resusitasyon (CPR); ölümün geri döndürebilirliğini mümkün kılma çabası içinde insanlığın en uzun soluklu mücadelelerindendir. İki yüzyılı aşkın bir süredir gelişmektedir. Paris Bilimler Akademisi, 1740 yılında boğulma mağdurları için ağızdan ağza ventilasyon yapmayı önerdi. 1891'de Dr. Friedrich Maass, insanlarda ilk belgelenmiş göğüs kompresyonlarını gerçekleştirdi. Amerikan Kalp Derneği (AHA), 1963'te resmen CPR'u onaylamıştır ve 1966'da standartlaştırılmış CPR kılavuzlarını benimsemişlerdir.
Gelişmiş kardiyak yaşam desteği (ACLS) kılavuzları, bilimsel kanıtların birleşimine dayanarak her beş yılda bir yayınlanır. Amerikan Kalp Derneği (AHA) ve Avrupa Resüsitasyon Konseyi, 2010 yılında Uluslararası Resüsitasyon İrtibat Komitesi (ILCOR) tarafından yapılan resüsitasyon literatürünün kapsamlı bir derlemesini kullanarak en son ACLS kılavuz ilkelerini geliştirdi ve bunlar 2015 yılında güncellendi. Güncellenen bu bilgiler ışığında erişkin ileri yaşam desteği (ALS) özet olarak anlatılacaktır.

Yetişkinlerde Kardiak Arrest Algoritması: 2015 CPR kılavuzunda önerilen kardiak arrest algoritması aşağıdaki şekilde gösterilmiştir. CPR sırasında olası geri döndürülebilir sebepler; **5H** ve **5T** (hipovolemi, hipoksi, hipotermi, hidrojen iyonu, hipo/hiperkalemi, tansiyon pnömotoraks, tamponat, trombozis (kardiak/pulmoner), toksinler) olarak bilinir. Yetişkinlerde ileri yaşam desteği temel yaşam desteğinin devamı niteliğinde olup hastane öncesi veya hastane içi arrest olgularında, bu konuda eğitimli sağlık personeli için önerilir. Genel olarak geri döndürülebilir nedenleri hızlıca düşünerek solunum yolunun açılması ve solunumun sağlanması için uygulanan ileri hava yolu açma teknikleri ile spontan kalp ritminin döndürülmesi için gerekli defibrilasyon ve ilaç tedavilerini içerir.

İlaç Uygulama Yolları ve Şekilleri: İntravenöz (IV) yol kardiak arrest olgularında en sık kullanılan ve önerilen ilaç uygulama yolu olmakla birlikte bazı vakalarda (onkolojik hastalar, ekstremite yaralanmaları olan multiple travma hastaları) açılması zor olabilir. İntraosseoz (IO) yol, IV yol gibi aynı dozlarda efektif ilaç tedavilerine imkan sağlar. Zaman kaybı az, başarı şansı da yüksektir. CPR sırasında hastaya santral damar yolu açılması CPR'da kesintilere neden olacağı için önerilmez. Eğer olgularda IV/IO yol sağlanamamış ise epinefrin, naloksan, lidokain endotrakeal yoldan verilebilir. Birçok ilacın optimal endotrakeal dozu bilinmemesine rağmen genellikle 2-2,5 katı önerilir. Örneğin IV 1 mg önerilen epinefrin; endotrakeal 2-2,5 mg 5-10 ml normal salinle seyreltilerek uygulanır ve ardından ambu ile solutma yapılır.

Yetişkin Kardiyak Arrest Algoritması 2015



KPR Kalitesi

- Güçlü(en az>5 cm) ve hızlı (100-120/dakika) bas. Göğüs kafesinin geri çekilmesine izin ver.
- Kopresyon esnasında duraklamaları azalt.
- Aşırı ventilasyondan kaçın.
- Kopresyon uygulayanı 2 dakikada bir değiştir.
- Entübe değilse kopresyon-ventilasyon oranı 30:2 ver
- Kantitatif dalga form kapnografide -$PETCO_2$ < 10 mmhg ise KPR kalitesini iyileştir
- İntra arterial basınç ölçümü - diastolik basınç <20 mmhg ise KPR kalitesini iyileştir.

Defibrilasyon için Şok enerji Düzeyi

- **Bifazik:** üretici tavsiyesine göre (Başlangıç dozu 120-200), eğer bilinmiyorsa en üst değerde ver. İkincil ve takip eden dozlarda eşit veya daha yüksek doz düşünülebilir.
- **Monofazik:** 360 joul

İlaç Tedavisi

- **Adrenalin** İV/İO dozu: 1 mg 3-5 dakikada bir
- **Amiodaron** İV/İO dozu: -1. doz 300mg bolus -2. doz 150 mg

İleri Hava Yolu

- Endotrekeal entübasyon veya supraglottik havayolu
- Kantitatif dalga form kapnografi veya kapnometri ile doğrula ve ET tüpü monitorize et
- Göğüs kopresyonu devam ederken İleri hava yolu yerleştirildiğinde 6 saniyede bir ver (10 solunum/dakika) ver

Spontan Dolaşıma Dönme (ROSC)

- Nabız ve kan basıncı
- $PETCO_2$'de ani ve süreğen artış (tipik olarak >40 mmHg)
- İntra arterial monitöde spontan arteriyel basınç dalgası

Geri Döndürülebilir Sebepler

- Hipovolemi
- Hipoksi
- Hidrojen iyonu (asidoz)
- Hipo/Hiperkalemi
- Hipotermi
- Tansiyon pnömotoraks
- Tamponat kardiyak
- Trombozis kardiyak
- Trombozis pulmoner
- Toksinler

İLAÇLAR

Epinefrin: Epinefrinin yetişkin CPR'da önerilen IV/IO doz ve miktarı her 3-5 dakikada bir 1 mg'dır. Eğer IV/IO yol açılamadıysa veya geciktiyse 2-2,5 mg dozunda endotrakeal yolla da verilebilir. Arrest tespit edildiğinde ritm asistoli veya nabızsız elektriksel aktivite (NEA) ise olabildiğince erken epinefrin uygulaması önerilmektedir. Erken uygulamanın hastaneden taburculuk ve daha iyi nörolojik sağkalım ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Vazopressin: 2015 kılavuzunda yetişkin kardiak arrest algoritmasından çıkarılmıştır.
Amiodaron: VF/Nabızsız VT'de hasta defibrilasyona yanıtsız ise, 300 mg IV/IO bolus uygulanır. Tekrarlayan doz 150 mg önerilir.
Lidokain: Amiodarona ulaşılamayan durumlarda kullanımı önerilmektedir. Doz 1-1,5 mg/kg IV, tekrarlayan dozlar 0,5-0,75 mg/kg IV şeklindedir.
Magnezyum Sülfat: Polimorfik ventriküler taşikardi (Torsades de pointes) olguları dışında rutin kullanımı önerilmez. Bu endikasyonda 2 gr IV önerilmektedir.
Sodyum Bikarbonat: Rutin kullanımı önerilmez. Metabolik asidoz, hiperkalemi veya trisiklik antidepresanın toksik doz kullanımı gibi özel resüsitasyon durumlarında yararlı olabileceği belirtilmektedir. CPR sırasında arteryel kan gazı değerlendirilerek bikarbonat konsantrasyonu ve baz açığı hesaplanabilir.

DEFİBRİLASYON

VF/Nabızsız VT ritmine en sık 45-75 yaş arası rastlanmaktadır. Kardiovasküler hastalıklar ile de risk artmaktadır. Potansiyel etyoloji olarak akut koroner iskemi akla gelmelidir. Erken defibrilasyon hayat kurtarıcı en etkin tedavi yöntemidir. VF/VT tespit edildiği andan itibaren kurtarıcı göğüs kompresyonuna devam ederken diğer kurtarıcı defibrilatörü şok uygulayabilir konuma getirmelidir. Defibrilatör şarj edildiğinde, şok için CPR durdurulur. Hasta ile temas olmadığına emin olunduktan sonra defibrilasyon için önerilen ilk enerji düzeyi bifazik cihazlar için 120-200 joule olarak belirlenmiştir. İkinci ve takip eden şoklarda daha yüksek enerji düşünülmelidir. Eğer monofazik cihazlar kullanılıyorsa ilk olarak 360 joule şok vermeli ve takip eden şoklarda da aynı doz ile devam edilmelidir. Şok ile göğüs kompresyonu arası kesintiler minimal olmalıdır. Şok sonrası ritm tayini için beklenmeden hemen kompresyona devam edilmeli ve 2 dk sonunda ritm kontrolü yeniden yapılmalıdır.
Prekordial yumruk da artık rutin de önerilen bir uygulama değildir.

EKSTRAKORPOREAL KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON (ECMO)

ECMO, kardiak arrest hastasının resüsitasyonu sırasında vücut dışı dolaşımın ve oksijenizasyonun başlatılması ve devamı amacıyla yapılır. Yüksek maliyetli bir yöntem olduğundan yalnızca hastanın yararlanma olasılığı yüksek olan durumlarda (geri döndürülebilir hastalık halinde veya kardiak transplantıbekleyen hastayı desteklemek için) düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. DeBard ML. The history of cardiopulmonary resuscitation. Ann Emerg Med 1980; 9:273.
2. Highlights of the History of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR). American Heart Association 2006. www.americanheart.org (Accessed on March 01, 2007).
3. Hermreck AS. The history of cardiopulmonary resuscitation. Am J Surg 1988; 156:430.
4. https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/ (Accessed on October 26, 2015).
5. Neumar RW, Shuster M, Callaway CW, et al. Part 1: Executive Summary: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2015; 132:S315.
6. Link MS, Berkow LC, Kudenchuk PJ, et al. Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2015; 132:S444.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MESLEK HASTALIKLARI, İŞ KAZALARI VE ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER

Dr. Sertaç Arslan
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

Meslek hastalıkları, işyeri ortamında bulunan faktörlerin etkisi ile meydana gelen hastalıkların ortak adıdır. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü gibi uluslararası kaynaklarda meslek hastalıkları; zararlı bir etkenle bundan etkilenen insan vücudu arasında, çalışılan işe özgü bir neden-sonuç, etki-tepki ilişkisinin ortaya konabildiği hastalıklar grubu olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık personeli arasında hekim, diş hekimi, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, laboratuvar çalışanları, acil tıp teknisyenleri, röntgen teknisyenleri, diş teknisyenleri ve diğer sağlık teknisyenleri sayılabilir. Sağlık sektörü çalışanları çok çeşitli sağlık ve güvenlik riskleri ve tehlikeleri ile karşı karşıyadırlar. Sağlık sektörü çalışanlarının dörtte üçünden fazlası kadındır. AB' de tüm çalışanların yaklaşık %10'u sağlık sektöründe çalışmaktadır. Sağlık sektörü çalışanlarının sağlık ve güvenlik riskleri diğer bütün sektörlerden daha fazladır. Özellikle son yıllarda artan fiziksel şiddet diğer sektörlere oranla çok daha yüksektir. Ülkemizde sağlık çalışanlarının %79'u kamuda Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışmaktadır. ABD'de 1970'lerde hastanelerde personel sağlığı merkezleri kurulmuştur. Ülkemizde ''Çalışan Güvenliği Birimi'' 2000'li yıllardan sonra yayınlanan yönetmeliklerle hayata geçmiştir. Kamu kurumları tarafından verilen insan sağlığına yönelik yataklı hastane hizmetleri çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır.

Sağlık çalışanlarında meslek hastalıklarının sebepleri arasında biyolojik etmenler (enfeksiyonlar), kimyasal etmenler (anestezik ve kimyasal maddeler), fiziksel etmenler (radyasyon, ses, ışık, toz vb), ergonomik etmenler (hasta kaldırma, sabit pozisyonda çalışma vb), psikososyal etmenler (şiddet, vardiya, gece çalışması, uzun süren mesailer vb) sayılabilir.
Sağlık çalışanlarında en sık görülen enfeksiyonlar arasında Hepatit B, Tüberküloz, Hepatit C, Hepatit A, HIV, Kırım kongo hemorajik ateşi, Ebola virüs sayılabilir. Bulaşta esas yol delici-kesici aletlerle yaralanma; daha az olarak mukokütanöz temas ile bulaştır. Hemşireler, hastabakıcılar ve laboratuvar personeli en yüksek risk grupları arasındadır. Kesici aletlerle yapılan işlemlere göre yaralanma oranlarında ilk sırada enjektör iğnesinin kapağının işlem sonrasında yerine takılmaya çalışılması bulunmaktadır.

Alınması gereken önlemler arasında; sağlık personelinin işe alınmasıyla birlikte ilk sağlık kayıtlarının tutulması ilk sırada gelir. Çalışanın sağlık durumu her yıl yeniden gözden geçirilmelidir. Tüm sağlık çalışanları temas/yaralanmalarını acilen bildirmenin önemi konusunda eğitilmelidir. İdeal olarak her kurum telefonla 24 saat boyunca ulaşılabilecek bir danışman bulundurmalıdır. İş sağlığı ve güvenliği birimi bulundurulmalı, etkin çalışan enfeksiyon kontrol komitesi bulunmalı, hastane yönetimi sorumluluğunun bilincinde olmalıdır. Hastane yönetimi tarafından yazılı, herkes tarafından anlaşılabilir, ulaşılabilir maruziyet kontrol planı oluşturulmalıdır. Bu plan her yıl gözden geçirilmelidir. Çalışanlara mesai saatleri içinde eğitim verilmelidir.
Maruziyet sonrası risk yönetimi konusunda gerekli adımlar atılmış olmalıdır. Bunlar arasında; tüm personele eğitim verilmesi, yara yerinin tedavisi; bağışıklama, hemen bildirim ve kayıt tutulması, değerlendirme, 24 saat danışmanlık, 24 saat tedaviye ulaşım olanağı, izlem olmalıdır. Genel korunma önlemleri arasında; el yıkama, aşılama, koruyucu sistemlerin oluşturulması, kişisel koruyucu ekipmanların temin edilmesi/kullanılması sayılabilir.

ŞİLOTORAKS

Dr.Cansel Atinkaya
SBÜ, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş

Maalesef ki şilotoraks postoperatif klinik olarak zor bir durumdur ve belirgin morbidite ile ilişkilidir. Tedavi algoritması çeşitlidir, konservatif tedaviden cerrahi tedaviye kadar çeşitlilik gösterir. Genel prensipler ise tüm tedavi stratejilerinde aynıdır: şilöz üretimin azaltılması, drenaj ve plevral boşluğun kapatılması, nütrisyon eksikliklerinin giderilmesi, volüm durumunun düzeltilmesi ve solunum bakımının gerekliliğidir.

Cerrahi müdahalenin zamanı ve endikasyonu ve cerrahinin yöntemi (torasik duktus ligasyonu, plöroplevral şant, plöridezis, drenaj, diyafram fenestrasyonu) çeşitlilik göstermektedir.

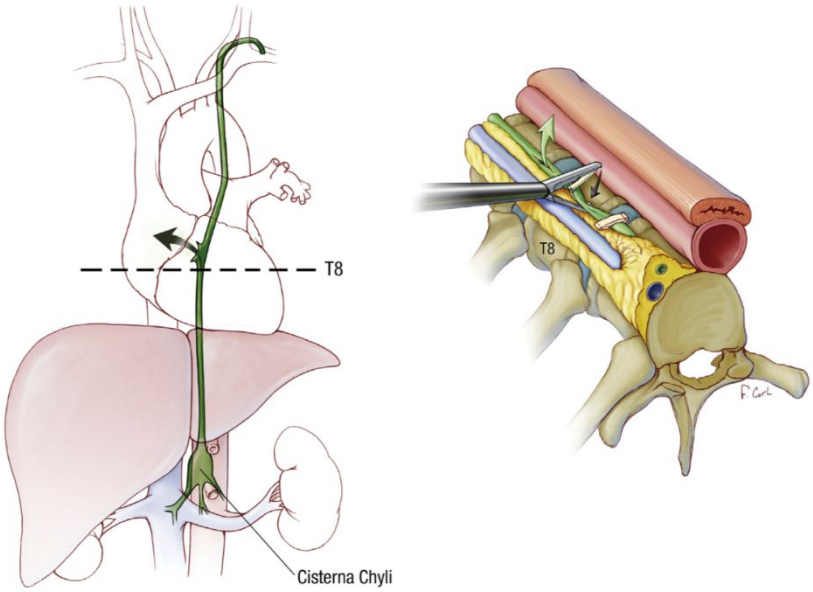


Fig 3. Thoracic duct ligation/SDL technique. (Left) At T8, the typical area of SDL, the duct can be visualized from the right hemithorax. (Right) Thoracic duct is typically ligated low in the chest. (SDL = surgical duct ligation.) (Published with permission of Mayo Foundation for Medical Education and Research.)

Klinik Özellikler ve Tanı

Şilotorakslı hastaların çoğunluğu asemptomatik olsa da, intraplevral boşlukta biriken sıvı miktarının artması ile nefes darlığı ve öksürük gelişebilir.

Şili kokusuz, steril, süt benzeri görünüme sahiptir. Lipid alımı arttıkça volüm artar ve sıvı rengi değişebilir. En belirgin özelliği sıvıda şilomikronların bulunmasıdır. Objektif teşhis kriteri TG düzeyinin 110 mg/dl den büyük olması ve plevral sıvı TG ve serum TG oranının 1.0 den büyük olmasıdır. Şili esas olarak barsaklarda oluşup, protein, lipid, elektrolit ve lenfosit içeren bir sıvıdır. Şilotoraks ise plevral boşlukta bu sıvının birkiti, yüksek derecedemorbidite ile sonuçlanan bir durumdur. Kronik şili kaçağı ise metabolik anormallikler, solunum sıkıntısı, bağışıklık sisteminin baskılanması, malnütrisyon ve hatta ölüme kadar bile yol açabilecek bir durumdur.

Tedavi

Sıvının drenajı palyatif de olabilmektedir. Sıvı ve protein kaybının replasmanı ile konservatif mi invaziv mi tedavi uygulanacağı konusuna karar verilmelidir. Şilotoraks yeniden biriktiğinde, ya da drenajı devam ettiğinde gelen fazla miktarda günlük sıvı miktarı agresif bir yaklaşımı gerektirir .

Konservatif yaklaşım altta yatan hastalığın tedavisi, torasentez, diyet düzenlenmesi (TPB veya yağsız diyet) içermektedir. Ek olarak somatostatin, etilefrin veya nitrik oksid ve altta yatan etyolojiye göre tedavi düzenlenir. Konservatif tedavi başarısı malign olmayan nedenlerde %50 oranındadır.
İnvaziv tedavinin kesin bir kriteri net tanımlanmamıştır. Fakat bazı otörlerce eğer şilotoraks iki haftada çözümlenmezse, yüksek drenaj varsa, altta yatan neoplastik bir etyoloji mevcutsa invaziv tedavi önerilmektedir. İnvaziv tedavide cerrahi olarak torasik duktusun bağlanması, plöridezis ve torasik duktus embolizasyonu dahildir

Travmatik şilotoraksta göğüs filmi plevral sıvıyı doğrulamak, tarafı belirlemek, tüp lokalizasyonu belirlemek açısından faydalıdır. İleri tetkiklerden lenfanjiografi ile kesin olarak kaçağı tespit eder ve terapötik müdahale de yapılabilir. MR ve BT lenfanjiografi diagnostik olmadığında kullanılabilir.

Travma dışı şilotoraks çeşitli hastalıklardan kaynaklanabilir ve tanısal bir karmaşa yaratır. Göğüs filmi plevral sıvı ve taraf belirlenmesi açısından faydalıdır. MR ve BT ayırıcı teşhiste önemlidir. Lenfanjiografi ise minimal invaziv tedavi yaklaşımı gerektiğinden uygulanabilir.

ÖZOFAGUS PATOLOJİLERİNDE VATS

Dr. Yener Aydın
Atatürk Üniversitesi

Özofagus cerrahisinden sonra en önemli morbidite ve mortalite kaynağı pulmoner komplikasyonlardır. Postoperatif komplikasyon ve mortaliteyi azaltmak için özofagus patolojilerinde minimal invaziv işlemlere doğru bir yönelme olmuştur. Yaklaşık çeyrek asırdır özofagus hastalıklarında torasik ve abdominal yaklaşımlarda minimal invaziv cerrahi kullanılır hale gelmiştir.

Özofagusun hem benign hem de malign hastalıklarında video yardımlı cerrahi kullanılabilmektedir. Gastroözofajiyal reflü, akalazya ve hiatal herniler benign nedenlerde cerrahi uygulanan en sık özofajiyal patolojiler olup bu olgularda sadece laparoskopik yaklaşım yeterli olmaktadır. İntratorasik özofajiyal lezyonların tamamında torakoskopik yaklaşım için sağ hemitoraks kullanılabilir. Bununla birlikte daha distal yerleşimli lezyonlarda sol hemitoraks veya abdominal yolla yaklaşım mümkündür.

Özofagus kanserinde minimal invaziv özofajektominin farklı kullanım alanları mevcuttur. Bazı olgularda sadece laparoskopik veya torakoskopik serbestleştirme için minimal invaziv işlem uygulanırken olguların çoğunda laparoskopik ve torakoskopik işlemler birlikte uygulanmaktadır.

Sadece laparoskopi ile yaklaşılacaksa tek lümenli entübasyon tüpü yeterlidir. Ancak torakoskopi uygulanacak olgularda çift lümenli endotrakeal tüpler kullanılmalıdır. Laparoskopik işlemlerde hasta supin pozisyon ya da litotomi pozisyonunda iken torakoskopik işlemlerde genellikle lateral dekübitus pozisyonu tercih edilir. Torakoskopik işlemlerde 30 derecelik lens ve videomonitorizasyon yeterli iken laparoskopik işlemlerde gaz insüflatörü de gereklidir. Cerrahların tercihlerine göre değişmekle birlikte laparoskopik işlemlerde genellikle 5 port, torakoskopik girişimlerde ise 2 veya 3 port kullanılır.

Özofagus kanser cerrahisinde perioperatif mortalite önemli oranda azalmasına rağmen, açık özofajektomi sonrası morbidite hala yüksek seyretmektedir. Özellikle pulmoner komplikasyonlardan kaynaklanan morbiditeyi azaltmak için birçok cerrah özofajektomide minimal invaziv yaklaşımları benimsemektedir. Özofagus kanserinin cerrahi tedavisinde laparoskopik ve torakoskopik yaklaşımı içeren minimal invaziv tekniklerde deneyim her geçen gün artmaktadır. Bu yaklaşımın açık cerrahiye göre olası avantajları arasında küçük insizyonlar, daha az intraoperatif kan kaybı, bazı postoperatif komplikasyonlarda azalma, yoğun bakım ve hastanede kalış süresinde azalma ve postoperatif pulmoner fonksiyonun daha iyi korunması sayılabilir. Cerrahi sınırlar ile lenf nodu diseksiyonunun yeterliliği ve uzun dönem sonuçların açık cerrahi ile karşılaştırılabilir olup olmadığı tartışılan konulardır.

Anahtar Kelimeler: Özofagus, Torakoskopi, Laparoskopi, Özofajektomi

YOĞUN BAKIM HASTASINDA İNHALASYON TEDAVİSİ

Dr. Gülbin Aygencel
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Yoğun Bakım BD

Havada asılı olarak stabilitesini koruyabilen küçük çaplı katı partiküllerin ve sıvı damlacıkların gaz içerisinde dağılması ile meydana gelen kolloid sistemlere "**aerosoller**" adı verilir. Aerosol ilaç kullanılarak yapılan tedavilere de **inhaler tedaviler** denir. İnhaler tedavinin etkinliğini belirleyen faktörler spontan solunum yapan kişilerde farklı, mekanik ventilasyon altında olan kişilerde farklıdır. Spontan soluyan kişilerde altta yatan akciğer hastalığı varlığı veya yokluğu yanında her solukta akciğerlere alınan hava hacmi (tidal volüm), solunum sayısı, burun veya ağız yoluyla solunum yapılması, havayolları anatomisi ve partikülün yapısı ve büyüklüğü inhale edilen ilacın akciğerde birikimini belirlerken; mekanik ventilatördeki hastalarda ventilatör ilişkili, devre ilişkili, cihaz ilişkili, hasta ilişkili ve ilaç ilişki faktörler akciğer depozisyonunu belirler.

İnhaler tedavide en sık kullanılan ilaçlar bronkodilatörlerdir. Bronkodilatör ilaçların (beta agonistler, antikolinerjikler) yanında kortikosteroidler (beklametazon, budesonid), surfaktan, mukolitikler (asetilsistein), prostaglandinler (iloprost, treprostonil), antibiyotikler (penisilin, seftazidim, aztreonam, siprofloksasin, levofloksasin, aminoglikozitler, streptomisin, polimiksinler ve vankomisin), antiviraller (ribavirin ve zanamivir) ve antifungal ilaçlar (amfoterisin B) ve pentamidin inhalasyon yoluyla verilebilir.

Mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda da inhaler tedavinin primer amacı bronkodilatör tedavi uygulamasıdır. Beta agonistler, antikolinerjikler, kortikosteroidler ve magnezyum bu amaçla yaygın olarak kullanılır. Mukolitik tedavi, prostasiklin tedavisi ve ventilatör ilişkili pnömoni (VAP) profilaksisinde ve tedavisinde antibiyotik uygulamaları yine inhalasyon yolu ile yapılmaktadır. Bu uygulamalar dışında, mekanik ventilasyon tedavisi uygulanan hastalarda ilaç kullanmadan aerosol tedavisi uygulamakta olasıdır. Söz konusu durumda steril su, hipotonik, izotonik veya hipertonik salin kullanılabilir. İlaç kullanmadan yapılan bu uygulamaların endikasyonları; üst havayolu ödemi, laringotrakeobronşit, subglottik ödem, ekstübasyon sonrası ödem, postoperatif üst havayolu yönetimi, balgam örneği almak veya sekresyonların hareket ettirilmesidir.

İnhalasyon yolunun kullanılmasının en önemli avantajı terapötik etkinliğinin yüksek, toksisitesinin ise düşük olmasıdır. Ancak ilaçların etkinliği ilacın etkisinin istendiği bölgeye ulaşması ile orantılıdır. Entübe edilmiş ve mekanik olarak solutulan hastalarda, endobronşiyal tüp veya trakeostomi kanülü gibi havayolu araçlarının bulunması ilaçların havayolunda depozisyonuna ve buna bağlı olarak etkinliğinin düşmesine neden olur. İnhalasyon tedavisinde yöntem ve uygulama cihazları da önemlidir. Spontan soluyan kişilerde kuru doz ve ölçülü doz inhalerler ile nebülizerler (jet, ultrasonik ve titreşimli mesh) kullanılırken; mekanik ventilatörde olan hastalarda sadece ölçülü doz inhaler (ÖDİ) ve nebülizerler kullanılabilir. Mekanik ventilasyon sırasında nadiren de instilasyon (ilacın havayoluna solüsyon olarak direkt verilmesi) denilen yöntem de uygulanabilir.

Nebülizerler (nebülizatörler) sıvı bir ilacı buhara veya bir süspansiyonu çok küçük damlacıklara dönüştürebilen, ilacın bronşiyollere hatta alveollere kadar ulaştırılmasını sağlayan inhalasyon tedavisi sistemleridir. Nebülizasyon tedavisi sıklıkla akciğerlere büyük dozlarda aerosol preparatı (ör, inhale antibiyotik tedavisi) iletmek amacıyla kullanılır. Günümüzde jet, ultrasonik ve titreşimli mesh nebülizerler kullanılmaktadır.

Mekanik ventilatör ile takip edilen hastalarda aerosol ilaç kullanımı yaygın olmasına rağmen ilacın depolanmasını ve etkinliğini etkileyen faktörler günümüzde hala tam aydınlatılamamıştır. Etkili ilaç dağılımı ilacın fiziksel, farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri ile birlikte ilaç verilme sisteminin ve tekniğinin uygunluğu ile de çok ilişkilidir. Birçok çalışma ile aerosol veren sistemin tipi, ventilatör devresindeki yeri, ventilatör ayarları, kullanılan nemlendirici tipi vb. gibi birçok faktörün mekanik ventilasyon sırasındaki aerosol ilaç depolanmasını etkilediği saptanmıştır.

Mekanik ventilasyon sırasında inhaler ilaç dağılımını etkileyen faktörleri daha ayrıntılı inceler isek;
1- Ventilatörle ilişkili faktörler; Ventilasyon modu, tidal volüm, inspirasyonun süresi, dalga şekli, inspirasyon akım hızı vb. birçok faktör inhaler ilaç dağılımını etkiler.
2- Devreyle ilişkili faktörler; Endotrakeal tüpün çapı, devrede ısı-nem tutucu filtrelerin (HME) veya ısıtıcılı nemlendiricilerin kullanılması ve aerosol veren cihazın ventilatör devresindeki yeri ilaç dağılımını etkilemektedir.
3- Cihazla ilişkili faktörler; Mekanik ventilatördeki hastalarda inhaler ilaçlar ya ÖDİ olarak ya da nebülizerler vasıtasıyla verilebilir. İnhaler antibiyotikler ise sadece nebülizerler ile uygulanır.

Burada nebülizerlerden ve ÖDİ'den biraz bahsetmek gerekir.

Jet nebülizerler en sık kullanılan nebülizerlerdir. Uygulaması kolay ve ucuzdur. Ancak kompresör ve hava akımı gerektirmesi, inspiryum devresinde ek akım oluşturması, ekshalasyon sırasında ilaç kaybına neden olması, uzun tedavi zamanı gerektirmesi gibi nedenlerle kullanımları zahmetlidir.

Ultrasonik nebülizerler piazoelektrik kristalin yüksek frekanslı titreşimi ile aerosol partikülleri üreten sistemlerdir. Bu nebülizerlerin en önemli avantajı sessiz çalışmaları ve kısa sürede 20-30 mL kadar sıvıyı nebülize edebilmeleridir. Ancak vibrasyonun frekansı arttıkça solüsyonun ısısı artabilir, bu da bazı ilaçların yapısını bozabilir.

Titreşimli mesh nebülizerler yeni tip ultrasonik nebülizerlerdir. Bu cihazlarda yüksek frekanslı titreşen piazoelektrik kristal temelinde çalışır. Solusyonun ısısı ultrasonik nebülizerlerde olduğu gibi artmaz. Sıklıkla yüksek hacimli, bronkodilatör dışı ilaçların (örn, antibiyotikler gibi) verilmesinde kullanılır.

Ölçülü doz inhalerler (ÖDİ) içinde itici gaz (hidrofloroalkan türevi), surfaktan, koruyucu ve koku verici ajanlar ve aktif maddeler bulunur. Karışımın fiziksel özelliklerine ve atmosfer sıcaklığına bağlı olarak ÖDİ'den salınan karışımdan itici gaz buharlaşır. İçeriğinin ancak %1 kadarı aktif maddedir. Aktif maddenin hastada ilgili akciğer bölümüne ulaşabilmesi için çeşitli adaptörler tasarlanmıştır. Bu adaptör sistemler; dirsek adaptörler, tek veya çift yönlü devre içi aparatlar, hava odacığı veya rezervuarlardır. ÖDİ'lerin hava odacığı (chamber-spacer) ile kullanılması ilaç penetrasyonunu diğer adaptörlere göre artırmaktadır .

4- Hastayla ilişkili faktörler; Yoğun bakım hastaları genellikle yatar ya da yarı yatar pozisyondadır ve bu pozisyon ilaç depozisyonunu etkilemektedir. Bu nedenle yoğun bakım hastalarına üst gövdeleri en az 30-45 derece yükseltilmiş şekilde inhalasyon tedavisi verilmelidir. Havayolu darlığının derecesi, dinamik hiperinflasyon varlığı ve hasta/ventilatör uyumsuzluğu da ilaç dağılımı için önemli faktörlerdir.

5- İlaçla ilişkili faktörler; Aerosol, bir gazda sıvı veya katı parçacığın asıltısıdır. Aerosolün stabilitesi, parçacığın asıltı olarak kalma eğilimine bağlıdır. Parçacıkların gaz içinde asılı olarak kalabilmeleri boyut, şekil ve yoğunlukları ile gazın yoğunluk ve viskozitesi ile ilişkilidir. Aerosolün miktarı ve parçacıkların özellikleri, aerosol üreten kaynak (jeneratör) ve aerosolize olan madde tarafından belirlenir. Parçacıklar, jeneratörden akciğere ulaşana kadar anatomik yapıdan, hızdan, sıcaklık ve nem gibi çevresel faktörlerden etkilenir. Aerosol partiküllerinin akciğer derin dokularına penetre olabilmesi için optimal partikül boyutu 1-5 mikrometre çapında olmalıdır. Nebülizer tipi, solüsyonun özellikleri (dansite, yoğunluk, yüzey gerilimi) ve volümü, gaz basıncı ve akımı, yüzey plakanın şekli, sıvı/gaz akımı oranı da aerosol partikül boyutunu etkiler.

İnhaler tedavinin komplikasyonları; aşırı havayolu duyarlılığı, bronkospazm, enfeksiyon, aşırı hidrasyon, balgam çıkarma sırasında kontaminasyon, akciğer kompliyansında düşme, gaz dağılımında bozulma, havayolu direncinin artması olarak sayılabilir.

İnhaler Antibiyotik Tedavisi Uygulamaları

Aerosol antibiyotik uygulamalarının en sık kullanıldığı ve tecrübelerin en fazla olduğu hasta grubu kistik fibrozis hastalarıdır. Ancak son 20 yıl içinde çoklu antibiyotik direncine sahip hastane kökenli ve ventilatör ilişkili bakteriyel suşların oluşması, yoğun bakım hekimlerini aerosol antibiyotik kullanımına daha sık yönlendirmektedir. İntravenöz verilen antibiyotiğin akciğerde depolanması sınırlıdır ve tedavi başarısızlığı sıktır. Bu durumda dozun artırılması gerekir ve sistemik toksisite oluşur. Bu da tedavide daha etkin ve alternatif yol gerekliliğini gösterir. İnhale antibiyotik tedavisi bir alternatif olabilir.

VAP'da antimikrobiyal tedavi sadece akciğer parenkimini değil trakeobronşiyal sistemdeki bakteriyel odakları da temizlemeyi hedeflemelidir. Memelilerde, vokal kordun üstündeki kısım bakteriler ile kolonize olmuştur. Trakeobronşiyal ağaçta var olan mukosiliyer klerens, öksürük, hücresel ve humoral immün sistem akciğerlerin ve alt havayollarının steril kalmasına neden olur. Trakeal entübasyon, sedasyon, ve mekanik ventilasyon konağın savunmasını zayıflatır. Öksürük refleksi baskılanır, mukosiliyer klerens bozulur, endotrakeal tüp trakeanın epitel yapısını bozar. Böylece bakteriler alt havayoluna daha kolay geçer. Endotrakeal tüp içinde rezistans bakteriler ile oluşturulan biyofilm tabakası, aspirasyon veya endobronşiyal işlemler sırasında parçalanarak bakterilerin derin akciğer dokularına ulaşmasına neden olur.

Yapılan değişik deneysel çalışmalarda değişik hayvan gruplarına gram negatif bakteri inokulasyonu ile oluşturulan deneysel pnömoni modellerinde gerek konsantrasyon bağımlı antibiyotiklerin (aminoglikozit veya kolistin) gerekse zaman bağımlı antibiyotiklerin (sefalosporinler) nebülizasyon yolu ile uygulandığında intravenöz yola göre daha fazla bakterisidal aktiviteye sahip olduğu gösterilmiştir. Çünkü bu yolla verilen antibiyotikler dokuda MIC değerinin çok üstünde (30-1000 kat), serumda ise toksik düzeyin çok altında kalmaktadır. Trakeobronşiyal yol ile parenkimal infeksiyon bölgesine antibiyotiğin direkt ulaşması infeksiyonun veya bronşiyal kolonizasyonun daha iyi kontrol edilmesini sağlayabilir. Aerosolize antibiyotiğin sistemik yan etkileri azdır. Alveolokapiller bariyer bypass edildiği için enfeksiyon bölgesinde daha yüksek konsantrasyon sağlanır. Sistemik antibiyotik tedavisinde alveolokapiller membran bir engeldir. Pulmoner vazokonstrüksiyon ve bölgesel tromboz akciğer perfüzyonunu bozar ve sistemik verilen antibiyotiklerin akciğerlere penetrasyonunu azaltır. Özetle; aerosol antibiyotik tedavisi ilaçların solunum mukozasına direkt ulaşması, infeksiyon bölgesinde yüksek konsantrasyon sağlanması, hızlı etkinlik, daha az sistemik yan etki ve güvenli olması nedeniyle tercih edilebilir.

İnhale antibiyotik tedavisi çalışmaları ilk olarak spontan soluyan kistik fibrozisli hastalarda yapıldı. Bu hastalarda kronik havayolu enfeksiyonu aerosolize antibiyotiklerle tedavi edildi. Hastaların hospitalizasyon sıklığı azaldı ve akciğer fonksiyonları korundu. İlk defa TOBI (inhalasyona uygun tobramisin) FDA (Amerikan İlaç Dairesi) tarafından kistik fibrozisli hastaların *Pseudomonas aeuroginosa'*ya bağlı solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisi için Aralık 1997'de onaylandı. Tobramisin dışında, inhale gentamisin ve kolistin de kistik fibrozisli hastaların tedavisinde kullanılmaktadır. İnhale lipozomal nanopartikül formülasyonlu amikasin (Arikace) ve inhale aztreonam (Cayston) da FDA tarafından yeni onaylanmıştır. Kistik fibrozisli hastaların tedavisi haricinde çok ilaca dirençli gram negatif enfeksiyonu olan bronşektazili veya nozokomiyal pnömoni / VAP olan hastalarda da inhale antibiyotik tedavisi güvenle kullanılmaktadır.

Genel anlamda gram negatif bakteriler *Pseudomonas* ve *Acinetobacter* ile oluşan hastane kökenli pnömoni tedavisinde aminoglikozit ve kolistin kullanımına yönelik deneyimler vardır. Bu olguların tamamında eşzamanlı sistemik antibiyotik de kullanılmaktadır. Sonuçlar genel olarak olumludur. ATS (Amerikan Toraks Derneği) ve IDSA (Amerikan Enfeksiyon Hastalıkları Derneği), çok ilaca dirençli organizmaların (*Pseudomonas aeroginosa* ve *Acinetobacter baumannii*) neden olduğu VAP tedavisinde ve intravenöz antibiyotik tedavisine iyi yanıt vermeyen hastalarda aerosolize antibiyotik tedavisinin ek/yardımcı tedavi olarak verilebileceğini söylemektedir. İnhale antibiyotiklerin tedaviye eklenmesi ile sistemik antibiyotik ihtiyacının ve tedavi süresini azalabileceği belirtilmektedir.

Tobramisin ve kolistin için özel, sadece nebülizasyonda kullanılacak aerosolize formlar bulunmaktadır. TOBI, tobramisinin inhalasyon solüsyonudur. Sterildir, prezevatif yoktur, pH'sı 6.0'dır, nebülizer ile kullanmaya uygun toz konsantrasyonundadır. Balgamda yüksek konsantrasyona ulaşır, uzun süre kullanımlarda birikmez. *Pseudomonas aeruginosa* dahil geniş gram negatif enfeksiyonların tedavisinde kullanılır. Entübe olmayan hastada **PariLC plus reusable nebülizer** ve **Pulmo-Aide kompresör** ile kulanımı önerilmektedir. Önerilen dozu 2 x 300 mg/gündür (erişkin ve > 6 yaş çocuklar için). TOBI 28 günlük sikluslar şeklinde verilmelidir. TOBI inhaler; işitme kaybı, vestibüler toksisite, ses değişiklikleri, baş dönmesi yan etkileri yapabilir.

Kolistin, kolistin sodyum veya ön ilaç olan kolistimetat sodyum veya kolistin metanosülfonat şeklinde bulunur. Kolistin sülfat genellikle topikal kullanılır. Kolistimetat sodyum (150 mg kolistin baz aktivite içerir) parenteral ve aerosol tedavi için kullanılır. Kolistimetat sodyum polipeptit katyonik bir antibiyotiktir. Yüzey aktivitesi nedeniyle hücre membranına penetre olur ve bakteriyi yok eder. Çoğu *Enterobacteriaceae* türleri, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa* ve *Acinetobacter baumanii* kolistine duyarlıdır. *Proteus, Serratia, Providencia, Edwardsiella* türleri ise kolistine dirençlidir. Kolistin aynı zamanda gram negatif bakterilerin lipopolisakkarit moleküllerini nötralize eder ve antiendotoksin aktivite yapar. Bakterisidal etkisi konsantrasyonuna bağlıdır.

İntravenöz kolistin bazın önerilen dozu 2.5-5 mg/kg/gündür ve 2-4 eşit doza bölünür. ABD ve İngiltere'de uluslararası ünite (IU) kullanılır. 1 mg 30000 IU'dır. Promixin, kolistinin inhaler formudur. Aerosolize kolistimetat sodyumun İngiltere'de önerilen dozu hasta 40 kg altında ise 2 x 40 mg (500000IU, 1 mg=12500IU), 40 kg ve üstünde ise 2 x 80 mg (2 x 1 milyon ünite) dir. Rekürren enfeksiyonların inhaler tedavisinde ise 3 x 160 mg (3 x 2 milyon ünite) önerilir. Ülkemizde kolistimetat sodyum içeren parenteral ilaç (Colimycin) vardır. Bu ilacın inhaler olarak kullanımı 2 x 75 mg ile 3 x 150 mg/gün dozunda değişmektedir. Kolistin inhaler bronkospazma, göğüste daralma hissine, boğazda irritasyona ve öksürüğe neden olabilir. Ağız çevresinde parestezi, başdönmesi, kaşıntı, sersemlik hissi ve yavaş konuşma kolistin inhaler uygulanmasından sonra görülebilir. Nefrotoksisite ve nöromüsküler blokaj yüksek dozlarda görülebilir.

İnhaler tedavide sık kullanılan diğer antibiyotiklerin dozları; amikasin 8-12 saatte bir 400 mg, gentamisin 8 saatte bir 80 mg ve vankomisin 8 saatte bir 125 mg'dır. İnhaler antibiyotik tedavisi sadece nebülizerler ile uygulanır. Herhangi bir antibiyotik dozu en az 4 ml olacak şekilde serum fizyolojik ile sulandırılarak aerosolize edilmelidir. Ultrasonik veya titreşimli mesh nebülizerler tercih edilmelidir. Nebülizer devrenin inspirasyon koluna ve Y konnektörden 15-20 cm uzağa konulmalıdır. Mekanik ventilasyonda volüm kontrol tercih edilmelidir. Tidal volüm 500 ml üzerinde olmalıdır. Sabit ve düşük inspiratuar akım, düşük dakikalık ventilasyon, dakikada 12 soluk, I/E oranı 1:1-2 ve inspirasyon sonunda %20 duraklatma zamanı ayarlanması aerosol partiküllerinin alveolar boşluğa ulaşmasını artırır. Hasta ventilatör uyumsuzluğu yaşanır ise nebülizasyon periyotlarında propofol ile sedasyon uygulanmalıdır. Eğer ventilatörden gelen hava ısıtılmış ve nemlendirilmiş olursa akciğerlere ulaşan partiküller azalır. Eğer nebülizasyon periyodu 30 dakika altında ise ısı-nem değiştiricinin devreden uzaklaştırılması önerilir.

Non-invaziv Mekanik Ventilasyon (NIMV) Sırasında İnhaler Tedavi Uygulamaları

Son 20 yılda NIMV oldukça önem kazanmış bir ventilasyon tedavi şeklidir. İnvaziv mekanik ventilasyonun komplikasyonları (enfeksiyon, havayolu problemleri vb) olmadan aynı fizyolojik yararın elde edilmesi (gaz değişiminin iyileşmesi, solunum iş yükünün azalması vb) bu ventilasyon şekline ilgiyi artırmıştır. Sadece yoğun bakım üniteleri değil, kliniklerde, acil servislerde hatta kronik solunum yetmezlikleri ve uyku problemlerinde uzun süreli evde dahi uygulanabilmesi en büyük avantajlarından biridir.

Non-invaziv mekanik ventilasyon uygulanan hasta grubuna da aerosol tedavi uygulanabilmektedir. Bu tedavi ya ölçülü doz inhalerler (spacer ile birlikte) veya nebülizerler ile yapılmaktadır. Bu ventilasyon tedavisinde de birçok faktör aerosol ilaç dağılımını ve akciğerlere ulaşımını etkilemektedir. Bu faktörler;

1- Kullanılan ventilatörün tipi (ev tipi, portable BiPAP cihazı veya yoğun bakım ventilatörü olması)
2- Ventilasyon modu (Sürekli pozitif havayolu basınçlı ventilasyon-CPAP, İki seviyeli pozitif havayolu basınçlı ventilasyon-BiPAP, aralıklı pozitif basınçlı ventilasyon-IPPV vb)
3- Devrenin özellikleri (tek veya çift kollu olması, ekhalasyon portunun devrede olup olmaması vb)
4- Kullanılan maskenin özellikleri (oronazal, nazal, helmet maske vb)
5- Aerosol üreten cihazın özellikleri
6- İlaç ilişkili faktörler
7- Solunum parametreleri ve
8- Hasta ile ilişkili faktörlerdir.

Sürekli gaz akımı olmasına, yüksek inspiratuar akım hızı olmasına, hava kaçağı bulunmasına, devrede nem olmasına, hasta ventilatör arası uyumsuzluk ve ventilasyonda hasta eforu fazla olmasına rağmen KOAH'lı ve astımlı hastalarda NIMV ile etkin inhaler bronkodilatör tedavi yapılabileceği değişik çalışmalar ile gösterilmiştir. Ancak özellikle antibiyotik uygulaması ile ilgili çalışmalar nadirdir. Hastanın maskeye toleransı, solunum yetmezliğinin derecesi, hemodinamik durumu, inspiratuar akım ile aerosol dağılımının senkronizasyonu yine bu tedavi sırasında önem kazanmaktadır.

Maskenin iyi yerleştirilmesi, maske kaçağının aza indirilmesi, maskede değilde devrede ekshalasyon portunun olması, nebülizerin veya ÖDİ için kullanılan odacığın maske ile ekshalasyon portunun arasına konulması, EPAP'ın 5 cmH2O, IPAP'ın 10-15 cmH2O civarında ayarlanması, mümkünse ısıtıcının ve nemlendiricinin devreden kaldırılması bu tedavi sırasında önerilmektedir.

Non-invaziv mekanik ventilasyonda aerosol tedavisi uygulamak için en sık kullanılan nebülizer tipi jet nebülizerler, en sık uygulanan ilaç ise bronkodilatörlerdir. Yeni kuşak nebülizerler ve bronkodilatör dışı ilaçlarla (özellikle antibiyotikler ile) yapılacak randomize, kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1- Dhand R, Guntur VP. How best to deliver aerosol medications to mechanically ventilated patients. Clin Chest Med. 2008; 29(2): 277-96.
2- Dhand R. Aerosol therapy in patients receiving noninvasive positive pressure ventilation. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2012; 25(2): 63-78.
3- Özhan MH. Mekanik ventilatör hastalarında inhalasyon tedavisi. In: Mekanik Ventilasyon (TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi), Kunter E, Koşar F, Kıraklı C (eds). Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, İstanbul, 2013, pp:175-83.
4- Utku T. Mekanik ventilasyon sırasında nemlendirme ve aerosol tedavisi. In: Mekanik Ventilasyon Klinik uygulama temelleri, Dikmen Y (ed). Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, 2012, pp: 208-14.
5- Ioannidou E, Siempos II, Falagas ME. Administration of antimicrobials via the respiratory tract for the treatment of patients with nosocomial pneumonia: a meta-analysis. J Antimicrob Chemother 2007; 60(6): 1216-26.
6- Palmer LB. Aerosolized antibiotics in the intensive care unit. Clin Chest Med 2011; 32(3): 559-74.
7- Rouby JJ, Bouhemad B, Monsel A, Brisson H, Arbelot C, Lu Q; Nebulized Antibiotics Study Group. Aerosolized antibiotics for ventilator-associated pneumonia: lessons from experimental studies. Anesthesiology 2012; 117(6): 1364-80.
8- Zampieri FG, Nassar AP Jr, Gusmao-Flores D, Taniguchi LU, Torres A, Ranzani OT. Nebulized antibiotics for ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis. Crit Care 2015; 19: 150.
9- Abu-Salah T, Dhand R. Inhaled antibiotic therapy for ventilator-associated tracheobronchitis and ventilator-associated pneumonia: an update. Adv Ther 2011; 28(9): 728-47.

ULUSLARARASI PALYATİF BAKIM MODELLERİ VE PALYATİF BAKIM SERVİSİNDE HEMŞİRE YÖNETİMİ

Dr. Gülcan Bağçivan
Koç Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Yaşamı tehdit edici hastalığa sahip olan bireylerde tedavi edici yaklaşımların mümkün olmadığı durumlarda, hastanın sıkıntısını azaltıp, yaşam kalitesini artırmaya yönelik iyileştirici yaklaşımlar uygulanmaktadır. Tedavi edici yaklaşımların tükendiği hastalar başta olmak üzere, tanı anından itibaren tedavi süresince ya da ölüm anında ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve ruhani gereksinimlerinin karşılanmasında palyatif bakımın önemi büyüktür(1,2,3).

Geçmişte palyatif bakım yalnızca yaşamın son dönemlerindeki hastalar için uygun görülürken; günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerde acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenerek, palyatif bakımın olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği görüşü kabul görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı "yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır (4). Amerikan Klinik Onkoloji Topluluğu (American Society of Clinical Oncology-ASCO) kanser hastalarında palyatif bakımı; hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olan, yaşam kalitesini etkileyen çeşitli durumlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi olarak tanımlamıştır (5).

Palyatif bakım kurumları ilk kez 1960'lı yıllarda İngiltere'de hemşire Cicely Saunders tarafından kurulan "St. Christopher"s Hospice" ile başlatılmış, sonra sırasıyla Kanada (1973, Royal Victoria), Amerika Birleşik Devletleri (1987, Hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya (1990) şeklinde devam etmiştir (6). Dünyada bir çok ülkede palyatif bakım hizmetleri oldukça yaygındır. Palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha çok yapılanma aşamasındadır. Amerika ve İspanya her türlü palyatif bakım hizmetinin (evde bakım hizmeti, gönüllülerden oluşan yardım ekipleri, hastane servis destek ekipleri, hospisler gibi) verildiği, ve palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu ülkeler olarak gösterilmektedir (7, 8).

Palyatif bakımda esas amaç hastaların yaşam kalitelerini artırmak ve terminal döneme giren olguları ayırarak ölüme daha rahat ve huzurlu bir şekilde ulaşmalarını sağlamaktır. Bu kapsamda hastaların hastalık ve tedaviye bağlı olarak yaşadığı semptomların iyileştirilmesi ve bu konuda tüm aile fertlerinin bilgilendirilmesi önceliklidir ve ayrıca palyatif bakım kapsamında dini yardım, ekonomik destek, psikososyal yardım gibi hizmetler de yer almaktadır (9, 10, 11, 12, 13). Her hastanın yaşamının son günlerini belli bir kalite ve huzur içerisinde geçirmeye hakkı vardır. Bu nedenle palyatif bakım günümüzde insan hakları değerleri arasında da sayılmaktadır (14, 15). Ayrıca, palyatif bakımın, kurulması ve idamesi çok ucuz olup, hastaların ömrünün son dakikalarına değin hastane ve acil servislere sık sık başvurmalarını önlediği ve hastanede kalış sürelerini kısalttığı için maliyet etkin bir yaklaşım olduğu ilgili literatürde araştırma sonuçlarında ortaya konmuştur (16, 17, 18).

Palyatif bakım hizmeti farklı şekillerde sunulmaktadır. Genel olarak hizmet sunum seçenekleri ülkenin sahip olduğu kaynaklar, palyatif bakıma özgü eğitilmiş ekiplerin varlığı ve ileri düzey kanser hastası prevalansı ile belirlenmektedir (19, 20, 21, 22, 23, 24). Palyatif bakım hizmetlerinin sunum modellerine baktığımızda genel olarak palyatif bakım hizmetleri hastane ortamında, topluma dayalı, ev ortamında ve hospislerde verilmektedir (25).
Hastane Temelli Palyatif Bakım; hastalık ve tedavinin fiziksel ve psikolojik yönden sıkıntı veren semptomlarının kontrolüne odaklanmaktadır. Hastane temelli palyatif bakım hizmetlerinde yataklı palyatif bakım ünitelerinin yanı sıra palyatif bakım konusunda eğitimli bir ekip ile konsültasyon hizmetleride verilmektedir. Bu yaklaşımla bir hastane ya da evde bakım gibi diğer sağlık bakım ortamlarındaki hastalarla birlikte geniş bir hasta populasyonu için palyatif bakım konsültasyon hizmeti sağlanmaktadır (19, 21, 26).

Hastane temelli palyatif bakım hizmetleri ile ağrı ve semptom kontrolü uzmanlığı ile hasta sonuçlarının iyileştirilmesi, bakımın kalitesinin artması, hasta, ailesi ve sağlık bakım ekiplerinin karar alma ve iletişim konusunda işbirliğinin sağlanması, sağlık bakım ekipleri arasında koordinasyonun artması, sağlık bakım ortamları arasında hasta transferinin kolaylaşması, hasta/aile memnuniyetinin artması, personel memnuniyetini ve kurumda kalmayı geliştirmek için kompleks ve yoğun vakalara ayrılan zaman kaybının azaltılması, hasta giderlerine daha sistematik bir yaklaşım getirilmesi, hastane kaynaklarının daha uygun kullanılmasını sağlamak ve bakımın yararını geliştirme gibi olumlu sonuçların elde edildiği belirtilmektedir (27, 28, 29).

Toplum Temelli Palyatif Bakım; palyatif bakım hizmetlerinin hastane dışında kişilerin kendi yaşam alanlarında veya bakım evleri, hospisler gibi kuruluşlarda sunulduğu palyatif bakım modelidir (25).

Multidisipliner yaklaşım palyatif bakımın temel özelliğidir. Palyatif bakım ekibi içerisinde farklı mesleklerden ekip üyeleri yer almaktadır. Bu alanda eğitimli meslekler dışında palyatif bakım ekibi içerisinde, farklı bakım işlevleri ve özel rolleri olan bakım verici aile üyeleri ve gönüllüler de yer almaktadır (26, 30, 31). Genel olarak palyatif bakım ekip üyeleri arasında; doktorlar (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar), hemşireler (palyatif bakım uzman hemşireler, klinik hemşireler), psikiyatristler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır. Bunun yanı sıra hastanın gereksinimlerine göre fizik tedavi uzmanı, diyetisyen, eczacı, cerrahlar, anestezi uzmanları ve din adamı ekibe dahil olmaktadır (31, 32). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesi konusunda çekirdek grupta, doktor, hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen ve psikologların yer alacağını belirtmiştir (33).

Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri, Ekim 2014 tarihinde yayınlanan "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" kapsamında yer alan esaslara dayalı olarak yürütülmektedir. Bu yönergede, palyatif bakım merkezleri için fiziki koşullar ve asgari donanım şartları, personel görevlendirilmesi ve asgari personel standardı, görev yetki ve sorumluluklar, çalışma esasları ve hizmetin kapsamı, palyatif bakım hizmetlerine başvuru, hasta kabul, sevk ve nakil esasları, hasta hakları, hizmetin sonlandırılması, eğitim, denetim ve sorumluluk ve son hükümler olmak üzere toplam yedi bölümde ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin sunumuna ikişkin usul ve esaslar ayrıntılı olarak açıklanmıştır (Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge, 2014).

Sağlık Bakanlığı'ndan elde edilen verilere göre Nisan 2016 itibari ile ülkemizde 68 ilde kamu hastaneleri bünyesinde toplam 168 yataklı palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır (https://www.saglik.gov.tr/).

Palyatif bakım ünitelerinde hemşirenin rolleri;

- Hasta ve ailenin bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi
- Semptom yönetimi (ağrı, yorgunluk, depresyon, anksiyete, solunum sıkıntısı, kosmtipasyon, bulantı, iştah kaybı, uyku problemleri gibi)
- Hastanın ve ailenin bakım hedeflerinin belirlenmesi
- Hastanın ve ailenin tedavi süreci ve seçenekleri hakkındaki bilgilendirilmesi ile süreci anladığından emin olarak hastanın süreç üzerinde kontrol sahibi olmasının sağlanması
- Multidisipliner ekip içerisinde koordinatörlük

Kaynaklar

1. Aydoğan, F., & Uygun, K. (2011). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim, 24, 4-9.
2. Glare, P. A. (2013). Early implementation of palliative care can improve patient outcomes. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 11(suppl 1), S-3.
3. Meneses, K., & Benz, R. (2010). Quality of life in cancer survivorship: 20 years later. In Seminars in oncology nursing, 26(1),36-46.
4. World Health Organization. (2012). WHO Definition of Palliative Care. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/) Erişim: 03.02.2015
5. Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., ... & Von Roenn, J. H. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. Journal of Clinical Oncology, 30(8), 880-887.
6. Özkan, S. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'ında Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. Selçuk Tıp Dergisi, 28(1), 69-74.
7. Bingley, A., & Clark, D. (2009). A comparative review of palliative care development in six countries represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC). Journal of Pain and Symptom Management, 37(3), 287-296.
8. Centeno, C., Clark, D., Lynch, T, Racafort, J., Greenwood, A., Brasch, S. ve ark. (2007). Facts And İndicators On Palliative Care Development İn 52 Countries of The Who European Region: Results of An EAPC Task Force. Palliative Medicine, 21(6), 463-471.24,37.
9. Peppercorn, J. M., Smith, T. J., Helft, P. R., DeBono, D. J., Berry, S. R., Wollins, D. S., ... & Schnipper, L. E. (2011). American Society of Clinical Oncology statement: Toward individualized care for patients with advanced cancer. Journal of Clinical Oncology, 29(6), 755-760.
10. Yildirim, N. K., Kaçmaz, N., & Özkan, M. (2013). İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. Journal of Psychiatric Nursing, 4(3), 153-158.
11. Kaasa, S., Hjermstad, J. M., Loge, H. J. (2006). Methodological and structural challenges in palliative care research: how have

we fared in the last decades?. Palliative Medicine, 20(8), 727-734.
12. Parrish, P., Stillman, D., Strumpf, N. (2002). Module Six: When People Are Dying: Palliative Care., http://www.med.upenn.edu/gec/user_documents/PalliativeCarefinal2013-Intro.pdf Erişim: 16.02.2018
13. Radbruch, L., Payne, S., Bercovitch, M., Caraceni, A., Hegedus, K., Nabal, M. et al. (2009). White Paper On Standards And Norms For Hospice And Palliative Care İn Europe Part I. Recommendations From The European Association For Palliative Care. European Journal of Palliative Care, 16(6), 278-289.
14. Hoch, J. S. (2009). Improving efficiency and value in palliative care with net benefit regression: an introduction to a simple method for cost-effectiveness analysis with person-level data. Journal of Pain and Symptom Management, 38(1), 54-61.
15. Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., Tuncer, M. (2010). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 1, 1-6.
16. Smith, S., Brick, A., O'Hara, S., & Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. Palliative Medicine, 28(2), 130-150.
17. Starks, H., Wang, S., Farber, S., Owens, D. A., & Curtis, J. R. (2013). Cost savings vary by length of stay for inpatients receiving palliative care consultation services. Journal of Palliative Medicine, 16(10), 1215-1220.
18. McCarthy, I. M., Robinson, C., Huq, S., Philastre, M., & Fine, R. L. (2014). Cost savings from palliative care teams and guidance for a financially viable palliative care program. Health Services Research, 50:1.
19. Esper P, (2005). Principles and Issues in Palliative Care, Cancer Nursing Principles and Practice Sixth Edition, Eds; Yarbro C H, Frogge M H, Goodman M, Jones and Bartlett Publishers, USA, 1729-1743.
20. Guthrie A.E, Green C.J., Matzoo M.L, (2007). Palliative and end-of- Life Care, Medical- Surgical Nursing Health and Illness Perspectives, Eds; Monohan F D, Sands J K, Neighbors M,Marek J F, Gren C F, Chapter 8; Eighth edition, Mosby Elsiever, Canada, 156-176.
21. Karaca B, Uslu R, (2006). Kanser Hastalığında Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu Kanser ve Palyatif Bakım, Editör Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y. Meta Basım, İzmir, 405-414.
22. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. New York, 2004. http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf Erişim tarihi 16.02.2018.
23. Kömürcü Ş, Erkişi. M, Bavbek S, Beyzadeoğlu M, Özyılkan Ö, (2003). Palyatif Bakım Organizasyonu ile ilgili Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin Tavsiye Raporu Rec (2003), Turgut Yayıncılık A.Ş., İstanbul.
24. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. (2008). Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. JAMA. 299:1698-1709.
25. Morrison, R. S. (2013). Models of palliative care delivery in the United States. Current opinion in supportive and palliative care, 7(2), 201-206.
26. Ferrell, B., Connor, S. R., Cordes, A., Dahlin, C. M., Fine, P. G., Hutton, N., ... & National Consensus Project for Quality Palliative Care Task Force Members. (2007). The national agenda for quality palliative care: the National Consensus Project and the National Quality Forum. Journal of Pain and Symptom Management, 33(6), 737-744.
27. Meier D.E, (2008). Palliative Care in U.S. Hospitals: Implications for Access to Quality Healthcare, Testimony Prepared for the United States Senate Special Committee on Aging, 1-23.
28. Santa-Emma P., Roach R., Gill M., Spayde P., Taylor R. (2002). Development and implementation of an inpatient acute palliative care service. J Palliat Med: 5; 93–100.
29. Gade G., Venohr I., Conner D., McGrady K., Beane J., Richardson H.R., Williams P. M., Liberson M., Blum M., Penna D.R. (2008). Impact of an Inpatient Pallitive Care Team: A Randomized Control Trial. Journal of PalliativeMedicine:11(2);180-190.
30. Kabalak, A., Öztürk, H., Erdem, T. A., Akın, S. (2012). Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması, Çağdaş Tıp Dergisi, 2(2), 122-126.
31. Özçelik, H., Fadıloğlu, Ç., Uyar, M., Karabulut, B. (2010). Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım. İzmir: Üniversiteliler Ofset.
32. Dahlin, C., (2013). The National Consensus Project for Quality Palliative Care Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care 3rd edition 2013. https://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf Erişim Tarihi: 16.02.2018
33. Tuncer M., (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Programı 2009-2015 BAKANLIK YAYIN NO: 76.

YAŞLILARDA BESLENME ve SIVI DESTEĞİ

Dr. Ayşe Bahadır
İstanbul Yedikule Göğüs Ve Cerrahi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Tüm dünyada ve ülkemizde doğum oranlarının azalması ve beklenen yaşam süresinin uzaması sonucu toplumda yaşlı nüfusun sayı ve oranı giderek artmaktadır. Nüfusun yaşlanması hastalık yükünü ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ve nöropsikiyatrik hastalıklar gibi sık görülen hastalıklarla karşılaşılmasını ve sosyal bakım ihtiyacını da artırmaktadır.Yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan fiziksel değişiklikler sosyal ve ekonomik sorunlar beslenmeyi de olumsuz etkilemektedir.Yaşlanmaya bağlı vücut sıvısında azalma ,sıvı alımı kontrol yeteneğinin azalması nedeni ile dehidratasyon daha sık görülmekte ,beslenme bozukluğu ile birlikte olduğunda hastaneye başvuru ,hastanede yatış süresini ve sıklığını ,mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır.Bu anlamda dehidratasyon ve malnutrisyona eğilimi olan yaşlının belirlenmesi ve erken önlem alınması maliyet etkin bir yaklaşım olacaktır.

BESLENME DESTEĞİ

Yaşlıların %37-40'ı günlük enerji ihtiyacını karşılayacak düzeyde beslenememekte, üç yaşlıdan ikisi bir öğün atlamaktadır. Yapılan çalışmalarda malnütrisyon oranı toplumda yaşayan yaşlılarda %15 iken, hastane ortamında ki yaşlılarda %23-62, bakımevi yaşlılarında ise %85'in üzerinde bulunmuştur Yetersiz beslenme ve malnütrisyon yaşlıların hücresel bağışıklık sisteminde, kas fonksiyonları ve kemik yapısında bozulmaya, infeksiyonlara direncin azalmasına, düşme ve kalça kırıklarına, iyileşme sürecinin uzamasına, tekrarlanan ve daha uzun süreli hastane yatışlarına, daha fazla ilaç kullanımına, yaşam kalitesinin düşmesine ve daha fazla hastane maliyeti gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. KOAH, akciğer kanseri, intertisyel akciğer hastalığı gibi birçok akciğer hastalığı ileri yaşta görülmekte aynı zamanda malnütrisyonun varlığı bu hasta grubunun tedavi ve prognozunu olumsuz etkilemektedir.

Yaşlanmayla birlikte kişinin beslenme ihtiyacını etkileyen vücut kompozisyonunda değişiklikler olmaktadır. Yaşlılarda gençlere kıyasla kas kitlesi azalmış yağ dokusu artmıştır.

Besin alımının hormonal ve nörotransmitter regülasyonundaki değişimler nedeni ile, ileri yaşlarda iştah azalır, bu durum yaşlılık anoreksisi olarak adlandırılır (4-6) ve çoğu olguda yaşam döngüsü boyunca azalan yağsız kas kitlesine, enerji tüketimine ve fiziksel aktiviteye uygun bir yanıt olarak değerlendirilmiş ve gerçek bir geriatrik sendrom olarak kabul edilmektedir. Yaşa bağlı olarak kolesistokinin (CCK), glukagon like peptid (GLP) ve ghrelin gibi gastrointestinal hormonların artışı mide boşalmasını geciktirip erken doygunluğa neden olmaktadır. Ayrıca, yaşlanmaya bağlı artmış yağ dokusudan salgılanan anoreksik bir hormon olan leptin düzeyinin artması iştahı olumsuz yönde etkilemektedir. İleri yaştaki hastalarda polifarmasi ve komorbidite sık görülmekte, 80 yaş üzeri hastalarda en az üç komorbid hastalık bulunduğu ve bunun sağkalımla ilişkili olduğu bildirmektedir . İlaç besin etkileşimi iştahı azaltmakta bunun yanısıra dental problemler, depresyon, demans, alkolizm gibi psikolojik faktörler ve yalnızlık, yemek hazırlama ve pişirmede yetersizlik gibi sosyal problemlerde kilo kaybına neden olmaktadır

ESPEN derneği 65 yaş üzerindeki tüm bireylerin rutin olarak nütrisyonel açıdan taranması ve değerlendirilmesini önermektedir (2). Bu nedenle her yaşlı birey yılda bir kez veya sağlık kuruluşuna her başvurduğunda, bir bakımevinde kalıyorsa her ay veya hastanede ise yatış süresince beslenme açısından değerlendirilmelidir. Beslenme durumunun değerlendirilmesinde ilk basamak beslenme öyküsünün alınmasıdır. Beslenme tüketim kayıtları veya tüketim günlüğü diyetisyen tarafından değerlendirilerek besinlerden sağlanan enerji hesaplanabilir. Hastanın fizik muayenesi yapılarak besin eksikliği açısından cilt, tırnaklar, saçlar, dişler incelenmelidir.

Vücut ağırlığının, VKI(Vücut Kitle İndeksi)'nin saptanması ve antropometrik ölçümler değerlendirme açısından önemlidir. Ancak bu olgularda VKİ ölçümü, vücut kompozisyonundaki değişiklikleri tam olarak yansıtmamaktadır. Bu nedenle yağsız vücut kitle indeksi de (YVKİ) ölçülmelidir. Yağsız vücut kitlesinin kaybı genellikle kilo kaybı ile birlikte görülürken, kilosu stabil olan olgularda da yağsız vücut kitlesinde azalma olabilmektedir.

YVKİ ölçümü için; deri kalınlığının antropometrik ölçümü, biyoelektrik impedans analiz (BİA) veya dual enerji X-ray absorbsiyometri (DEXA) yöntemleri kullanılmaktadır. Ayrıca nütrisyon durumunu ayrıntılı değerlendirmek için istemsiz kilo kaybı ve oral alımı sorgulanmalıdır. Bu amaçla MNA ve MNA-SF (kısa formu) en sık kullanılan tarama testleridir. Serum albümin, total lenfosit sayısı, serum transferin, serum prealbümin, total demir bağlama kapasitesi ve serum kolesterol düzeylerinin araştırılmasıyla, biyokimyasal olarak beslenme bozukluğu ve malnütrisyon belirlenebilmektedir.

Günlük enerji ihtiyacı hesaplanırken istirahat anındaki enerji gereksinimi temel alınmalıdır. Bazal enerji harcaması (BEH) solunum, dolaşım ve vücut ısısı gibi vital işlevleri yürütmek için kullanılan enerjiyi belirler. Ölçümü sabah, hasta henüz yatağında ve aç iken yapılır. Dinlenme enerji harcaması (DEH-resting energy expanditure-REE-) ölçümü ise hasta en az yarım saat yatarak veya oturarak dinlendikten sonra normal sıcaklıktaki bir ortamda yapılır. Genellikle BEH'dan %10 daha fazladır. Kişinin gün içindeki bütün aktivitelerinde harcadığı enerji ise toplam enerji harcaması (TEH) olarak adlandırılır.

Uygulama kolaylığı açısından aktivite ve stres faktörleri göz önüne alınarak kilogram başına 25-30 kcal enerji verilmesi önerilmektedir Harris-Benedict formülü geriatrik yaş grubunda da en çok kullanılan formül olup Akademik Geriatri Derneği tarafından önerilmektedir. Enerji ihtiyacı yaşlı kadınlar için en az 1500 kcal /gün erkekler için ise 1700 kcal / gün olmalıdır. Alışılmış diyet alımının üstüne günlük 400 kcal desteği nütrisyonel müdahalenin etkili olması için gereklidir.

Sağlıklı yaşlılarda kas yapımı ve korunması için günlük ortalama 1-1.2 g/kg arası protein tüketmelidir. Besinlerle alınan karbonhidratlar toplam enerjinin %50-60'ı, yağlar ise %20-35'i olmalıdır. Aktivitesi yüksek olanlarda bu oran maksimum %35 olabilir. Yağda çözünen vitaminlerin alımında eksiklik olmaması için düşük yağ içerikli diyetlerde alınacak yağ miktarındaki alt sınır %20 olmalıdır (5). Omega 3 yağ asitlerinden zengin diyet önemli düzeyde antiinflamatuvar etki sağlamaktadır, diyette yer alan omega 3/ omega 6 oranı 2:1 olmalıdır. Yaşla birlikte artan sıklığı ve klinik sonuçları nedeni ile vitamin D eksikliğinin erişkinlerde farklı olarak yaşlılarda mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir. D vitamin düzeyinin minimum 65-75 nmol/L seviyesinde tutulması günlük 1500 mg kalsiyum,1000 IU D vitamin alınması önerilmektedir. Yaşlı olgularda vitamin B12 eksikliğinin taranması ve gerekirse yerine koyma tedavisinin uygulanmalıdır. Ayrıca minimum 1700 ml /gün sıvı alınması ve GIS semptomların düzenlenmesi açısından günde 25-30 g lif alınması önerilmektedir.

İştah açıcı ilaçların ve hormon replasman tedavisinin kilo alımı üzerine etkileri konusu tartışmalıdır. Yaşlılarda gıda alımı alışkanlıklarla ilişkilidir, dolayısıyla diyeti değiştirmek zordur. Yapılacak düzenlemeler yaşlının mevcut tüketim alışkanlıkları ile örtüşmelidir.

Enerji/protein zengin besinlerin tercih edilmesi, gıda takviyesi, aperatif ara öğünlerin alımı enerji ve protein alımının iyileştirilmesinde ilk adımlar olmalıdır. Kişinin malnütrisyon riski veya malnütre olduğu saptanınca nütrisyonel destek başlanmalıdır. Tedavinin amacı yeterli enerji, protein, mikrobesin öğeleri ve sıvı alımının sağlanmasıdır. Sağ kalımı artırmak için oral nutrisyonel destek (ONS) tavsiye edilmektedir. Enerji (1,5-2,4 kcal/mL) ve protein (+/- 10g /100 mL) zengin ürünler ile replasman ilk tercih olmalıdır. Enteral tüp ile beslenme (nazogastrik, nazoenteral, enterokütan), ağzı yoluyla beslenmenin yetersiz veya mümkün olmadığı durumlarda önerilmektedir. Terminal dönem hastalığı olanlarda (demans, kanser vb.) enteral tüp ile beslenmenin hayat kalitesi ve sağ kalıma katkısı gösterilememiştir.

SIVI DESTEĞİ

Vücudumuzun %60'nı su oluşturur. Yaşa ve yağ dokusunun oranına bağlı olarak değişiklik gösterir. Yaşlandıkça ve yağ dokusu arttıkça su miktarı azalır. Kadınlarda yağ dokusunun fazla olması nedeni ile oran %55 civarındadır. Normal koşullar altında vücut sıvılarımız ve elektrolitlerimiz tam bir denge içinde korunmaktadır . Yaşlılarda su ve sodyum atılımını kontrol altında tutan renal ve hormonal sistemde yaşa bağlı meydan gelen değişiklikler sıvı dengesinde oluşan bozukluklara neden olan faktörler arasında yer almaktadır. Herhangi bir şekilde sıvı kaybı olduğunda serum sodyum ve osmalalitesi artarak ADH (antidiüretik hormon) salınımı uyarır ve vücutta su tutulumu artar, su atılım azalır ve su dengesi korunur.Oysa ki ileri yaşlarda ,yaşa bağlı olarak böbreklerde , glomerullerde değişimler ve nefronlarda kayıp renal fonksiyonlarda azalma,görülür. Kırk yaşından sonra GFR(glomerül filtrasyon hızı) ortalama her yıl 0.8ml/dk azalır.Yaşa bağlı renin daha az sekrete edilir, renal tubuluslerden sodyum geri emilimini etkileyen serum aldosteron salınımı azalır.

Yaşlılarda vasopresine ve ADH' e cevabı ve idrarı konsantre etme yeteneği azalır. İdrar çıkışında diürnal ritmin bozulması ,idrar sıklığında artış ,poliüri,noktürive, mesane kapasitesinde küçülme ve destrüdor kaslarda yetersizlik inkontinansa neden olur. Yetersiz sıvı alınması ve aşırı sıvı kaybı dehidratasyona yol açar, kardiyak ve renal fonksiyonları ve elektrolit dengesini etkiler.Su kaybının en sık nedenleri infeksiyonlar, gastroenteritler, uygunsuz kullanıllan laksatif ve diüretikler ve aşırı sıcak iken yetersiz sıvı alımında ise susama hissi yetersizliği, demans, fiziksel kıstlılık, inkontinans ve aşırı idrara çıkma korkusu sayılabilir.

Dehidratasyon yaşlılarda en sık görülen sıvı dengesi bozukluğudur.ABD' de 1987de yapılan bir çalışmada hastanede yatan infeksiyonu olmayan yaşlılarda dehidratasyon insidansı 3.21/1000 de iken infeksiyonu olanlarda 11.6 bulunmuş, Akut kilo kaybı ,ortostatik hipotansiyon,prerenal azotemi ve serum ozmolalitesinde artış gibi parametreler dışında,dil ve ağız kuruması, kas güçsüzlüğü,göz kürelerinin çökmesi,bilinç bulanıklığı gibi spesifik olmayan bulgularda yönlendirici olabilir. Kronik dehidratasyon hücre içinde sıvı kaybına ,ilaçların emiliminin ve genel durumun bozulmasına yorgunluk ve deliriuma neden olabilir.

Yapılan bir çalışmada az sıvı alanların az yedikleri ve dehidratasyon kadar malnutrisyon için de büyük risk taşıdıkları saptanmış. Sıvı dengesinin sürdürülmesi sağlık için hayati önem taşır. Yetersiz idrar çıkışı volum yüklenmesine renal yetersizlik ve elektrolit toksisitesine yol açar. Sıvı dengesi takibinin kötü yönetimi ve kayıtların eksik doldurulması akut stabil olmayan hastaların prognozuna olumsuz katkıda bulunan faktörler olarak kabul edilir. Bu anlamda aldığı çıkardığı sıvı kartlarının doğru doldurulması günlük pratikte önemlidir. Dehidratasyonu önlemenin en etkin ve basit yolu ise yaşlının daha fazla sıvı almasını sağlamaktır. Su , meyve suları ,bitki çayları, çorba içmesi önerilebilir. Aralıklı sıvı alma ise midede şişkinliği azaltacaktır.

OLGU IV (OBEZİTE)

Dr. Metin BAŞTUĞ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı

Kalp ve damar hastalıkları açısından "yüksek risk" grubunda yer alan obez bireylerin klinik egzersiz testlerinin yapılmasında ve değerlendirilmesinde önemli güçlükler bulunmaktadır. Obez bireylerde büyük bir yağ dokusu kitlesi nedeniyle kardiyovasküler, pulmoner ve iskelet sisteminin bir bütün halinde çalışması güçleşmekte, bu durum testlerin değerlendirilmesinde önemli güçlüklere neden olmaktadır.

Obez bireylerde sıklıkla birlikte görülen sol ventrikül hipertrofisi ve özellikle sol atriyal dilatasyon, sol ventrikül diyastolik disfonksiyonuna ve aerobik egzersiz sırasında kalp debisinin gerektiği kadar artışına engel oluşturmaktadır. Vücut ağırlığının fazlalığı ventilasyon özelliğini de bozmakta, solunum frekansı beklenenden fazla artarken soluk volümü artışı yeteri kadar olamamaktadır. Bunlara eklenen endotelyal ve iskelet kasları mitokondri disfonksiyonları özellikle yağ dokusu kaynaklı sitokinlerin öncülük ettiği inflamatuar ortam ve yine yağ kitlesinin neden olduğu biyomekanik bozukluklar egzersiz testlerindeki önemli sorunlardır. Sunum içinde obez bireylerde sıklıkla gözlenen egzersiz dispnesi, potansiyel anormal aerobik egzersiz test yanıtları, maksimum oksijen kapasitesinin hesaplanmasındaki hata kaynakları olgu örnekleriyle tartışılacaktır.

SOLUNUM SİSTEMİNİN FONKSİYONEL ORGANİZASYONU- SOLUNUM MEKANİĞİ

Dr. Metin BAŞTUĞ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı

Solunum sisteminin temel işlevi atmosfer ile mitokondri arasında O_2 ve CO_2 değişimidir ve temel mekanizması difüzyondur. O_2 ve CO_2 moleküllerinin gaz durumunda veya suda çözünmüş haldeki rastgele hareketleri ile enerji harcanmadan yüksek konsantrasyon bölgelerinden düşük konsantrasyon bölgelerine net hareketi ile sonuçlanır. Solunum sisteminin temel yapı birimi yarım mikrometreden daha ince ve toplam kesit alanı 50-200 metrekare olabilen ***solunum membranı'***dır. Gaz alışverişinin meydana geldiği kan-gaz bariyeri olarak da adlandırılan bu membranın yüzeyleri alveol epiteli ve kapiller endotelidir.

Gazların alveol tarafında solunum yollarından iletilmesi ve çıkarılması ***ventilasyon*** ile gerçekleşir. Havanın iletildiği solunum yolları burundan başlar, trakea ve bunun dallanması bronş ve bronşiyoller aracılığıyla çoğalır, alveollere kadar 23 kez ikişer ikişer dallanır. İlk 16 dallanma kan-gaz bariyeri içermediğinden ***anatomik ölü boşluk*** olarak adlandırılır. Bu iletici zondaki en küçük havayolu terminal bronşiyoldür. 17. jenerasyonla birlikte hava yolları iletim fonksiyonlarına ek olarak alveol yapısı içerdiklerinden gaz alışveriş fonksiyonuna da sahiptirler.

Gazların atmosfer ve alveoller arasında akması için basınç farkı oluşturan, solunum yollarındaki dirençlerle baş eden ve hava akımıyla sonlanan ventilasyon işlevindeki güçler solunum mekaniği terimi ile ifade edilir. $F = \Delta P/R$ (F hava akımı, ΔP basınç farkı ve R solunum yolları direnci) formülü ile gösterilir. Basınç farkı oluşturan güçler solunum kaslarının kasılmasıyla oluşan akciğerler ve göğüs duvarı arasındaki intraplevral basınç değişimleri, akciğerlerin ve göğüs duvarının elastik özellikleri ve solunum yollarındaki yüzey gerimidir. Baş edilmesi gereken kuvvetler ise solunum yolları direncidir. Sunum içinde bu başlıklar ayrı ayrı incelenecektir.

İLAÇ VE KAN TRANSFÜZYONU ALLERJİLERİNİ NASIL TANIYALIM? ACİL MÜDAHALESİ NASIL OLMALI?

Beliz Bilgili
Marmara Üniversitesi

İlaca bağlı gelişen istenmeyen etki, hastalıkların tanı veya tedavisinde kullanılan dozlarda ilaca karşı gelişen zararlı ve beklenilmeyen cevap olarak tanımlanır. Bu reaksiyonların hepsi alerji kaynaklı değildir. İlaçlarla en sık görülen reaksiyonlar ilaçların farmakolojik özellikleri ve dozları ile ilişkili, ilacı yeterli doz ve sürede alan normal insanların çoğunda görülebilen ve önceden tahmin edilebilen reaksiyonlardır (1).

İlaç hipersensitivite reaksiyonları (İHR) klinik olarak alerjik reaksiyonlara benzeyen istenmeyen ilaç etkileridir. İlaç alerjisi terimi ise immün sisteme ait mekanizmaların rol oynadığı aşırı duyarlılık reaksiyonlarını ifade etmektedir. Bu mekanizmalar antikor aracılı veya hücre aracılı olabilir. Bu reaksiyonlar tüm reaksiyonların ancak %6-10 unu oluşturmaktadırlar İlaç alerjisi tam bir immünolojik mekanizmanın gösterilebildiği İHR'dır (2).

Bir veya birden fazla immünoljik reaksiyon sonucu ilaç alerjisi gelişebilir. Tip I reaksiyon; anaflaksi, ürtiker ve serum hastalığı olarak ortaya çıkar. Total IgE yükselmiş olarak bulunurken, spesifik IgE, ilaç eğer tam bir antijen özelliğinde ise saptanabilmektedir. Tip II reaksiyon; ilaç antijeninin kompleman aracılığıyla immün sistem hücreleriyle karşılaşması sonucu görülür. İmmün hemolitik anemi, trombositopeni ve lökopeni bu grupta sayılmaktadır. Tip III reaksiyon; immün kompleks hastalığıdır. Serum hastalığı vaskülit, hemolitik anemi ve trombositopeninin bazı formları bu grupta yer alır. Tip IV reaksiyonları; allerjik kontakt dermatit ve allerjik fotodermatit gibi hücre aracılı konakçı hasarı sonucu meydana gelen hastalıklardır. Makülopapüler döküntüler, nitrofurantoinle gelişen pulmoner reaksiyon, interstisiyel nefrit ve ilaç ateşi sayılabilir (3).

Klinik olarak İHR'ları ilaç tedavisi sırasında semptomların başlangıç zamanına göre erken ve geç olarak sınıflandırılır. Erken İHR, ilacın alınmasından 1-6 saat sonre, genellikle ilaç ilk kez kullanılıyorsa ilk dozdan 1 saat sonar ortaya çıkar. Semptomları; ürtiker, anjiyoödem, konjonktivit, rinit, bronkospazm, bulantı, kusma, karın ağrısı, diyare gibi gastrointestinal semptomlar, anafilaksi veya anafilaktik şok şeklindedir. En önemli ve hayatı tehdit eden semptom anafilaksidir. Erken İHR Ig E ilişkili mekanizma ile ortaya çıkar. Geç İHR, ilk ilaç alımından en az 1 saat sonra herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir. Semptomları; makülopapüler döküntüler ve geç dönemde görülen ürtikerdir. Geç T-hücre bağımlı alerjik mekanizma sorumludur. Klinik olarak hayatı tehdit edici anafilaksi erken dönemde görüldüğü için, ilaç ilk kez kullanılıyor ise ilaç uygulamasının 1. saatinde yakın izlem oldukça önemlidir (3).

Olası İHR gelişen semptomatik hastada ilk yapılması gereken bulguların ciddiyetini değerlendirmektir. Ciddi bulgular reaksiyonun tipine göre klinik olabileceği gibi biyokimyasal/laboratuar bulguları da olabilir. Klinik olmayan bulgular için organ hasarını belirleyebilmek amacıyla biyokimyasal parametrelere bakılmalıdır (Tablo 1) (4).

Tablo 1: İHR'da Ciddi Bulgular

	Görünen Ciddi Bulgular	Görünmeyen Ciddi Bulgular
Acil Reaksiyonlar	Ani başlangıçlı çoklu organ semptomları (solunum, deri, mukoza) Düşük kan basıncı Dispne	Serum triptaz düzeyi
Acil Olmayan Reaksiyonlar	Genel (Ateş> 38.5, lenfadenopati) Organ spesifik Cilt kabarmaları, ağrılı cilt Yüzde ödem Purpura, papül	Kan sayımı değişiklikleri KC test bozuklukları Böbrek fonksiyon bozuklukları

Acil reaksiyonlarda, klinik tablo kendini açıklayıcıdır. Semptomlar hızla gelişir ve cilt ve mukozal tutulum hızlı bir şekilde hayatı tehdit eden hava yolu, solunum veya dolaşım problemlerine doğru ilerleyebilir. Histamin veya triptaz ölçümleri, akut ortamda tedavi için hiçbir değere sahip değildir, ancak özellikle perioperatif dönemde ilaç alerjisi vakalarında anaflaksi tanısını destekleyen biyobelirteçlerdir.

Acil olmayan reaksiyonlar daha heterojendir. Geç İHR şüphesi ile karşı karşıya kalındığında, hem genel hem de organa özgü ciddiyet belirtileri sistematik olarak araştırılmalıdır.
Reaksiyon tipine bakılmaksızın, şiddet belirtilerinin varlığı, şüpheli ilaç(lar)ın derhal kesilmesini, hastaya uygun destek tedavisinin uygulanmasını ve alerji araştırması sırasında yakın takip gerektirir. Ancak ciddi bulguların yokluğunda ve ilaç kullanımı zorunlu ise, tedaviye devam etmek bir seçenek olabilir (5).

KAN TRANSFÜZYONU İLİŞKİLİ ALERJİ

Kan transfüzyonu ilişkili alerjik reaksiyonlar %1-3 oranında görülür. Alerjik reaksiyon görülme sıklığı 1/30-100/ünite iken anaflaktik reaksiyon sıklığı 1/150.000/ünitedir. Transfüzyona başladıktan sonra ilk 45 dakika içinde veya 2-3 saat sonra ortaya çıkabilir. İmmünolojik mekanizma sonucu gelişir. Kanla beraber verilen plazma proteinlere karşı gelişen IgA ve IgE reaksiyonudur, nadiren de ek solüsyon ya da sterilizasyonda kullanılan maddelere bağlı gelişebilir. Ig A eksikliği olan alıcılarda ciddi alerjik reaksiyonlar olabilir. Bu bireylerdeki yüksek düzeyli anti-immunoglobulin A antikorları kompleman aktivasyonu ve anafilaksiyi tetiklemektedir (6, 7).

Alerjik reaksiyonlar genelde lokalize eritem, kaşıntı veya ürtiker gibi hafif semptomlara yol açarlar; parenteral antihistaminiklere cevap verirler. Bronkospazm, stridor, hipotansiyon ve gastrointestinal semptomlarla seyreden şiddetli alerjik reaksiyonlar da görülebilir.

Histamin aracılı reaksiyon sonucu geliştiği için hafif olgular antihistaminik verilerek kontrol edilebilir ve transfüzyonun kesilmesine gerek yoktur. Bu amaçla klofeniramine (antihistaminik) 10-20 mg IV/IM verilebilir. Ancak bronkospazm, anjiyonörotik ödem veya anaflaksik reaksiyon varlığında transfüzyon sonlandırılmalı ve anafilaksi tedavisi uygulanmalıdır. Sık allerjik reaksiyon geliştiren hastalarda transfüzyondan 30 dakika önce antihistaminik uygulanması, yıkanmış eritrosit ve trombosit süspansiyonlarının tercih edilmesi gerekir. Hastanın IgA düzeyi düşükse, IgA düzeyi düşük donörden alınan kan transfüze edilmelidir.

ANAFİLAKSİ TEDAVİSİ

Anafilaksi için belirlenen tanı kriterleri:
A) Ani olarak (dakikalar-saatler içinde) ortaya çıkan deri, mukoza veya ikisine ait tutulum belirtileri (yaygın ürtiker, kaşıntı, kızarıklık, dudaklar/dil/uvula şişliği) ve aşağidakilerden en az birinin olması;
a) Solunumun bozulması (solunum sıkıntısı, wheezing / bronkospazm, stridor, hipoksemi)
b) Kan basıncında azalma veya organ fonksiyon bozukluğu (hipotoni/kollaps, senkop, inkontinans)
B) Hastanın olası bir allerjen ile karşılaşmasından sonra hızla (dakikalar-saatler içinde) aşağıdakilerden iki veya daha fazlasının oluşması
a) Deri, mukoza veya ikisine ait tutulum belirtileri (yaygın ürtiker, kaşıntı, kızarıklık, dudaklar/dil/uvula şişliği)
b) Solunumun bozulması (solunum sıkıntısı, wheezing / bronkospazm, stridor, hipoksemi)
c) Kan basıncında azalma veya organ fonksiyon bozukluğu (hipotoni/kollaps, senkop, inkontinans)
d) İnatçı GİS belirtileri (kramp tarzında karın ağrısı, kusma)
C) Hasta için bilinen bir allerjen ile karşılaştıktan sonra (dakikalar-saatler içinde) kan basıncının düşmesi

Bebek ve çocuklarda: Yaşa uygun sistolik kan basıncının düşüklüğü veya sistolik kan basıncında >%30 düşme

Erişkinlerde: Kan basıncı <90 mmHg veya hastanın bazal değerinden >%30 düşme.

Bu üç bölümde tarif edilen semptomlara uyan hastalar ANAFLAKSİ olarak tedavi edilmelidir. Anafilakside yaşamı tehdit eden belirtiler HAVAYOLU (ses kısıklığı, stridor), SOLUNUM (dispne, taşipne, wheezing, siyanoz), DOLAŞIM (soluk- nemli cilt, düşük kan basıncı, uyku hali, koma) sistemlerine ait olduğu için tedavide ilk basamak temel yaşam desteğidir. Dolaşım, havayolu ve solunum değerlendirilir. Alerjen ile temas kesilir, yardım çağırılır. Uygulanması gereken ilk ilaç ADRENALİNdir.

1:1000 (1 mg/mL), uyluk anterolateral bölgesine, intamuskuler olarak derhal verilmelidir. Erişkinde 0,2-0,5 mg; çocukta 0,01 mg/kg (en fazla 0,3 mg) uygulanır, gerekli ise 5-15 dakikada bir tekrar edilebilir. Hasta resüsitasyon alanına taşınarak, maske ile oksijen 8-10 L/dk uygulanır ve olası entübasyon için hazırlık yapılır. Hastanın periferik oksijen satürasyonu, kan basıncı ve EKG'si monitörize edilir. İntravenöz sıvı uygulaması (serum fizyolojijk/ ringer laktat) erişkinde 1-2 L (ilk 5 dakikada 5-10 ml/kg)

hızlı infüzyon, çocukta 20 ml/kg ilk bir saatte yapılır. Antihistaminikler; Difenhidramin: erişkinde, 25-50 mg, çocukta, 1 mg/kg (en fazla 50 mg), İV / İÖ;

10 dakikadan uzun sürede, Ranitidin: erişkinde, 50 mg, İV , çocukta, 12,5-50 mg;10 dakikadan uzun sürede, Kortikosteroidler; metilprednizolon, 1-2 mg/kg, mg/kg/gün, (veya eşdeğeri bir steroid) verilir.
Anafilakside bir diğer önemli nokta semptomların bifazik seyir gösterebilmesidir. %3-20 hastada maruziyetten 1- 38 saat sonra semptomlar tekrarlayabilir. Bu nedenle anafilaksi gelişen, özellikle dolaşım bozukluğu olan hastalar 24 saat yatırılarak takip edilmelidir (8).

Kaynaklar

1. Gomes ER, Demoly P. Epidemiology of hypersensitivity drug reactions. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2005;5:309–316.
2. Demoly P, Pichler W, Pirmohamed M, et al. Important questions in Allergy:1–drug allergy/hypersensitivity. Allergy 2008;63:616–619
3. Demoly P, Adkinson NF, Brockow K, et al. International Consensus on drug allergy. Allergy 2014; 69: 420–437.
4. Bircher AJ. Symptoms and danger signs in acute drug hypersensitivity. Toxicology 2005;209(2):204
5. Mertes PM, Malinovsky JM, Jouffroy L, et al. Reducing the risk of anaphylaxis during anesthesia: 2011 updated guidelines for clinical practice. J Investig Allergol Clin Immunol 2011;21(6):442–53.
6. Vengelen-Tyler V (ed). Noninfectious Complications of Blood Transfusion. In: Technical Manual. 12th ed. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks, 1996: 558-559.
7. Sandler SG, Eckrich R, Malamut D et al. Hemagglutination assay for the diagnosis and prevention of IgA anaphylactic transfusion reactions. Blood, 1994;84(6):2031-2035.
8. Sampson HA, Munoz-Furlong A, Campbell RL, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report—Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. J Allergy Clin Immunol 2006;117:391-7.
9. Orhan F ve ark. Anafilaksi: Türk Ulusal Rehberi 2018. Astım Allerji İmmünoloji 2018;16(Ek sayı 1):1-62.

HİPOKSİ MEKANİZMALARI VE TEDAVİSİ

Dr. Fatma Bodur

Oksijen insan hayatının temel elementidir, oksijensiz insan sadece birkaç dakika hayatta kalabilir. Vücutta oksijen hemostazının sürdürülebilmesi için oksijen talebi ve dağıtımı arasında denge olmalıdır. Vücuttaki oksijen dağılımndaki iki ana sistem respiratuar ve kardiyovasküler sistemdir. Bu iki sistemdeki herhangi bir bozukluk hipoksemi gelişimine ve kötü sonuçlara sebep olur. Hipoksi ve hipoksemi sinonim değildir. Hipoksemi kandaki oksijenin parsiyel basıncının azalması olarak tanımlanırkne, hipoksi doku oksijen düzeyindeki aalmadır. Hipoksi oksijen dağıtımındaki bozukluktan kaynaklanabileceği gibi doku düzeyind oksijen kullanımındaki bozukluktan da kaynaklanabilir. Hastalar kompansatuar olarak hemogmobin ve kardiyak output artısına sahiplerse hipoksi geliştirmeden hipoksemi geliştirebilirler. Benzer şekilde siyanid zehirlenmesinde olduğu gibi hipoksemi olmadan da hipoksi gelişebilir. Hipokseminin birçok mekanizması vardır. Bunlar ventilasyon/perfüzyon uyumsuzluğu, sağ-sol şant, difüzyon bozukluğu, hipoventilasyon ve inspire edilen havadaki oksijen miktarıdaki düşüştür. Alveole-arteryal oksijen gradienti; alveoler oksijen düzeyi ile (PAO2) ile arteryal oksijen düzeyi (PaO2) arasındaki farktır. Alveoler-arteryal (A-a) oksijen gradienti alveolokapiller membran bütünlüğü ve gaz değişimi etkinliğini yansıtır. Alveolokapiller unitedeki bir ğatoloji bu gradientin artmasına sebep olur.V/Q uyumsuzluğu, şant ve difüzyon bozukluğu nedeniyle ortaya çıkan hipoksemide A-a gradienti artacak; hipoventilasyon neden,yle ortaya çıkan hipoksemide bu gradient normal olacaktır. Genç bir insanda A-a oksijen gradienti 10 mmHg altındadır. A-a oksijen gradienti yaş ile birlikte artar. Yüksek FİO2 düzeyi hem alveoler hem de arteryal oksijeni artırarark gradienti artırır. V/Q uyumsuzluğu hpokseminin en sık nedenidir. Normal V/Q düzeyi 0.8'dir. Ventilasyon, perfüzyon ve V/Q oranı akciğerin heryerinde aynı değildir. V/Q oranı apekslerde daha yüksek bazallerde daha düşüktür. Hipoksemi durumunda özellikle hipoksemi kronik olduğunda vücutta önemli bir kompanzasyon mekanizması vardır. Vücutta ventilasyonun azaldığı bölgelere perfüzyon da kısıtlanır. Buna hipoksik pulmoner vazokonstriksiyon (HPV) denir ve bu sadece pulmoner vasküler yatağa özgüdür.Ventilasyonun kötü olduğu alanlardan kan daha iyi havalanan akciğer lanlarına yönlendirilir. Esas amaç ventilasyon/perfüzyon uyumunu sağlamaktır. HPV'de esas olarak akciğerin küçük arterleri rol oynar. Hayvan çalışmalarında çapı 200-400 µm olan arterlerde vazokonstriksiyo gösterilmiştir. HPV kronik olduğunda olumsuz sonuçlar doğurur, Kronik HPV vasküler yapıda remodeling yapar ve sonuçta pulmoner hipertansiyona sebep olur. B2 agonistler hafif V/Q uyumsuzluğuna sebep olarak hipoksemiye sebep olurlar. Nebülize isoproterenol tedavisi sonrası PaO2'de hafifi düşüş ve V/Q oranında hafifi kötüleşme gösterilmiştir. KOAH akut alevlenme ile hastaneye yatırılan hastalarda salbutamol nebülizasyonu sonrası V/Q oranında bir kötüleşme tespit edilmezken PaO2'de küçük bir düşüş tespit edilmiştir. V/Q oranındaki bu kötüleşmekötü ventile olan alanların salbutamolün indüklemesi ile artmasıdır. Yeni ventile olan yan alanlardan perfüzyonun bu alanlara cevrilmesi yeni düşük V/Q oranlı alanların ortaya çıkamsına sebep olur. Konuşmamda hipoksemi mekanizmalarından sonra tedavisi tartışılacaktır. Akut hipoksemik solunum yetmezliği (HSY) olan hastalara yakın izlem altında oksijen tedavisi uygulanmalıdır. Akut veya kronik durumlarda oksijen destek ihtiyacı tespit edildikten sonra oksijen farklı sistemler ile uygulanabilir. Sistem seçiminde göz önünde bulundurulması gereken kriterler; hipokseminin derecesi, hastanın sistemi tolere edebilmesi ve altta yatan hastalıktır. Oksijen; nazal kanül, basit yüz maskesi, rezervuarlı maske ve difüzör maske gibi yavaş akımlı sistemler (< 15 L/dk) ile veya ventüri maske ve yüksek akışlı nasal kanül gibi yüksek akımlı sistemler ile uygulanabilir.

ASTIM AYIRICI TANISI
HASTAM ASTIM MI? DEĞİL Mİ?
KLİNİK YAKLAŞIM

Dr. Hatice Eylül Bozkurt Yılmaz
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Astım tanısı öksürük, hırıltılı solunum, nefes darlığı, göğüsde sıkışma gibi solunum semptomları ile birlikte değişken ve geri dönüşümlü hava yolu kısıtlanmasının gösterilmesi ile konulur Klinik pratiğimizde ve literatürde astım tanısının atlandığı veya gereksiz tanı alan hastaların olduğu görülmektedir. Bu bölümde yanlış ve eksik astım tanısının önüne geçmek amaçlı önerilerde bulunulacaktır. Astım heterojen bir solunum yolu hastalığıdır. Kronik inflamasyonla karakterizedir. Semptomlar ve hava yolu kısıtlanamasının şiddeti değişkenlik gösterir. Havayolu kısıtlanması ve semptomlar tedavi ile düzelebildiği gibi kendiliğinden de düzelebilir. Astım fenotipleri hastaların klinik, demografik, patofizyolojik özelliklerine göre belirlenmiştir, ancak astımın karakteristik solunum yolu semptom paternleri vardır. Semptomların birden fazla olması, gece veya sabahları semptomların kötüleşmesi, semptom yoğunluğu ve şiddetinin değişken olması, viral enfeksiyonların, allerjen maruziyetinin, irritanların (sigara dumanı, eksoz dumanı vs.) ve hava değişikliğinin semptomları tetiklemesi astım olma olasılığını artırır. Karakteristik semptomlara ek olarak değişken hava yolu kısıtlılığının gösterilmesi gereklidir. Hastanın hikayesinde allerjik rinit, egzama tanılarının olması, ailesinde astım ve alerjik hastalıklarının olması astım tanısını kuvvetlendirir. Astımda fizik muayene çoğunlukla normaldir, wheezing, ekspiryumda uzama ve ronküsler duyulabilir. Atak durumunda ve ciddi hava yolu kısıtlanmasında sessiz akciğer bulgusuna rastlanır. Ancak bu bulgular astıma özel değildir. Astım değişken havayolu kısıtlanması ve solunum fonksiyonlarında değişkenliğin sağlıklı popülasyona göre anlamlı derecede farklılık göstermesi ile karakterizedir. Astımlı hastada solunum fonksiyonu normal olabileceği gibi ciddi hava yolu darlığıda gözlenebilir. Solunum fonksiyon testleri eğitimli teknisyen ve kalibrasyonu yapılmış cihazlar varlığında uygulanmalıdır. Zorlu ekspirasyonun birinci saniyesinde atılan volüm (FEV_1) hava yolu darlığını gösteren en önemli paremetredir. FEV_1 ' e ek olarak hava yolu değişkenliğini gösteren tepe akım hızı (PEF) tanıda ve takipte önemlidir. Değişkenlik fazla ise tanı daha güvenilir olmaktadır. Hava yolu değişkenliğini göstermek için bronkodilatörlü reversibilite testi, PEF metre ile 2 kez/gün 2 hafta süre ile takip, 4 hafta süre antiinflamatuar tedavi sonrası akciğer fonksiyonlarında önemli artış, pozitif egzersiz testi, pozitif bronkopravasyon testi kullanılır. Hastanın semptomları varken FEV_1 tahmini normal aralıkta ise, bu semptomların astıma bağlı olma olasılığını azaltır. Ancak başlangıç FEV_1 değeri>% 80 olan hastalarda bronkodilatatör tedavi ile akciğer fonksiyonlarında klinik olarak önemli bir artış olabilir. Bu nedenle tahmini normal aralığın klinik kullanımında kısıtlılık vardır. Hastanın en iyi değerini normal değer olarak alınması önerilmektedir.

Astım ayrıcı tanısı hastanın yaşına ve çeşitli fiziksel özelliklerine, sağlık durumuna, meslek ve çeşitli alışkanlıklarına, almakta olduğu astım tedavisine göre değerlendirilir. Astım tedavisi alan ve önceki solunum fonksiyon testleri bilinmeyen hasta grubunda objektif bir yöntemle tanı doğrulanmalıdır. Bu hastalar klinik pratikte sıkça karşılaştığımız ve bizi oldukça zorlayan gruptur. Astım ile en çok karışan iki durum vokal kord disfonksiyonu (VKD)ve Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH) dır. Ancak inhale yabancı cisim, büyük hava yolu obstrüksiyonu, bronşiektazi, kistik fibrozis, parankimal akciğer hastalıkları, eozinofilik bronşit de akla gelmelidir. Astım ile KOAH ayrımı özellikle yaşlı ve sigara öyküsü olan hastalarda zor olmaktadır. Astım–KOAH overlap sendromu (AKOS) son zamanlarda klinikde kullanılan bir ifadedir. İlerleyici hava yolu kısıtlanması ile bazı özelikler açısından astıma benzerken bazı özellikleri KOAH ile benzerlik gösterir. Bu ayrım için hastalar semptomları açısından detaylı sorgulanmalı solunum fonksiyon testleri, kan gerektiğinde balgam eozinofilisi açısından değerlendirilmelidir. Radyolojik yöntemler ve atopi için bakılan testler yardımcıdır. VKD de solunum siklusu süresince paradoksal hareket olup özellikle inspiryumda obstrüksiyonla seyreden durumdur. Altın standart tanı yöntemi laringoskop ile vokal korddaki paradoksal hareketin gözlenmesidir. Bronşiektazi ile astım ayırımında solunum fonksiyon testleri ve radyolojik yöntemler yardımcıdır. Özetle astım tanı ve ayırıcı tanısında detaylı semptom sorgulaması ve solunum fonsiyon testi gereklidir, ancak zaman zaman ileri radyolojik yöntemler, solunum ve kan testleri ve ileri klinik deneyim gerektirebilir.

İNHALASYON TEDAVİSİNİN TEMEL KAVRAMLARI VE FARMAKOKİNETİĞİ

Dr. Cenk Can
Ege Üniversitesi

İnhalasyon yoluyla ilaç uygulaması oral ya da parenteral uygulama yöntemleriyle karşılaştırıldığında sağladığı avantajlar nedeniyle astım ve KOAH gibi akciğer hastalıklarının lokal tedavisinde uzun yıllardır kullanılmaktadır. Sistemik hastalıkların tedavisi amacıyla aerosol uygulaması ise özellikle oral yoldan uygulanamayan ilaçlar için iyi bir alternatif oluşturması nedeniyle her zaman ilgi çeken bir yöntem olmuştur.

Oral uygulama ilaçların sistemik olarak uygulanması açısından en doğal ve uygulaması en kolay yöntemdir. Ancak, ilaçların gastrointestinal kanaldan tam olarak emilememeleri ya da emilim sonrası karaciğerden geçerken yıkıcı enzimler tarafından metabolize edilmeleri etkilerinin önemli ölçüde azalmasına yol açabilir. Bu nedenlerle özellikle akciğerler üzerinde etkili ilaçların inhalasyon yoluyla uygulanması önemli üstünlükler sağlar. Bu uygulamada etkinin başlama süresi çok kısadır. İlaç lokal etki amacıyla uygulandığında kan dolaşımına girmeden doğrudan akciğerlere ulaştığından etki anında başlar. Sistemik uygulamada ise ilaç alveoller aracılığıyla çok hızlı bir şekilde kan dolaşımına geçtiği için etki saniyeler içerisinde gerçekleşir ve ilaç karaciğerde ilk geçiş etkisine uğramadığı için çok daha düşük dozlarla elde edilir.

Öte yandan, üst solunum yolları ve bronşlarda yabancı moleküllerin emilimini azaltan mukus ve epitel dokusunun yanısıra, anatomik bariyerler, öksürük, mukosiliyer aktivite ve lenf bezlerinden oluşan bir savunma sistemi mevcuttur. Bu mekanizmalar inhalasyonla alınan büyük partikül çaplı yabancı maddelerin üst hava yollarında epitel dokusunu kaplayan mukus içerisinde birikmesine ve mukosiliyer aktivite aracılığıyla trakeaya oradan da yutularak gastrointestinal kanala atılmasına neden olur. Ağız ve boğazda kalan partiküller bulundukları bölgede istenmeyen etkiler oluşturabildikleri gibi sindirim kanalından emilerek sistemik yan etkilere de neden olabilirler.

İnhalasyon tedavisinin etkinliğinde aerosolün partikül büyüklüğü tedavi etkinliğini belirleyici bir faktördür. Astım ve KOAH gibi akciğer hastalıklarında lokal etki amacıyla kullanılan ilaçlar için partiküllerin hava yollarında etki göstermesi istenen bölgelerde birikmesi amaçlanırken, sistemik etki amacıyla uygulamada ise ilaç partiküllerinin alveollere ulaştırılması ve kapiller damarlar aracılığıyla sistemik dolaşıma yeterli derecede geçmesi gereklidir.

Partiküllerin akciğerlerde dağılım ve birikiminde rol oynayan başlıca mekanizmalar sıkışarak kümeleşme, sedimentasyon ve difüzyon'dur. Sıkışarak kümeleşme büyük ve hızlı hareket eden partiküller için geçerlidir. Partiküllerin gaz akımı yönündeki ani değişimleri izleyememesine bağlı olarak gerçekleşir. Sedimentasyon partiküllerin yer çekimine bağlı olarak çökmesine bağlıdır ve çökme hızı partikül büyüklüğü ve kütlesiyle doğru orantılıdır. Özellikle 1-8 µm boyutundaki partikülleri etkiler. Difüzyon ise 0.5 µm'dan küçük partiküllerle izlenir. Büyük partiküller (>10µm) burunda ve/veya orofarenkste sıkışarak kümeleşme ile filtre edilirken, 5-10µm arasındaki partiküller genellikle alt solunum yollarının proksimal bölümlerine, 1-5 µm boyutlarındakiler ise akciğerlerin periferine kadar ulaşabilirler. Çok küçük partiküller ise (<0.5 µm) alveollerde birikemedikleri için ilacın soluk verme sırasında büyük oranda vücuttan atılırlar ve ilaç etkisi azalır. Bu nedenle akciğer periferinde birikim açısından ideal kabul edilen 1-3 µm arası partiküller *' ince partikül'* olarak adlandırılır.

Aerosol partiküllerinin üst solunum yollarında tutulmadan hedeflenen bölgeye ulaşabilmeleri için partikül büyüklüğünün yanısıra hastanın soluk alma şekli ve solunum yollarını daraltan hastalıklar da diğer önemli faktörlerdir. Son yıllarda inhaler teknolojisinde gerçekleşen ilerlemelerle birlikte akciğer periferine ulaşabilecek ideal boyutlarda aerosol partikülleri oluşturabilen inhalasyon sistemleri geliştirilmiş ve ilaçların akciğerlerin uygun bölgesine yeterli miktarda ulaştırması konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Geçmişteki aerosol sistemlerinde nominal dozun ancak %10-15 kadarı akciğerlerde birikebilirken, yeni geliştirilen aerosol cihazlarında bu oran % 40-50 gibi yüksek değerlere ulaşmıştır.

Kaynaklar

1. Altiere RJ, Thompson DC. Phisiology and Pharmacology of the Airways. Inhalation Aerosols- Physical and Biological Basis for Therapy (Lung Biology in Health and Disease), 2. Edition; Editör: A.J. Hickey. Informa Health Care, USA, 2007;221: 83-126.
2. Dolovich MB, Dhand R. Aerosol drug delivery: developments in device design and clinical use. Lancet 2011; 377: 1032-1045.
3. Siekmeier R, Scheuch G. Systemic treatment by inhalation of macromolecules-Principals, problems, and examples. J Physiol Pharmacol 2008; 59:53-79.
4. Tsuda A, Henry FS, Butler JP. Particle transport and deposition: basic physics of particle kinetics. *Compr Physiol*. 2013; 3(4): 1437–1471.

ELEKTRONİK NİKOTİN SAĞLAMA SİSTEMLERİ SİGARA BIRAKMA YÖNTEMİ MİDİR?

Dr. Sema Canbakan
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Sigara içimi halen morbidite ve prematür mortalite için en önemli önlenebilir risk faktörüdür. Sigaraya bağlı yılda 6 milyon kişi ölmektedir ve 21. yüzyılda tahminen 1 milyar kişi sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle erken ölecektir. Yoğun tütün kontrol çabaları ile sigara içenlerin bu alışkanlıklarından kurtulma konusunda son dekatlarda ilerlemeler kaydedilmiştir. Eğitim kampanyaları, vergilendirme, kamuya açık alanlarda sigara içiminin yasaklanması ve sigara bırakma servislerinin açılması sigara savaşında yaygın olarak kullanılmaktadır. Sigara bırakma tedavileri 1970'lerden beri geliştirilmektedir. Nikotin replasman tedavilerinden oral tedavilere ilerlemiştir. Tüm ilaçlar rölatif olarak güvenlidir ve plaseboya göre etkilidirler. Ancak uzun süreli etkileri sınırlıdır. Elektronik nikotin sağlama sistemleri nikotini aerosol formda almaya yarayan sistemlerdir(1). Tütün endüstrisinin yeni pazarlama araçlarından biridir(2). 2004 yılında keşfedilmiş, 2009 yılından beri kullanımı yaygınlaşmıştır. Bu sistemlerin nikotin içermeyen formları olsa da nikotin içermiyor etiketleri her zaman gerçeği yansıtmamaktadır(1).

Elektronik nikotin sağlayan sistemlerin (ENSS) 4 tipi vardır. Birinci nesil ENSS sigaraya benzeyen ve şarj edilemeyen sistemlerdir. İkinci nesil ENSS kaleme benzer çeşitli tatlandırıcıların kullanımına imkan sağlayan önceden doldurulmuş ya da doldurulmaya uygun kartuşları olan sistemlerdir. Üçüncü nesil ENSS çeşitli elektrik şarj aletleri içeren ve sadece dolabilen tank sistemleri olan cihazlardı. Dördüncü nesil ENSS geniş, tekrar dolabilen kartuşlu, tank stilinde tasarlanmış aletlerdir(3,4). Bu sistemlerin yaygın kullanımı ile birlikte insan sağlığı üzerindeki etkileri de tartışılmaya başlanmıştır. Kimileri e- sigaranın sigara bırakma konusunda yardımcı olabileceğini, sigara içimini azaltacağını düşünürken kimileri tütün kontrolü için bir tehdit olduğu, nikotin kullanımının tekrar sosyal olarak kabul edilebilir bir hale getirilebileceğine dikkat çekmektedirler(1).

E-sigara inhalasyon alışkanlığını anımsatan, sigara içme eyleminin sürdürüldüğü bir nikotin alma yöntemidir. Bu özelliği nedeniyle e-sigara hiç sigara içmemiş ancak e-sigaraya başlamış gençlerde, herhangi bir inhalasyon ürünü kullanmayan gençlerle kıyaslandığında bağımlılık yaratmakta ve uzun süreli kullanımı davet etmektedir. Ardından konvansiyonel sigaraya geçiş olabilmektedir(1). Amerika'da yapılan bir çalışmada hiç sigara içmeyen 11-12.sınıflarda e-sigara kullananlar arasında 1,5 yıl sonra yasal sigara satın alma yaşına ulaştıklarında sigaraya geçişin 6 kat fazla gösterilmiştir (5).

Elektronik sigaralar nikotine ilaveten nemlendirici olarak propilen glikol, gliserol gibi maddeleri, çeşitli tatlandırıcılar da içermektedir. E- sigarada nikotin konsantrasyonları oldukça değişkendir. Yani değişen konsantrasyonlarda nikotin alınmaktadır(1). Nikotinin direk kanser yapıcı etkisi yoktur ancak vasküler sisteme olan etkileri nedeniyle tümör hücrelerinin daha iyi beslenmesine ve yayılmasına yol açmaktadır. Ayrıca e-sigarada da tütün-spesifik nitrözaminler bulunmuş mesane kanserine yol açabilecek bu kanserojenlere e-sigara içenlerde içmeyenlere göre daha fazla rastlanmıştır(4).

E- sigara da sitotoksik ve teratojenik maddelerden tümüyle arınmış değildir. Sigaradan daha düşük konsantrasyonlarda olsa da bu maddelerin uzun süreli etkileri belirsizdir(6).

E-sigaradaki zararlı maddeler kansere gelmeden kardiyovasküler ve akciğer etkileri ile erken ölümlere yol açmaktadırlar.E-sigara aerosolleri konvansiyonel sigaradan çok daha ince partiküllerle nikotini akciğerin en uç noktalarına taşımaktadır.Ve biyolojik olarak aktif bu partiküller inflamasyonu tetiklemekte, direk olarak kardiyovasküler hastalıklara ve olaylara yol açmaktadırlar.Ayrıca e- sigara kullananlarda oksidatif stres, platelet agrevasyon ve adezyonu artmaktadır(4). E-sigara yoluyla alınan nikotin en güçlü bağımlılık yapıcı maddelerden biridir ve sempatik etkiyle kalp hızı, kan basıncı ve kardiyak kontraktiliteyi artırır. Endotelyal disfonksiyona sebep olur tüm bunlar aritmi, ani ölüm için risk faktörüdür. Kronik nikotin kullanımı LDL'yi artırır ve LDL klirensini azaltır. Nikotin replasman tedavilerinde kullanılan nikotinin bu yan etkileri görülmez çünkü nikotin düzeyleri daha yavaş yükselir ve sigara içimiyle ulaşılan düzeyden düşük kalmaktadır. Oysa sigara bırakma yöntemi olarak önerilen e-sigara ile yüksek düzeyde nikotin alınmakta olup hemodinamik yan etkilere sebep olabilir. E- sigara ile kalp hızında ve diyastolik kan basıncında artışlar bildirilmiştir(1) günlük e- sigara kullanımının miyokardial infarktüs açısından riski konvansiyonel sigaraya benzer bulunmuştur(7).

Sadece e- sigaradaki aldehitlerin değil propilen glikol ve gliserol, kimyasallar gibi non polar solventlerin ve yüksek düzeyde ince partiküllerin de sağlık ve kardiyovasküler sistem üzerinde potansiyel etkileri olabileceği düşünülmektedir . Dolaysıyla kardiyovasküler riski artırmaktadır(8).

Bazı çalışmalarda e-sigarada formaldehit, asetaldehit, aseton, akrolein ve butanol gibi karboniller gösterilmiştir. Aldehitler, oksidasyon ve ısınmayla oluşmakta, düzeyleri konvansiyonel sigaraya eşit hatta yüksek saptanabilmektedir(1). Akut kullanımda sigara gibi e- sigara kullanımı da oksidatif stresi artırmakta ve endotelyal fonksiyonlarda bozulmaya yol açmaktadır(9).

E- sigara aerosolü akciğerlerde ve solunum fonksiyonlarında olumsuz etkiler yaratmaktadır. E-sigara likitlerindeki propilen glikol ve gliserinin ısınmasıyla ortaya çıkan akrolein tekrarlayan alımlarda kronik pulmoner inflamasyona yol açmakta, konakçı defansını azaltmakta, nötrofilik inflamasyona, mukus hipersekresyonuna ve proteaz aracılı doku hasarına yol açmaktadır. Tüm bunlar da KOAH gelişimi ile ilişkilidir(10).

Hayvan çalışmaları e-sigaranın immün sistemi baskıladığını pulmoner inflamasyon ve oksidatif stresi artırdığını göstermektedir(11).

Yine e-sigaradaki ince partiküllerin içeriği ve etkileri kesin bilinmemektedir. Yanan sigaralardaki kadar insan sağlığına etkisi bilinmese de araştırılması gerekmekte bu nedenle zararı yoktur ya da azdır denilmesi mümkün olmamaktadır. E-sigaradaki çok sayıda suni tatlandırıcının da etkisi henüz bilinmemektedir. Kullanılan çeşitli tatlandırıcıların sağlık riskleri olması muhtemeldir. Daha önce mentollü sigaralarda olduğu gibi bu tatlandırıcı maddeler gençlerin ve kadınların e-sigaraya ilgisini artırmak, herhangi bir tütün ürününe bağlı kılmak ve bırakmayı güçleştirmek amaçlı eklenmektedir.Ve uzun süreli inhalasyon yoluyla kullanımlarının sağlık etkileri kesin bilinmemektedir.

Aslan ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada e sigara içenlerin %25''inde sigara içicilerde saptanan eşik değerin üzerinde CO ekshale ettiklerini, idrarlarındaki kotinin düzeyi ve günlük kullandıkları sıvı miktarı arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermişlerdir(2).

E-sigaranın sigarayı bıraktıracağı ve zararları azaltacağı yönünde yayınlar bulunmakla birlikte kanıtlar yeterli değildir. Nikotin içeren e-sigaranın plaseboya üstünlüğü belirsizdir. Randomize kontrollü çalışmalar ve biyokimyasal veriler zayıftır. Anlamlı bırakma oranı bildiren kontrolsüz çalışmaların ciddi kısıtlılıkları vardır(12).

Sigaradan %95 güvenlidir görüşü ile geçerli hiçbir bilimsel kanıta dayanmadan sigara firmalarının konvansiyonel sigaradan kaybettiklerini kazanma gayretlerini göstermektedir. Nitekim bu görüşü açıklanmasının ardından 2015 yılında bu görüşün altında dev sigara firmaları, e-sigara şirketleriyle ilişkiler olduğunu ortaya çıkarmıştır 2017 yılına geldiğimizde %95 güvenlidir lafı büyük oranda tartışılmaktadır. Zararları hızla dökümante edilmeye başlanmıştır(4).

Cochrane review'lerde uzun süreli etki ve güvenirlik açısından e-sigaranın içerdiği potansiyel tehlikeli kimyasalların tip ve konsantrasyonları ile ilgili kısıtlı kanıtların olduğu vurgulanmaktadır(13). 2017 Aralıkta İngiliz parlamentosu klinisyenlere kullanan hastalarına 'bu ürünlerin uzun süreli kullanımda yarar ve tehlikeleri üzerine son kanıtların çok az olduğunu' bildirmelerini önermiştir. Olumlu yayınları olan araştırmacıların tütün ve e-sigara ile ilişkilerinin değerlendirip öyle yorum yapılmasını önerilmektedir (12).

E- sigara teknolojisinin etkinliği artırıcı yeni aletler geliştirdiği iddiaları randomize kontrollü çalışmalarla desteklenmedikçe geçerlilik ifade etmez. Erişkin sigara içicilerin çoğu e-sigarayı sigaranın yanında kullanabilmektedirler. Sigarayı bırakmadan azaltan bu kesimin sağlığının düzeldiğine dair kanıtlar yoktur.
FDA'nın sigara bırakma yöntemi olarak kabul ettiği yaklaşımlar arasında da e-sigaraya yer verilmemektedir (14).

E-sigarada sürekli ortama verilen sidestream duman yoktur. Ama e-sigara içenler ortamı ekshale aerosollerle kirletmektedirler. Nikotin, çok ince partiküller, propilen glikol ve gliserolün ısınma ürünleri normal sigara içenlere kıyasla az olsa da etrafa salınmaktadır. Ve kapalı ortamda e-içicilerin sayısı arttıkça PM2.5 (particulate matter) düzeyleri kabul edilebilir sınırlardan daha yüksek düzeylere ulaşmaktadır. Yine e-sigara dumanına maruz kalanlar, sigara içimine maruz kalanlarla boy ölçüştürecek düzeyde nikotine maruz kalmaktadırlar. İdrarlarında hiç dumana maruz kalmayanlarla kıyaslandığında bariz yüksek kotinin düzeyleri saptanmaktadır. Nitekim 2017 yılında ABD'de 12 şehirde 615 işyerinde kapalı alanlarda e-sigara içimi yasaklanmıştır(4).

E-sigaranın sigara bırakmadaki etkisini gösteren çalışmalardaki verilerin kalite eksikliği, uzun süreli güvenlik konusundaki belirsizlikler nedeni ile klinisyenler tarafında sigaranın bırakılması için e-sigara önerilmemelidir.

Kaynaklar

1- Farsalines K. E-cigarettes:an aid in smoking cessation, or a new health hazard. Ther Adv Respir Dis 2018 (12): 1-20
2- Aslan D, Gurbay A, Hayran M, et al. Expired air-CO and urinary cotinin levels of the electronic cigarette users: descriptive studyfrom Turkey 3. ENSP-CNPT international conference on tobacco kontrol asstract book 2018:31
3- El Dib R, Suzumura EA, Akl EA, et al. Electronic nicotine delivery systems and/or electronic non-nicotine delivery systems for tobacco smoking cessation or reduction: a systematic rewiev and meta-analysis. BMJ Open 2017; 7: 1-19 e012680. Doi:10.1136/bmjopen-2016-012680
4- Glantz SA, Bareham DW. E-Cigarettes: Use, Effects on Smoking, Risks, and Policy Implications. Annu. Rev. Public Health 2018. 39:215–35
5- Barrington-Trimis JL, Urman R, Berhane K, et al. E-cigarettes and future cigarette use. *Pediatrics* 2016;138(1):e20160379
6- Goniewicz Maciej Lukasz GM, Jakub K, Michal G, et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tob Control*. 2014 March ; 23(2): 133–139
7- Talal A, Pena I, Temesgen N, Glantz SA. 2018. Association between electronic cigarette use and myocardial infarction: results from the 2014 and 2016 National Health Interview Surveys. Am J Prev Med. 2018 Aug 17. pii: S0749-3797(18)31871-3. doi: 10.1016/j.amepre.2018.05.004
8- Moheimani RS, Bhetraratana M, , Yin F, et al. Increased Cardiac Sympathetic Activity and Oxidative Stress in Habitual Electronic Cigarette Users: Implications for Cardiovascular Risk JAMA Cardiol. 2017 March 01; 2(3): 278–284
9- Carnevale R, Sciarretta S, Violi F, et al. Acute impact of tobacco versus electronic cigarette smoking on oxidative stress and vascular function. Chest. 2016 Sep;150(3):606-12.
10- Moretto N, Volpi G, Pastore F, Facchinetti F. 2012. Acrolein effects in pulmonary cells: relevance to chronic obstructive pulmonary disease. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1259:39–46
11- Chun L, Moazed F, Calfee C, Matthay M, Gotts J. 2017. Pulmonary toxicity of e-cigarettes. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. 313:L193–206
12- Bareham DW. Re: Electronic cigarettes for smoking cessation https://www.bmj.com/content/360/bmj.j5543/rr-0 (erişim tarihi 16.09.2018)
13- Knight-West, O & Bullen, C. E-Cigarettes for the management of nicotine addiction. Substance Abuse and Rehabilitation 2016:7 111–118
14- https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/tobacco/pharmacologic-guide.pdf (Erişim tarihi: 16.09.2018)

YAŞLILARDA İNHALER TEDAVİ

Dr. Emel Ceylan
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Yaşlılık döneminde kas ve iskelet sisteminin oluşturduğu toraks kafesi, havayolları ve akciğer parenkiminde görülen bazı yapısal değişikliklere bağlı olarak havayollarında daralma ile seyirli solunum fonksiyon bozuklukları gelişir. Bahsedilen yapısal ve fonksiyonel değişimler havayolu obstrüksiyonu gelişimini kolaylaştırabildiği gibi inhaler seçiminde önemli olabilecek solunum kas fonksiyonlarını da olumsuz etkileyebilir. İnhaler cihazlardan etkin aerosol verimi için ilacın bronşlara ulaştırılmasını sağlayacak yeterlilikte vital kapasite oluşturulması ve belirli bir inspiratuvar akım hızı gereksinimi söz konusudur. Ancak yaşlı hastalarda havayolunda gözlenen obstrüksiyon ve yapısal değişiklikler etkin inhalasyon akış oluşturulmasına engel teşkil eder.

Havayolu hastalıklarının tedavisinde sistemik yan etkilerden dolayı inhaler tedaviler oral tedaviye tercih edilir. İnhalasyon yolu ile ilaçlar bronşlara daha yüksek konsantrasyonda ulaşabilir, bu şekilde düşük dozda ilaçla en iyi etki sağlanırken, beta agonistler ile etkinin hızlı başlamasını ve böylece hızlı semptom palyasyonu sağlanır. İnhaler yolla yapılan tedavilerde ilaçların sistemik dolaşıma geçen miktarı azalır ve bu sayede sistemik yan etkileri en aza iner. Bu uygulama şekli ile özellikle kardiyak komorbiditeleri olan yaşlı hastalarda taşikardi ve aritmi gibi ciddi yan etkilerin görülme riski azaltılır. KOAH kişilerin aktivitesinin sınırlandığı bir dönemde tanı konulması ve hastaların sigara nedeniyle gelişmiş bu durumu kabullenmesi nedeniyle tedavi talebinin sınırlı olduğu bir hastalıktır. Eşlik eden birçok komorbid hastalıklarla birlikte artan sağlık giderlerini azaltma kaygısı ya da komorbiditeler nedeniyle çoklu ilaç kullanımından dolayı tedavi talebi olmayabilir. Sedanter bir hasta ile aktif yaşamı olup halen çalışma hayatında bulunan hastaların tedavi beklentileri de farklılık gösterebilir. İleri yaştaki KOAH hastalarının birçoğunda mental ve fonksiyonel yetersizlikler olması, günlük düzenli ilaç kullanımına engel teşkil eder. Yaşlı hastalarda unutkanlık nedeniyle doz atlanması ya da cihazın manevralarını hatırlayamama nedeniyle tedavi yetersizliği gelişebilir. İleri dönem KOAH'da ise hem hipoksemi ve hiperkapni hem de depresyona bağlı olarak bilişsel fonksiyonlar bozulabilir. Yaşlı hastalarda, elin küçük kas gruplarında azalan kas gücüne bağlı olarak ölçülü doz inhaler (ÖDİ)'in püskürtülmesi için gerekli olan basma etkinliği bozulabilir. Yaşa bağlı gelişen osteoartrit, strok ve Parkinson hastalığı ve eşlik eden kalp yetmezliği gibi komorbid durumlar da kas fonksiyonlarını bozarak kas gücünü azaltabilir. Yaşlı KOAH hastalarının 1/3'ünde ÖDİ'yi püskürtmeye yetecek kas gücü sağlanamadığı gösterilmiştir. El becerisinde orta-ağır düzeyde bozukluk geliştiğinde ÖDİ cihazını kullanmak için gerekli ilacı püskürtme ve koordineli nefes alma hareketi yapılamaz. Bu durumdaki hastalarda ve ÖDİ ile mekanik sorunlar yaşayan tüm hastalarda büyük volümlü hazne önerilmelidir. El becerisi yetersiz olan hastalarda kuru toz inhaler (KTİ) cihazlardan özellikle de kapsüllü olanların inhalasyona hazırlanmasında sorun yaşanabileceği de göz ardı edilmemelidir. Ayrıca yaşlı hastalarda yaşa bağlı gelişen görme bozuklukları nedeniyle inhaler cihazlara doz yükleme ve kullanıma hazırlama aşamalarında da sorunlar yaşanabilir. Önerilen tedavilerin gereği şekilde kullanılmaması tedavi etkinliğini azaltarak ilaçlara olan inancı sarsar ve tedaviye uyumu bozar. Bu durumlarda cihaz kullanımı demonstre ettirilerek kontrol edilmeli ve hastaya manevra sayısının az olduğu bir başka cihazın eğitimi verilmelidir. Bazı cihaz özellikleri nedeniyle yaşlı hastalar tedavilerini doğru kullanamayabilirler. ÖDİ cihaz reçete edilen yaşlı hastalarda, cihaz aktivasyonu ile koordineli inhalasyon yapılamaması tedavide yetersizliğe yol açabilir. Çoğu yaşlı KOAH hastası el becerisi ve motor koordinasyonda azalma nedeniyle bu gerekliliği sağlayamaz. KOAH'lı yaşlı hastalar ve/veya ağır solunum hastalığı olanlar, bozulmuş akciğer mekanikleri nedeniyle KTİ cihazlardan etkin ilaç salımı için gerekli güçlü inhalasyon manevrasını başaramayabilirler. Alevlenme dönemlerinde hiperinflasyon daha da artıp inspiratuvar kapasite azalacağı için KTİ cihaz için gerekli pik inspiratuvar akış (PIF) sağlanamayabilir. Farklı KTİ cihazlardan aerosol salımı için farklı pik inspiratuvar basınç gerekliliği bu cihazların kullanımındaki sorunlardan bir diğeridir. Yaşlı hastalar, cihaz eğitimi almaksızın aynı molekül olması nedeniyle eczanede değiştirilen farklı bir KTİ cihazı hatalı kullanabilirler. Diğer bir konu ise, ÖDİ ve KTİ gibi farklı kullanım şekli olan cihazların aynı hastaya verilmesi, farklı inhalasyon şekilleri nedeniyle hastada kafa karışıklığına neden olarak cihazların hatalı kullanımına yol açabilir.

İlaç yan etkileri de yaşlı hastalarda tedavinin etkinliğini bozabilir. Yüksek dozda uygulanan beta agonistlerle kalp hastalarında taşikardi ve tremor oluşması; antikolinerjik ilaçlarla idrar retansiyonu ve prostat yakınmalarının artması; nebülize antikolinerjiklerin göze teması ile glokom riskinin artışı; inhaler kortikosteroidlerin orafaringeal birikimine bağlı oral kandidiyazis ve ses kısıklığı akut dönem yan etkiler olarak görülebilir. Ayrıca yüksek doz inhaler steroidlerin kronik kullanımı sonucu osteoporoz riski, adrenal supresyon, derinin incelmesi, katarakt ve glokom gibi diğer sistemik yan etkiler görülebilir. Bu yan etkiler tedavilerin bırakılmasına yol açarak hastalık kontrolünü bozabilir. Bu hastalarda hem ilaç molekülleri hem de cihazlar açısından tedavinin gözden geçirilerek yeniden düzenlenmesi gündeme gelebilir. Kalp hastalıkları ve diğer bazı

komorbid durumlar nedeniyle kullanılan bazı ilaçlar (beta blokörler gibi) bronkodilatör ilaçların yan etkilerini daha da arttırabileceğinden tedavi planlanırken eşlik eden hastalık ve uygulanan tedaviler göz önünde bulundurulmalıdır.
Yaşlılarda bronkodilatör ilaçların farmakokinetikleri ve/veya farmakodinamiklerinin modifikasyonu için kanıtlar vardır. Beta adrenoseptör yanıt, yaşlılıkta artmış sempatik sistem aktivitesine, adenil siklaz yanıtlardaki azalmaya ve beta adrenoseptör affinitesinde azalmaya bağlı olarak farklıdır. Benzer şekilde yaşlılarda antikolinerjik yanıt da farklıdır, şöyle ki, parasempatik aktivitenin azalması, reseptör sayılarında ve post reseptör couplinginde azalma hayvan deneylerinde gösterilmiştir.

Düzenli bir inhaler cihaz kullanıyor olmasına rağmen kliniğinde düzelme olmayan hastada ilaç değişikliğinden önce tedavi uyumunu sorgulamak önemlidir. Yanlış hastalık ve tedavi inanışları ve inhaler cihazlarla ilgili uygulama zorlukları nedeniyle tedaviye uyum yetersizdir. Havayolu hastalıklarında tedaviye uyum diğer kronik hastalıklarda olduğundan daha düşük orandadır. KOAH hastalarının yarısının tedavilerini kendilerine önerildiği şekilde kullanmadıkları saptanmış olup hastaların %85'inde cihaz kullanımına ilişkin teknik yetersizlik söz konusudur. Kronik solunum hastalıklarında, tedavi uyum eksikliğinin hastalık kontrolünü bozduğu bilinmektedir. Tedaviye uyumsuzluk, kısa vadede hastaneye başvuru ve yatış gereksiniminde artışa neden olarak hastalık giderlerini arttırır. Uzun dönem sonuçları ise kronik hastalığın progresyonu, maluliyet ve bakım gereksinimidir. Hastalığın tedavisi için yapılan harcamalar ile beraber kaybedilen iş gücü nedeniyle önemli ekonomik kayıplar da söz konusudur.

Yaşlı hastalarda tedavi uyumunun iyileştirilmesi için inhaler tedavi uygulamasının yüz-yüze görüşme ile değerlendirilmesi ve cihaz kullanımının demonstrasyon yolu ile gösterilmesi şiddetle önerilmektedir. Yaşlı hastalar günlük pozolojiye uymak konusunda daha gayretli oldukları için hekimlerin yaşlı hastalara cihazı doğru kullandırmaya yönelik eğitim çabalarının yararlı olacağı düşünülmektedir. Yaşlı hastalarda eşlik eden komorbiditeler nedeniyle çoklu ilaç kullanımı söz konusudur. Bu nedenle bu grup hastada günlük pozolojinin en az olduğu moleküllerin tercih edilmesi tedavi uyumunu arttırabilir. Çoklu ilaç gereksinimi varsa benzer kullanma şekilleri olan cihazları reçetelemeye gayret etmek de iyi bir seçenek olabilir. Birden fazla molekül gereksinimi söz konusu olduğunda, moleküllerin ayrı ayrı verilmesine göre kombinasyon preparatlarının daha etkili olabileceği nedeniyle tercih edilmesi önerilmektedir. Yaşlı hastalarda inhaler cihaz eğitimi ile beraber kronik hastalığa ilişkin bilgilendirme yapılması, inhaler cihazların doğru uygulaması ve sonuçta tedavi uyumunda artışa yol açacaktır. Bu nedenle hastaların inhaler cihaz eğitimi almış ve beceri kazanmış sağlık çalışanlarından eğitim almaları şarttır. Bilişsel işlev bozukluğu hafif olan KOAH hastasında inhaler cihaz eğitimi için daha fazla zaman ayrılmalı ve eğitimlerin pekiştirilmesi için resimli/yazılı materyaller verilmelidir. Ancak yıllar içerisinde, özellikle yaşlı hastalarda bilgi erozyonuna bağlı olarak becerilerin yitirilebildiği saptanmıştır. Bu nedenle pekiştirme eğitimlerinin önemi vurgulanmalıdır. Yaşlı hastalarda tedavi uyumunda sorun yaşanan hastalarda hastaya bakım verenlerin eğitilmesi ve hastanın tedavisinin gözetim altında yaptırılması yardımcı olabilir. Önerilen tedaviye hastanın uyumunu sağlamak için aileler ve bakım verenlerle birlikte eşgüdümlü olarak çalışılmalıdır.

Kaynaklar

1. Barrons R, Wheeler J, Woods JA. Opportunities for inhaler device selection in elderly patients with asthma or COPD. Patient Intelligence 2015:7 53–65.
2. Broeders M, Sanchis J, Levy ML, et al. The ADMIT series – Issues in Inhalation Therapy. 2) Improving technique and clinical effectiveness. Prim Care Respir J 2009; 18(2): 76-82.
3. Rootmensen GN, Van Keimpema ARJ, Jansen HM, de Haan RJ. Predictors of incorrect inhalation technique in patients with asthma or COPD: A study using a validated videotaped scoring method. J Aerosol Med and Pulmonary Drug Delivery 2010 (23);323-328.
4. Jarvis S, Ind PW, Shiner RJ. Inhaled therapy in elderly COPD patients; time for re-evaluation? Age and Ageing 2007; 36: 213–218.
5. Berbecaru-Iovan S, Popescu F, Berbecaru-Iovan A. Considerations on the bronchodilator therapy in elderly patients with obstructive bronchial syndrome. Current Health Sciences Journal 2013;39 (4):197-203.
6. Gupta P, O'Mahony MS. Potential adverse effects of bronchodilators in the treatment of airways obstruction in older people: recommendations for prescribing. Drugs Aging 2008; 25:415-43.
7. Takemura M, Mitsui K, Itotani R, Ishitoko M, Suzuki S, Matsumoto M, et al. Relationships between repeated instruction on inhalation therapy, medication adherence, and health status in chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of COPD 2011:6 97–104.
8. Ceylan E. Hasta ve sağlık çalışanları yönüyle havayolu hastalıklarında inhaler tedavi eğitimi. Turkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics 2015;8(2):16-24.

OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞININ PATOFİZYOLOJİSİ

Dr. Funda Coşkun
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Solunum sisteminin esas görevi, vücudun bütün dokularının metabolizması için gerekli olan oksijeni atmosfer havasından almak, metabolizma sonucu açığa çıkan CO_2'i atmosfer havasına atmaktır[1]. Normal koşullarda yaşamın sağlıklı sürdürülebilmesi için akciğerler fonksiyonlarını yerine getirmelidirler. Çeşitli etkenlerle başlayan akciğer fonksiyonlarındaki bozulma beraberinde ciddi sağlık sorunlarını ortaya çıkarmaktadır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH) günümüzde en büyük morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Hastalığın prevalans, morbidite ve mortalitesi gün geçtikçe artmaktadır. Her yıl 2.7 milyon kişi KOAH'dan ölüyor. Bu hastalık çok büyük toplumsal ve ekonomik yüke sahiptir. KOAH prevalansı son tahminlere göre % 10-15 arasında değişmektedir**.**

Önemli bir sağlık sorunu olan KOAH'ın tedavisinde ve önlenmesinde mevcut olan patofizyolojik değişikliklerin çok iyi bilinmesi gerekmektedir. KOAH ile ilgili patolojik değişiklikler, büyük hava yollarında, küçük hava yollarında ve akciğer parenkiminde görülür. Ağır KOAH'ta kor pulmonale'nin gelişmesiyle birlikte pulmoner dolaşım ve sağ ventrikül yükünde artış ortaya çıkmaktadır. Sistemik inflamatuar yanıt nedeniyle de diafragma ve diğer solunum kasları etkilenerek hastalığın ağırlık derecesi artmaktadır.

KOAH gelişiminde en önemli risk faktörleri sigara kullanma, meslek nedenli maruz kalma, alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği, biomass maruziyeti, malnutrisyon, çocukluk çağı enfeksiyonları, genetik yatkınlık, artmış havayolu aşırı duyarlılığı ve astımdır. Günümüzde, KOAH'ın, bireysel genetik duyarlılık ile olumsuz çevre faktörlerinin karşılıklı etkileşimi sonucu geliştiğine inanılmaktadır.

Kronik bronşitin temel özelliği olan aşırı mukus salgılanması, büyük hava yollarından kaynaklanmaktadır. Kronik bronşitte bronş değişiklikleri akut bronşittekinin aksine irreversibldir. Bronşdaki değişiklik sadece epitel tabakasında değil, bütün bronş tabakalarında ve hatta peribronşialdir. Kronik bronşitlerde bronş mukozasında normal kısım yanında hipertrofik ve atrofik kısımlar da yanyanadır. Hastalık yaşının ilerlediği hallerde bronş mukozasında atrofi oluşur. Bu nedenle müköz salgı azalır. Sigara dumanı ve diğer irritanlara kronik olarak maruz kalma, submukozal bez kütlesinde (bez hücrelerinin sayı ve büyüklüğünde) ve yüzey epitelindeki mukus salgılayan hücrelerin (goblet hücreleri) sayısında artışa yol açmaktadır. Buna ek olarak, epitel hücrelerinde atrofi, yerel skuamöz metaplazi, siliyer hücrelerin sayısında ve ortalama siliyer uzunlukta azalma görülür. Son yapılan çalışmalarda, hava yolu epiteli ve submukozal bezlerde T lenfosit ve nötrofillerin, submukozada ise T lenfosit ve makrofajların egemen olduğu bir inflamasyon bulunduğu bildirilmiştir. Erken dönemlerde bile havayollarında inflamasyon vardır. Mukozada başlıca mononükleer hücreler, bronşial sıvıda başlıca nötrofiller olmak üzere eozinofiller de bulunmaktadır. İleri dönem KOAH'ta kartilaj atrofisi saptanmıştır. İnflamasyon, hava yolu duvarında kalınlaşmaya ve lümende ilerleyici daralmaya yol açabilmektedir.

KOAH'ta havayolu direnci artışının başlıca yeri küçük bronşlar ve bronşiollerdir. Çapı 2 mm'den küçük bronş ve bronşiyollerden oluşan periferik hava yollarında Goblet hücre sayısında artma (metaplazi), intraluminal mukusta artma, inflamsyon, kas kütlesinde artma (hipertrofi), fibrozis, obliterasyon ve hava yollarında daralma vardır. Bu değişiklikler küçük veya periferal hava yolu hastalığı olarak adlandırılmaktadır. Hava yolu duvarındaki inflamasyon, çevresindeki alveollerin duvarında hasara neden olarak, alveoler tutunmada azalmaya ve hava yolunda bükülme/deformasyona yol açmaktadır. Normalde bronşiyollerin temel sekretuar hücresi olan Clara hücreleri, sigara içenlerde azalmakta ve goblet hücrelerinin sayısı artmaktadır (muköz metaplazi). Bu durum, küçük hava yollarında mukus birikimine, antiproteaz savunmanın kaybına ve sonuçta bu hava yollarının stabilitesinin bozulmasına yol açar.

KOAH'ta akciğer parenkiminde gözlenen temel değişiklik amfizemdir. Amfizem, terminal bronşiyol distalindeki hava boşluklarında, belirgin fibrozis olmaksızın, duvar hasarı ile birlikte anormal ve kalıcı genişleme olarak tanımlanır. Başlıca iki tip amfizem vardır: *Sentriasiner amfizem,* respiratuar bronşiollerden başlayarak alveol kanalları ve alveollere kadar yayılan, asinusun ortasının tutulup çevre alveollerin normal bulunduğu amfizemdir. *Sentrilobüler amfizem,* sentriasiner amfizemin bir formu olup uzun zamandan beri sigara içenlerde görülen amfizemdir. *Panasiner amfizem,* tüm asinusun destrüksiyonu ile karekterizedir. AAT eksikliğinde görülür. Başlıca alt lobları tutar.

Üçüncü bir amfizem tipi *distal veya paraseptal amfizem* olup asinusun distalindeki alveol kanalları, keseleri ve alveollere ait amfizemdir. Fibröz septalara veya plevraya yakındır. Bül ve blebler oluşturarak, apikal büller fibrotoraksa, dev büller akciğer kompresyonlarına neden olabilmektedir.

KOAH'ta irreversibl havayolu obstrüksiyonu nedenleri elastin-kollagen doku yapısındaki proteolitik harabiyete bağlı elastisite kaybına bağlı olarak oluşan veya küçük hava yollarında obliterasyon, distorsiyon ve fibrozistir. Reversibl obstrüksiyon nedenleri düz kas kontraksiyonu, mukus hipersekresyonu, mukoza ödemidir. Bu yapısal değişiklikler remodeling kavramı ile ifade edilmektedir. KOAH'ta Yapısal Değişiklikler: Submukozal ve adventisiyal dokuda artma (ödem, proreoglikan ve kollagen birikimi), Müköz bezler ve Goblet hücrelerinde hipertrofi ve hiperplazi, Bronşial damarlarda artma, Hava yolu düz kas kütlesinde artma (Hipertrofi ve hiperplazi) şeklinde sıralanabilir. Sonuç olarak hava yolu duvarı remodelingi KOAH'ta irreversibl hava akımı obstrüksiyonuna yol açmaktadır.

Alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği, KOAH'a yol açtığı bilinen tek genetik anormalliktir. AAT, proteolitik enzimlerin majör inhibitörü olup, alt solunum yollarında kuvvetli bir doku yıkıcı proteaz olan nötrofil elastazın akciğer dokusunda yaratacağı yıkımı önler. Alfa-1 antripsin(AAT) eksikliği, nötrofil elastaz düzeyi ve aktivitesinde artışa sebep olur. Nötrofillerin akciğerde birikmesi, bağ dokusu içine migrasyonlarının ve akciğer içinde degranülasyonlarının artması, adhezyon ve transendoteliyal migrasyon artışıyla sonuçlanır. Burada IL8'in anahtar rol oynadığı düşünülmektedir. AAT mekanizması çalışmadığında, alveol duvarları hasarlanır ve amfizem oluşur. Ağır AAT eksikliği, amfizem ile birlikte sıklıkla bronşite, nadiren de bronşektaziye yol açar. Sigara içimi, hastalığın ortaya çıkışını hızlandırır. Gelişen amfizem panasiner özellikte olup genellikle akciğer tabanlarından başlar.

Oksidanlar epitel ve endotelde hasara yol açarlar. Bu hasar diğer proteolitik ve lipid metabolizması ürünleri ile daha da artar. Ayrıca oksidanların, Alfa-1 proteinaz inaktivasyonu, ferritinden Fe^{++} mobilizasyonu, siklooksijenaz aktivitesi stimulasyonu, mukus hipersekresyonu ve kemotaksin formasyonu gibi birçok zararlı olayda katkıları vardır. Antioksidan sisteme başlıca süperoksid dismutaz, katalaz, glutatyon peroksidaz, glutatyon redüktaz gibi enzimler, A, E, C vitaminleri ve sistein gibi kofaktörler dahildir. Antioksidan sistemin defasının azalması ve/veya oksidanları aşırı miktarları akciğer hasarı ile sonuçlanır. Oksidan hasar ayrıca ARDS ve oksijen toksisitesinden de sorumludur.

Sigara dumanı ve solunum yolu ile alınan diğer irritan maddeler, hava yollarında ve akciğer parenkiminde inflamatuar bir yanıt gelişimine yol açabilmektedir. Bu inflamasyon, akciğerlerin koruyucu/tamir mekanizmaları ile ortadan kaldırılamazsa, doku hasarına neden olabilmektedir. Sonuçta, mukus hipersekresyonu, hava yolu daralması ve fibrozis, parenkim harabiyeti (amfizem) ve damarsal değişiklikler oluşmaktadır. Bu patolojik değişiklikler KOAH'a özgü kronik hava akımı obstrüksiyonu ve diğer fizyolojik anormalliklere neden olmaktadır.

KOAH'taki inflamasyonun mekanizmaları henüz çok iyi bilinmemektedir. İnflamasyona katılan değişik hücreler (makrofajlar, T lenfositler, özellikle CD8+ T lenfositler, nötrofiller) ve bunlardan salınan değişik mediyatörler (proteazlar, oksidanlar ve toksit peptidler) akciğerlerde hasar gelişimine neden olmaktadır. Zararlı toz ve partiküllerin (özellikle sigara dumanı) inhalasyonu, hava yolu epitel hücrelerini ve makrofajları uyarmaktadır. Bu durum, büyük olasılıkla, aktive makrofajlardan ve olasılıkla epiteloid hücrelerden ve CD8+ T lenfositlerden hava yollarına nötrofil kemotaksik faktörler salınmasına yol açmaktadır. KOAH'lı hastaların bronkoalveoler lavajlarında makrofaj sayısı 5-10 kat artmış bulunmaktadır. Daha da ötesi, alveol duvarında bulunan makrofaj ve T lenfosit sayısı, parenkim hasarının boyutları ile yakından ilişkilidir. Makrofajların, gerek nötrofil kemotaksik faktörler, gerekse proteolitik enzimler (matriks metalloproteinazlar) üreterek, KOAH'taki inflamatuar süreci yönlendirdiği düşünülmektedir. IL-8, nötrofiller için seçici kemoatraktan özellikte bir kemokindir ve KOAH'lı hastaların indüklenmiş balgamlarında yüksek konsantrasyonlarda saptanmaktadır. IL-8, makrofaj, nötrofil ve hava yolu epitel hücrelerinden salınabilir. KOAH'lı hastaların balgamlarında yüksek konsantrasyonlarda bulunan TNF-a'nın, IL-8 yapımını artırdığı düşünülmektedir. Hava yollarındaki nötrofiller için diğer güçlü kemoatraktan özellikteki sitokin LTB_4 olup, balgamda yüksek düzeylerde saptanmaktadır. AAT eksikliği bulunan hastalardaki alveoler makrofajların büyük miktarlarda LTB_4 ürettikleri bilinmektedir. Kemotaksik faktörlerce hava yollarına çekilen nötrofiller, nötrofil elastaz ve diğer proteazlar sekrete ederek hem parankim harabiyetine katkıda bulunmakta, hem de mukus hipersekresyonuna neden olmaktadır. T lenfositlerin inflamatuar sürece katkıları ise çok iyi bilinmemektedir. KOAH'ta gelişen akciğer inflamasyonu proteaz-antiproteaz ve oksidan-antioksidan dengesini bozarak hava yollarında ve akciğer parenkiminde hasar gelişimine neden olmaktadır.

KOAH'ta alveoler hipoksi gelişimi ile pulmoner arteriollerin medial düz kasları, normalde kas içermeyen distaldeki damarlara doğru yayılır ve intimada kalınlaşma görülür. Bu değişikliklere ek olarak, amfizem nedeniyle pulmoner damar yatağında kayıp gelişir. Oluşan pulmoner hipertansiyon, sağ ventrikülde dilatasyon ve hipertrofi gelişimine (kor pulmonale) yol açabilir. Bazı olgularda diyafragma atrofisi de görülebilir.

KOAH'ta saptanan temel fizyopatolojik değişiklik, ekspiratuar hava akımı obstrüksiyonudur. Bu sonuçtan sorumlu iki temel patofizyolojik süreç bulunmaktadır. Bunlardan ilki, proteolitik akciğer parenkim hasarıdır. Parankim hasarı, amfizem gelişimine ve akciğer esnekliğinde kayıba neden olmaktadır. Akciğerlerin elastik geri çekilme (recoil) özelliğindeki kayıp, alveollerin hava yollarına uyguladıkları çekişte azalmaya ve hava yollarının daralmasına yol açmaktadır. Sonuçta hava yolları ekspirasyonda erkenden kapanıp akciğerde hava hapsine (statik hiperinflasyon) yol açmaktadır. İkinci süreç ise küçük hava yolu hastalığıdır. Küçük hava yollarındaki inflamasyon ve peribronşiyal fibrozis, bu hava yollarının daralmasına yol açmaktadır. Küçük hava yolu hastalığı ve amfizem, hem hava yolu direncinde artmaya, hem de maksimum ekspiratuar hava akım hızında azalmaya neden olur. Ancak, KOAH'ta kronik hava yolu obstrüksiyonu gelişmesinde hangi mekanizmanın egemen rol oynadığı bilinmemektedir.

KOAH'ın temel özelliği olan kronik hava yolu obstrüksiyonu, ekspiratuar akım hızında azalmaya, ventilasyon dağılımı ve gaz değişiminde bozulmaya ve akciğerlerde aşırı havalanmaya neden olur. Ekspiratuar akım hızındaki azalma üç farklı mekanizmayla gelişmektedir. Bunlar akciğerin elastik geri çekilme özelliğindeki kayıp (amfizem), hava yolu direncinde artma (küçük hava yolu hastalığı) ve hava yollarının kollabe olma eğilimindeki artıştır.

KOAH'ta hava akımını etkileyen patolojik değişikliklerin çoğu akciğerde düzenli bir dağılım göstermez. Kronik bronşitte hava yolu darlığının yeri düzensiz bir dağılım gösterirken, amfizematöz lezyonların şiddeti de bölgelere göre farklılık gösterir. Bu durum ventilasyonun tüm akciğerde benzer bir dağılım göstermemesine ve bazı akciğer bölgelerinin diğerlerine göre daha az ventile olmasına yol açar. Daha şiddetli etkilenen bölgeler, belirli bir soluk süresinde yeterince boşalamadıklarından bu bölgelerde hava tutulması (dinamik hiperinflasyon) görülür ve yine bu bölgelerde ekspirasyon sonu pozitif basınç (intrensek PEEP) gelişir. Nitekim, KOAH'ın tüm aşamalarında gaz değişimini bozan ve arteriyel hipoksemi gelişimine yol açan temel mekanizma ventilasyon/perfüzyon dengesizliğidir.

Solunum fonksiyon testleri KOAH tanısında, hastalığın ağırlığının saptanmasında, progresyonunun ve prognozunun değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. KOAH'da bozulmuş akciğer fonksiyonları tanıda önemli bir rol oynar. Ekspiratuvar akımdaki kısıtlanma solunum fonksiyon testleri ile ölçülebilir. Zorlu akım hızının fonksiyonel vital kapasiteye oranının %70'in altında olması hava yolu kısıtlanması olarak rehberler tarafından kabul edilmiştir (4,18). KOAH prevalansı sigara içimi ve yaştan etkilenmektedir. Bozulmuş solunum fonksiyonları hem mortalite hem de morbidite için önemli bir belirleyici faktördür. Kronik hava yolu obstrüksiyonunun en önemli sonuçlarından biri, akciğerlerde aşırı hava birikimidir. Bu durum, RV, FRC ve bazen de TLC'de artışa neden olur. Akciğerin aşırı havalanması, inspiratuar kasların istirahatteki uzunluğunu kısaltır ve sonuçta bu kasların kontraksiyonda oluşturacakları kuvvetin azalmasına yol açar.

KOAH'ta tipik olarak ataklar dışında sabit olarak bir ekspirasyon hava akımı sınırlaması vardır. Bu durum FVC manevrası ile açığa çıkarılır. Akım volüm eğrisinde başlıca FEV_1, FEV_1 / FVC, PEF, FEF_{25-75} (MMFR), FEF_{75}, FEF_{50}, FEF_{25} kullanılmakla birlikte en sık başvurulan parametre FEV_1'dir. FEV_1 hastalığın ağırlığını, yıllık FEV_1 azalması ile prognozu belirler. Yıllık 50 ml.den fazla azalma hızlı progresyonu gösterir. FEV_1 / FVC nöromüsküler hastalıklar ve restriktif akciğer hastalıklarında sabit kalırken obstrüktif akciğer hastalıklarında düşüktür. FEV_1 / FVC hafif dereceli KOAH için duyarlı iken orta ve ağır dereceli KOAH'ta en yararlı parametre FEV_1'dir. PEF takibi tedaviye yanıtı izlemede ve bazen de diurnal değişiklikleri saptama da yararlıdır. Ancak ileri dereceli amfizemde PEF değerine güvenilmemelidir. Çünkü PEF'te orta dereceli azalma varken FEV_1 ileri derecede azalmış olabilir.

Hava Yolu Direnci *(Raw)* Alveoler basıncın akıma oranıdır. Hava yolu iletkenliği (Gaw) ise 1/Raw'dır. Ölçümün yapıldığı akciğer volümü ile ilişkili olduğundan dolayı akciğer volümü ile çarpılarak ifade edilir. Buna spesifik hava yolu direnci (sRaw), bunun tersine ise spesifik hava yolu iletkenliği (sGaw) denir. Raw'ın en önemli belirleyicisi hava yolu çapıdır. Body pletismograf ile "forced ossilation" tekniği ile ölçülür.

Akciğer statik volümleri helyum dilüsyon, nitrojen washout ve body pletismografi ile ölçülebilir. KOAH'ta TLC, RV, RV/TLC oranı artmıştır. Buna "Hiperinflasyon spirometrik paterni" denir. Statik akciğer kompliansı azalmış, dinamik komplians artmıştır.

KOAH'da solunum kas fonksiyonu azalmıştır. Maksimum inspirasyon ve ekspirasyon basınçları (PImax ve PEmax) çoğu hastada azalmıştır. PImax'ın normali -60 cmH_2O, PEmax'ın normali 80-100 cmH_2O'dur.Beslenme bozukluğu ve steroid myopatisinden şüphelenildiğinde ve rehabilitasyonun etkinliğinin takibinde ölçümler endikedir.

Egzersiz Testleri FEV_1 ile orantılı olmayan nefes darlığının değerlendirilmesinde yararlıdır. Maksimum egzersiz kapasitesinin, egzersizi sınırlayan faktörlerin, egzersizle ortaya çıkan semptomların değerlendirilmesinde, rehabilitasyona alınacak hastaların ve bunların rehabilitasyona yanıtının belirlenmesinde, pulmoner maluliyetin ve preoperatif durumun belirlenmesinde endikedir. KOAH hastalarında maksimum O_2 uptake'i (VO_2 max) düşüktür. Anaerobik eşik normal düşük veya belirsiz olabilir. Nabız rezervi genellikle artmıştır. Solunum rezervi azalmıştır. Oksijen pulse VO_2 max'la orantılı olarak azalmıştır. Nabız-VO_2 ilişkisi paralel olarak sola kaymıştır. Karbondioksitin solunumsal ekivalanı artmıştır (VE/VCO_2). Ölü boşluk solunumu (VD/VT) ve $P(a\text{-}ET)CO_2$ artmıştır. PaO_2 cevabı değişkendir. $P(A\text{-}a)O_2$ genellikle artar. $PaCO_2$ cevabı değişkendir.

Kaynaklar

1-Yıldırım N. Fizyopatoloji. In Kronik Obstrğktif Akciğer Hastalığı (Eds. Umut S, Erdinç E) Toraks Kitapları Turgut Yayıncılık, Ankara, 2002.
2-Chanez P, Vignole AM, Bousquet J. Remodelling of the airways in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir Rev 1997;7:142-5.
3-Davies RM, Novotny TE. The epidemiology of cigarette smoking and its impact on chronic obstructive pulmonary disease. Am Rev Respir Dis 1989;140:82-9.
Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic air flow obstruction. Brit Med J 1997;1:1645-8
4-Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS, GOLD Scientific Committee, Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) workshop summary. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1256–1276.
5-Celli BR, MacNee W. 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.
6-Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328: 1519.
7-Mannino DM. COPD: epidemiology, prevalence, morbidity and mortality, and disease heterogeneity. Chest 2002; 121: Suppl. 5, 121S–126S.
8-D.M. Mannino, G. Watt, D. Hole, C. Gillis, C. Hart, A. McConnachie, G. Davey Smith, M. Upton, V. Hawthorne, D.D. Sin, S.F.P. Man, S. Van Eeden, D.W. Mapel and J. Vestbo. The natural history of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2006; 27: 627–643.
9-Rennard S. Pathophsyological mechanisms of COPD. Eur Respir Rev 1997; 7:206-10.
10.Karlıkaya C. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, 1999, http://www.trakya.edu.tr/ckarlikaya/koah.htm.
11-

KOAH DA ALEVLENME, PNÖMONİ SORUNU VE YÖNETİMİ

Dr. Mukadder Çalıkoğlu
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi

Toplum kökenli pnömoni (TKP) için genel risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, sigara içme öyküsü, vücut kitle indexi, KOAH şiddeti ve KOAH tedavisi ve diğer komorbid durumlar sayılmaktadır. Bir çok pulmoner komorbiditeyle birlikte görülebilen TKP, KOAH'ın enfeksiyöz alevlenmesinden ayırt edilmesi bakımından ayrıca önemlidir. Pnömoni gelişen hastalarda KOAH yaygın ve önemli bir predispozan durumdur ve ciddi TKP gelişimi için bağımsız bir risk faktörü (OR=1.91) olarak kabul edilmektedir. TKP olgularının % 15-42' sinde KOAH varlığı bildirilirken, KOAH'da TKP insidansı % 22.4 (21.7–23.2/1000 kişi) olarak göstermiştir. Birlikte görülmeleri durumunda hastalık yükü, klinik özellikler, risk faktörleri, mikrobiyal etiyoloji, antibiyotik tedavisi gibi konularda birçok klinik çalışmaya karşın bazı tartışmalı noktalar varlığını korumaktadır. KOAH'lılarda gelişen TKP de öksürük, pürülan balgam, dispne, takipne, solunum yetmezliği gibi solunumsal yakınmaların daha belirgin olduğu görülmektedir. Sadece TKP'si olanlarda ise ateş, diare, baş ağrısı, kas-eklem ağrıları, multilobar infiltrasyonlar, plevral sıvı, ampiyem ve bakteriemi daha sık iken, PSI ve CURB-65 skorları daha düşüktür. Pnömonili hastalarda KOAH varlığı sıklıkla pnömoninin klinik semptomlarını ve tedaviyi karmaşıklaştırken, hastanede kalış süresi, yoğun bakım ve mekanik ventilasyon ihtiyacı gibi prognozu genellikle etkilemediği görüşü hakimdir. İnhale kortikosteroid alan KOAH'lılarda ise TKP riskinin arttığı ve daha kötü prognoza sahip oldukları yönünde veriler olmakla beraber, mortalite artışı konusu belirsizliğini korumaktadır. KOAH'lılarda İKS kullanımının inflamasyon şiddetini ve nötrofil toplanmasını, dolayısıyla TKP şiddetini azaltacağı söylendiği gibi, sistemik inflamatuar yanıtı bozarak artmış bakterial yüke neden olabileceği de söylenmektedir. Benzer şekilde İKS'lerin KOAH ve TKP birlikteliğinde prognoza da etkisi tartışmalıdır ancak, çalışmalar IKS alan hastalarda dirençli patojenlerin daha sık olduğundan söz etmektedir. Her iki durumda da mikrobiyolojik tanı oranı benzerdir. KOAH'lıların TKP'sinde en sık S. pneumoniae olmak üzere H. influenzae, Moraxella catarrhalis, ve P. aeruginosa izole edilmektedir. P. aeruginosa infeksiyonları daha çok yaşlı ve düzenli oral KS alanlarda sıktır. Çalışmalarda bu iki organizma için de antimikrobial direnç dikkati çekmektedir. Yeni çalışmalarda TKP de S. pneumonia ilk sırada yer alırken, KOAH'lıların TKP'sinde ve özellikle 65 yaş ve üstünde H. influenzae'nın daha ön sırada yer aldığı görülmektedir. Prospektif çalışmalarda KOAH alevlenmelerinde viral pnömonilerin de sıklığından ve bu hastalarda daha fazla bakterial (pnömokokal) co-infeksiyon geliştiğinden söz edilmektedir.

KOAH alevlenmesi ve pnömoni inflamatuar yanıt bakımından da (serum CRP, prokalsitonin,TNFα, IL6, IL1, IL8, neopterin) farklılık göstermektedir. Bu belirteçlerin TKP de KOAH alevlenmesine göre belirgin yüksek, CRP/NPT oranının ise daha düşük olduğu gösterilmiştir. CRP/NPT oranının KOAH'da alevlenme ve TKP ayırımında kullanılabileceği yönünde öneriler bulunmaktadır (0.346 cut off için sensitivite: 65% spesivite: 79%).

KOAH'lılarda TKP tedavisi KOAH şiddeti ve diğer komorbiditelere göre bireyselleştirilmelidir. Henüz bu grup hastalar için spesifik tedavi önerisi veya bir rehber olmamakla beraber en sık kullanılan antibiyotik rejimlerinin tek başına b-laktam, b- laktam/ b-laktamaz inhibitorü ve fluorokinolonlar veya beta laktamların makrolid/fluorokinolon ile kombinasyonları olduğu bilinmektedir. Klinisyenlerin özellikle yoğun bakımda tedavi gerektiren durumlarda artan ilaç direnci bakımından uyanık olmaları gereklidir.

Sonuç olarak KOAH TKP için riski arttıran bir durumdur. Hala tartışmalar sürse de özellikle daha yaşlı KOAH'lılarda pneumococ ve influenza infeksiyonları için aşılama TKP gelişimi için hem koruyucu hem de morbidite, hastane yatışları ve mortaliteyi azaltıcı bir strateji olarak önerilmektedir.

KALP YETMEZLİĞİNDE HİPOKSEMİK SOLUNUM YETMEZLİĞİ NEDENLERİ

Dr. Hatice Kutbay Çelik
İstanbul Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Kalp yetmezliği; stres esnasında ya da istirahatte azalmış kardiyak output ve/veya artmış intrakardiyak basınç ile sonuçlanan, yapısal ve/veya fonksiyonel kardiyak anormalite sonucu meydana gelen, nefes darlığı, ayak bileklerinde şişlik, yorgunluk gibi tipik semptomlar ve artmış juguler venöz basınç, pulmoner krepitasyon, periferik ödem gibi bulgular ile karakterize klinik bir sendromdur (1). Dünyada yaklaşık 38 milyon insanı etkilemektedir. 55 yaş üzerinde kalp yetmezliği gelişme riski kadınlarda %29, erkeklerde %33'dür (2). Kalp yetmezliği diğer sağlık sorunlarına göre daha fazla hastane yatışı gerektirir ve hastaların 1/5'i ilk 1 yıl içerisinde, yarısı tanıdan sonraki 5 yıl içinde kaybedilmektedir. Amerika'da ölümler büyük oranda yoğun bakımda olmaktadır; agresif girişimlere rağmen yoğun bakıma kabul edilen hastaların 1/5'i ölür.

Egzersiz intoleransı ve semptomların ciddiyetini tanımlamak için Newyork Kalp Cemiyeti tarafından belirlenen fonksiyonel klasifikasyon kullanılmaktadır. NHYA sınıflaması güçlü bir prognoz göstergesi ve risk belirleyicisi olmaktadır. NYHA sınıfı arttıkça hayatta kalma oranı azalmaktadır.

2016 ESC klavuzuna göre KY azalmış ejeksiyon fraksiyonlu KY(HFrEF) , korunmuş EF'li KY (HFpEF) ve sınırda (mid-range) EF'li KY (HFrEF) olarak sınıflandırılmıştır. HFpEF'li hastalar HFrEF'ye göre daha yaşlı , kadın ve HT ya da AF öyküsü olan hastalardır. Myokard enfarktüsüne daha az rastlanır (1).

Kalp yetmezliği hastalarında en sık ölüm nedenleri kardiovasküler nedenlerdir ki; bunlar ani ölüm ve KY'de kötüleşmedir, ancak nonkardijenik nedenler de olabilir özellikle HFrEF hastalarında. İster kardiojenik ister nonkardiojenik nedenler olsun akut kalp yetmezliği ya da kronik kalp yetmezliğinin kötüleşmesi sonucu hastalar acil servislere solunum yetmezliği ile başvururlar. Bu hastalarda Tip 1, Tip 2 ve Tip 4 SY görülebilir, ensık Tip 1 SY görülmektedir.

Kalp Yetmezliği'nde Hipoksemik Solunum Yetmezliği nedenleri :

1.Akut Kalp yetmezliği (Denovo- Akut başlangıç)
   a. Akut kardiyojenik pulmoner ödem
   b. Kardiyojenik şok
2.Akut Dekompanse Kalp yetmezliği (Kronik kalp yetmezliği semptomlarının ani –anlamlı kötüleşmesi)
   a. Hafif –Orta ADKY
   b. Hipertansif ADKY
   c. Ciddi pulmoner ödemli ADKY
   d.Kardiojenik Şok
   e.Artmış Outputlu ADKY
   f. Sağ Kalp yetmezliği
3. Kronik kalp yetmezliğinde birlikte olan durumlar (Comorbiditeler)
   a. Aritmiler: atriyal fibrilasyon, ventriküler aritmiler
   b.Angina ve koroner arter hastalığı
   c.Akciğer hastalıkları (astım, KOAH)
   d. Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları
   e.Pulmoner emboli
   f.Pulmoner Hipertansiyon
   g. Obesite
   h. Anemi
   ı.Hipertiroidi (1).

Pulmoner Konjesyonun Patofizyolojisi:

Kronik KY'li hastalar kronik olarak artan pulmomer kapiller wedge basıncı (PCWP) artışına dikkat çekici şekilde adapte olurlar. Öncesinde sağlıklı kişilerde PCWP'ın 25 mmHg olması pulmoner ödem geliştiriken; uzun süredir KY'li hastalarda basınç 40 mmHg olduğunda dolum başlar. Normal şartlarda akciğerlerin bazallerinden apekse doğru lineer kan akımı artışı söz konusudur. Artmış sol atriyal basınç pulmoner venöz HT ile sonuçlanır ve kan akımının üniform dağılmına neden olur. Bu dağılım kapiller distansiyon ve recruitment ile doğrudan ilişkilidir. Artmış dolum basınçlarında mikrovasküler bariyerden sıvı geçişleri başlar.

Sol ventrikül disfonksiyon ve iskemisi artmış diyastolik stiffnes ve sol atriyal basıncın artışına yol açarak pulmoner konjesyon sonuçta hipoksemi ve iskemide kötüleşmeye yol açar. Kardiojenik şok esnasında kompansatuar mekanizmalar aktive olur. Sempatik tonus artışı; kalp hızı ve kontraktilite artışına, sıvı retansiyonuna neden olan renin-anjiotensin-aldesteron sisteminin stümülasyonuna, preload artışına ve ortalama sistemik kan basıncı için vasokonstriksiyona neden olur. Sistemik inflamatuar cevapta artış; hipoperfüzyonun uzaması ile sonuçlanır. Ayrıca inflamatuar sürecin aktivasyonu NO sentazın salınması ve aktivasyonuna yol açar, bu da vasodilatasyon, hipotansiyon ve hipoperfüzyonun kötüleşmesi ile sonuçlanır (3).

Kapiller hidrostatik basınçtaki artış ilk olarak interstisyel kompartmanda ödeme neden olur ve böylece ödem kritik gaz exchange alanından uzaklaştırılmış olur. Bu durumda negatif basınç gardienti interlobüler septa, peribronkovasküler boşluk ve son olarak hilusa transpot olur. Ödem sıvısı akciğerlerin ¼'ünü aşarsa plevral boşlukta birikmeye başlar. Lenfatik damarlar sıvı klirensi için interlobüler septanın konnektif dokusu içine, peribronkovasküler kılıf ve plevraya yerleşmişlerdir. Akciğerlerin lenfatik sistemi akciğer sıvı klirensini normalden 10 kat arttırabilir. İnterstisyel sıvının artışını takiben alveoler boşluklara sıvı dolumu başlar. Böylece alveoler epitelyum ve distal hava yollarına sıvı transportu akciğerlerin gaz exchange alanlarına çekilmiş olur. Sıvı dolu alveollerin ventile olmaması nedeniyle V/Q dengesizliği ve atelektatik ya da sıvı dolu alveollerin ventilasyonunun kesilmesi fizyolojik şanta neden olur (4).

Pulmoner ödeme bağlı hipoksemi mekanizmaları :Sağdan sola şant ve V/Q dengesizliğidir. Ancak AMI'lı ve ciddi KOAH'ı olan veya yüksek doz narkotik alan hastalarda alveoler hipoventilasyon da hipoksemiye katkıda bulunur. Pulmoner ödem, konjesyon ya da her ikisinden dolayı akciğer kompliyansının azalmasıyla meydana gelen solunum iş yükündeki artış total oksijen tüketiminde artışa neden olarak mixed venöz oksijen saturasyonunun düşüşüne neden olur. Ayrıca bronşiyal ödem nedeniyle hava yolu obstrüksiyonu solunum kas yorgunluğuna neden olarak arteriyel hipoksemiyle sonuçlanır (5).

Hipokseminin kötüleşmesi ,solunum eforunun yetersizliği ve konfüzyon varlığında hastalar entübe edilmelidir.

Kaynaklar

1. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronis heart failue ot the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal (2016) 37, 21129-2200.
2. Australian Heart Failure Guidelines 2018. NHFA CSANZ Heart Failure Guidelines Working Group. Heart, Lung and Circulation. (2018) 27, 1123–1208.
3. Reyentovich A, Barghash M H and Hochman J S. Management of refractory cardiogenic shock. Nature Reviews /Cardiology. 2016;13(8): 481-496.
4. Sukumalchantra Y et al. The Mechanism of Arterial Hypoxemia in Acute Myocardial Infarction. Circulation, Volume XLI, April 1970.
5. Brian K. Gehlbach, MD; and Eugene Geppert, MD. The Pulmonary Manifestations of Left Heart Failure. CHEST 2004; 125:669–682.

YOĞUN BAKIM ALAN HASTALARIN UYKU BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Dr. Pınar Dağtaş Cihangir
Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Uyku, bireyi stres ve sorumluluklarından uzaklaştırarak rahatlatan, ruhsal ve fiziksel açıdan yeniden enerji depolamasını sağlayan süreçtir. Fizyolojik ve davranışsal süreçlerin kompleks bir karışımıdır. Kişi her gece, birbirini izleyen iki farklı uyku tipinden oluşan aşamalar yaşar. Bunlardan ilki hızlı göz hareketlerinin olmadığı yavaş dalga uykusu NREM (Non-Rapid Eye Movement/yavaş göz hareketleri), ikincisi ise hızlı göz hareketlerinin olduğu REM uyku bölümleridir.

Hastanede yatan hastalarının çoğunun uyku alışkanlıklarında önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Yoğunbakım ünitesinde bulunmak hasta birey için başlı başına bir stres kaynağıdır. Uykuyu bozan başlıca faktörler arasında; ağrı, fiziksel durum, ilaç tedavisi, ölüm korkusu, ışıklandırma, çevresel gürültü, hoş olmayan kokular, yabancı aletler, hemşirelik girişimleri, invaziv girişimler, mahremiyet kaybı, aileden uzak kalma ve hipotermi yer almaktadır. Yoğun bakım hastalarının uyku süresine bakıldığında 24 saatlik süreçte uyku süresi normal olabilmesine rağmen (7-9 saat), neredeyse bu uykunun %50'si gece uykusundan ziyade kısa süreli uyku şeklinde olduğu belirtilmektedir. Hastalarının büyük çoğunluğu uykunun birinci evresinde kalmakta ve sıklıkla uyanık olup, nadiren uyku döngüsünü tamamlamaktadır. Yoğun bakım hastasında uyku yoksunluğunun en sık nedeni olarak %43 gürültü, %40 ağrı, %35 pozisyon bozukluğu, %33 gürültülü konuşma, %33 takılan kateterler ve %29 oranında zaman oryantasyon bozukluğu olduğu bildirilmiştir.

Yoğun bakımda uykusuzluğun uzun sürmesi büyüme hormonu prolaktin ve tiroid hormonun normal salınımında bozulmalara neden olmaktadır. Uykusuzluk sorunu yaşayan hastalarda strese yanıt olarak kanda katekolamin düzeyinin artması ile insülin direncinde artma, aritmi ve kalp yetersizliğinde kötüleşme hatta ölüm görülebilmektedir. Yoğun bakım hastalarında akut gelişen önemli bir sorun olarak karşımıza çıkan deliryum ile uyku arasındaki ilişki net gösterilememekle birlikte, uyku bozukluğunun ne ölçüde deliryuma neden olduğu henüz saptanamamıştır.

Temel insan gereksinimlerden biri olan uykunun sağlanması ve uykuyu etkileyen olumsuz faktörlerin belirlenmesi hasta birey açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle yoğun bakım hemşireleri hastalarına bütüncül bir yaklaşımla yardım edebilmeleri için öncelikli olarak normal uyku süreci ve hastalarda oluşabilecek uykusuzluğun nedenlerine ilişkin bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Uyku, fiziksel ve ruhsal olarak bedenin dinlendiği, iyileşmenin kolaylaştığı bir süreçtir. Yoğun bakım hemşiresinin uykusuzluğun olumsuz etkilerinin farkında olması, hastaların uykularını düzenleyecek ve dinlenmelerini sağlayacak hemşirelik müdahalelerini geliştirebilmesi önemlidir. Bununla birlikte yoğun bakımların bir uyku protokülüne sahip olması mortalite ve morbidite açısından önem arz etmektedir.

OLGU ÖRNEKLERİYLE KPET YORUMLAMA

Olgu III: Düşük Fiziksel Aktiviteye Sahip Bireylerde KPET Verileri

Dr. Uğur DAL
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Ad.

Fiziksel egzersiz, kas aktivitesinin artan ihtiyaçlarını sağlamak üzere kardiyovasküler ve solunum sisteminin birlikte çalışmasını gerektirir. Kardiyopulmoner egzersiz testleri de (KPET) bu metabolik stres altında solunumsal, kardiyovasküler sistemin ve hücresel düzeyin aynı anda değerlendirilmesine olanak verir. KPET sonuçlarının incelenmesi ile cinsiyet, yaş, fiziksel aktivite düzeyi, boy, kilo ve sigara tüketimi testleri etkileyen parametreler olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan araştırmalarda fiziksel olarak aktif bireylerden elde edilen test verilerinin normal toplumdan farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Belirli bir yaş ve cinsiyet için oksijen tüketiminde (VO_{2maks}) %20 azalma sedanter bir yaşamı işaret eder. Yüksek fiziksel aktivitenin ya da artmış fiziksel kapasitenin sağlık üzerine olumlu katkısı bilinmektedir. Fiziksel aktivite ile erken ölüm, hipertansiyon, Tip 2 diyabet vb. gibi durumlar arasında negatif bir ilişki vardır, ayrıca birçok hastalık ve egzersiz arasında doz-cevap ilişkisi de kurulabilir. Düşük fiziksel aktiviteye sahip bireyin KPET verileri analiz edildiğinde fiziksel aktif bireylere göre başlıca, VO_{2maks}'ta azalma, daha yüksek kalp hızı ve ventilasyon sayılabilir. Ayrıca bu bireylerin lokomotor sistem şikayetleri ile de testi erken bırakmaları olasılığı da oldukça yüksektir.

Sedanter bireylerde yaş artışı ile VO_{2maks}'ta azalma beklenir, ek olarak özellikle kilo alımı ile düşüş hızlanmaktadır. Fiziksel olarak aktif bireylerde yaş artışı ile maksimum oksijen tüketiminde meydana gelmesi beklenen değişiklik oldukça azdır. Sonuç olarak sedanter birey ile fiziksel olarak aktif bireye uygulanan aynı egzersiz şiddetinde sedanter bireyler daha fazla efor ($\%VO_{2maks}$) harcayacaktır, başka bir değişle bu grupta rölatif olarak egzersiz şiddeti daha ağır olarak algılanacaktır.

PLEVRA HASTALIKLARI TANI YÖNTEMLERİ KURSU

Sitolojik ve Histolojik Değerlendirme

Dr. Funda Demirağ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi SUAM Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Visseral plevra akciğer yüzeyini ve fissürleri, paryetal plevra ise göğüs duvarının iç yüzeyini, diyaframı ve mediasteni örter. Neoplastik ve nonneoplastik plevral hastalıklarının klinik, radyolojik, ve makroskopik özellikleri, plevral ağrı, plevral tabanlı kitleler, plevral kalınlaşma ve efüzyon gibi bulguları benzerdir. Oysa bu hastalıkların tedavi ve prognozları farklıdır. Bu durumda tanı aşamasında plevra biyopsilerinin histopatolojik, plevra mayinin sitolojik incelemesi büyük önem taşır.

Plevra biyopsilerinin birkaç özelliği tanı güçlüğüne yol açar:
1. İnceleme için elde edilen dokuların çapları değişiklik gösterir. İnce iğne biyopsisi, kapalı plevra biyopsisi, torakoskopik biyopsiler, dekortikasyon materyali, ekstraplevral pnömonektomi plevra patolojilerinin tanısı için patoloji laboratuvarlarına gönderilen biyopsi tipleridir. İnce iğne biyopsisi, kapalı plevra biyopsisi doku miktarının daha az olduğu biyopsilerdir. Ancak plevrayı infiltre eden adenokarsinom ve granülomatöz hastalıkların tanısı bu biyopsilerle konulabilir. Yine klinik ve radyolojik verilerle immünhistokimyasal bulguların desteklenmesiyle epiteloid mezotelyoma tanısı da konulabilir.

Torakoskopik biyopsiler ile plevradaki lezyonlar daha büyük doku örnekleri ile örneklenebilir. Ameliyat esnasında frozen çalışılarak örnekleme yapılan alanın lezyon içerip içermediği öğrenilebilir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta eğer frozen gönderilen materyal dışında örnekleme yapılmıyorsa, yani patolojik tanı için elde sadece frozen çalışılacak doku varsa bu doku frozena gönderilmemeli, rutin patolojik incelemeye gönderilmelidir. Yine malign olgularda yeterince örnekleme yapılmadan plöredez yapılmamalıdır. Çünkü plöredez sonrasında biyopsi örneklerinde sadece fibrozis ve yabancı cisim tipi dev hücre hücre reaksiyonu gözlenecektir.

Dekortikasyon materyali ve ekstraplevral pnömonektomi tedavi amaçlı yapılan işlemlerdir.
2. Örnekleme hataları, küçük biyopsi örneklerinde çizgili kas ve bazen karaciğerin ya da lezyon yerine sadece fibröz kalınlaşma gösteren plevranın örneklenmesidir.
3. Artefaktlar, ise plevrayı infiltre eden tümörün ezilme artefaktına uğraması, prolifere mezotel hücrelerinin çizgili kas içine bulaş oluşturması tanı güçlüğü oluşturur.
4. Benign ve malign hastalıkların histolojik özelliklerinin benzer olması, yer yer örtüşmesi patolojik yorumu zorlaştırır. Bu durumda tanı güçlüğü yaratan durumlar:

a.Kronik plörit ile desmoplastik mezotelyomanın ayırıcı tanısı
b.Mezotelyal hiperplazi ile epitelyal mezotelyomanın ayırıcı tanısı
c.Metastatik karsinomlar ile epitelyal mezotelyomanın ayırıcı tanısı
d. Metastatik sarkomlar ile sarkomatöz mezotelyomanın ayırıcı tanısı
e.Bifazik metastatik tümörler ve bifazik malign mezotelyoma ayırıcı tanısı
f. Primer efüzyon lenfoması, immünsüprese hastalarda görülen klasik olarak solid kitle yapmaksızın malign efüzyon ile ortaya çıkar. Bu nedenle plevra biyopsisi ile örneklenemez.

Mezotelyoma plevranın en sık gözlenen primer tümörüdür. Ancak mezotelyoma tanısı pek çok güçlükler içerir. Mezotelyomanın histolojik heterojenite göstermesi en önemli zorluklardan biridir. Bazen mezotelyomalar klasik klinik özelliklerinin dışında klinik özelliklerle ortaya çıkabilir. Özellikle belirgin plevral kalınlaşma ve nodülasyon oluşturmayan ince plevralı mezotelyomalarda invazyon alanlarının tespiti güçtür. Bazen de çok genç yaşta, hatta çocuk yaşta gözlenebilir. Mezotelyoma tanısında kullanılan immünhistokimyasal belirteçlerin sensitivite ve spesifitesi bir başka tanı güçlüğü yaratan konudur. Bugün için MM tanısında kullanılacak sensitivite ve spesifitesi %100 olan belirteç mevcut değildir. Mezotelyal belirteçler kalretinin, keratin 5/6, Wilms Tumor 1 (WT-1) ve D2-40 /podoplanin kullanılmaktadır. Ancak mezotelyoma ayırıcı tanısında yer alan tümörlerde belli oranlarda pozitif olması ayırıcı tanıyı güçleştirir. Bazı karsinomlar mezotelyomayı taklit ederek, klinik olarak plevral kalınlaşma ile ortaya çıkabilir. Bu durum psödomezotelyomatöz karsinom olarak isimlendirilmektedir.

Tablo1: Dünya Sağlık Örgütü 2015 yılı primer plevra tümörleri sınıflaması
A. Mezotelyal Tümörler 1. Diffüz malign mezotelyoma Epiteloid mezotelyoma Sarkomatoid mezotelyoma Desmoplastik mezotelyoma Bifazik mezotelyoma 2. Lokalize malign mezotelyoma Epiteloid mezotelyoma Sarkomatoid mezotelyoma Bifazik mezotelyoma 3. İyi diferansiye papiller mezotelyoma 4. Adenomatoid tümör

B. Lenfoproliferatif hastalıklar 1.Primer effüzyon lenfoması 2.Kronik inflamasyon ile beraber olan diffüz B hücreli lenfoma
C. Mezenkimal Tümörler 1. Epiteloid hemanjioendotelyoma 2. Anjiosarkoma 3. Sinoviyal sarkoma 4. Soliter fibröz tümör Malign soliter fibröz tümör 5. Desmoid tip fibromatozis 6. Kalsifiye fibröz tümör 7. Desmoplastik round cell tümör

Sitolojik Tanı:

Sitoljik tanıyı sınırlayan en önemli özellik sellülaritesidir. Bu nedenle plevra sıvısında malign hücre olmaması malignite olmadığı anlamına gelmez. Skuamöz hücreli karsinom, malign melanom, küçük hücreli karsinom az sayıda malign hücre içeren efüzyonlara neden olduklarından plevra sıvısı sitolojisi ile zor tanı alan malignitelerdir.

Efüzyonda bulunan hücrelerin tamamının tümör hücresi olması; tek düze atipik hücrelerden oluşan efüzyonlar, ikinci farklı bir hücre tipinin olmaması nedeni ile tanınamayabilirler.

Orta boy tümör hücreleri (mezotel ve makrofaja benzer) tanıyı güçleştirir. Düşük dereceli seröz kanser ve memenin lobüler karsinomu mezotele benzer. Reaktif mezotel hücreleri bu nedenle adenokarsinom ile karışır.

İçerisine sıvı alarak vakuole görünüm kazanan mezotel hücreleri, taşlı yüzük hücreleri ile karışabilir. Nükleusun benign karekteri ayırıcı tanıda önemlidir.

Plevra sıvılarında mezotelyal proliferasyonun yaygınlığı, hücre gruplarının dış sınırlarının dilimlenmiş gibi gözükmesi, hücreler arası pencereler, sitoplazma boyamasının değişkenlik göstermesi ve yoğunluğu, nükleus sitoplazma oranının azalması mezotelyomayı düşündüren özelliklerdir. Ancak mezotelyoma hücrelerinin bazı sitolojik özelliklerinin prolifere mezotel hücreleri ile benzer olması sitolojik tanıyı güçleştirir.

Ayrıca plevra sıvıları psammom cisimcikleri, Boerhaave sendromunda özefagus rüptürüne bağlı plevra sıvısında sindirilmemiş et ve sebze parçaları gözlenebilir. İğne hattında bulunan organ ve dokulara ait hücre ve fragmanlar da deri ekleri ve çizgili kas gibi bulaş olarak izlenebilir. Sağ plevral boşluktan sıvı aspire edilirken karaciğer penetre edilirse hepatositler görülebilir.

Sonuç: Plevra hastalıklarının patolojik tanısı için öncelikle yeterli biyopsi örneği gereklidir. Daha sonra radyolojik, klinik ve cerrahi bulgular elde edilmelidir. Özellikle olguların bilinen bir malignitesi varsa, patoloji raporu mutlaka patolojiye iletilmelidir. Çünkü pek çok mezotelyoma dışındaki karsinom ve sarkomun histolojik ve immünhistokimyasal özellikleri mezotelyomayı taklit edebilir. Morfolojik özellikler ve immünhistokimyasal bulgular değerlendirilirken, sitoloji yaymaları biyopsi ile beraber incelenmesi tanı ve tiplendirmeye yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

1.E. Handan Zeren, Funda Demirag , Benign and Malignant Mesothelial Proliferation. In: Sanja Dacic, John R. Goldblum. Current Concepts in Pulmonary Pathology, Surgical Pathology Clinics, March 2010, 83-107.

2. Marchevsky AM. Application of immunohistochemistry to the diagnosis of malignant meothelioma. Arch Pathol Lab Med 2008;132:397-401.

3. Husain AN, Colby TV, Ordonez NG,et al. Guidelines for pathologic diagnosis of malignant mesothelioma. Arch Pathol Lab Med 2009;133: 1317-1331.

4.Butnor KJ. My approach to the diagnnosis of mesothelial lesions. J Clin Pathol 2005; 564574.

5. Churg A, Galateau-Salle F. The separation of benign and malignant mesothelial proliferations. Arch Pathol Lab Med.2012;136:1217-1226.

6. Funda Demirag. Non-asbestos-related malignant mesotheliomas- causes, histologic caracteristics, distinguishing feature. Mesotheliomas, Short Course, Handout. XXVII International Congress of the International Academy of Pathology, 12-17 October, 2008, p 15-19.

7. Akpolat İ, Ece D, Demirag F. Seröz efüzyonların sitolojisi (plevra, periton). In: Önal B. Sitopatoloji, 2016; 365-387.

TORASENTEZ ve SONRASI

Dr. Nilgün Yılmaz Demirci
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Klinik ve radyolojik olarak yüksek olasılıkla kalp yetmezliği düşünülen ve minimal plevral sıvı saptanan hastalar hariç her hastada ilk aşamada torasentez yapılmalıdır. Pulmoner emboli ve plevral sıvı varlığında bu sıvıların hemitoraksın 1/3'ünden daha azdır ve %75 oranında plöretik ağrı saptanır. Dispne ise efüzyonun büyüklüğü ile ilişkisizdir. Olanak varsa torasentez işleminin ultrasonografi (USG) rehberliğinde yapılması komplikasyon riskini azaltır, başarı şansını artırır.

Kalp yetmezliği düşünülen hastalarda aşağıdakilerden birinin varlığı torasentez yapılmasını gerektirir

1. Hastanın ateşi olması veya plöretik göğüs ağrısının olması,
2. Hastanın farklı şekillerde ayrılmış tek veya iki taraflı bir ya da birden fazla plevral sıvısının olması,
3. Plevral sıvının kardiyomegali ile ilişkisiz olması,
4. Plevral sıvının kalp yetmezliği tedavisi ile gerilememesi.

Tanısal torasentez için kanama riski açısından kesin kontrendikasyonlar bulunmamaktadır. Antikoagülan kullanan veya kanama diatezi şüphesi olan hastalarda trombosit sayısı <50.000/mL ve INR > 1.5 iken hayatı tehdit eden ve düzeltilemeyen durumlar hariç, acil olmayan torasentezin yapılmaması önerilmektedir.

Plevral sıvı örneklendikten sonra eksüda veya transüda olarak tanımlanması, ayırıcı tanının yapılması ve daha sonra yapılacak araştırmalar ve tedavinin planlanması açısından önemlidir. Plevral sıvı seröz, hafif kanlı, hemorajik veya pürülan görünümde olabilir. Sıklıkla açık sarı renkli bir sıvı transüdatif sıvı gösterse de eksüdaların birçoğunda da bu renkte sıvı aspire edilebilir.

Plevral sıvıda, sitoloji, glukoz, laktat dehidrogenaz (LDH), LDH sıvı/LDH serum, protein, protein sıvı/ protein serum, yayma ve hücre profili rutin olarak bakılmalıdır. Bunların dışındaki amilaz, kolesterol, Gram boyama ve kültür, hematokrit sıvı/serum, NT-Pro BNP, pH, trigliserid, ARB, kültür/PCR (mikobakteri), tümör belirteçleri ve ADA düzey analizleri gerekli durumlarda yapılmalıdır. Light kriterleri eksüda ve transüda niteliğindeki sıvıları ayırmada günümüzde en güvenilir tanı kriterleridir.

Light Kriterleri

Plevral sıvıda Light kriterlerini belirleyebilmek için serum ve plevra protein ve LDH değerlerinin ölçülmesi gerekir. Aşağıdaki kriterlerden birisinin mevcut olması plevral sıvının eksüda olarak nitelendirilmesi için yeterlidir:

1. Plevral sıvı protein/serum protein> 0.5
2. Plevral sıvı (LDH/serum LDH> 0.6
3. Plevral sıvı LDH> serum LDH için laboratuvar normal değerinin üst sınırının 2/3'ü.

Plevral sıvıdaki hücrelerin dağılımı ve oranı, plevral sıvı etyolojisine yönelik ayırıcı tanı spektrumunu daraltır. Plevral sıvıda lenfosit hakimiyeti (hücrelerin>%50'den fazlası) olması durumunda en yaygın tanı malignite ve tüberkülozdur. Bununla birlikte lenfositoz lenfoma, kalp yetmezliği, post koroner arter baypas grefti, romatoid efüzyon ve sarkoidozda da söz konusu olabilir. Sonuç olarak, plevra sıvısında lenfositoz varlığında iğne biyopsisi yapma endikasyonu vardır. Parapnömonik efüzyonlarda, pulmoner embolide, akut tbc'de ve benign asbestoz efüzyonları gibi akut olaylarda sıvıda nötrofil hakimiyeti vardır. Böyle durumlarda klinik ve radyolojik bulgular ile birlikte değerlendirilmelidir. Sıvıda >%10 eozinofil olması eozinofilik plevral sıvı olarak nitelendirilir. En sık rastlanılan eozinofil ağırlıklı plevral sıvı sebepleri plevral boşlukta hava ve kan bulunması iken, ilaca bağlı sıvılarda, benign asbest plörezisi olgularında, Churg-Strauss sendromunda, lenfoma, pulmoner infarktüs ve parazit hastalıklarında da plevra sıvısında eozinofil oranı artabilir.

Plevral sıvı pH'sının <7.3 olması malign efüzyonlarda, komplike plevral efüzyonda, konnektif doku hastalıkları (romatoid artrit), tbc efüzyonlarında ve özofagus rüptüründe görülür. Ancak bunları birbirinden ayırmada kullanılamaz.

Plevral sıvıda amilaz rutin olarak çalışılmaz. Ancak özofagus rüptürü veya pankreas hastalıkları ile ilgili olduğundan şüpheleniliyorsa tanıda yardımcı olabilir.

Plevral sıvıda amilaz düzeyinin, serum normal değerinin üst sınırının üstünde ya da plevral sıvı/serum oranının >1 olması, yüksek kabul edilir. Akut pankreatit, pankreas psödokisti, özofagus perforasyonu, rüptüre ektopik gebelik ve plevra malignitesinde (özellikle adenokarsinom) bu değerler bulunur.

Plevral Sıvıda Adenozin Deaminaz Adenozin deaminaz (ADA), adenozinin inozine dönüşümünü katalizler ve aktif lenfositlerden salınır. Plevra sıvısının ADA düzeyi <40 IU/l ise tüberküloz plöreziyi ekarte ettirir. ADA >70 IU/l, ADA düzeyi 50 IU/l'den yüksek ve lenfosit hakimiyeti varsa ya da plevra sıvısı ADA/serum ADA >2 ise, en olası tanı tüberkülozdur. Lenfomalar, ampiyem ve romatoid artrit ile nadiren lenfoma dışı maligniteler ve intrasellüler infeksiyonlarda da ADA düzeyi artma eğilimindedir. Plevral tbc'nin klinik görünümü bunlardan ayrımı kolaylaştırır.

Ateş ve lökositoz gibi infeksiyon bulguları olan hastalarda steril koşullarda alınan plevral sıvıdan gram boyama ve kültür ekimi yapılmalıdır. Sıvıdan bir mikroorganizmanın izolasyonu etiyolojiyi kesin olarak ortaya koyar. Ampiyeme rağmen sıvı kültürlerinin negatif olması, anaerobik koşullarda kültür yapılamaması ya da önceki antibiyotik tedavisinin etkisine bağlı olabilir. Etken izole edilemediğinde anaerop, mantar, mikobakteri ve amip de araştırılmalıdır.

Maligniteden şüphelenildiğinde tanı için en hızlı ve en az invazif yöntem plevral sıvının sitolojik incelemesidir. Plevral sıvıda malign hücrelerin saptanması, parietal veya visseral plevraya tümör invazyonunu gösterir. Malign efüzyonlarda sıvı sitolojisinin duyarlılığı %57-71 arasında bildirilmiştir.

ERİŞKİNDE KİSTİK FİBROZİS

Dr. Ezgi Demirdöğen
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Kistik fibrosis (KF), otozomal resesif, kistik fibrozis transmembran regulator (KFTR) geninde mutasyona bağlı olarak oluşan monojenik bir hastalıktır. KF geni 7. kromozomun q22-31 bölgesindedir. KF geninden sentezlenen 1480 amino asitlik KFTR proteinin sentezlenip sentezlenmemesi veya sentezlenen proteinin klor kanalı aktivitesine göre KFTR geni üzerinde tanımlanan mutasyonlar 5 ana grupta toplanmıştır. Gen defekti ilk olarak 29 yıl önce tanımlanmış ve o zamandan beri KFTR mutasyonlarının hastalığa nasıl neden olduğu ve bunun terapötik olarak nasıl ele alınabileceği konusundaki yaklaşımda çok ilerlemeler kaydedilmiştir (1). Günümüzde KF'de 2000'den fazla mutasyon bildirilmiştir (2). KF geninde en sık görülen mutasyon F508del (fenilalanin amino asidini kodlayan 508. kodonun delesyonu) olup, bu mutasyon kuzey Avrupa ülkelerinde yüksek sıklıkla görülürken güney Avrupa ülkelerinde daha düşüktür. KFTR, epitel hücrelerinin yüzeyi boyunca iyonları taşıyan bir transmembran proteindir. KFTR disfonksiyonu birçok organı etkiler. Ancak, akciğer hastalığı, kistik fibrozlu hastalarda morbidite ve mortalitenin büyük çoğunluğundan sorumludur.(3)

Global olarak yaklaşık 70.000 KF tanılı olgu olduğu tahmin edilmektedir. Bunların 30.000 den fazlası Kuzey Amerika ve Avrupa'dan olup, beyaz ırkta daha sık görülmektedir. Son 50 yılda dünyanın birçok bölgesinde KF populasyonunda dramatik değişiklikler görülmektedir. Erişkin olarak KF tanısı alan bireyler KF popülasyonunun büyüyen bir alt grubunu temsil etmektedir. Bazı ülkelerde (Kanada, İtalya, Danimarka) erişkin hastalar toplam KF populasyonunun neredeyse %60'ından fazlasını oluşturmaktadır (4,5) nolu KAYNAK. Bu büyüme, hekimler arasında hastalığın heterojenitesine yönelik farkındalığın artması, genotiplendirmenin daha yaygın yapılabilir olması ve daha kolay tanı ölçütlerinin varlığı ile ilişkilendirilmektedir. Kanada, ABD, İngiltere'de yapılan araştırmalarda son 30 yılda median sağkalımın 30'lı yaşlardan 40'lı yaşlara doğru arttığı görülmüştür (4,5).

Adolesan ve erişkinde klinik bulgular; sinüzit, nazal polip, tekrarlayan akciğer enfeksiyonu, bronşektazi, hemoptizi, ABPA, solunum yolu hastalığı ile birlikta atipik diyabet, distal intestinal obstruksiyon sendromu, pankreatik yetmezlik, gecikmiş puberte, konjenital bilateral vaz deferens yokluğuna ikincil azospermi olarak sıralanabilir (3).
Bronşektazi tanısı almış erişkin bir hasta KF açısından hangi durumlarda ve nasıl incelenmelidir?

Avrupa Solunum Birliği (ERS) 2017 'Bronşektazi' rehberinde; genç, toraks BT'de üst lob predominansı olan bronşektazi, nazal polip ve/veya kronik rinosinüzit, rekürren pankreatit, erkek primer infertilitesi ve/veya malabsorbsiyon saptanmış erişkinlerde KF araştırılmalıdır. Bunun için önerilen testler ise; ter testi, KFTR aktivite biyobelirteçleri ve KFTR mutasyon analizleridir (6). Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) ile bronşiektazi tanısı almış olguda; erken yaşta başlayan semptomlar, diffüz bronşektazi, erken yaşta KF ilişkili patojen saptanması, üst havayolu hastalığı, gastrointestinal tutulum, erkek infertilite varlığı gibi bulgulardan en az birinin varlığı ile yapılan ter testi pozitif ise ya da KFTR gen analizi pozitif ise ya da KFTR elektrofizyoloji inceleme bulguları (nazal potansiyel farkı ölçümü, barsak akımı ölçümü) anlamlı ise olgu KF tanısı alır. Ter testi, gen analizi ve elektrofizyoloji incelemelerinin hepsi negatif saptandığında KF dışlanır. (7) Pilokarpin iyontoforez ile terleme indüksiyonu sonrası klorür ölçümü olan ter testi KF tanısında ilk basamak testtir. Klorür konsantrasyonu 59 mmol/L üzerinde ise pozitif ter testi olarak tanımlanmıştır. 30-59 mmol/L ise sonuç kesin değildir ve ileri inceleme yapılmalıdır (8).
KF'de akciğer hastalığı nasıl izlenmelidir? (9)

KF izleminde multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir. Havayolu kilerensi kompetansı, inhalasyon teknikleri ve uyumun düzenli izlenmesi çok önemlidir. Klinik değerlendirme en az 3 ayda bir yapılmalı ve semptomatik kötüleşme varlığında hasta mutlaka görülmelidir. Akciğer enfeksiyonları, KF akciğer hastalığının major parçası olduğundan her klinik vizitte havayolu kültürleri alınmalıdır. KF patojenlerinin gözardı edilmemesi için spesifik kültürler alınmaldır. KFTR modulator tedavide karaciğer fnksiyon testleri izlenmelidir. Solunum fonksiyon testleri de her klinik vizitte, akciğer grafisi başlangıçta ve klinik kötüleşme varlığında yapılmalıdır.
KF olgularında artmış mortalite ile ilişkili faktörler ve akciğer transplantasyon değerlendirmesi önerilenler şunlardır:
FEV_1 ≤30 beklenen
Özellikle genç ve kadın hastalarda hızlı kötüleşme
Hipoksemi için oksijen tedavisi gereksinimi
Hiperkapni
Intravenöz antibiyotiklere yanıtın zayıf olduğu sık alevlenme

KF'de, mukosilier kilerensin bozulmasıyla, mukus tıkaçları ve *S.aureus ve P. aeruginosa* gibi patojenlerin saptandığı sekonder enfeksiyonlar gelişmektedir. *P. aeruginosa* ile yeni bir enfeksiyon tedavi edilmez ise, akciğer fonksiyonlarında kötüleşme, beslenmede bozulma, sık pulmoner alevlenme ve yüksek mortalite ile ilişkili kronik bir sürece ilerler. Eredikasyon tedavisinde 28 gün tobramisin inhalasyonu (TIS) ve 3 aya dek oral siprofloksasin tedavileri seçenekler arasındadır. Mukolitikler (dornaz alfa), hidrator tedaviler (hipertonik salin, mannitol), makrolidler, anitibiyotik tedavileri, KFTR modulator tedavi (Ivakaftor, Lumakaftor) tedavi seçenekleri arasındadır.

Kaynaklar

1. Pearson H. Human genetics: One gene, twenty years. Nature. 2009 Jul 9;460(7252):164-9. doi: 10.1038/460164a.
2. http://www.genet.sickkids.on.ca/cftr/app
3. TTD Kistik Fibrozis Tanı Tedavi Rehberi, 2011
4. European Cystic Fibrosis Patient Registry Annual Data Report 2008-2009. Karup, European Cystic Fibrosis Society, 2012
5. Canadian Cystic Fibrosis Registry 2011 Annual Report. Toronto, Cystic Fibrosis Canada, 2012.
6. Polverino E, Goeminne PC, McDonnell MJ, Aliberti S, Marshall SE, Loebinger MR, et al. European Respiratory Society guidelines for the management of adult bronchiectasis. Eur Respir J. 2017;50:1700629.
7. Gramegna A, Aliberti S, Seia M, et al. When and how ruling out cystic fibrosis in adult patients with bronchiectasis. Multidiscip Respir Med. 2018 Aug 9;13(Suppl 1):29. doi: 10.1186/s40248-018-0142-7.
8. Farrell PM, White TB, Ren CL, Hempstead SE, Accurso F, Derichs N, et al. Diagnosis of cystic fibrosis: consensus guidelines from the Cystic Fibrosis Foundation. J Pediatr. 2017;181S:S4–S15.e1.
9. Castellani C, Duff AJA, Bell SC, et al. ECFS best practice guidelines: the 2018 revision. J Cyst Fibros. 2018 Mar;17(2):153-178. doi: 10.1016/j.jcf.2018.02.006.

BAĞIMLILIK, TÜTÜN BAĞIMLILIĞININ NÖROBİYOLOJİSİ

Dr. Özlem Erçen Diken
Hitit Üniversitesi

Tütün ve tütün ürünü bağımlılığı; toplumsal, önemli ve tedavi edilmesi gereken bir sağlık sorunudur. Tütün bağımlılığından sorumlu olan madde nikotindir. Bu nedenle tütün bağımlılığı ve nikotin bağımlılığı birbiri yerine kullanılmaktadır. Nikotin; renksiz-uçucu, lipofilik (yağda çözünebilen), bazik küçük bir moleküldür. "Nicotiana tabacum" bitkisinin yapraklarından elde edilir. Nikotinin hücre membranından geçişi pH'ya bağlıdır ve alkali ortamda non-iyonizedir, kolay emilir. Karaciğerde metabolize olan nikotinin yarı ömrü iki saattir, metaboliti kotinindir ve böbreklerden atılır. Ek olarak lipofilik ve küçük bir moleküllü olduğundan mukozalardan kolaylıkla emilir (1).
Nikotin bağımlılığı üç aşamada incelenebilir:
1. Nikotin alımı ve nikotin almaya devam edilmesi
2. Nikotin alımı kesildiğinde yoksunluk bulgularının ortaya çıkması
3. Nükslerle seyretmesi (2).

Nikotin inhale edildikten sonra yanak mukozası ve alveollerden emilerek 10-20 saniye içinde merkezi sinir sistemine ulaşır. Beyindeki **α4 β2** *nikotinik asetilkolin* reseptörlerine (nAchR) bağlanır ve nucleus accumbensden *dopamin* salınımını arttırır. Dopaminin yanı sıra *norepinefrin, asetil kolin, glutamat, serotonin, β-endorfin ve Gama Aminobutirik Asid (GABA)* diğer salınan nörotransmitterlerdendir. Dopamin, haz ve iştah azalmasından sorumludur. Norepinefrin; zindelik ve iştah azalması, asetil kolin; zindelik, bilişsel fonksiyonlarda artış, glutamat; öğrenme ve hafızada artış, serotonin; duygu durum ve iştahta azalma, β-endorfin ve Gama Aminobutirik Asit (GABA); anksiyete ve gerginlikte azalmadan sorumlu olmaktadır (3,4). Tütün ürününün alınması ile salınan transmitterler zindelik hissi, iştah azalması, bilişsel fonksiyonlarda artış, öğrenme ve hafızada artış, anksiyete ve gerginlikte azalmaya neden olur. Kandaki nikotin oranı düştüğünde ise nörotransmitterlerin azalması ile huzursuzluk, çabuk öfkelenme, anksiyete, uykuda bozukluk, konsantrasyon güçlüğü, el ve göz koordinasyonunda bozulma, iştah artışı, halsizlik, aşırı sigara içme isteği gibi nikotin çekilme (yoksunluk) belirtileri ortaya çıkar (5). Bu belirtilerin rahatsızlık hissi vermesi tekrar sigara içme davranışına neden olur. Tekrarlayan sigara içimlerinde nikotinik reseptörlerin sayısında artış olur. Nikotin alımı ile oluşan etkinin sürekliliğini sağlamak için giderek artan dozlarda madde alma gereksinimi oluşur. Nikotine dolayısı ile sigaraya karşı tolerans gelişir. Tolerans gelişmiş kişilerde, sigara içme alışkanlığı arttırılarak sürdürülür.

Nikotin bağımlılığı değerlendirilirken en sık kullanılan testler; Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve EMASH Testidir.

- Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT); Nikotinin fiziksel bağımlılığını ölçmek için geliştirilen sekiz sorudan oluşan bir ankettir. Sorulara verilen cevaplara göre 0-10 arasında skor elde edilir. FNBT ne kadar yüksek ise bağımlılık o kadar yüksektir.
- EMASH Testi: İki sorudan oluşan, kolay uygulanabilen bir ankettir. Sorulara verilen cevaplara göre 0-6 arasında skor elde edilir. Skor ne kadar yüksek ise bağımlılık o kadar yüksektir.

Bağımlılığın fazla olduğu olgularda, sigara bırakma girişimlerinde, nikotin yoksunluk semptomları daha belirgin ve sigaraya tekrar başlama (nüks) oranları daha yüksek olabilmektedir.

Kaynaklar

1. Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P, 3rd. Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. Handb Exp Pharmacol. 2009(192): 29-60.
2. Zaveri NT, Rollema H, Gary ES. Nicotine Dependence. In: Loddenkemper R, Kreuter M(eds). The Tobacco Epidemic; 2nd revised and extended edition. Germany: Karger 2015: 27-57.
3. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. Am J Med. 2008; 121(4 Suppl 1): S3-10.
4. Nestler EJ. Is there a common molecular pathway for addiction? Nat Neurosci. 2005; 8(11): 1445-9.
5. Diagnostic and Statistical Manual Manual of Mental Disorders- Forth Edition. Washington, DC:American Psychiatric Association 1994.

IQOS

Dr. Özlem Erçen Diken
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

Özet

Klasik sigaranın uzun süredir birçok pulmoner toksisitesi bilinmektedir. Sigara akciğerde inflamasyon yapar, kronik inflamasyon KOAH hastalığı ve akciğer kanseri gelişimine katkıda bulunur. Ek olarak akciğerde immüniteyi etkiler ve tüm dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden akciğer enfeksiyonlarını için risk faktörüdür. Sigaranın zararları üzerine yıllardır elde edilen veriler üzerine, halk sağlığı kampanyaları tüm dünyada sigara içme prevalansını azaltmıştır.

Tütün endüstrisi de azalan sigara kullanımına karşın "düşük katranlı" sigaralar, "elektronik sigaralar" ve "ısıtılmış tütün ürünleri" gibi "güvenli sigara" olarak ürünler sürmeye başladı. Isıtılmış tütün ürünleri tütünü (~600°F) klasik sigaradan (>900°F) daha düşük ısıda ısıtır. Kullanıcı inhale ettiği nikotin aerosolünü üretir ve yanmadan kaçınır. Bu düşük ısı ve yanmada azalma nedeni ile tütün endüstrisi bu ürünlerin zarar azaltıcı olduğunu ve sigara içicilere çare olacağını iddia etmektedir. Ancak bugüne kadar bu ürünlerin daha az zararlı olduğuna dair yeterli veri yoktur. I-Quit-Ordinary-Smoking (IQOS), Philip Morris International (PMI) tarafından FDA'e 2016'da sunuldu. FDA, tütün kullanıcılarında tütün ilişkili hastalık riskini ve tütün zararlarını anlamlı olarak azalttığının ve hem tütün ürünleri kullanıcılarının hem de tütün ürünlerini henüz kullanmayanların sağlıklarına faydalarının önemli ve objektif verilerle gösterilmesini talep etti. IQOS'in hayvan ve insanlar üzerinde pulmoner toksisitesini araştıran bir çalışmada IQOS'un anlamlı olarak pulmoner ve immünmodülatör toksisitesinin olduğunu ve klasik sigara ile klasik sigaradan IQOS'e geçen içiciler arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermişlerdir.

Tütün endüstrisi çok az data ile IQOS'in zararı azaltılmış tütün ürünü olduğunu iddia etmektedir. İnsan çalışmalarında IQOS'in pulmoner ve immünmodülatör zararları gösterilmiştir. İmmünmodülatör ve pulmoner toksisite açısından IQOS klasik sigaradan farklı görünmemektedir. IQOS solunum epitelinde ve havayolunda inflamatuar değişikliklerle uyumlu anlamlı değişiklikler yapmaktadır. Philip Morris International tarafından belirtilen iki çalışmada da IQOS'in inflamasyonu azalttığı gösterilmemiştir.

PMI tarafından iddia edilen IQOS'in klasik sigaraya göre zararlı bileşimlere azalmış maruziyet yapıp yapmadığını araştıran birçok çalışmadan biri, iddia edilen maruziyette azalmanın olduğu bileşimlerin yaklaşık yarısının IQOS'de klasik sigaradan daha düşük düzeyde olduğunu desteklemektedir. Fakat geriye kalan diğer yarısının IQOS'de klasik sigaradan fazla olduğunu ve bunların da tam olarak zararlarının bilinmediğini belirtmiştir.

Başka bir çalışmada IQOS ile her bir nefesle kimyasalları ve nikotini içine çekme aralığının azaldığı ve böylece daha fazla nikotin ve diğer zararlı kimyasallara maruz kalındığı gösterilmiştir. Tütün plaklarının karbonlaştığını ve cihaz temizlenmezse her kullanımda arttığını göstermişlerdir. Isınma sırasında Formaldehid siyanohidrin salınımının çok düşük konsantrasyonlarda bile yüksek düzeyde toksik olmasının kaygı uyandırdığını belirtmişlerdir.

Koreli genç erişkinlerde IQOS kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada IQOS kullananların, klasik sigara ve e-sigara kullanımının sık olduğunu göstermişlerdir. Bu kişiler IQOS'in daha az zararlı olduğuna inandıklarını ve sigarayı bırakmak için IQOS kullandıklarını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak IQOS tütün endüstrisinin iddia ettiği gibi zararı azaltılmış tütün ürünü değildir. Sigara bırakma için kullanımı ile ilgili herhangi bir destekleyici çalışma ve uygunluğu yoktur.

KRİTİK HASTANIN TANIMI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Hülya Şahin Doğan
İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Hastalık veya travma sonucu yaşam fonksiyonları ileri derecede bozulmuş olan veya her an bozulma riski taşıyan hasta kritik hasta olarak tanımlanır. Kalp krizi, ritim bozuklukları, organ yetmezlikleri, beyin kanamaları, zehirlenmeler, ciddi solunum yetmezlikleri, ağır travmalar, post-operatif dönemlerdeki hastalar yoğun bakımda takip edilmelidir.

Kritik hastanın erken dönemde tanınması ve gerektiğinde yoğun bakım ünitesine yönlendirilmesi son derece önemlidir. Yapılan çalışmalara göre hastaların % 36'sı yoğun bakıma olması gerekenden daha geç alınmaktadır. Yine serviste yatan hastaların yaklaşık % 30'unun kardiyopulmoner arrest sonrası yoğun bakıma alındıkları tespit edilmiştir. Bu gecikmenin nedenleri çeşitlidir: deneyimsiz ve eğitimsiz personel, deneyimli personelin etkili kullanılamaması, klinik bozulmanın farkedilmemesi, anormal fizyolojinin farkedilmesine rağmen gerekli önlemlerin alınmaması, yoğun bakım ünitelerinin dolu olması. Yoğun bakıma geç sevkedilen hastaların ise mortalite oranı neredeyse 4 kat artmakta, hastanede yatış süresi uzamakta ve hastane maliyeti yükselmektedir. Klinik bozulmadan sonraki ilk 72 saatte yoğun bakım ünitesine sevkedilen hastalarda mortalite oranı düşerken, 72 saatten sonra bu oran değişmemektedir. Bu nedenle hastaların mümkün olduğunca hızlı yoğun bakım ünitelerine sevki gerekmektedir. Yoğun bakıma başvuran hastaların %71'i yatak doluluğu nedeniyle reddedilmektedir. Bu durum hastane mortalitesini 3 kat arttırmaktadır. Çözüm için yoğun bakım yataklarının arttırılmasından çok, yatakların efektif kullanılması önerilmektedir.

Yapılan çalışmalarda, yoğun bakıma alınmadan önce hastaların % 80'inde solunum sayısı, oksijen satürasyonu, kalp hızı, lökosit sayısı, pH değeri vb. birçok fizyolojik parametrenin normal sınırların dışında olduğu görülmüştür. Serviste yatan ve durumu giderek bozulan hastaların zaman kaybetmeden yoğun bakıma sevk edilebilmesi için çeşitli skorlama sistemleri ortaya konmuştur. Bu skorlama sistemlerinden en çok bilinenleri, MET(medical emergency team) kriterleri, PART(patient at risk team), REMS(rapid emergency medicine score) ve EWS(early warning scores) 'dir. MET'nin hastane popülasyonuna daha geniş ve erken uygulanması yaşamları kurtarabilir. Resüsitasyon girişiminde bulunmama kararını vermek, MET aktivitesinin önemli bir parçasıdır ve resusitasyon yapmama kararlarını hızlandırabilir. MET ekibi aramaları büyük oranda artmasına rağmen yoğun bakım başvuruları, kardiyak arrestler ve beklenmeyen ölümler azalmamıştır. PART sistemini inceleyen çalışmalarda; yoğun bakıma kabul edilen hastaların çoğunluğunun PART tarafından değerlendirilmediği görülmüştür. Hastaların büyük bir kısmına CPR uygulanmak zorunda kalınmıştır. Fizyolojik anormallikler tespit edilememiştir. Sonuç olarak yoğun bakım gerektiren hastaları değerlendirmede yetersiz kalmıştır. REM skoru ise hastanede ki ve uzun dönem ölümleri tespit edebilir. Ancak klinik bozulmayı tespit edememiştir. Şu anda MEWS fizyolojik kötüleşmeyi ve kardiyak arresti saatler öncesinden tespit edebilmektedir. Birçok hastane tarafından uygulanan, onaylanmış bir sistemdir.

Kronik kritik hasta: Günde 6 saatten fazla, 21 günden uzun süren mekanik ventilasyon uygulanan hastalar için kullanılır. Mekanik ventilasyona bağlı hastalarda kronik kritik hastalık gelişme oranı % 5-10, 1 yıllık mortalite oranı % 50-80 arasındadır. Hastaneye yeniden kabul oranları %40 ve üzerindedir. Risk faktörleri: İleri yaş(>65), hastalık öncesi fonksiyonel durum, komorbiditeler, akut hastalığın ciddiyeti, 48-72 saatte mekanik ventilatörden ayrılamama.

Kronik kritik hastalarda; ağır malnutrisyon, kas kaybı, myopati, kemik kaybı, enfeksiyon-sepsis, yara iyileşmesinde gecikme, deliryum, depresyon sık karşılaşılan durumlardır. Bu hastalara doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmetler uzmanından oluşan interdisipliner bir ekip hizmet vermelidir. Nutrisyonel destek sağlanmalı, enfeksiyen ve diğer komplikasyonların gelişmesi önlenmeli, mental fonksiyonları etkileyen ilaçlar mümkün olduğunca az kullanılmalı, solunum ve periferik kaslara yönelik fizyoterapi uygulanmalı, hasta erken mobilize edilmeye çalışılmalıdır. Kritik hastalarda pulmoner rehabilitasyon uygulamaları, fiziksel ve zihinsel iyileşmeyi hızlandırır. Hastalara fonksiyonel bağımsızlık kazandırır, ventilatörden ayrılmayı hızlandırır, hastane yatış süresini kısaltır ve mortaliteyi azaltır. Ventilatöre bağlı ve ayrılması zor hastalarda, fonksiyonel iyileşmeyi hızlandırmak, uzamış hareketsizliğe bağlı komplikasyonları önlemek için fizyoterapiyi de içeren kapsamlı programlar uygulanmalıdır.

İNHALASYON TEDAVİSİNDE HASTA EĞİTİMİ

Dr. Sibel Doruk
Medicana Konya Hastanesi

İnhaler ilaçlar astım/KOAH tedavisinin temelini oluşturur, uygun şekilde kullanıldığında akciğerlere iletilmesi sağlanarak semptom kontrolü elde edilebilir, yanlış kullanım ilacın akciğerlere ulaşmadığı anlamına gelir. Doğru teknik tedavi başarısı açısından bu kadar önemli iken etkin inhalasyon tekniği; olguların yaklaşık yarısında uygulanmaktadır. Hastanın klinik bulguları ve hastalık tipine göre doğru formülasyonda ilaç seçimi son derece önemlidir. Ancak tedavi başarısını belirleyen en önemli faktör inhalerin doğru teknikle kullanılmasıdır. Klinisyen açısından baktığımızda; doğru cihaz seçimini, etkinliği, maliyeti ve olası yan etkileri gibi konular bilinmelidir. Uygun eğitim materyalleri ve yöntemi ile gereken zamanı ayırararak hastaya seçtiği cihazı kullanmayı öğretmelidir. İnhalasyon tedavilerinde hekimin en başta gelen görevi hastaya doğru cihazı önermektir. Bu öneri için hastanın ek hastalıkları yaşı gibi kişisel özellikleri önemlidir. Örneğin yaşlılar veya sinir-kas zayıflığı olan hastalar için ÖDİ uygun olmayabilir. Piyasadaki çok sayıda ve her geçen gün artan inhaler çeşitleri nedeni ile hem sağlık çalışanları hem de hastaların kafa karışıklığı artmakta ve her iki grup için eğitime duyulan gereksinim her zamankinden daha belirgin bir hal almaktadır.

Uygun cihaz seçimi sonrası cihazın demonstrasyonu tedavi sonuçlarına etki edebilecek kritik hataları ortadan kaldırmak için önemlidir. Tüm inhaler reçete edilen hastalara eğitim verilmesi gerekli iken bazı hasta gruplarında hata oranının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Örneğin birden fazla cihaz kullananlarda yaşlılarda bilişsel düzeyi yeterli olmayanlarda, kadınlarda hatalı kullanım daha yüksektir. İnhaler cihazların yanlış kullanımı yaygındır, hastaların hemen hepsi en az bir hata yapar. Kötü inhaler tekniği tedavi amacının ve doğru cihaz kullanımının anlaşılamamasından kaynaklanır. İnhaler tedavilerde öncelikle doğru ilacın seçilmesi önemlidir. Hava yolu hastalıklarında tedavi uyumsuzluğu ve yetersiz tedavi ile hastalık kontrolünde bozulma, sık hastane başvurusu ve yatışı, hastalıkda ilerleme ve maliyette artma gibi sorunlar gündeme gelmektedir. Bu noktada hastaya inhaler cihaz eğitiminin kimin vereceği gündeme gelmektedir. Eğitimin; hemşire, eczacı, solunum terapisti veya aile hekimine kıyasla *'tedaviyi düzenleyen göğüs hastalıkları uzmanı'* tarafından verilmesi önemlidir. Göğüs hastalıkları uzmanı tarafından inhaler cihaz kullanımı tarif edilen hastalar, iç hastalıkları uzmanı ve eczacı tarafından tarif edilenlere göre ilaçlarını daha doğru kullanırlar. Hastayı tedavi öncesi en son gören sağlık çalışanı olmasından dolayı eğitimin eczacı tarafından verilmesi uygun olabilir. Hekimler cihaz kullanımını hastalarına gösterebilecekleri gibi bu konuda hastayı eczacısına da yönlendirebilir. Reçete eczacı tarafından doktorunun bilgisi olmadan değiştirilmemelidir. Astımlılarda eczacıların yaptıkları 2,5 dk süren bilgilendirme girişiminin inhaler cihaz tekniğinde (turbuhaler-diskus) düzelme ve astım sonuçlarında iyileşme (PEF değişkenliği azalmış, yaşam kalitesi, hastalık kontrolü) sağladığı gösterilmiştir

Ülkemizde yapılmış İNTEDA çalışmasında cihaz kullanımı için ilk eğitimi büyük oranda reçeteyi yazan hekimin verdiği belirlenmiştir. Uygun doğru tedavi için hasta eğitimi önemlidir, ancak biliyoruz ki birçok hasta ve tedaviyi planlayacak klinisyen inhaler kullanımı için yeterli eğitimi almaz. Zaten inhaler cihaz kullanımı eğitim almamış bir sağlık çalışanının da hastaya bunu öğretmesi beklenemez. Bu yıl içinde yayınlanmış bir araştırmada farklı çalışma alanlarındaki doktorların büyük bir kısmının bu konuda yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir çünkü Tıp öğrencileri, hemşireler ve solunum terapistlerinin ders kitapları ve solunumsal tedavi kitaplarında çoğu zaman solunum cihazlarının kullanımı ve bakımı ile ilgili temel bilgiler yetersizdir. Tıp öğrencileri, hemşireler ve solunum terapistlerinin temel eğitimlerindeki bu eksiklikten olsa gerek bu sağlık çalışanlarının nerede ise yarısı inhaler tedavi kullanımını doğru tarif edemez. Sağlık çalışanlarının bu konudaki eksiklikleri nasıl düzeltilebilir dersek öncelikle bilgi eksikliğinin farkında olmak gereklidir. Hekim hasta değerlendirme ve eğitimleri bizzat yaparak tekniğini geliştirmelidir. Aynı zamanda konunun uzmanlarının katılımları ile gerçekleşecek eğitim toplantları planlanmalıdır. Cihazların doğru kullanımı üzerine eğitimin etkisi tüm yaş grupları ve cihazlarda öğrenim seviyesinden bağımsız olarak ispatlanmış, eğitim sonrası doğru kullanım oranları artmıştır. KTİ kullanan hastaların büyük çoğunluğunda doğru kullanım sağlanmışken, ÖDİ grubunda eğitimin etkisi daha az olmuş, hastaların yaklaşık yarısı hatalı kullanımı sürdürmüştür. Her nasıl olursa olsun hasta eğitimini faydası tartışılamaz. 39 çalışmanın değerlendirildiği bir derlemede; eğitim sonrası inhaler tekniğinde önemli bir düzelme elde edildiği belirtilmiştir. Birden fazla seansa katılan hastaların doğru inhaler kullanım oranları daha yüksektir. öncelikle eğitimin teorik bilgiden daha fazlası olması gerektiği unutulmamalıdır. 1.yıl stajı yapan tıp fakültesi öğrencilerinin ÖDİ kullanımında eğitimin etkinliği değerlendirildiğinde demonstrasyon sonrası doğru uygulama oranlarının 2 kat arttığı saptanmıştır. Eğitimde birebir eğitim, yazılı basılı materyal yada video destekli eğitim, demonstrasyon ve teach-back gibi seçenekler kullanılabilir. Bunlar arasında başarı açısından farklılıklar bildirilmektedir. Örneğin prospektüs/broşür ile cihaz kullanımını öğrenen hastalarda doğru kullanabilme oranları düşük bulunmuştur. Geleneksel hasta eğitimi yazılı olan basılı materyallere dayanır, bu durum düşük okuryazarlık düzeyi olanlar için karmaşık olabilir. Demonstrasyon ile birleştirilen

sözlü öğretimin hasta eğitimi için en etkili yöntem olduğu bildirilse de bazı çalışmalarda multimedya seçeneği daha etkili bulunmuştur. Sonuç olarak inhalasyon cihazlarını nasıl kullanacaklarını öğretmenin en iyi yolu kesin olarak söylenemez.
İnhaler eğitimleri en azından kısa vadede etkilidir, ancak etki zamanla kaybolur. Uzun takip süresi ile yapılan çalışma, birden fazla seansa katılan hastalarda doğru inhaler kullanımları daha yüksektir. Çalışmaların %95'inde ort. 30 dakikalık eğitim ile 5 aylık takipde inhaler kullanımında iyileşme sağlanmıştır. Eğitimin etkililiğini belirleyen birkaç temel özellik; başlangıçtaki düşük performans, ayakta tedavi, kısa takip süresi, manevra sayısı ve ileri yaştır. Eğitim süresi, grubun büyüklüğü, inhaler tipi, hastalık (astım /KOAH), eğitici (eczacı, hemşire, diğer) eğitimin etkinliği ile ilişkili değildir. ÖDİ KTİ'e göre daha fazla koordinasyon gerektirir, yanlış kullanım oranları bu nedenle daha yüksektir; püskürtme esnasında derin ve yavaş inhalasyon yapılmaması, nefesin yeterince tutulmaması en önemli hatalardır. KTİ cihazlarda hatalı kullanım oranı ÖDİ'e göre biraz daha düşüktür; en sık saptanan hata inhalasyonun yeterince hızlı ve güçlü olmamasından kaynaklanır. KTİ cihazlar arasında hatalı kullanım açısından fark yoksa da diskus kullanımında hata oranı diğer cihazlara göre daha düşüktür. Yüz yüze sözlü eğitim öğreten-öğrenci etkileşiminin güçlü olması ve soru sorma fırsatı nedeni ile altın standartdır. Ancak zaman alıcıdır, maliyetli ve zahmetlidir. Yeni geliştirilen video tabanlı eğitimler; bazı çalışmalarda multimedya ve video kullanımının yüz yüze eğitimden üstün olduğu bildirmiştir. İnhaler kullanımının hastaya gösterildiği ardından hastanın kullanımı tekrar ettiği "*teach-back*" tekniğinin özellikle doğru inhaler kullanımının sağlanmasında yararlı olduğu gösterilmiştir. Etkili bir başlangıç eğitimi sonrasında inhaler kullanımı kontrolününün sürekliliği önemlidir, çünkü genelde hatalar ilk eğitimden 4-6 hafta sonra tekrarlar. Astım tedavi rehberleri inhaler tekniğinin sık sık kontrol edilmesini tavsiye eder. *'Teach-back'*, yüz yüze eğitim, multimedya destekli eğitimlere rağmen beklenen doğru kullanım oranlarına ulaşılamaz. Bu durum hasta eğitiminde yeni yaklaşımların gerekliliği olduğunu düşündürmektedir. Hasta eğitimi sadece inhaler kullanım tekniği açıdan düşünülmemelidir. Burada klinisyenlerin cevap vermesi gereken bazı sorular vardır; 'İlacın etkisi nedir? Yan etkisi varmıdır? Tadı kokusu nasıldır?' gibi sorularla hekimler sıkça karşılaşmaktadır. Sağlık çalışanının tüm standartları karşıladığını hastaya yeterli vakti ayırdığını, tüm sorulara yanıt verdiğini düşünsek bile hasta eğitimindeki problemler devam edebilir. Hasta okuryazar olmayabilir, dikkati az olabilir, soru sormaktan çekinebilir ya da buna zamanı olmayabilir, uzun süredir kronik hastalıkları nedeni ile bıkkın olabilir. Bu kadar kanıta rağmen bazen hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların inandığı inhaler kullanımına ilişkin efsaneler bulunmaktadır. Örneğin; İnhaleri uzun yıllardır kullanıyor, bu hasta için kullanım çok basit, hiç bir eğitime ihtiyacı yok diye düşünülebilir yada hastaya öğretmezsem başka biri mesela eczacı bunu mutlaka yapar diye aklımızdan geçirebiliriz. Ancak unutmamak gerekir ki hasta eğitimine sorumluluk reçete yazan doktrora aittir. Yine doktor kendisinin uygun tedaviyi verdiğine hastanın da bunu düzenli olacak kullanacağına, iyi ve yeterli biçimde cihazı kullanmayı öğrettiğine inanabilir. Doğru kullanımın sağlanması içinhasta eğitiminde yararlanılabilecek çeşitli cihazlar bulunmaktadır. Bu cihazlar; doğru inhalasyon paternini objektif olarak kontrol edip inhalasyonun başlaması, koordinasyonun doğru olup olmadığını ve sonrasında yapılan inspirasyon süresinin ve soluk tutulmasının yeterli olup olmadığını gösterir. Bu cihazlardan biri olan aerosol İnhalasyon monitörü *Vitalograph Ltd, Buckingham, UK)*; tek kullanımlık simülatör bir inhalerdir. Hastanın inhalasyon manevrasını değerlendirerek hataların tespitini sağlar. Bu amaçla kullanılablecek bir diğer cihaz In-Check DIAL G16 *(Clement Clarke International, Harlow,UK).* Tepe inspiratuar akış hızını ölçerek hastanın inhalasyon cihazının direnç özelliklerini simüle eder ve doğru cihaz kullanımının sağlar

Sonuç olarak inhalasyon cihazlarını nasıl kullanacaklarını öğretmenin en iyi yolu belirsizdir. Hasta eğitimi inhaler kullanımını iyileştirir. Ancak uygun düzenli eğitime rağmen ne yazık ki hastaların %25'i yanlış kullanmaya devam eder. Reçeteyi yazan doktorun birebir eğitim, yüz-yüze uygulamalı eğitim vermesi önerilir. Başlangıç tedavisinden sonra genelde 6-8. haftalarda hata tekrarlama riski nedeni ile takipde inhaler cihaz kullanımı kontrol edilmelidir.

EOZİNOFİLİK PLEVRAL EFÜZYON

Dr. Serap Duru
Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi

Plevral efüzyonlarda hücre sayımının yapılması tanı ve tedaviye yardımcı olmaktadır. Bu sayımlarda %10 veya üzeri eozinofil hücresinin bulunması Eozinofilik plevral efüzyon (EPE) olarak kabul edilir ve tüm eksudatif plevral efüzyonların % 5-15'ni oluşturmaktadır. Etyolojisinde malign hastalıklar, enfeksiyonlar, travma, Churg-Strauss sendromu, asbestozis, pulmoner emboli ve ilaç yan etkileri gibi pek çok neden bulunmaktadır. Sonuçta etyolojik faktörlerin eksudatif efüzyona, hemotoraks, pnömotoraksa yol açması ya da plevraya girişimsel işlemler eozinofil oranını yükseltebilir. Ancak nedeni açıklanamayan EPE'de gelişebilmektedir. Eozinofilik plevral efüzyonlarda, efüzyon sitolojik, mikrobiyolojik olarak incelenmeli, diğer klinik ve laboratuvar bulguları ile birlikte değerlendirilerek kesin tanıya gidilmelidir. Tedavi altta yatan nedene yönelik olarak planlanmalıdır.

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ'NDE NIMV

Dr. İşa Ekiz

NIV mekanik ventilasyon 1980'li yıllarından sonra aktif olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1989 yılların sonunda da yoğun bakım ünitelerinde kullanılmaya başlanmıştır. Hastaya, sağlık ekibine ve kullanılan ekipmana ilişkin çeşitli faktörler, bu tedavinin başarısında veya başarısızlığında etkili olabilir.

Yoğun Bakım Ünitesinde Neden NIV
-Hastanede kalma süresini kısaltmaktadır.
-Maliyetleri düşürmektedir
- Hastanede yatış sürelerini kısaltmaktadır
- Yoğun bakım kaynaklı enfeksiyonlarda azalma
- Takipte yeterli sayıda personelin olması NIV kullanım ve başarısını artırmaktadır
- Gerektiğinde invaziv mekanik ventilasyon kararının hızlıca veilmesi ve uygulanması
- Sürekli monitorizasyon

Yoğun Bakımda NIV endikasyonları
-KOAH
-Akut kardiojenik ödem
-Bronşektazi
- İmmünsuprese hastalar
-Postoperatif cerrahi hastalarında
-Postekstübasyon
- Paltyatif bakımın bir devamı olarak
-Göğüs travması sonrasında
Yoğun Bakım Ünitesinde kullanılan ventilatörler ve özellikleri neler olmalıdır
- Ev tipi ventilatörleri
-Bilevel ventilatörler
-Yoğun baklm ventilatörleri

NIV Uygulanan Hastalar Hangi Parametrelerle Nasıl İzlenmeli
-Klinik parametreler
-Fizyolojik parametreler
-Ventilatör parametreleri
-Kardiak parametreler
-Diğer parametreler (radyoljik görüntülemeler, ultrasonografik görüntülemeler)
NIV Yan Etkileri
NIV ile ilişkili yan etkiler genellikle hafiftir, ancak NIV başarısı üzerinde olumsuz bir etkisi olabilir. Hafif yan etkiler genellikle maske veya ventilasyon devresi problemleri ile ilişkilidir ve uygun girişimlerle kolayca halledilebilir. Aksine, ciddi yan etkiler görece nadirdir, ancak ortaya çıkarlarsa NIV desteğinin kesilmesi düşünülmelidir.

AMPİYEM VE AKCİĞER KANSERİNDE HASTA YÖNETİMİ

Dr. Gülru Erbay
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Ampiyem ve akciğer kanseri birlikteliği cerrahi için kontrendikasyon değildir. Enfeksiyon tam olarak kontrol altına alındıktan sonra küratif operasyon uygulanabilir.

72 yaşında erkek hasta plevral efüzyonla başvurdu. Yapılan torasentez ampiyemle uyumlu idi. Hastaya tüp torakostomi uygulandı antibiyotik tedavisi başlandı. Çekilen toraks bt de kitle lezyonu saptandı.TTİİAB sonucu skuamöz hücreli karsinom ile uyumlu idi. Sıvı sitolojisinde malign hücreye rastlanmadı. PET-BT ile evrelenen hasta cT2N1 olarak evrelendirildi. Hastaya bilobektomi,ampiyem poşu rezeksiyonu ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Operasyon sonrası da tüp drenaj ve sistemik antibiyotik tedavisi yapıldı. Hastanın ameliyat sonrası 27. Gününde herhangibir komplikasyon gelişmeden hasta taburcu edildi. Tümörün patolojik tanısı T4N2 olarak GELDİ. Adjuvan KT, RT verildi.

Sonuç olarak cerrahi öncesi ampiyem olması cerrahiyi engellemez. Eğer bu hastalarda ; cerrahi öncesi enfeksiyon kontrolünü amaçlayan, sistemik antibiyotik tedavisi ile acil torasik kavite drenajı ve lavajı yapılırsa, cerrahi sırasında ve sonrasında torasik kavitenin profilaktik lavajı ve yeterli flep ile bronşiyal güdük kapama yapılırsa belirgin morbidite olmaksızın postoperatif dönem geçirilebilir.

PAP TEDAVİSİNDE SORUNLAR, ÇÖZÜMLERİ

Dr. Hilal Ermiş
İnönü Üniversitesi

Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS); uyku süresince üst solunum yolunun geçici ve tekrarlayıcı tıkanması sonucunda oluşan apne ve hipopnelerle karakterize bir hastalık olup, pozitif havayolu basıncı (PAP) tedavisi hastalığın "altın standart" tedavi yöntemidir. Çoğu olguda ömür boyu kullanılacak bir tedavi şekli olan PAP cihazlarını, OUAS hastalarının uykuları süresince devamlı ve düzenli kullanması gerekir. Bilinen en etkili tedavi olmasına rağmen tedaviye uyum konusunda güçlükler mevcuttur. Tanımlamalarda farklılıklar olmasıyla birlikte tedaviye uyum oranlarının %29 ile %83 arasında değiştiği bildirilmektedir. Uzun dönemde nerdeyse her iki hastadan birisi düzenli tedavi almamaktadır. Bunun nedenleri araştırıldığında ise, hastaların son derece basit ve kolay önlenebilir yan etkiler sonucu tedavilerini bıraktıkları görülmüştür. Tedavi başarısızlığının nedenlerinden biri de düşük kompliyans olduğundan tedavi başarısızlığı demeden önce bu sorunların tespiti ve giderilmesi gerekir.

PAP tedavisinde sorunlar; hastaya, uyku ekibine ve tedaviye bağlı olabilir. Hasta ve yakınlarının hastalığın ciddiyeti, uykusuzluğun sonuçları, tedavinin faydaları konusunda eğitilmesi, eşlerin de tedaviye katılması, kilo verme konusunda ikna edilmesi ve gerekli yönlendirmelerin yapılması, altta yatan depresyon klostrofobi gibi psikolojik rahatsızlıkların ve cihaz kullanımına engel nazal obstrüksiyona sebep anatomik bozuklukların tedavisi, komorbiditeleri dikkate alınarak hastaya en uygun PAP cihazının ve maskenin seçilmesi, tedavi başlangıcında yakın izlem ve uyumsuz hastalarda sık kontrollerin yapılması, tele sağlık uygulamalarının kullanılması PAP kullanımında hastanın cihazı kabullenmesini ve olası uyum problemlerinin en aza indirilmesini sağlayacak ve böylece sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacaktır.

TÜSAD, GOLD 2017 STABİL KOAH VE ALEVLENME TANI VE TEDAVİ RAPORU

Dr. Esra Ertan
Üsküdar Üniversitesi

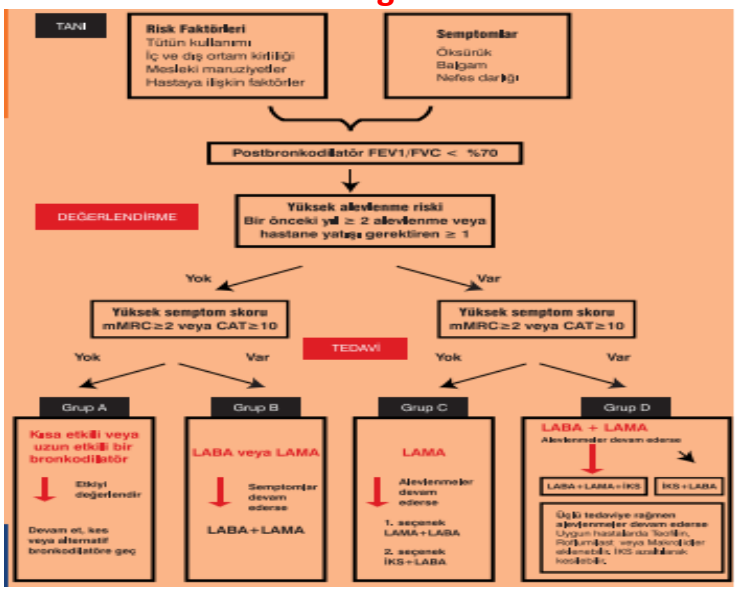
Kronik obstrükrif akciğer hastalığı (KOAH), genellikle zararlı gaz ve partiküllere maruziyete bağlı havayolu ve /veya alveolar anormalliklerin yol açtığı persistan solunum semptomları ve hava akımı kısıtlaması ile karakterize yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak tanımlanmaktadır.

Epidemiyolojisi, 2010 yılı için 384 milyon KOAH hastası ve genel prevalans %11.7, global olarak yıllık üç milyon ölüm, 2030 yılı için KOAH ve ilişkili durumlara bağlı yıllık 4.5 milyonun üzerinde ölüm beklenmektedir. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde ise genel prevalansın %20 ye ulaştığı gözlemlenmiştir.

Risk faktörleri arasında en önemlisi ütün ve tütün ürünleridir. Özellikle kırsal bölgelerde biomass maruziyetide KOAH için önemli bir risk faktörüdür. Bireysel risk faktörleri arasında; genetik bozukluklar, akciğerin gelişimsel anormallikleri, aşırı hava yolu duyarlılığı ve hızlanmış yaşlanma yer almaktadır. Tanı risk faktörleri ve solunumsal semptomları (nefes darlığı, öksürük, balgam) olan hastalarda spirometri ile konmalıdır.

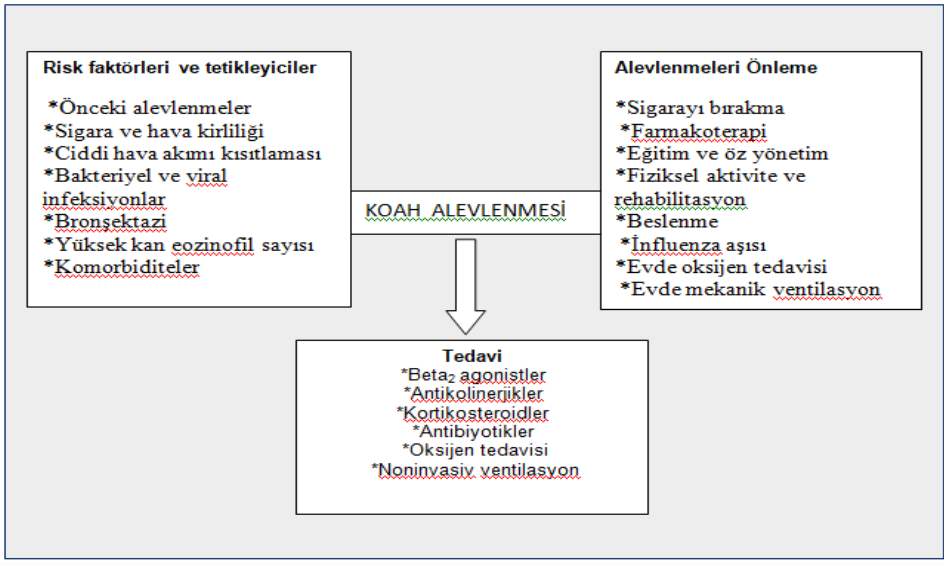
Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD) KOAH çalışma gurubu olarak, stabil KOAH'da tanı ve tedavi önerilerimizi bir algoritma olarak hazırladık.

TÜSAD
KOAH Çalışma Grubu Stabil KOAH Tanı, Değerlendirme ve Tedavi Algoritması



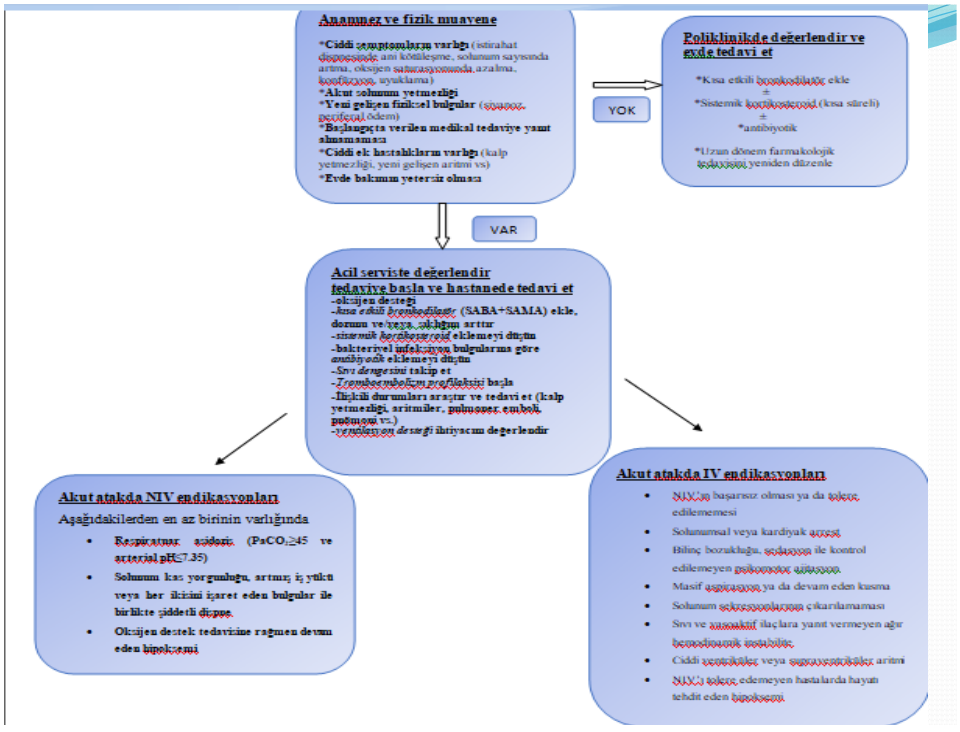
Kronik obstüktif akciğer hastalığında akut alevlenme, solunum semptomlarında ilave tedavi gerektiren akut kötüleşme olarak tanımlanmaktadır. Alevlenmeler şiddetine göre, tedavi için sadece kısa etkili bronkodilatörlerin eklenmesi yeterli ise ***hafif atak,*** kısa etkili bronkodilatörlere ilave olarak, sistemik steroid ya da antibiyotik gerektiriyorsa ***orta atak***, acil başvurusu ya da hastane yatışı gerektiriyorsa ***ağır atak*** olarak sınıflandırılmaktadır. Akut alevlenmede tetikleyici faktörler, infeksiyonlar ve noninfeksiyöz durumlardır. Bununla beraber alevlenmelerin %30'undan fazlasında etyoloji bilinmemektedir. Akut alevlenme için tetikleyici faktörler, alevlenmelerin önlenmesi ve tedavisi şekil 2'de verildi.

KOAH Akut Alevlenme Tedavisi, Risk Faktörleri ve Alevlenmelerin Önlenmesi



TÜSAD, KOAH Çalışma Grubu olarak, akut alevlenmenin değerlendirilmesini bir algoritma olarak hazırladık ve Şekil 3'de sunduk.

Şekil 3. KOAH Alevlenmelerinin Değerlendirilmesi ve Yönetimi



YILIN MAKALELERİ- KOAH

PULMONARY ARTERİAL ENLARGEMENT PREDİCTS LONG-TERM SURVİVAL İN COPD PATİENTS

Dr. Nevin Fazlıoğlu
Acıbadem Kayseri Hastanesi

Pulmoner arter genişlemesinin KOAH hastalarında uzun süreli sağkalımı öngörmesi

2018 Nisan ayında Plos one journal'da yayınlanan çalışma prospektif gözlemsel KOAH'lı hastalar üzerinde yapılmış bir çalışmadır.

KOAH sağkalımını değerlendirmek için birkaç noninvaziv parametreler tanımlanmıştır: 1. Fizyolojik parametreler; Hava yolu tıkanıklığı derecesi veya akciğer hiperinflasyonu, 2. Klinik parametreler; Modifiye Tıbbi Araştırma Konseyi (MMRC) ölçeği ile ölçülen dispne derecesi, 6 dakikalık yürüme mesafesi ile değerlendirilen egzersiz kapasitesi, vücut kitle indeksi (BMI) veya serbest yağ kitle indeksi ile beslenme durumu ölçümü ve alevlenmelerin varlığı, 3. Bileşik indexler; BODE indeksi (Beden kitle indeksi, Obstrüksiyon, Disfonksiyon ve Egzersiz kapasitesi) veya ADO indeksi (Yaş, Dispne ve Obstrüksiyon), 4. Radyolojik parametreler, örneğin amfizem, bronşektazi veya Pulmoner Arter Genişlemesi (PAE)

Çalışmada KOAH'lı hastalarda, pulmoner arter genişlemesinin (pulmoner arter çapının 30mm ve üzerinde olması) tüm hava yolu kısıtlılığı şiddetinin prognostik bir göstergesi olarak potansiyel rolü, hastalığın diğer güçlü prognostik belirteçleri ile karşılaştırılması planlanmıştır. Çalışmada KOAH hastalarının Toraks BT'sinde tespit edilen pulmoner arter genişlemesinin KOAH sağkalımında iyi bilinen diğer prognostik faktörlerle karşılaştırılması yapılmış.

Çalışmaya toplam 188 KOAH'lı hasta dahil edilmiş. Tüm hastaların Toraks BT'de pulmoner arter çapı ölçülmüş, klinik ve fizyolojik parametreleri kaydedilmiş (yaş, cinsiyet, sigara içme durumu, solunum fonksiyonları, dispne, egzersiz kapasitesi, Beden Kitle İndeksi, BODE indeksi ve alevlenme öyküsü)

Hastalar ortalama 7 yıl süre ile izlenmiş.

Yirmi iki (% 12) hastada PA çapı 30 mm ve üzerinde tespit edilmiş ve sadece 3 hasta PA / Aort oranı> 1 olarak bulundu. Takip süresi boyunca 43 ölüm meydana gelmiş. Beklendiği gibi, daha yüksek derecede hava yolu tıkanıklığı olan hastalar daha yüksek mortaliteye sahipti.

Pulmoner arter genişlemesi olanlar daha yaşlıydı, bu hastalarda daha fazla tütün tüketimi, daha fazla kadın olması, daha yüksek BMİ, daha ağır GOLD evresi ve BODE indeksi, daha az amfizem yükü, daha düşük 6MWD ve daha yüksek dispne derecesi tespit edilmiş.

İlk olarak, KOAH hastalarında yaş, sigara içme durumu, MMRC, FEV1%, 6MWD ve BODE indeksi gibi iyi bilinen sağkalım belirleyicilerinin yapılan çalışmada da sağkalımın belirleyicileri olduğunu doğrulanmış.

Pulmoner Arter çapı bağımsız olarak tüm sağkalım ile ilişkili olarak bulunmuş.

BMİ ve amfizem varlığı gibi KOAH hastalarında genellikle sağkalım ile ilişkili faktörler, bu çalışmada sağkalım ile ilişkili bulunmamıştır. Tek değişkenli analizde istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenler için çok değişkenli Cox regresyon analizinin sonuçlarına göre daha yaşlı olmak ve PA çapı 30 mm ve üzerinde tespit edilmesi sağkalımın en güçlü belirleyicileri olarak bulunmuş.

Sonuç olarak hafif ve orta şiddette hava akımı kısıtlılığı olan KOAH hastalarında, Pulmoner arter genişlemesi, yaşla birlikte uzun dönem sağkalımın en iyi göstergesi olarak tespit edilmiş.

ENTERAL NUTRİSYONDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Dr.Fadime Gök *
Ege Universitesi Hemşirelik Fakultesi

Özet

Amaç: Bu derlemenin amacı, enteral nutrisyonda kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Enteral nutrisyonda kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile ilgili çalışmalar ve rehberler incelendi. Elde edilen sonuçlara yönelik bulgular verildi.

Bulgular: Enteral beslenme (EN); gastrointestinal sistem (GİS) fonksiyonlarının normal veya normale yakın olduğu durumlarda, ağız boşluğunu atlayarak, besin maddelerinin doğrudan gastrointestinal sisteme (nazogastrik veya nazoenterik, gastrostomi veya jejunostomi yoluyla) devamlı ya da aralıklı olarak hastaya verilmesidir. Enteral beslenme (EN), yeterli miktarda oral alımı olmayan veya oral alımın kontrendike olduğu her yaştaki hastalarda kullanılabilen değerli bir klinik girişimdir. EN akut yada subakut olarak gelişen metabolik kayıplarda kullanıldığı gibi uzun süreli evde bakım hastalarının rehabilitasyonunda da yaygın olarak kullanılmaktadır. Yaklaşık bir ay gibi kısa süreli beslenmede nazogastrik tüp (NGT) yada nazoenterik tüp (NET) ile besleme tercih edilirken, uzun süreli beslenme de Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) yoluyla beslenme daha çok tercih edilir. Enteral beslenme fizyolojik beslenmeye daha uygun olması, daha ucuz, daha güvenli olması, GİS motilitesini hızlandırması, mukozal bağırsak bariyer fonksiyonu geliştirmesi ve bakteriyel translokasyonu önlemesi açısından paranteral beslenmeye göre daha fazla olumlu özelliklere sahiptir. Enteral beslenme, parenteral yolla beslenmeye göre daha güvenli olmasına rağmen potansiyel bazı komplikasyonlar gelişebilir. EN beslenmede ortaya çıkan komplikasyonlar genelde süreçle ilgili hatalar ve güvenlik sorunları olarak ortaya çıkmaktadır. Komplikasyonlar hastanın değerlendirmesi, reçete yazımı, ürün siparişi, ürün seçimi, kullanımı, saklama ve uygulama ile ilgili her aşamada ortaya çıkabilir. En fazla görülen potansiyel komplikasyonlar; bulantı, kusma, reflü, aspirasyon pnömonisi, diyare, gastrointestinal kanama, ağız ve diş hijyeninde bozulma, sıvı yüklenmesi, elektrolit dengesizliği, hiperglisemi, tüpün yerinden çıkması, tüp yerleştirme bölgesinde veya sistemik enfeksiyonda enfeksiyon, bireysek aktivitelerde kısıtlanma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede kısıtlılık ve sosyal izolasyon olarak ortaya çıkmaktadır. Komplikasyonların önlenmesinde tüm sağlık profesyonelleri EN ile beslenen bireylerin gözetiminde-takibinde dikkatli olmalıdırlar. Bunun için de sistematik bakım ve bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir. Primer olarak hastaların beslenme gereksinimlerinin karşılanmasından hemşireler sorumludur. Enteral beslenen hastaların yeterli beslenebilmesi iyi bir hemşirelik bakımı ile mümkün olabilir. EN beslenme protokolü, hastane politikasına göre farklılık göstermesine rağmen temel hemşirelik uygulamaları farklı değildir. EN beslenmede hemşirenin rolü; beslenme tüpünün hastaya takılması, tüp bakımı, önerilen besinlerin hastaya verilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve hastanın erken beslenmesini içerir.

Sonuç: Potansiyel risk faktörlerini en aza indirmek ve EN beslenmenin faydalarını en üst düzeye çıkarmak için sistematik ve bütüncül bir bakım uygulanması gerekir. EN beslenmenin başarısı multidisipliner ekip çalışması ve hemşirelik uygulamalarında kanıta dayalı rehberlerde tavsiye edilen önerilerin uyulmasına bağlıdır.

Anahtar kelimeler: Enteral nutrition; evidence-based nursing practices

Kaynakça

1. Boullata, J. I., Carrera, A. L., Harvey, L., Escuro, A. A., Hudson, L., Mays, A., ... & Kinn, T. J. (2017). ASPEN safe practices for enteral nutrition therapy. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, *41*(1), 15-103.
2. (Gürkan, A., & Gülseven, B. (2013). Enteral Beslenme: Bakimda Güncel Yaklaşimlar. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, *16*(2).
3. Yantis MA, Velander R. (*2011)*; *Untangling enteral nutrition guidelines, September* 41(9):32 – 38.
4. Kenny, D. J., & Goodman, P. (2010). Care of the patient with enteral tube feeding: An evidence-based practice protocol. *Nursing research*, *59*(1):22-S31.
5. Watson, R., & Hayter, M. (2012). A review of current nursing practice and evidence-based guidelines in enteral nutrition in the critically ill patient. *European Scientific Journal, ESJ*, *8*(30).

TOPLUMDA GELİŞEN PNÖMONİ, NELER DEĞİŞTİ?

Dr. Şule TAŞ GÜLEN
Adnan Menderes Üniversitesi Göğüs Hastalıkları ABD

Toplumdan Gelişen Pnömoni (TGP), insidansı ülkeden ülkeye ve yaşa göre artan; ortalama %0.28-%0.11.6/yıl sıklıkla görülen bir hastalıktır. 80 yaş üzerinde 16.4/1000 sıklıkta görülmektedir. Olguların TGP'ın %20-25'i hospitalize edilmekte ve mortalitesi halen yüksek seyretmektedir (hospitalize vakalarda %12.2). olguların %1,2 ile 10'u yopun bakımda yatmakta bu olgularda ise mortalite %23-47 arasında değişmektedir. Etyolojide en çok görülen mikroorganizma Strep. Pneumonia olmasına rağmen, özellikle son 10 yılda serolojik testlerdeki gelişmeler sayesinde viral enfeksiyonların etyolojide %15 ile 34 sıklıkta etken olduğu görülmektedir. Mixt patojen sıklığı (viral ve bakteriyel) 5.8%-38.4% civarındadır. Ancak bunca gelişmeye rağmen halen etken saptama yüzdesi %50'nin altındadır.

Son yıllarda pnömoni patogenez ile ilgili gelişmeler dikkati çekmektedir. En önemli yol infekte damlacıkların solunması ve kontamine orofarengeal flora aspirasyonu olarak bilinmektedir. Ancak son yıllarda akciğer mikrobiyomunda disbiyozis olmasının da patogenezde önemli yeri olduğu gösterilmiştir. Sağlıklı bir bireyde de akciğerlerin mikrobiyatası olduğu insan mikrobiyom haritası ile gösterilmiştir. Buna göre sık antibiyotik ve/veya antiinflamatuvar kullanımı, çevresel faktörler, diyet yapma ile akciğer mikrobiyatası etkilenmekte, disbiyozis sonrası pnömoni ortaya çıkmaktadır.

Pnömoni tedavisi için hastalığın yönetiminin iyi yapılması gereklidir. Bunun içinde belli başlı basamakların yerine getirilmesi gereklidir.

1. TGP tanısını doğrula
2. Hastalığın şiddetini ve tedavi yerini belirle
3. Olası patojenleri ve antibiyotik direncini belirle
4. İlk 4-8 saatte ampirik antibiyotik başla
5. Tedavi başarısızlığını akılda tut ve dinamik davran! (kortikosteroidler 30 mg/gün kısa süreli)
6. Tedavi sonrası takip ve sağlık bakımı ile ilgili eğitim ver.
7. Önleme (influenza ve pnömokok aşılama)

   Hastalık tedavi edilse gerek yeniden pnömoni gerekse kardişyovasküler sebepli yeniden yatışlar olmaktadır. Bu durum gençlerde %15-20, yaşlılarda %45 civarındadır. Bunun önlenmesi açısından bütünsel bakış açısı önemlidir. Hastanın Fiziki, fonksiyonel, beslenme, sosyal ihtiyaçları,erken mobilizayon ve rehablitasyon yönünden bütüncül değerlendirilmesi gereklidir.

KRADİYOPULMONER RESÜSİTASYON

Dr. Murat Haliloğlu
Solunum Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR) deyimi yaşamını kaybetmiş bir kişiyi yeniden yaşama döndürmek için uygulanan tüm girişimleri ifade eder. Kardiyak arrest veya hayatı tehdit eden sorunlar oluştuğunda, hızlı ve doğru yapılmış KPR yaşam ve ölüm arasındaki farkı belirler[1].

Resüsitasyon bilimi iki yüzyılı aşkın süredir gelişmektedir[2]. Paris Bilimler Akademisi, 1740 yılında boğulma vakalarında ağızdan ağıza ventilasyon yapmayı önermiştir[2].

Dr. Friedrich Maass 1891 yılında, insanlarda ilk belgelenmiş göğüs kompresyonunu gerçekleştirmiştir[2]. Amerikan Kalp Derneği (The American Heart Association, AHA) 1963'te resmen kardiyopulmoner resüsitasyonu (CPR) onaylamış ve 1966'da düzenleyici kurumlara talimatlar için standartlaştırılmış KPR kurallarını kabul etmiştir[2]. 1999'da gerçekleştirilen ilk Uluslararası Resüsitasyon Liyazon Komitesi (International Liaison Committee on Resüscitation, ILCOR) konferansı sonrası 2000 yılında, ortak bir resüsitasyon klavuzu yayınlanmıştır. 2000 yılından itibaren ILCOR üyesi konsey ve araştırmacılar 5 yıllık periyotlarla resüsitasyon bilimini değerlendirmektedirler. Son Uluslararası Uzlaşı Konferansı'nın sonucunda resüsitasyon algoritmaları 2015 yılında yayınlanmıştır[3].

Durumu kritikleşen hastayı tespit etmek ve hastane içi kardiyak arrestleri önlemek amacı ile hızlı yanıt veren resüsitasyon sistemlerinin kullanımı konusuna son klavuzunda da vurgu yapılmıştır. İleri yaşam desteği sırasında yüksek kaliteli ve minimal kesintiye uğramış göğüs kompresyonlarının önemi bir kez daha vurgulanmıştır. Göğüs kompresyonlarına yalnızca özel girişimleri gerçekleştirmek için ara verilmesi önerilmiştir. Defibrilasyon uygulaması 5 saniyeden daha kısa sürede yapılmasında kendinden yapışkanlı pedlerin kullanımının avantajları vurgulanmıştır.

Son klavuzda ileri yaşam desteği sırasında monitörizasyon başlığı altında yeni bir bölüm ilave edilmiştir. Trakeal tüp yerleşimini doğrulamak ve KPR'nin kalitesini monitörize etmek için spontan dolaşımın geri dönüşünün erken bir belirteci olarak dalga formu kapnografiyi kullanma konusuna verilen önem artmıştır. KPR sırasında hava yolu yönetimi ile ilgili farklı yaklaşımlar söz konusudur. Hastanın özellikleri ve kurtacıların becerileri göz buluduran bir yaklaşım önerilmektedir. KPR sırasında kullanılan ilaçlarla ilgili bir değişiklik söz konusu değildir.

Mekanik göğüs kompresyonu yapan cihazların rutin kullanımı önerilmese de, yüksek kalitede elle yapılan göğüs kompresyonlarının pratik olmaması ve ayrıca uygulayıcının güvenliğini tehdit eden durumlarda, mantıklı bir alternatif olabileceği düşünülmektedir.

Kardiyak arrestin geri döndürülebilir nedenlerini ortaya koymada ultrasonun önemi ortaya çıkmaktadır. Standart İYD'nin başarısız olduğu durumlarda, seçilmiş hastalarda ekstrakorporeal yaşam desteği kurtarıcı tedavi olarak uygulanabilir.

1. Nolan JP, Soar J, Zideman DA, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation.* 2010;81(10):1219-1276.
2. DeBard ML. The history of cardiopulmonary resuscitation. *Annals of emergency medicine.* 1980;9(5):273-275.
3. Soar J, Nolan JP, Bottiger BW, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation.* 2015;95:100-147.

KARDİYOPULMONER RESÜSTASYONDA (CPR) ALTERNATİF TEKNİKLER VE YARDIMCI CİHAZLAR

Dr. Derya Hoşgün
Ankara Atatürk Eğitim Araştırma ve Eğitim Hastanesi

Kardiyopulmoner resüstasyonda (CPR) manuel göğüs kompresyonların kesintisiz ve etkin yapılması gerekmektedir. Bu şekilde sağ kalım artırılır, nörolojik sekeller azaltılır ve perfüzyon daha iyi sağlanır. Etkin kesintisiz manuel göğüs kompresyonlar oldukça yorucudur ve normal kardiyak outputun ancak %30'unu karşılayabilmektedir. Bu nedenle kardiak arrest sonrası CPR'da perfüzyonun artırılması, kompresyonların daha etkili yapılması amaçlı alternatif teknikler ve cihazlar geliştirilmiştir (1,2).

İnspiratuvar Empedans Eşik Valfi

Basınç-sensitif valfi endotrakeal tüp, supraglottik hava yollarına veya yüz maskesine takılabilir. CPR esnasında göğüs duvarı genişlemesi sırasında negatif intratorasik basıncı ve kalbe venöz dönüşü artırır..Pasif exhalasyon yada pozitif basınçlı ventilasyonda bu etkiler görülmez.Bu nedenle spontan solunum geri dönünce çıkarılmalıdır (1,2). 2015 Amerikan Kalp Derneği (American Heart Council) ve Avrupa Resüsitasyon Konseyi (European Resuscitation Council) manuel yada diğer cihazlarla rutin kullanımını önermemektedir (1,3).

Aktif Kompresyon-Dekompresyon Cihazları

Bu cihazlar göğüs kafesinde sternumun ortasına otomatik veya manuel olarak uygulanır. İtme çekme hareketi yapar. Manuel olanlar göğüs kafesinde orta sternal hatta uygulanır. Göğüs kompresyonunda sonra dekompresyonda eksternal negatif suction ile göğüs kafesi genişlerken intratorasik basıncı değiştirerek kalbe dönen kanı artırır, kardiyak outputun artışıyla koroner ve serebral perfüzyonu artırır.Bu cihazlar inspiratuvar empedans eşik valfi ile kullanılabilir. Bu cihazların rutin kullanımı önerilmez. Mevcut ekipman, düzgün eğitimli personel ve uygun vakada manuel kompresyona alternatif olarak kullanılabilir (1,2,3).

Mekanik Göğüs Kompresyon Araçları: Piston Cihazları

Göğüs kompresyon hızını artırmak amaçlı gaz veya elektrikli piston sternum üzerinde konumlandırılarak uygulanır. 2015 Amerikan Kalp Derneği ve Avrupa Resüsitasyon Konseyi göğüs kompresyonuna net bir faydası olmadığı için rutin kullanımını önermemişlerdir. Transfer, uzamış CPR, hipotermiye bağlı kardiak arrest, anjiografi laboratuvarı, ECMO hazırlığında ve kurtarıcı eleman sınırlı ise kullanılabileceğini ifade etmişlerdir. Bu cihazlar eğitimli personel varlığında kullanılabilir (1,2).

Kpr Yeleği: Yük Dağıtıcı Bant

Toraks etrafını saran yelekten oluşur. Düzenli ve ritmik olarak yelek iner ve şişer. Toraks venöz dönüşü artırdığı için daha iyi doku perfüzyonu yaptığı ifade edilir.Yapılan çalışmalarda ek faydası gösterilmemiştir. 2015 Amerikan Kalp Derneği rutin kullanımını önermemektedir. Transfer, hipotermiye bağlı kardiak arrestlerde, anjiografi laboratuvarlarında, kurtarıcı eksikliği gibi spesifik durumlarda tavsiye etmektedir (1.2).

Açık Kalp Masajı

Travma sebebiyle kardiak arrestlerde standart CPR'a göre daha iyi koroner perfüzyon sağlar. Göğüs yada abdomenin açık olduğu travma cerrahilerinde yada kardiotorasik cerrahide erken postoperatif fazda kullanılabilir (3).
Sonuçta; mekanik kompresyon cihazları CPR'da rutin kullanılmamalıdır. Transfer, uzamış CPR, hipotermi, anjio laboratuvarı ve ECMO hazırlığı gibi özel durumlarda tercih edilmelidir.

Ekstrakorporeal Kardiyopulmoner Resüsitasyon (ECMO)

Elektif kardiak cerrahi operasyonlarında kullanılan konvansiyonel ekstrakorporeal kardiyopulmoner bypassın kardiak arrest gelişen ve konvansiyonel yöntemlerle yapılan kardiyopulmoner resüstasyona (CPR) yanıt alınamayan durumlarda acil olarak uygulanmasıdır. Amaç kardiak arrest nedeninin anlaşılması ve tedavi edilmesine kadar geçecek sürede yaşamın idame ettirilmesi, uç organ hasarının önlenmesidir (4).

Amerikan Kalp Derneğinin 2015 kılavuzuna göre; çok hızlı bir şekilde uygulanabildiği koşullarda seçilmiş hastalarda sınırlı süreli mekanik kardiyopulmoner destek altında kardiyak arrest şüpheli ve etyolojisi potansiyel olarak geri dönüşümlü ise düşünülebilir olarak önerilmiştir (kanıt seviyesi C, klas IIb) (1).ECMO tanım olarak mekanik cihazlar kullanarak oksijenasyon, ventilasyon ya da kardiak debiyi destelemek amaçlı kullanılmasıdır.

Venoarteriyel (VA ECMO) veya venovenöz (VV ECMO) konfigürasyonunda olabilir. VA ECMO hem solunumsal hemde hemodinamik destek sağlarken, VV ECMO izole pulmoner yetmezlikte kullanılmaktadır (5,6).

Arrest öncesi genel durumu iyi olan, düzeltilebileceği bilinen hastalık öyküsü olan, konvansiyonel CPR rağmen düzenli ritim sağlanamamış ve sistolik kan basıncı 70 mmHg altında olan hastalar ECMO için en uygun hasta grubudur . Asistoli, 12 yaş altı , 70 yaş üstü, toplam CPR süresi 60 dk fazla olması, bazal arteriyel kan gazı Ph <6,8 sepsis, hemorajik şok, ciddi nörolojik hasar ve komorbiditelerin olması kontroendikasyonlarıdır (4,7).CPR esnasında ECMO geçiş kararı için net protokoller yoktur. Bu nedenle karar müdahalede bulunan, hastayı takip eden doktor ekibindedir. ECMO takılırken CPR'ın kesintisiz sürdürülmesi gerekmektedir.

Kanülasyon için çoğunlukla USG eşliğinde femoral arter ve ven kullanılmaktadır . Komplikasyonları genel olarak CPR dışındaki endikasyonlarda uygulanan klasik ECMO komplikasyonlarıyla aynıdır. ECMO bağlı komplikasyon oranını azaltmak için hastanın arreste neden olan sebepleri düzeltildikten sonra en kısa sürede çıkarılmalıdır (4).Sonuçta ECMO uygun endikasyonlarda , konvansiyonel CPR'a yanıt alınamayan durumlarda alternatif teknik olarak uygulanabilir.

Teropatik Hipotermi- Hedefli Sıcaklık Yöntemi

Birincil bir yaralanma sonrası meydana gelen ikincil organ hasarının azaltılmak için vücut sıcaklığının kontrollü bir şekilde azaltılmasıdır. Hipotermi reperfüzyon hasarı sonucu ortaya çıkan kimyasal reaksiyonları, biyokimyasal aktivasyonu ve apoptozisi önler. Bu şekilde CPR sonrası nörolojik komplikasyonlar azaltılması hedeflenmektedir (8,9). Postarrestlerde 72 st yüksek vücut ısısından kaçınılmalıdır.2010 Avrupa Resüsitasyon Konseyine göre CPR sonrası ilk 4-6 st içinde başlanması, vücut ısının 32-34 ^{O}C indirilmesi ve 12-24 st'de bu düzeyde sabit tutulması önerilirken, 2015 kılavuzunda 32 ^{O}C ve 36 ^{O}C arasında sabit sıcaklık düzeyi ve terapotik hipotermi terimi yerine hedefli sıcaklık yöntemi adlandırması önerilmiştir. Yapılan çalışmalarda postkardiak arrestlerde 33 ^{O}C ile 36 ^{O}C arasında inflamatuvar cevap açısından fark saptanmamış ve 33 ^{O}C de 36 ^{O}C göre daha yüksek laktat düzeyi, daha düşük kalp hızı, artmış vasopressör ihtiyacı, hemodinamik değişiklikler tesbit edilmiş (3,10,11).

CPR sonrası spontan dolaşım sağlandıktan sonra GKS 8 ve altında olması, 18-75 yaş, ortalama arteriyel basıncının (OAB) >60 mmHg, CPR'nın 60 dk az sürmesi, kardiak arrest sonrası normal ritim sağlanması, terminal hastalığı olmaması endikasyonlarıdır. En uygun hasta grubu erişkin kardiak arrest olgularıdır.Hamilelik, 18 yaş altı, koagülopati, trombositopeni, kontrolsüz aritmi, OAB <60 mmHg, vücut ısının <30 ^{O}C ve ciddi enfeksiyon kontroendikasyonlarıdır (8).

2016 kardiak arrest sonrası hedef ısı tedavisi kullanımı Kanada rehberine göre; hastane içi ve dışı arrestler, bilinen kardiak orjinli olan veya bilinmeyen neden bağlı, ritmi ventriküler fibrilasyon, nabızsız ventriküler taşikardi nedeniyle olan arrestlerde güçlü öneri iken , gebeler, kardiak dışı arrestler, nabızsız elektriksel aktivite, asistolide şartlı öneri olarak tavsiye edilmektedir. Hastane öncesi, yoğun bakımda ve acil servislerde uygulanabilir.

Uygulama da ısı ölçümü olarak özafageal, nazofarengeal, mesane, endotrakeal cuff ve pulmoner arter ısı sensörleri ile ölçüm yapılabilmektedir. Kanada rehberine göre spesifik soğutma metod önerileri yoktur ve hedef ısı derecesini 32- 34 ^{O}C arasında önermektedir. Soğutma yöntemi olarak soğuk salin , ringer laktat intravenöz uygulaması, eksternal veya endovasküler soğutma teknikleri kullanılabilir.Uygulama esnasında sedasyon , analjezi rutin yapılmalı; fakat profilaktik antibiotik ve antikonvulsiyonlar önerilmemektedir.

Hedef sıcaklığa ulaşıldıktan 24 st sonra , st de 0,25-0,5 ^{O}C ısıtılması tavsiye edilmektedir. En sık yan etkileri hipokalemi, hipofosfatemi, hipomagnezemi, hipokalsemi, hiperglisemi, hipotansiyon, hemodinamik instabilite, trombositopeni, kanama, pnömöni, sepsis, pankreatit, azalmış gastrointestinal motilite, renal yetmezlik, pulmoner ödem ve aritmidir (12,13). Sonuçta spontan sirkülasyonu dönen CPR'larda endikasyon dahilinde nörolojik komplikasyonları düzeltmek amaçlı kullanılmalıdır.

Kaynaklar

1-Brooks SC, Anderson ML, Bruder AE. Part 6:Alternative Techniques and Ancillary Devices for Cardiopulmonary Resuscitation. 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2015;132(suppl 2):S436-443.

2-Doruk N. Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Mekanik Kompresyon Cihazlarının Yeri. Anestezi Dergisi 2016;24(4):221-227.

3- European Resuscitation Council Guidelines for Resusciatation 2015. Resuscitation 2015 Oct ;95:100-47

4-Sargın M,Kuplay H,Aka SA.Ekstrakorperal kardiyopulmoner resusitasyon. Türkiye Klinikleri J Cardiovass Surg-Special Topics 2017;9(3):288-92.

5-Lafcı B, Gökalp O, Yılık L, Gürbüz A. Vücut Dışı Yaşam Desteği Komplikasyonları. Turkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics 2017;9(3):320-4.

6- Eryüksel E.Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu. Turkiye Klinikleri J Cardiovasc Surg-Special Topics 2016;2(2):43-9.

7- Raleigh L, Ha R, Hill C. Extracorporeal Membrane Oxygenation Applications in Cardiac Critical Care. Semin Cardiothorac Vasc Anesth 2015;19(4):342-52.

8-Sevdi MS,Aydoğmuş MT, Eralp K. Asistoli ile gelen hastada başarılı terapotik hipotermi uygulaması: Olgu Sunumu. Medical Journal of Bakırköy, Volume 12, number 3, 2016.

9- Polderman KH, Andrews P.Hypothermia in patients with brain injury: the way forward. Lancet 2008;371:1955-1969.

10-Bro-Jeppesen J, Kiargaard J, Wanscher M, et al. The inflammatory response after out-of-hospital cardiac arrest is not modified by targeted temperature management at. 33 or 36 . Resuscitation 2014 Nov 85 (11):1480-7.

11-Bro-Jeppesen J, Annborn Hassager C, Wise MP , et al. Hemodynamics and vasopressor support during targeted temperature management at 33 versus 36 after out-of-hospital cardiac arrest: a post hoc study of the target tempeature management trial.Crit Care Med 2015 Feb ;43(2):318-27.

12-Howes D, Gray SH, Brooks SC, et al. Canadian Guidelines for the use of targeted temperature management (therapeutic hypothermia) after cardiac arrest: A joint statement from The Canadian Critical Care Society (CCCS), Canadian Neurociritical Care Society (CNCCS), and the Canadian Critical Care Trials Group (CCCTG). Resuscitation 98(2016):48-63.

13- Aygencel G. Targeted temperature management, or therapeutic hypothermia, in post-resusciatation care. Turk Kardiyol Dern Ars 2016;44(2):93-97.

KOLLOJEN DOKU HASTALIKLARINA BAĞLI PLEVRAL EFÜZYON

Dr. Pınar Akın Kabalak
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kollojen doku hastalıklarında (KDH) akciğer etkilenimi parankim, hava yolu ve plevral tutulum ve birliktelikleri olmak üzere çeşitli şekillerde karşımıza çıkabilmektedir. KDH'da plevral efüzyon gelişimi immün mekanizmalar aracılığı ile kapiller geçirgenliğin artması sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu hastalıklarda hem dolaşımda hem de plevral sıvıda immünkompleksler saptanabilmektedir. Subplevral alan ya da plevral kapillerlerde biriken bu komplekslerin kompleman sistemini aktive etmesi ile endotel hasarı ve proteinden zengin plevral sıvı gelişmektedir.

Sistemik Lupus Eritematozus (SLE)

SLE olgularında otopsi serilerinde %93'e varan oranlarda plevral etkilenim görülebilmektedir. Klinik olarak bulgu veren plevral efüzyon ise 30–50% oranında görülür. Lupusa bağlı plöritis %5-10 olguda SLE'nin ilk bulgusu olabilir. Plöretik göğüs ağrısı, öksürük ve ateş en sık klinik bulgular olarak karşımıza çıkmakta ve her zaman efüzyon ile beraber görülmeyebilir. Herhangi bir cinsiyet predominansı belirtilmemiştir.

Hastalık süresi, geç yaşta tanı almak (özellikle 5. dekattan sonra), hastalığın aktivitesi, RNP ve Sm antikor pozitifliği plevral efüzyon gelişmesi için risk olarak kabul edilmektedir.

Gerek *American College of Rheumatology* gerekse *Systemic Lupus International Collaborating Clinics* tanı kriterlerinde yer alan plevral efüzyondan sorumlu tutulan patolojik mekanizmalar; Otoimmün reaksiyon yani visseral plevrada Ig birikimi, kardiak ya da renal tutuluma bağlı sıvı gelişmesi, pulmoner emboli ve enfeksiyonlar olarak sayılabilir. İlk mekanizmayı göz önüne aldığımızda lenfosit ve plazma hücre infiltrasyonu sonucu hem kapiller geçirgenlikte artış hem de plevral yüzeyden geri emilimde azalma sonucu plevral efüzyon gelişimi en kabul gören mekanizmadır. Tedavisiz kalan kronik olgularda ise plevral kalınlaşma, fibrinöz plörit sonucu restriktif solunum bozukluğu gelişebilmektedir. Plörektomi ile başarılı tedavi edilen olgular vardır.

SLE tanılı bir olguda plevral efüzyon saptanması durumunda lupus plöritis ve lupus tedavisi ilişkili efüzyon ilk akla gelen nedenlerdir. Tanıda ilk aşama eksuda vasfında sıvının tespiti ve diğer nedenlerin ekartasyonu ile başlar. Sıklıkla bilateral, her zaman eksuda vasfında ve az miktarda olan plevral efüzyon seröz görünümün yanı sıra sero-hemorajik de olabilir. Literatürde bildirilen 2 adet SLE ye bağlı hemotoraks olgusu vardır. LDH düzeyi RA da saptanandan daha düşüktür.

Lupus eritematozus (LE) hücresi ve antinükleer antikor (ANA) titresinin ≥1:160 olması ve plevral sıvı/ serum ANA oranının ≥1 olması lupus plöriti tanısında daha önceleri dikkate alınmaktaydı. Artık tanısal değeri olmamaktadır çünkü non-spesifik sitolojik incelemelerde LE hücresi malignite ve romatoid artrtit (RA) de de saptanabilmektedir. ANA titresinin ≥1:160 olmasının spesifitesi %83dür. Hatta özellikle malign hastalarda ANA düzeyi >1:640 ölçülebilmektedir. Özetle günümüzde plevral ANA titresindeki yükseklik daha çok negatif prediktif değeri nedeni ile SLE tanılı olgularda lupus plöritis ekartasyonu için kullanılmaktadır.

SLE ye bağlı efüzyonda sıvı pH'sı 7.20 üzerinde ve total beyaz küre sayısı diğer KDH'na oranla düşük olmakla beraber tanısal test sürecinde kullanımı önerilmemektedir.

Torakoskopik inceleme ile visseral plevradaki nodüllerden alınan örneklerin histopatolojik incelemesinde immünglobulin depozitleri izlenmiştir.

Semptom yaratmayan az miktarda lupus plöritiste tedaviye gerek duyulmaz. Masif ve semptomatik sıvılarda kortikosteroid kullanımı hala esas tedavi yaklaşımıdır. 20-40 mg/gün metil-prednizolon tedavisinin klinik yanıta göre 3-4 hafta içinde azaltılarak kesilmesi önerilir. Eğer SLE aktivasyonu sonucu dirençli bir efüzyon söz konusu ise immünsüpresif tedavinin eklenmesi gerekir. Olgu bazında, steroid doz azaltımı sonrası tekrarlayan efüzyonlarda başarılı plörödezis uygulamaları bildirilmiştir.

Romatoid Artrit (RA)

Genellikle subklinik olsa da plevral efüzyon RA da sık görülen pulmoner etkilenim biçimidir. Akciğer grafisinde saptanabilen plevral efüzyon oranı literatür de %24 e kadar bildirilmiştir. Efüzyonun sık olduğu popülasyon sıklıkla RF titresi yüksek, romatoid nodülleri olan ve HLA-B8 ve Dw3.pozitifliği gösteren orta yaş erkeklerden oluşmaktadır.

Sağ hemitoraks ağırlıklı olmak üzere unilateral etkilenim görülür. RA ya bağlı plevral efüzyon tanıdan yıllar sonra ortaya çıkabileceği gibi eklem ağrıları ile beraber de başlayabilir. Geçici (4 hafta-3 ay), tekrarlayan ya da kronikleşen hatta yıllarca persiste eden efüzyonlar bildirilmiştir.

RA ya bağlı kronik süreçteki efüzyon akut dönemden farklı olarak pH <7.20, düşük glukoz seviyeleri (sıklıkla< 50 mg/dL),LDH >1000 U/L, RF titresi > 1/320 (genellikle kandan daha yüksek), düşük kompleman düzeyi, ve artmış immün kompleks miktarı ile karakterizedir. Akut dönemde PMNL hakimiyeti görülebilirken kronik süreçte lenfosit hücrelerinin hakim olduğu psödoşilöz özellik gösterirler. Psödoşilotoraks kalınlaşan plevra nedeni ile parietal lenf nodlarından sıvı geri emiliminin bozulması nedeni iledir. Nadiren şilotoraks da görülebilir ve sekonder amiloidozise sekonder lenfoid obstrüksiyona bağlıdır.

RA da steril ampiyem karşımıza çıkmaktadır. Romatoid nodüllerin nekrozu, yoğun fibrin eksudat birikimi etiyolojide rol oynar. Nekroza bağlı bronkoplevral fistül ve pyopnömotoraks gelişebilmektedir.

Eklem şikayetlerinin arttığı, diğer pulmoner tutulum şekillerinin bulgu verdiği veya romatoid nodüllerin ortaya çıktığı dönmeler efüzyonun en sık saptandığı dönemlerdir.

Makroskopik olarak sarı-yeşil renkli olan plevral sıvının sitolojik incelemesinin karakteristik triadı olarak makrofaj, multinükleer dev hücreler ve mezotel hücre yokluğu sayılabilir..

KDH lar arasında plevral glukoz düzeyi en düşük olan olgular RA hastalarıdır. Genellikle 30 mg/dl altında ölçülür. Plevral glukoz düzeyi 30-50 mg/dl arasında ise akla SLE, tüberküloz veya malignite gelmelidir.

1985 yılında 9 RA hastasının torakoskopik incelemesinde visseral plevrada non-spesifik inflamasyon izlenirken, parietal plevrada 'kumlu' ya da 'donmuş' olarak ifade edilen görünüm izlenmiş. Kostal plevranın üst kısımlarında ağırlıklı olmak üzere yaklaşık 0.5 mm boyutunda granüler görünümler izlenmiştir (Figür 1A).

Bu görünümlerden alınan örneklerin histopatolojik incelemesinde; mezotel hücre kaybı, multinükleer dev hücrelerden oluşan bir psödostratifiye epitel tabakası oluşumu, kronik fokal inflamasyon, stromal fibrozis izlenmiştir.

RA ya sekonder plevral efüzyonda spesifik bir tedavi gerekmemektedir. Plöretik ağrıya yönelik NSAI verilebilir.

Sistemik Sklerozis

Sistemik skleroz (SSc) olgularında plevral efüzyon gelişimi sıklığı %10'dan azdır. SSc'de serözit gelişimi daha çok perikart efüzyonu şeklindedir. Histopatolojik incelemenin yetersiz olması nedeni ile sıvı mekanizması konusunda kesin bilgi verilememekle beraber intersitisyel akciğer tutulumu olan KDH hastalarından alınan akciğer parankim biyopsilerin incelenmesi sonucu septal kapiller hasar, endotel hücrelere karşı gelişen antikorlar ve nihayetinde artmış kapiller permeabilite sonucu efüzyon geliştiği düşünülmüştür. Eksudatif ve lenfosit ağırlıklı özellik göstermektedir.

Difüz formda daha sık görülmekle beraber pulmoner hipertansiyon gelişen hastalarda daha sık karşımıza çıkmaktadır. Olgu serileri şeklinde CA125 düzeyinin plevra sıvıda artmış olmasının serözit varlığını desteklediği yönde çalışmalar vardır ancak yeterli sensitiviteye sahip değildir. Tanısal süreç diğer hastalıklarda olduğu gibi biyokimyasal, mikrobiyolojik ve sitolojik analiz sonrası diğer tanıların dışlanması ile elde edilir. Nadiren plöretik göğüs ağrısı yapan SSc ye bağlı plevral efüzyonlar tedavisiz spontan remisyon gösterir.

Sjögren Sendromu

Primer sjögren sendromu (SjS) bağ doku hastalıkları içinde plevral efüzyonun çok nadir görüldüğü bir gruptur. RA ve SLE ile birlikte olan sekonder SS de ise plevral efüzyon sıklığı artmaktadır. Bildirilen olgular incelendiğinde sıvını bilateral, eksudatif, lenfosit ağırlıklı, normal ph ve glukoz seviyesine sahip, adenozin deaminaz (ADA) düzeyi normal vasıfta olduğu görülmektedir. CD3+ ve CD20 B lenfosit düzeyi yüksek beklenir.

Mevcut bilgiler ışığında primer SjS'ye sekonder 11 tane plevral efüzyon olgusu bildirilmiştir. Bu olguların klinik özellikleri incelendiğinde cinsiyet dağılımının benzer olduğu ve en sık semptomun göğüs ağrısı ve öksürük olduğu dikkati çekmektedir. Torakoskopik inceleme plevral yüzey normal olduğu gibi yapışıklıklar da izlenebilmektedir (Figür 1B ve C). Steroide dirençli ve tekrarlayan efüzyonlarda plevra biyopsisi/torakoskopi göz önünde bulundurulmalıdır çünkü ayırıcı tanıda lenfoma eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

Dermatomyozit/Polimyozit

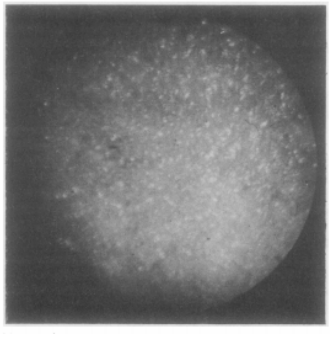
Nadiren plöretik göğüs ağrısı tanımlamasına rağmen bu hasta grubunda plevral efüzyon gelişimi çok nadirdir. IAH varlığında daha sık karşılaşılabilir. Eksuda ve lenfosit hücre predominansı beklenir. Diğer KDH ile birlikte olduğunda polimyozite bağlı eozinofilik efüzyon görülebilmektedir. Myopati bulgularından önce bilateral masif sıvı ile başvuran ve biyokimyasal incelemede hyaluronik asit düzeyi yüksek olan dermatomyozit olgusu bildirilmiştir. Yine literatürde çok az sayıda bildirilen *M. Abscessus*'a sekonder plörezi etiyolojisinde steroid tedavisi alan bir dermatomyozit olgusu bildirilmiştir.

Dermatomyozit olgularında malignite eşlik etme sıklığı daha fazla olması nedeni ile özellikle bu olgularda sitolojik/histopatolojik inceleme yapılmalıdır.

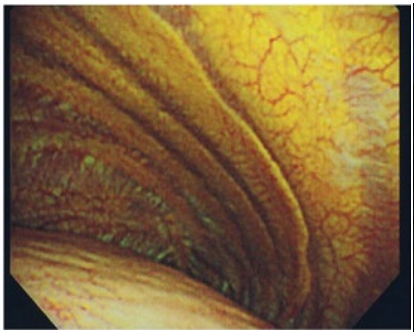
Mikst Konnektif Doku Hastalığı

RA ve SLE den sonra plevral efüzyon sıklığı en yüksek olan KDH'dır. %50 oranında efüzyon, %40 oranında plöretik göğüs ağrısı görülebilmektedir. Tek başına plörezi daha nadirken perikarditin eşlik ettiği olgu sayısı daha fazladır. Tek ya da çift taraflı efüzyon görülebilmektedir ve steroid gereği olmadan gerilemektedir. Eksuda vasfında ve diğer KDH da olduğu gibi lenfositoz beklenir. Biyokimyasal incelemede protein düzeyi 3.5 g/dL, LDH (400 U/L) ve glukoz düzeyi normal sınırlarda görülür.

Figürler



Figür 1A



Figür 1B

Figür 1C

Kaynaklar

1- Magro CM, Ross P, Marsh CB, et al: The role of anti-endothelial cell antibody-mediated microvascular injury in the evolution of pulmonary fibrosis in the setting of collagen vascular disease. Am J Clin Pathol 2007; 127: 237–247.

2- Faurschou P, Francis D, Faarup P. Thoracoscopic, histological, and clinical findings in nine case of rheumatoid pleural effusion. Thorax 1985;40:371-375).

3- Hosoda C, Hosaka Y, 1 Ryu K, Kinoshita A, Saito K, Kuwano K. Pleuritis associated with primary Sjogren syndrome. Respirol Case Rep. 2018 Feb; 6(2): e00285.

4- Ma D, Lu H, Qu Y, Wang S, Ying Y, Xiao W. Primary Sjögren's syndrome accompanied by pleural effusion: a case report and literature review. Int J Clin Exp Pathol. 2015; 8(11): 15322–15327

5- Piura B, Meirovitz M, Cohen Y, Horowitz J. Dermatomyositis and peritoneal papillary serous carcinoma. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1999 Jan;82(1):93-6.

6- Iwai H, Koike R, Ogawa J, Sugihara T, Hagiyama H, Nagasaka K et al. Case of dermatomyositis complicated with massive pleural effusion that preceded the myopathy. Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi. 2002 Jun;25(3):270-6.

7- Carrera LG, Hernan GB. Pulmonary Manifestations of Collagen Diseases. Arch Bronconeumol. 2013;49(6):249–260

8- Saha K. Pleura: In connective tissue diseases. J Assoc Chest Physicians 2016;4:6-9.

9- Anevlavis S, Tzouvelekis A, Bouros D. Mechanisms of Pleural Involvement in
Orphan Diseases. Respiration 2012;83:5–12

10- Bouros D, Pneumatikos I, Tzouvelekis A. Pleural Involvement in Systemic Autoimmune Disorders. Respiration 2008;75:361–371

KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI KATATER BAKIMINDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Dr. Mağfiret KARA KAŞIKÇI
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İçerik

1.Giriş
2. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları
3.Katater Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları
3.1. Periferik ve Santral Venöz Katater Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları
3.2.Üriner Katater Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

1.Giriş

Günümüzde bilginin yönetimi, değişen toplumun sağlık bakım tercihleri ve maliyet etkili bakım politikaları kanıta dayalı uygulamaları zorunlu hale getirmiştir**.** Sağlık alanında kanıta dayalı uygulamaların kökleri, yöntemi itibari ile oldukça eskilere dayanmaktadır. Ancak uygulamaların, bugünkü anlamıyla kavramlaşması henüz yakın sayılabilecek bir tarihtedir(Bayın & Akbulut, 2012). Genellikle uygulamaların geleneğe dayalı gerçekleştirildiği hemşirelik mesleğinde, eğitim düzeyi arttıkça uygulamaların kanıt temelli olması gereksinimi de giderek artmaya başlamıştır. Bunun yanında kanıta dayalı uygulamaların sağlık ve hemşirelik literatüründe öneminin artmasının birçok nedeni vardır. Bunlar: Hastaların hatalı uygulama kaygısı, kaliteli bakım alma isteği, değişen toplumun sağlık bakım tercihleri ve tıbbi hata oranlarındaki artış nedeniyle sağlık personeline olan güven azalmısıdır (Ülkü, 2017). Ayrıca hemşirelik uygulamalarında kanıta dayalı uygulamalar bilgi ve karar verme arasındaki bağı güçlendirerek tanı, tedavi ve bakım sürecini bilimselleştirmekte ve profesyonelleştirmektedir(Çopur, Kuru, & Seyman, 2015)..

Hemşirelik uygulamalarında kanıta dayalı uygulamaya dikkat çekmek için Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2012 temasını "Boşluğu Doldurmak - Kanıttan Eyleme" olarak belirlemiş ve bu temanın gerçekleşmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar yüklemiştir. Birleşmiş Milletler tarafından belirlenen "Binyıl Kalkınma Hedefleri"nin başarılması dünya çapında bir hedeftir ve hemşireleri de eyleme davet etmektedir. Bu hedeflerin gerçekleşmesi için sağlık politikalarının düzenlenmesine aktif katılan, ulusal ve uluslararası alanda sağlık eylem planları hazırlayan ve bakımda kanıtları kullanan bir hemşire modeli önerilmektedir((http://www.icn.ch/publications/2012-closing-the-gap-from-evidence-to-action/).

2. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

Hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde en belirleyici unsur bilgi ve karar verme arasındaki ilişki olup, otonomi sahibi hemşirelerin karar verme sürecinde güvenilir bilgiyi hangi hastada kullanabileceğini bilmesi ve her bir kararını konuyla ilgili ulaşılabilen en iyi kanıta dayandırması gerekir. Ayrıca hemşirelik bakımının kalitesini artırmak, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hasta memnuniyetini arttırmak ancak kanıt temelli uygulamalar sayesinde mümkün olabilecektir(Ülkü, 2017). Kanıta dayalı uygulama; KDU, sistematik araştırma ile elde edilen en iyi araştırma kanıtının kişisel deneyim, klinik pratikle elde edilen klinik karar verme yeteneği ve hastanın değer ve tercihleriyle bütünleştirilmesidir(Cullum, Ciliska, Haynes, & Marks, 2013). Kanıta dayalı uygulamalar hemşirelik uygulama alanında, geleneksel uygulamalar ya da meslektaşların "her zaman yaptığımız gibi" şeklindeki önerilerinden farklı olarak araştırma ve bilgilere dayalı kaliteli hasta bakımının sunulmasını sağlamaktadır. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama, araştırmanın kullanılması değil, sistematik araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtların klinik uzmanlıkla birleştirilerek uygulanmasıdır (Cullum ve ark., 2013).

Ülkemizde sağlık profesyonellerinde olduğu gibi hemşirelikte de uygulamaların kanıtlara dayandırılması 2010 hemşirelik yönetmeliğinde yer almış ve zorunlu hale gelmiştir.. Yönetmeliğe göre, "Hemşirelerin görev ve sorumluluklarından birisi de, bireyin, ailenin ve toplumun her ortamda hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili gereksinimlerini belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen gereksinimler çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlamak, uygulamak, değerlendirmek ve denetlemektir". Bu cümleden de anlaşıldığı üzere hemşirelere kanıta dayalı uygulama sorumluluğu yüklenmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliği, 8 Mart 2010).

3.Katater Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

Günümüz sağlık uygulamalarında tedavi amaçlı çok çeşitli kataterler kullanılmaktadır. Kullanılan Kataterlere bağlı başta infeksiyon olmak üzere çeşitli komplikasyonlar oluşabilmektedir.. Bu durum morbidite/mortalite hızlarının artışının yanında hastalara ve kurumlara ek maliyet getirmektedir. Bu nedenle, tüm katater uygulamalarında; katater ilişkili oluşabilecek komplikasyonlardan hastayı korunmak ve kaliteli bir hemşirelik bakımı sunumu için bilimsel çalışma sonuçları ile kanıtlanmış, kanıt değeri olan girişimlerin uygulanması son derece önemlidir(Beekmann & Henderson, 2015).

Nazogastirk katater,üriner katater,endotrakeal katataer, periferik ve santral venöz kataterler sağlık bakım uygulamalarında en sık kullanılan kataterlerdir. Bu sunumda, en sık kullanılan periferial ve santral venöz katater ve foley katatere yönelik, hemşireli uygulamalarına yol gösterici nitelikte olduğunu düşündüğümüz, kanıta dayalı uygulama örneklerine yer verilmiştir.

3.1. Periferik Ve Santral Venöz Katater Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

Hastanelerde hem yatan hastalarda hem de ayakta muayene olan hastalarda çok çeşitli amaçlarla (Çetinkaya et al., 2013). DİK uygulamalarından olan İntravenöz kateterler sıvı tedavileri, parenteral beslenme, yakın izlem, kan ve kan ürünleri uygulanması, çeşitli ilaçların infüzyonu gibi pek çok girişim için Kullanılmaktadır. Rutinde bu kadar çok ve çeşitli uygulama alanı olan intravenöz kateterlerin kullanımı, büyük yararlar sağlamakla birlikte, hastalarda istenmedik olayların gelişmesine, maliyetin artmasına ve hastanede yatış sürelerinin uzamasına neden olabilmektedir(Chopra, O'horo, Rogers, Maki, & Safdar, 2013). Araştırmalar, kan dolaşımı enfeksiyonlarının sağlık hizmeti ile ilişkili tüm enfeksiyonların %30-40'ını oluşturduğunu, bunun %85'inin Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonları (KİKDE) olduğunu ve en önemli mortalite nedenleri arasında olduğunu göstermektedir. Ayrıca KİKDE'nin yatış süresini ortalama 20 gün uzattığını ve enfeksiyon başına maliyeti 3000 Euro artırdığını göstermektedir.

Amerika'daki hastanelerde 2008-2013 arasında Santral venöz katater ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları(SVKİ-KDE) %46 azaltılmış olmasına rağmen hala yılda 30100 SVKİ-KDE meydana gelmektedir("Center for Diseases Control and Prevention (CDC) ").Ülkemizde YBÜ tipine göre SVKİ-KDE hızı 1,0-5,7 /1000 kateter günü arasındadır (Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı Özet Raporu.2014; http://hizmetstandartlari. saglik.gov.tr/.) Ayrıca santral kateter kaynaklı enfeksiyonların tahmin edilen ölüm oranının %12-25 olduğu, enfeksiyon başına maliyetin 25.000 dolar olduğu ve yatış süresini ortalama 3 hafta uzattığı gösterilmiştir. Periferal kateterler ise ülkemizde her yıl 20 milyon uygulama ile sağlık sisteminde en fazla başvurulan invaziv uygulamadır. Komplikasyonlarla ilgili düzenli kayıt tutulmamasına rağmen oranlar, saniyede 4 adet PVK kaynaklı komplikasyon geliştiğini göstermektedir. Bu komplikasyonların ortalama 300 yataklı bir hastanedeki yıllık maliyeti yaklaşık 43 milyon liraya ulaşmaktadır(İşeri et al., 2018). Periferik ve santral venöz katater bakımında amaç olası komplikasyonların önlenmesi ve komplikasyon gelişmiş ise ortadan kaldırılmasıdır.

ABD'de Sağlık Bakımını İyileştirme Enstitüsü, sağlık bakımı sürecindeki uygulamaların iyileştirilmesi için bakım paketler kavramını geliştirmiştir. Bakım paketi, her biri tek tek uygulandığında hastanın iyileşme sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde etkileyen; hepsi birlikte uygulandığında ise teker teker uygulanmalarına oranla daha iyi bir sonuca ulaşılmasını sağlayan birkaç girişimin birlikte uygulanması olarak tanımlanmaktadır. Bakım paketlerindeki girişimler kanıta dayalı önlem kılavuzlarına eşlik eden, ideal pratik uygulamaları içermektedir. Hastaların prognozuna olumlu katkı sağlar. İntravenöz katater uygulamaları ile ilgili geliştirilen bakım paketinde; el hijyeni, kateterizasyon sırasında maksimum bariyer önlemlerinin alınması (Maske,bone, steril önlük, steril eldiven ve steril hasta örtüsü kullanımı), kateter giriş yeri ve çevresine klorheksidinle cilt antisepsisi uygulanması, en uygun kateter yerleşim yerinin seçilmesi (femoral bölgeye kateter yerleştirilmesinden kaçınılması), günlük olarak santral kateter gereksiniminin değerlendirilmesi girişimleri yer almaktadır(Chittick & Sherertz, 2010; Marwick & Davey, 2009).

Uluslararası çalışma ve standartlar, IV tedavinin standartlara uygun olarak sunulmasının sağlık bakımı ile ilişkili bir kalite indikatörü olduğunu göstermektedir. Bu konuşmamda sağlık kurum ve kuruluşlarında venöz kateterlerin (periferik ve santral) güvenli bir şekilde takılması, yönetimi ve çıkarılması ilgili kanıta dayalı uygulamalara yer verilecektir.

3.1.1.Periferial ve Santral Venöz Kateterde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Önerileri

- Son yıllarda yapılan çalışmalar intravasküler kateterlerin eğitimsiz kişiler tarafından takılması ve bakım verilmesi durumunda kateter kolonizasyonu ve katater kaynaklı kan dolaşım enfeksiyon riskinin artabileceğini, aseptik kateter bakımının standardizasyonunun ise infeksiyon riskini azalttığını göstermiştir(Çetinkaya et al., 2013).Sağlık ekibine kateter kullanım endikasyonları, uygun teknikle kateterin takılması ve bakımı açısından eğitim verilmesi (Kanıt A-I)(Bizzarro et al., 2010; Marschall et al., 2014; O'grady et al., 2011).

- Kateteri takan ve kullanan sağlık ekibinin bu işlemler için geliştirilmiş olan rehberlere uyumunun periyodik olarak kontrol edilmesi (Kanıt A-II)(Bizzarro et al., 2010; Çetinkaya et al., 2013; Marschall et al., 2014; O'grady et al., 2011)
- Hasta başına düşen hemşire sayısının kritik bir seviyenin altına inmesi durumunda infeksiyon riskinin arttığı bilinmektedir(Çetinkaya et al., 2013)Personel sayısının yeterli olması (yoğun bakım)(Kanıt B-I)(Çetinkaya et al., 2013; O'grady et al., 2011).
- Kateterle ilgili her tür manipülasyondan önce ve sonra el hijyeni sağlanmalı (Kanıt IA)(Çetinkaya et al., 2013; Marschall et al., 2014; O'grady et al., 2011)
- İntravenöz katater takılması ve bakımı sırasında aseptik tekniğe uyulmalıdır (Kanıt I-B)(Çetinkaya et al., 2013; Marschall et al., 2014).
- SVK veya periferik yoldan yerleştirilen santral kateterlerin takılması ve kılavuz tel üzerinden değiştirilmeleri sırasında steril önlük, steril eldiven, bone, maske ve steril tüm vücut örtüsünden oluşan maksimum steril bariyer(MBS) önlemleri kullanılmalıdır(Çetinkaya et al., 2013; Marschall et al., 2014).Genel cerrahi hastaları ile yapılan prospektif randomize bir çalışmada MSB önlemlerinin ek yarar sağlamadığı(Ishikawa et al., 2010) fakat bununla birlikte, mevcut kanıtların çoğu, enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla MSB önlemlerinin alınması görüşünde(Çetinkaya et al., 2013; O'grady et al., 2011).
- Kateter takılacak bölgenin dezenfeksiyonu için %70 alkol içeren %2'lik klorhekzidin ulaşılabilir değilse povidon iyot ve %70 alkol uygundur. 2 aydan daha küçük olan infantlarda klorheksidin uygulaması tartışmalı. (Kanıt A-I)(Çetinkaya et al., 2013; Marschall et al., 2014; O'grady et al., 2011)
- Kullanılan antiseptiklerin uygulanan bölgede kendiliğinden kurumasının beklenmesi.Povidin iyodin kullanılmışsa en az 2 dakika, %70 alkol için 10 saniye beklenmelidir (Kanıt B-I)(O'grady et al., 2011).
- Kateter bölgesini kapamada, steril gazlı bez veya steril, transparan, yarı geçirgen kapamaların kullanılması (Kanıt A-I)(O'grady et al., 2011)
- Hastada aşırı terleme, kateter giriş yerinde sızıntı kanama varsa, gazlı bez tercih edilmesi; Transparan, yarı geçirgen kapamalar, terlemeye ve bakteriyal kolonizasyonda artışa neden olmalarıyla enfeksiyon riskini arttırabilirler (Kanıt II)(O'grady et al., 2011).
- Personel eğitimi, uygun pansuman yöntemlerinin kullanımı ve klorheksidin ile deri antisepsisi sağlandığı halde kateter ilişkili enfeksiyon hızları düşmüyor ise kısa süreli kateterlerde klorheksidin emdirilmiş kapamalar kullanılabilir (Kategori 1B)(O'grady et al., 2011).'2015 yıllında santral venöz katater pansumanında ilaç emdirilmiş kaplamaların etkinliğin değerlendirildiği bir sistematik derlemede İlaç emdirilmiş kapama ürünleri kateter ilişkili enfeksiyonları azaltığı sonucuna varılmıştır(Ullman et al., 2015).
- Peredo ve ark. tarafından yapılan çalışmada ve ulusal damar erişimi yönetim rehberinde topikal antibiyotikli merhem ve kremlerin kapama altında kullanılmaması;Fungal kolonizasyona ve antimikrobiyal direnc neden olabileceği için önerilmemektedir (Kanıt A-I)(O'grady et al., 2011; Peredo et al., 2010).
- Katater ve katater bölgesini suya temas ettirmeyin. Eğer organizmaların katater içerisine girişine engel olacak önlemler (ör: katater bölgesinin su geçirmez bir malzeme ile kapatılması) alınırsa duş almaya izin verilebilir (Kategori IB)(Çetinkaya et al., 2013; Marschall et al., 2014; O'grady et al., 2011).
- Gazlı bez ile yapılan pansumanların 2 günde bir, transparan pansumanların 5-7 günde bir değiştirilmesi (Kanıt II)(O'grady et al., 2011). SVK'lerde kapamaların değişim sıklığının kateter ilişkili enfeksiyonlar üzerine etkisinin incelendiği bir sistematik derlemede 2277 hastayı içeren toplam 5 RKÇ incelenmiş (Bütün çalışmalarda transparan kapama kullanılmış). Kısa sürede değişim sıklığı (2-5 gün) ile uzun süreli değişim sıklığı (5-15 gün) karşılaştırıldığında: Kateter ilişkili enfeksiyon, kateter bölgesi enfeksiyonu, mortalite, ağrı ve doku hasarı açısından sonuçların kesin olarak anlamlı derecede faklı olmadığı bulunmuş(Gavin, WEbster, Chan, & Rickard, 2016).
- Kateterin takılma yeri, takip eden kateter infeksiyonu ve filebit gelişmesi riskini etkiler.Katater takılma yerinin, kateter infeksiyonu gelişmesine olan etkisi, kısmen trombofilebit gelişme riski ve yerel cilt florasının yoğunluğuyla ilgilidir. Erişkinlerde periferik kateterlerin üst ekstremite venlerine takılması önerilir. Alt ekstremiteye takılmış olan bir kateter en kısa süre içinde çıkarılarak üst ekstremiteye yeni bir kateter takılmalıdır(Kanıt III)(Çetinkaya et al., 2013).
- Erişkin hastalarda femoral venin santral venöz yol olarak kullanımından kaçınılmalıdır (Kanıt I-A)(Çetinkaya et al., 2013). Erişkin hastalarda infeksiyon gelişme riskini azaltmak için tünelsiz SVK'ların jugüler veya femoral ven yerine subklavyen vene takılması önerilir (Kanıt I-A)(Çetinkaya et al., 2013; Marschall et al., 2014).
- Kateter uçlarından rutin kültür alınmaması (Kanıt A-I). Sadece katatere bağlı kan dolaşımı enfeksiyon şüphesi bulunan durumlarda kateter kültürü yapılmalıdır(Çetinkaya et al., 2013).
- Uzun süreli kateterizasyon infeksiyonu tetiklediğinden günlük endikasyon değerlendirilmesi ile gereksiz olduğu saptanan kateter en kısa sürede çıkarılması (Kanıt A-I)(Bizzarro et al., 2010).
- Erişkin hastalarda, trombofilebit ve infeksiyon riskini azaltmak amacıyla periferik kateterlerin 72-96 saatten daha kısa aralıklarla değiştirilmesine gerek yoktur(Çetinkaya et al., 2013)
- Çocuklarda, yan etki gelişmediği sürece, intravenöz tedavi bitene kadar kalabilir (Kanıt BI)(Çetinkaya et al., 2013).

- Kan, kan ürünleri ve yağ içeren emülsüyonları almayan hastalarda kateter ilişkili enfeksiyon şüphesi yoksa kateterlere bağlanan setlerin 96 saatten önce değiştirilmesine gerek yoktur (Kanıt A-I)(Marschall et al., 2014). Yapılan metanaliz çalışmasında da benzer sonuçlara rastlanmıştır(Ullman et al., 2013).
- Kan, kan ürünleri ya da lipid emülsiyonlarının verilmesinde kullanılan setlerin, infüzyonun başlamasından itibaren 24 saat içinde değiştirilmesi (Kanıt B-I)(O'grady et al., 2011).
- Verilen sıvı sadece dekstroz ve aminoasit solüsyonu içeriyorsa, setlerin 72 saatten önce değiştirilmesine gerek yoktur (Kanıt II)(Çetinkaya et al., 2013).
- Lipid içeren (glukoz ya da aminoasit kombinasyonu ile birlikte) torbadaki solüsyonların infüzyonunun 24 saatte bitirilmesi; Sadece lipid solüsyonu veriliyorsa 12 saatte bitirilmelidir. Eğer volüm sorunu yaşanırsa infüzyon süresi 24 saate uzatılabilir (Kanıt B-I)(Çetinkaya et al., 2013).
- Kullanılmayan bütün üçlü musluklar kapalı tutulmalıdır. Çok lümenli bir kateter kullanılıyorsa lümenlerden biri sadece parenteral beslenme için kullanılmalıdır..
- Hemen hemen tüm kılavuzlarda ve yapılan çalışmalarda SF önerilmektedir. Heparinin SF'ye üstünlüğü bulunmamaktadır. Heparin kullanımıyla ilişkili birçok komplikasyon vardır. Bu nedenle SF uygundur(Çetinkaya et al., 2013; O'grady et al., 2011).
- SVK heparinli yada normal % 0.9 salin solüsyon ile yapılan aralıklı katater yıkama karşılaştırıldığında etkililik yada güvenlik açısından fark ortaya koyan güçlü kanıtlara rastlanmamıştır. Bu sonuçlara rağmen klinik araştırmaların dışında hala heparin kullanılıyor (López-Briz et al., 2014; O'grady et al., 2011).Fakat 2017 yıllında yapılan bir metaanaliz çalışmasında toplam 7875 hastayı içeren 10 RKÇ sonuçları incelenmiş. Çalışmalarda normal salin solüsyon ile heparinli solüsyon karşılaştırılmış. >30 gün kalan kateterler için heparinli solüsyon tıkanıklık için normal salin solüsyona göre üstün bulunmamış. <30 gün kalan kateterler için çok az fark ile heparinli solüsyonlar üstün bulunmuş(Zhong et al., 2017).

3.2.Üriner Katater Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları

Gerek hastane içinde gerekse hastane dışında üriner kateterler çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Hastaların %15-25'ine hastanede yattığı süre içinde en az bir kez üretral kateter uygulandığı tahmin edilmekte ve üretral kateter kullanım sıklığının son yıllarda arttığı bildirilmektedir(Chenoweth & S., 2011). Hastane kökenli üriner sistem infeksiyonlarının yaklaşık %60-80'i katetere bağlı olarak gelişmektedir. Ülkemiz için kateterle ilişkili üriner sistem infeksiyonlarının genel oranını vermek mümkün olmamakla birlikte; araştırmalarda bu infeksiyonların en sık rastlanan hastane kökenli infeksiyonlar olduğu görülmektedir(Arda, Ateş, Bakır, Güven, & Karakoç, 2012).Tasbakan ve ark tarafından 2013 yıllında hastane ilişkili üriner sistem enfeksiyon prevelansının incelendiği çalışmada Hastane geneli prevelansın %1.82, yoğun bakım ünitelerindeki prevelansın ise %6.7 olarak hesaplanmıştır.(Tasbakan, Durusoy, Pullukcu, Sipahi, & Ulusoy, 2013).

Yapılan bir sistematik derlemeye göre hastane enfeksiyonlarının % 65-70 güncel kanıta dayalı uygulamalar ile önlenebileceğini ve katater ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının en fazla önlenebilen hastane enfeksiyonları olduğu belirtilmektedir(Umscheid et al., 2011).

3.2.1.Üriner Katater Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Önerileri

- Kateter kullanımı, takılması ve bakımı için yazılı rehberlerin oluşturulması(Kanıt III)(Hooton et al., 2010).
- Hasta kayıtlarında veya dosyalarında, aşağıdakilerin dokümante edildiği bir sistem oluşturunuz: Kateter takılması için hekim istemi, kateter takma endikasyonu, katetert akılma tarihi ve saati, kateteri takan kişi, kateterin bakım bilgileri, kateterin günlük durumu ve bakım işleri, kateterin çıkarılma tarih ve saati, kateter çıkarılma kriteri ve çıkarılmayan katateriın devamlılık gerekçesi de kayıt altına alınmalıdır(Kanıt III**)**
- Kateter kullanımı ve sonuçlarını kaydetmek için sürveyans yapacak deneyimli personel ve teknolojik kaynak bulunduğundan emin olun(Kanıt III)(Hooton et al., 2010)
- Üriner katateriın takılması, bakımı ve devamlılığı işlemlerinde yer alan sağlık personeline kalıcı katateriın alternatifleri, katateriın takılması, bakımı, ve çıkarılması prosedürlerini içeren eğitim verilmesi(Kanıt III).
- Çalışmalar üriner kateteri olan hastaların %21-31'inde kateterizasyon için endikasyon olmadığını göstermiştir Kateter takılması endikasyonu açısından hasta değerlendirilir. Gereksiz kateter kullanılmasından kaçınılmalıdır(Assadi, 2018; Hooton et al., 2010)(Kanıt I-A).
- Kateter komplikasyonları nedeniyle uygunsa, aralıklı kateterizasyon ve kondom kateter gibi alternatif yöntemler uygulanmalıdır. Yapılan çalışmalarda aralıklı kateterizasyonun ve suprapubik kateterizasyonun kalıcı kateterizasyonla kıyaslandığında, komplikasyon oranı nın daha az olduğu bilinmektedir(Arda et al., 2012; Chenoweth & S., 2011; Hooton et al., 2010; Prieto, Murphy, Moore, & Fader, 2014)(Kanıt I-A).

Gereksiz kateterizasyonu azaltmak amacıyla post-operatif dönemdeki hastalarda idrar retansiyonu değerlendirmek ve katater gerekliliğinin belirlenmesinde taşınabilir mesane tarayıcılarının kullanımını öneren çalışmalar mevcuttur.(Daurat et al., 2015; Mulder et al., 2018)

Cochrane gözden geçirmesinde 14 randomize ya da yarı randomize çalışmada cerrahi sonrası kısa süreli kalıcı kateter ve suprapubik kateter uygulaması karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalarda kalıcı kateterizasyonun daha fazla bakteriüriye, tekrar kateterizasyona ve rahatsızlık hissine neden olduğu ortaya konmuştur. Suprapubik kateterizasyonun bu üstünlüklerine rağmen yaygın kullanılmadığı bilinmektedir. Çünkü işlem invazivdir ve kanama ya da organ yaralanmalarına neden olabilir(Arda et al., 2012; Niël-Weise & van den Broek, 2005).

Kandadai ve ark tarafından 2016 yıllında yapılan bir randomize kontrolü çalışmada hasta kontrolü aralıklı kateterizasyonun kalıcı mesane kateterizasyonuna oran ile daha az katater ilişkili üriner sistem enfeksiyona neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır(Kandadai et al., 2016).Yine 2017 yıllında han ve ark tarafından pstoperatif dönemdetemiz aralıklı kateterizasyon, suprapubik kateterizasyon ve kalıcı mesane kateterizasyonlarının karşılaştırıldığı bir metanaliz çalışma sonucuna göre aralıklı kateterizasyon, suprapubik kateterizasyon kullanan hastalarda daha az üriner sistem enfeksiyonu geliştiği sonucuna ulaşıldı(Han et al., 2017).

- Üretral travmayı azaltmada hastaya ve uygulamaya uygun olan en küçük çaplı kateter seçilmelidir. Gereğinden daha geniş kateterler komplikasyon riskini artırır(Arda et al., 2012; Assadi, 2018). İdrar çok konsantre ve bulanık olmadıkça daha geniş çaplı kateterlerin takılmasına gerek yoktur(Kanıt III).
- Üriner kateterizasyonda allerji oluşturmayan ve irritasyon yapmayan bir kateter tercih edilir(Kanıt III).
  Üriner kateter materyalleri oldukça farklılık göstermektedir. Standart üriner kateterler polivinil klorid, plastik, lateks, teflon, slikon elastomer, saf slikon hidrojel ve hidromerden üretilebilmektedir. Doğal kauçuklar ile kateter ilişkili lokal inflamatuvar yanıt ve doku nekrozu en çok görülürken, lateks ve silikon kateterler ile bu olayların görülme sıklığı azalır. Lateks kateterler ucuz olmakla beraber, irritasyon ve allerjik reaksiyonlar oluşturabilir. Silikon kateterler lateks ürünlere göre biyolojik uyumluluk açısından üstündür. Tortu birikimi riskinin azaltılmasında uzun süreli kateterizasyon ihtiyacı olan ve sık obstrüksiyonu olan hastalarda silikon kateterler tercih edilebilir.(Arda et al., 2012)
- Antimikrobiyal kaplı kateterler rutin olarak önerilmemektedir(Assadi, 2018). Kateterle ilişkili üriner sistem infeksiyonu hızının düşürülmesine yönelik kapsamlı stratejilerin uygulanmasına rağmen infeksiyon hızı azalmıyorsa, antimikrobiyal kaplı kateterler kateterlerin kullanımı düşünülebilir(Arda et al., 2012; Hooton et al., 2010)(Kanıt III).
  Johnson ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde, Antimikrobiyal kaplı kateterler kullanımının kısa süreli kateterizasyonda bakteriüriyi önleyebildiği, Fakat uzun süreli kateterizasyondaki yararı ve maliyet sonuçları ile ilgili yeterli bilgi olmadığı sonucuna ulaşıldı(Johnson, Kuskowski, & Wilt, 2006).

  Leuck ve ark. tarafından 2015 yıllında randomize kontrolü çalışmada gümüş alaşım kaplı kateterler kullanımının bakteriüri oluşumunu azalttığı sonucuna ulaşıldı.(Leuck et al., 2015)
- Kateter, eğitimli bir kişi tarafından aseptik teknik ve steril malzeme kullanılarak takılmalıdır(Arda et al., 2012)(Kanıt I-A).
- İdrar drenajı için kapalı bir sistem kullanılmalı ve sistemin bütünlüğü bozulmamalıdır. Kateter ve kapalı drenaj sisteminin bütünlüğü bozulduğunda ikisi de değiştirilmelidir(Arda et al., 2012; Assadi, 2018; Hooton et al., 2010)(Kanıt I-A).
- Düzenli aralıklarla kateter veya drenaj sistemlerinin değiştirilmesi önerilmemektedir. Enfeksiyon veya obstrüksiyon durumunda kateter ve drenaj sistemi değiştirilmelidir(Arda et al., 2012; Hooton et al., 2010)(Kanıt II).
- Sürekli idrar akımı sağlanmalı ve obstrüksiyonlar önlenmelidir. Kateter ve drenaj sistemindeki bükülmelere izin verilmemelidir. Drenaj sistemi her zaman mesane seviyesinin altında tutulmalıdır. İdrar torbası yerde bırakılmamalıdır. Torbalar, altlarında bulunan boşaltma musluklarıyla düzenli olarak boşaltılmalı, boşaltılırken her hasta için ayrı temiz bir kap kullanılmalıdır. Drenaj sisteminin toplama kabına teması önlenmelidir(Arda et al., 2012)(Kanıt I-A).
- Meatusta kir birikimi varsa kontaminasyonu önlemek için su ve sabunla temizlenmelidir. Periyodik yıkama veya antiseptiklerle silmenin infeksiyonu önlemede faydası yoktur(Arda et al., 2012; Assadi, 2018; Hooton et al., 2010)(Kanıt I-A).
- Üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesinde profilaksi amaçlı rutin sistemik antibiyotikler kullanılmamalı(Arda et al., 2012; Assadi, 2018; Hooton et al., 2010).
- Üriner drenaj torbalarına antiseptik veya antimikrobiyal solüsyonların eklenmesi önerilmemektedir(Arda et al., 2012)(Kanıt III).
- Rutin bakteriyolojik incelemeler gereksizdir. Ancak infeksiyon flüphesinde yapılmalıdır(Arda et al., 2012; Hooton et al., 2010) (Kanıt III)..
- Obstrüksiyon oluştuğunda irrigasyon yapılmamalı, kateter ve drenaj sistemi değiştirilmelidir(Arda et al., 2012).

- Kateterle ilgili her işlemden önce ve sonra el hijyeni sağlanmalıdır(Kanıt I-A).
  Sağlık personelinin el yıkama ve eldiven kullanımı konusundaki protokollere uyması gerekmektedir. Kateterize hastaya açık yarası olan hasta gibi yaklaşılmalıdır(Arda et al., 2012; Assadi, 2018; Hooton et al., 2010).
- Kateter ihtiyacı her gün gözden geçirilmeli ve mümkün olan en kısa sürede çıkarılmalıdır(Arda et al., 2012; Hooton et al., 2010)(Kanıt I –A).
  Kateterizasyonun sonlandırılmasında hatalı gecikmeleri önlemek ve kateterle ilişkili üriner sistem infeksiyonu gelişimini azaltmak amacıyla uygulanan çeşitli yöntemlerin etkinliğini irdeleyen çalışmalar yayınlanmıştır. Yapılan çalışmalarda eğitimli personel tarafından hekimlere gereksiz kateter kullanmamaları yönündeki günlük hatırlatmanın kateterizasyon süresini belirgin olarak azalttığı gösterilmiştir(Felix et al., 2016). Bunun yanı sıra gereksiz katater kullanımı yönündeki elektronik tabanlı hatırlatmaların da kataterizasyon süresini kısaltığı saptanmıştır(Fasugba et al., 2018; Tsuei, Chen, & Der Wang, 2015).
- Her kurum kendi altyapı ve amacına göre kurumsal politikalarını uygunYazıl talimatlar oluşturmalı ve uygulanmalıdır (Arda et al., 2012).

Kaynaklar

1. Arda, B., Ateş, K., Bakır, M., Güven, M., & Karakoç, E. (2012). Üriner Kateter İnfeksiyonlarının Önlenmesi Kılavuzu. *Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği;Hastane İnfeksiyonlar Dergisi, 16*(1).
2. Assadi, F. (2018). Strategies for Preventing Catheter-associated Urinary Tract Infections. *International Journal of Preventive Medicine, 1*(1), Int J Prev Med 2018, 2019: 2050 (2014 June 2018).
3. Bayın, G., & Akbulut, Y. (2012). Kanıta dayalı yaklaşım ve sağlık politikası. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1*(2), 115-132.
4. Beekmann, S. E., & Henderson, D. K. (2015). Infections caused by percutaneous intravascular devices *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases (Eighth Edition)* (pp. 3310-3324. e3316): Elsevier.
5. Bizzarro, M. J., Sabo, B., Noonan, M., Bonfiglio, M.-P., Northrup, V., Diefenbach, K., & Committee, C. V. C. I. (2010). A quality improvement initiative to reduce central line–associated bloodstream infections in a neonatal intensive care unit. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 31*(3), 241-248.
6. Center for Diseases Control and Prevention (CDC)
7. Chenoweth, C., & S., S. (2011). Urinary tract infections. Infect
8. *Dis Clin North Am ;. 25*, 103-115.
9. Chittick, P., & Sherertz, R. J. (2010). Recognition and prevention of nosocomial vascular device and related bloodstream infections in the intensive care unit. *Critical care medicine, 38*, S363-S372.
10. Chopra, V., O'horo, J. C., Rogers, M. A., Maki, D. G., & Safdar, N. (2013). The risk of bloodstream infection associated with peripherally inserted central catheters compared with central venous catheters in adults: a systematic review and meta-analysis. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 34*(9), 908-918.
11. Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R. B., & Marks, S. (2013). Evidence-basednursing: an introduction. *Oxford: Blackwell.*
12. Çetinkaya, Y., Güner, R., Çakar, N., Ağalar, F., Bolaman, Z., Yavaşoğlu, İ., . . . Yılmaz, G. (2013). Damar İçi Kateter İnfeksiyonlarının Önlenmesi Kılavuzu. *Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 17*(2).
13. Çopur, E. Ö., Kuru, N., & Seyman, Ç. C. (2015). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1*(2), 51-55.
14. Daurat, A., Choquet, O., Bringuier, S., Charbit, J., Egan, M., & Capdevila, X. (2015). Diagnosis of postoperative urinary retention using a simplified ultrasound bladder measurement. *Anesthesia & Analgesia, 120*(5), 1033-1038.
15. Fasugba, O., Cheng, A. C., Russo, P. L., Northcote, M., Rosebrock, H., & Mitchell, B. G. (2018). Reducing urinary catheter use: a protocol for a mixed methods evaluation of an electronic reminder system in hospitalised patients in Australia. *BMJ open, 8*(5), e020469.
16. Felix, L., Smith, B. A., Santos, E., Gabasan, A., Dzenkevych, O., Kourouni, I., & Klein, R. S. (2016). Physician-initiated daily verbal reminders decrease the duration of indwelling urinary catheter use compared with nurse-initiated reminders. *American journal of infection control, 44*(3), 346-348.
17. Gavin, N., WEbster, J., Chan, R., & Rickard, C. (2016). frequency of dressings changes for central venous access devices on catheter -related infections(review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*(2).
18. Han, C. S., Kim, S., Radadia, K. D., Zhao, P. T., Elsamra, S. E., Olweny, E. O., & Weiss, R. E. (2017). Comparison of urinary tract infection rates associated with transurethral catheterization, suprapubic tube and clean intermittent catheterization in the postoperative setting: a network meta-analysis. *The Journal of urology, 198*(6), 1353-1358.
19. Hooton, T. M., Bradley, S. F., Cardenas, D. D., Colgan, R., Geerlings, S. E., Rice, J. C., . . . Tenke, P. (2010). Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clinical infectious diseases, 50*(5), 625-663.

20. Ishikawa, Y., Kiyama, T., Haga, Y., Ishikawa, M., Takeuchi, H., Kimura, O., . . . Kimura, M. (2010). Maximal sterile barrier precautions do not reduce catheter-related bloodstream infections in general surgery units: a multi-institutional randomized controlled trial. *Annals of surgery, 251*(4), 620-623.
21. İşeri, A., Çınar, B., Düzkaya, D., Sözeri, E., Uğur, E., Baykara, F., . . . İşçimen, R. (2018). Ulusal Damar Erişimi Yönetimi Rehberi
22. Johnson, J. R., Kuskowski, M. A., & Wilt, T. J. (2006). Systematic review: antimicrobial urinary catheters to prevent catheter-associated urinary tract infection in hospitalized patients. *Annals of Internal Medicine, 144*(2), 116-126.
23. Kandadai, P., Duenas-Garcia, O. F., Pilzeck, A. L., Saini, J., Flynn, M. K., Leung, K., & Patterson, D. (2016). A randomized controlled trial of patient-controlled valve catheter and indwelling foley catheter for short-term bladder drainage. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery, 22*(2), 88-92.
24. Leuck, A.-M., Johnson, J. R., Hunt, M. A., Dhody, K., Kazempour, K., Ferrieri, P., & Kline, S. (2015). Safety and efficacy of a novel silver-impregnated urinary catheter system for preventing catheter-associated bacteriuria: a pilot randomized clinical trial. *American journal of infection control, 43*(3), 260-265.
25. López-Briz, E., Garcia, V. R., Cabello, J. B., Bort-Marti, S., Sanchis, R. C., & Burls, A. (2014). Heparin versus 0.9% sodium chloride intermittent flushing for prevention of occlusion in central venous catheters in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10).
26. Marschall, J., Mermel, L. A., Fakih, M., Hadaway, L., Kallen, A., O'Grady, N. P., . . . Maragakis, L. L. (2014). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 35*(S2), S89-S107.
27. Marwick, C., & Davey, P. (2009). Care bundles: the holy grail of infectious risk management in hospital? *Current opinion in infectious diseases, 22*(4), 364-369.
28. Mulder, F. E., van der Velde, S., Pol, F., Bos, M., van Leeuwen, J. S., Dietz, V., . . . Roovers, J.-P. W. (2018). Accuracy of postvoid residual volumes after vaginal delivery: a prospective equivalence study to compare an automatic scanning device with transurethral catheterization. *International urogynecology journal*, 1-6.
29. Niël-Weise, B. S., & van den Broek, P. J. (2005). Urinary catheter policies for short-term bladder drainage in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).
30. O'grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., . . . Pearson, M. L. (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical infectious diseases, 52*(9), e162-e193.
31. Peredo, R., Sabatier, C., Villagra, A., González, J., Hernández, C., Pérez, F., . . . Vallés, J. (2010). Reduction in catheter-related bloodstream infections in critically ill patients through a multiple system intervention. *European journal of clinical microbiology & infectious diseases, 29*(9), 1173-1177.
32. Prieto, J., Murphy, C. L., Moore, K. N., & Fader, M. (2014). Intermittent catheterisation for long-term bladder management. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9).
33. Tasbakan, M. I., Durusoy, R., Pullukcu, H., Sipahi, O. R., & Ulusoy, S. (2013). Hospital-acquired urinary tract infection point prevalence in Turkey: Differences in risk factors among patient groups. *Annals of clinical microbiology and antimicrobials, 12*(1), 31.
34. Tsuei, H. W., Chen, Y. Y., & Der Wang, F. (2015). A computer reminder reduces catheter-associated urinary tract infections in hospitalized patients. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection, 48*(2), S77.
35. Ullman, A. J., Cooke, M. L., Gillies, D., Marsh, N. M., Daud, A., McGrail, M. R., . . . Rickard, C. M. (2013). Optimal timing for intravascular administration set replacement. *Cochrane Database Syst Rev, 9*.
36. Ullman, A. J., Cooke, M. L., Mitchell, M., Lin, F., New, K., Long, D. A., . . . Rickard, C. M. (2015). Dressings and securement devices for central venous catheters (CVC). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9).
37. Umscheid, C. A., Mitchell, M. D., Doshi, J. A., Agarwal, R., Williams, K., & Brennan, P. J. (2011). Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 32*(2), 101-114.
38. Ülkü, G. (2017). Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama Sürecinin Adımları. *Uluslararası Hakemlı Hemşirelık Araştırmaları Dergısı, 1*(9).
39. Zhong, L., Wang, H.-L., Xu, B., Yuan, Y., Wang, X., Zhang, Y.-y., . . . Hu, Z.-S. (2017). Normal saline versus heparin for patency of central venous catheters in adult patients-a systematic review and meta-analysis. *Critical Care, 21*(1), 5.

HEMŞİRE VE SAĞLIK TEKNİSYENLERİNİN MESLEK HASTALIKLARI, İŞ KAZALARI

Dr. Mağfiret Kara Kaşıkçı
Atatürk Üniversitesi

1. Özet

Sağlık çalışanları bir taraftan sağlık hizmeti görevini yerine getirirken diğer yandan tehlikeli işyeri olan sağlık kurumlarında çalışmaları nedeni ile çeşitli mesleki risklere ve tehlikelere maruz kalmaktadırlar. Temel görevi hastaya bakım olan hemşirelerin amacı birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirmek ve hastanın güvende olduğunu hissettirmektir. Peki hemşireler hastaya güvende olduklarını hissettirmeye çalışırken, kendilerini yeterince güvende hissediyorlar mı? Bunun sorgulanması ve gerekli önlemlerin alınması önem arz etmektedir. Sağlık hizmeti sunan meslek elemanlarından olan sağlık teknikerlerine bakıldığında ise, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik daha çok hekim ve hemşirelere yönelik çalışmaların olduğu, teknisyenleri kapsayan çalışmaların daha az olduğunun gözlenmesi ise dikkate değer bir durumdur. Sağlık çalışanının karşılaştığı iş kazası ya da meslek hastalığına bağlı sorunlar diğer sektör çalışanlarına göre daha geniş yelpazede başka sorunların ortaya çıkmasına yol açması durumun önemini daha da artırmaktadır.

Sağlık çalışanının karşılaştığı tehlike ya da risk sadece kendi yaşamını değil, ailesi, hastası, hasta yakınları, gebe ise doğmamış bebeğin zarar görmesine ve sonunda toplum sağlığını da etkileyen sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle çalışan güvenliği ile ilgili sorunlarının değerlendirilmesi ve çözüm yollarının aranması açısından, sağlık çalışanlarının çalışan güvenliği uygulamalarını değerlendirmeleri ve maruz kalınan iş kazalarının tespiti önem arz etmektedir. Hemşirelerin ve sağlık teknikerlerinin maruz kaldığı riskleri en aza indirmek için gerekli önlemlerin alınması, eğitim programlarının düzenlenmesi, tutum ve davranışların geliştirilmesi, en önemlisi de çalışanların konunun önemine yönelik farkındalıklarının artırılması önemli yere sahiptir.
Anahtar Kelimeler: hemşire, iş sağlığı güvenliği, sağlık teknikeri, mesleki risk

2. Giriş

Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığının korunması, tanı, tedavi ve bakımı için verilen hizmetlerdir (Meydanlıoğlu, 2013). Sağlık hizmeti verilen hastaneler karmaşık yapılı hizmet organizasyonlarıdır (Solmaz M & Solmaz T, 2017). 2009 yılında çıkarılan İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği ile ayakta ve/veya yataklı teşhis ve tedavi yapılan sağlık kuruluşlarındaki faaliyetler "çok tehlikeli işler" sınıfında yer almıştır (Resmi Gazete, 2009). Meydanlıoğlu (2013) belirttiğine göre National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) hastanelerde 29 çeşit fiziksel, 25 çeşit kimyasal, 24 çeşit biyolojik, 6 çeşit ergonomik ve 10 çeşit psikososyal tehlike ve risk olduğunu bildirmiştir (Meydanlıoğlu, 2013).

Sağlık sektörü çalışma ortamı gereği fiziksel ve kimyasal etkenlere maruz kalma, kaygan zeminde düşme, hemşire sayısının yetersizliği, uzun çalışma saatleri, nöbet sayılarının fazla olması ve iş yükünün fazla olmasına bağlı olarak gelişen yorgunluk ve stresin yaşandığı riskli çalışma ortamlarıdır (Çınar & Karadakovan, 2016). Sağlık sektörü en sık iş kazası saptanan alanlar içinde 2. sırada yer almaktadır (Aslan & Öntürk, 2011). Sağlık çalışanları diğer sektörlerde çalışanların maruz kaldığı risklerin yanında, sağlık hizmeti sunumunda birçok riskle karşı karşıya kalmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013). Çoğunlukla iskelet-kas sisteminde burkulma ve zorlanmaların görüldüğü, bunu delici yaralanmalar, çizilme, ezilme, laserasyon, sırt-bel hasarları, yanık ve kırıkların gerçekleştirildiği belirtilmiştir (Saygun, 2012). Sağlık hizmeti sunumunda önemli yere sahip hemşirelerin yoğun iş yükünün olması mesleki risk faktörlerinin artmasına neden olabilmektedir (Uğurlu, 2010).

Hemşirelerin meslek riskleri ile karşılaşma olasılığı mesleğine, yaptığı işe, çalıştığı kuruma ve bölüme göre değişiklik göstermektedir (Saygun, 2012; Uğurlu, 2010). Yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler fiziksel/sözel saldırı, sözel taciz, saldırgan hastalarla baş başa kalma, kesici – delici alet yaralanmaları, bulaşıcı hastalıklara veya enfeksiyona yakalanma riski, tükenmişlik, yıpranma, yoğun çalışma sonucu yorgunluk, vardiyalı çalışma sonucu günlük yaşam aktivitelerinin bozulması, mesai fazlası çalışma, mobbing, stres, uykusuzluk, ergonomik sorunlar ya da sağlık problemleri, yaralanma, düşme vb. iş kazaları, personel yetersizliği, malpraktis, ilaca maruziyet, mevzuat eksikliği gibi risk ve sorunları belirtmişlerdir (Yılmaz, Sancar, Kevenk, & Öztürk, 2017).

Çalışanın sağlığı ile çalışma ortamı arasında iki yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık çalışma yaşamını, çalışma yaşamı da sağlığı etkilemektedir (Saygun, 2012). Çalışan güvenliği, çalışan sağlığının; çalışan sağlığı ise kaliteli sağlık hizmeti sunumunun en önemli gerekliliğidir (Cebeci, 2013). Çalışan güvenliği çalışanların fiziki, ruhsal ve sosyal durumlarının en üst düzeye yükseltilmesi, sağlığı etkileyebilecek zararların en aza indirilmesi için korunma yöntemlerinin uygulanması, çalışanın işine ve işin çalışana uygunluğudur (Çınar & Karadakovan, 2016; Şahin, 2015). Çalışan güvenliğinin amacı kurum personelinin çalışma ortamları ve yaptıkları işlerden dolayı karşılaşabilecekleri risklerin tanımlanarak koruyucu önlemlerin alınması esasına dayanmaktadır (Aren, 2008). İş sağlığı ve iş güvenliğine yönelik olarak bilgilere M.Ö. 2000' li yıllarda Babil döneminde yazılan Hammurabi Kanunlarında rastlanmıştır (Çevirme, 2017).

İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için önceden 4857 sayılı İş Kanunu' nda yer alan "İş Sağlığı ve Güvenliği" başlığı altındaki hükümlerle birlikte tüzük ve yönetmeliklerden yararlanılmaktaydı (Korkut & Tetik, 2013). Daha sonra 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmesi ile ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği kültürünün oluşturulması açısından önemli bir adım atılmış ve çalışma hayatına ilişkin birçok yeni düzenleme getirilmiştir (İşler, 2014; Korkut & Tetik, 2013). İş güvenliğinin amacı; çalışma ortamında iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması, mevcut sağlık, güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işverenlerin yanı sıra çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve görevlerinin belirlenmesidir (Resmi Gazete, 2012). İş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili olarak 1919 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) kurulmuştur (Çevirme, 2017). "ILO ve DSÖ, 1950 yılında iş sağlığını; çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeye yükseltilmesi, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları şeklinde tanımlamışlardır" (Çevirme, 2017; Şahin, 2015).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayınlanan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" kapsamında sağlık kurumlarına, bu yönetmelik doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirler almak yükümlülüğü getirilmiştir (Resmî Gazete, 2011). Çalışan güvenliğine yönelik olarak şu hükümler belirtilmiştir:

- Çalışan güvenliği komitesinin kurulması,
- Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
- Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi için düzenlemeler yapılması,
- Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesine yönelik düzenlemelerin yapılması,
- Beyaz kod uygulamasına geçilmesi,
- Çalışanlara çalışan güvenliğine yönelik eğitimlerin verilmesi,
- Çalışma ortamından kaynaklanan risklerin kontrol altına alınması, riskli alanlarda güvenlik tedbirlerinin artırılması yer almaktadır (Resmî Gazete, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2012).

İş yerine ilişkin risk ve tehlikelere yönelik koruyucu önlemlerin alınması, iş kazası ya da meslek hastalıklarının oluşmasını engeller ya da azalmasını sağlar (Solmaz M & Solmaz T, 2017). İş kazası, "işyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen özre uğratan olayı"; meslek hastalığı ise "mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalığı" ifade etmektedir (Resmi Gazete, 2012). Her çalışanın sağlık hizmeti alması, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışması bir insanlık hakkı olup (Özkan & Emiroğlu, 2006; Şahin, 2015), iş kazalarının ve meslek hastalıklarının en aza indirilmesi, iş sağlığının ve çalışan güvenliğinin sağlanması için İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu oluşturulmuştur (Aren, 2008). ILO istatistiklerine göre insanlar her gün iş kazaları veya meslek hastalıkları ile karşılaşmaktadırlar. İstatistiklere göre yılda 2.78 milyondan fazla ölüm ve her yıl 374 milyon ölümcül olmayan işe bağlı yaralanma ve hastalıklar meydana gelmektedir. Bunların çoğu da işten uzun süre uzaklaşmaya neden olmaktadır (ILO, 2018).

İş kazaları, meslek hastalıkları ve bunlara bağlı ölümler verimlilik, ekonomik ve sosyal gelişim üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır (ILO, 2006). İş sağlığı ve güvenliği çalışmaları ile ölüm, yaralanma, meslek hastalıkları, motivasyon kaybı, verimlilik kaybı, hizmet kalitesinin azalması gibi durumların önlenmesi amaçlanmaktadır (Aren, 2008). İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının öneminin benimsenerek yaygınlaştırılması, çalışanın yaşam kalitesini ve konforunu sağlamada, iş memnuniyetini ve iş verimini artırmada temel faktördür (Esin & Sezgin, 2012).

Sağlık kurumlarında önemli bir grubu oluşturan hemşirelere yönelik, iş güvenliğine yönelik önlemlerin artırılması ve eğitimlerin verilmesi önemlidir. Ayrıca hemşirelerin, iş kazalarının, hastalıklarının, raporlarının, ve aldıkları hizmet içi eğitimlerin kayıt altına alınması ve kurumda işyeri hemşiresinin bulundurulması gerekmektedir (Akkaya & Atay, 2018). Hemşirelere ergonomi, koruyucu ekipmanlar, genel güvenlik önlemleri, tehlikeli materyallerin uygun şekilde kullanımı, acil durum yönetimi, tehlikeli ve risk oluşturan durumlar ve korunma yöntemleri konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (Aren, 2008). Sağlık çalışanlarının sağlık sorunlarını bildirmesi için teşvik edilmelidirler. Ancak hastanelerde bireysel sözleşmeler ve geçici kadrolarda çalışanlar, sağlık sorunlarını bildirdiği takdirde işsiz kalmaktan korktuğu belirtilmektedir (Özkan & Emiroğlu, 2006).

Motivasyon kaybı ve tükenmişlik durumlarında personele psikolojik destek verilmeli ya da mümkünse görev alanı değiştirilmelidir (Aren, 2008). Stresle başetmede koruyucu önlemler olarak çalışılan birimler arasında rotasyon yapılması ve stresle başetme mekanizmalarının kullanımına yönelik eğitimlerin verilmesi yapılabilir (Öztürk, Babacan, & Anahar, 2012).

Çalışma ortamında maruz kalınan riskler çeşitli sorunlara neden olarak çalışanların yaşam kalitelerini etkilemektedir (Pattani, Constantinovici, & Williams, 2004). Bu nedenle sağlık çalışanlarının, çalıştıkları ortamların ve çalışma koşullarının değerlendirilmesi önemlidir. Bunun için öncelikle çalışma ortamlarında sağlığı bozan faktörlerin bilinmesi, gerekli önlemlerin alınması ve bu etmenlere yönelik bilgilendirmenin yapılması gereklidir (Saygun, 2012). Genel olarak hemşirelerin karşılaştığı mesleksel riskler ve tehlikeleri şu şekilde sınıflandırmak mümkündür;

2.1. Fiziksel Tehlike ve Risk Etmenleri

Radyasyon, gürültü, aydınlatma koşulları, elektrik düzeneği, kaygan zemin, sıcak/soğuk, havalandırma sistemleri, vibrasyon ve toz hastanede sağlık çalışanları için fiziksel risk etmenlerini oluşturur (Meydanlıoğlu, 2013). Sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında çalışanların maruz kaldığı fiziksel risklerin başında, ısı, ışık ve gürültü gelmektedir (Solmaz M & Solmaz T, 2017). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin fiziksel güvenlik alanına yönelik karşılaştığı en fazla riskin çalışma ortamında gürültüye maruz kalınması, ortamın yetersiz havalandırılması ve yetersiz aydınlatılması iken en az riskin uyarıcı levhaların kullanılmaması olarak belirtilmiştir (Aldem, 2014). Fotokopi makinaları ve bilgisayar ekranları sağlık çalışanlarını olumsuz etkilemektedir (Meydanlıoğlu, 2013).

Isı ve elektromanyetik alanların fazla olması pineal bez fonksiyonunu etkilediği bildirilmiştir (Solmaz M & Solmaz T, 2017). Elektromanyetik alana maruz kalan sağlık çalışanlarında baş ağrısı, bulanık görme, çarpıntı, gözde batma, kaşıntı, sulanma, işitme azlığı, halsizlik ve yorgunluk gibi sorunların fazla olduğu belirtilmektedir (Meydanlıoğlu, 2013). Aydınlatmanın yetersiz olduğu durumlarda iş kazaları neden olurken, fazla olduğunda da yorgunluk nedeni olabilmektedir (Solmaz M & Solmaz T, 2017)

Ameliyathaneler ileri teknoloji araç ve gerecin kullanıldığı, çeşitli cerrahi yöntemlerin uygulandığı, önemli ve riskli girişimlerin uygulandığı ortamlar olmaları nedeniyle çalışanlar açısından riskler barındırmaktadır (Aslan & Öntürk, 2011). Skopi ve radyoaktif madde uygulaması nedeni ile ameliyathanelerde çalışanlar radyasyona maruz kalırlar (Aren, 2008). Ayrıca internal radyoterapi alan hastalar ve yatak başında röntgen çekilmesine bağlı durumlar nedeni ile hemşireler radyoaktif ışınlara maruz kalabilmektedir (Esin & Sezgin, 2012). Radyasyonun teratojenik etkisi doza bağlıdır (Lawson et al., 2009) olmakla birlikte, iyonizan ve non iyonizan radyasyon çalışanlar için teratojen, kanserojen ve mutajen etki oluşturmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013).

Hemşirelerin vardiyalı veya nöbet şeklinde çalışması hemşirelerde fiziksel sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Hemşireler uyku sorunları, bacak, sırt, bel ağrıları, varis, dengesiz ve düzensiz beslenme, halsizlik, fiziksel ve zihinsel yorgunluk, gastrit, ülser gibi hastalıklar, vücut direncinde düşme, iş performansında azalma gibi sorunlar yaşayabilmektedirler (Çalık, Aktaş, Bulut, & Anahar, 2015; Persson & Mårtensson, 2006; Sveinsdottir, 2006).

Ayrıca konsantrasyon bozukluğu, nöbete gelip giderken saldırıya uğrama korkusu, hasta ve yakınları tarafından sözel veya fiziksel saldırıya maruz kalma gibi durumlarla karşılaşabileceklerini hemşireler bildirmişlerdir (Çalık et al., 2015). Gece karanlıkta salgılanan melatonin hormonunun gece vardiyasında ışığa maruz kalınması nedeni ile az ya da hiç salgılanmaması nedeniyle, gece çalışan hemşirelerin meme kanserine yakalanma riskinin de daha fazla olduğu belirtilmiştir (Esin & Sezgin, 2012).

Sağlık çalışanını etkileyen diğer bir faktör gürültüdür. Hastanelerde gürültü yapısal ve operasyonel nedenlerden kaynaklanmaktadır. Yapısal gürültü kaynaklarını merkezi havalandırma sistemi, ısıtma-soğutma sistemleri, kapı ve pencere yapısı; operasyonel gürültü ise personel ve medikal araç-gereçlerden kaynaklanmaktadır (Solmaz M & Solmaz T, 2017). Yapılan bir çalışmada hastane ortamında ses seviyesi ölçülerek, günlük ses seviyesinin 45 dBA ve 61 dBA arasında olduğu saptanmıştır. Ses seviyesinin nöroloji ve kulak burun boğaz servislerinde anlamlı derecede düşük olduğu; gün içinde en fazla ses seviyesi (61 dBA) ise fizik tedavi ve rehabilitasyon servisinde tespit edilmiştir (Vehid et al., 2011). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise ses seviyesinin 30 dBA 'yı aşmaması ve en yüksek seviyenin ise 40 dBA 'dan daha az olması gerektiğini belirtmektedir (WHO, 2004). Hemşireler hastanelerde çok fazla zaman harcadıkları için daha fazla gürültüye maruz kalırlar. WHO, gürültünün kardiyovasküler sistem, immün sistem ve metabolizmayı etkileyen hormonları harekete geçirdiğini belirtmektedir (WHO, 2004).

Gürültü çalışanlar için bir stres faktörü olarak algılanarak ve özellikle kadın çalışanlarda adet düzensizliklerine, gebelik döneminde hipertansiyona ve buna bağlı olarak sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Çelikkalp & Yorulmaz, 2018). Yüksek ses hamile çalışanlar için risk oluşturarak, intrauterin gelişme geriliği, prematüre doğum ve spontan abortusa neden olabilmektedir. Ayrıca 80 dBA ve daha yüksek sese maruziyet, fetüste işitme problemi gelişmesine neden olabilmektedir (Çelikkalp & Yorulmaz, 2018).

2.2. Kimyasal Tehlike ve Risk Etmenleri

Sağlık kurumlarında insan sağlığına zararlı toz, buhar, gaz, sıvı şeklinde 299 çeşit kimyasal bileşenin kullanıldığı belirtilmektedir (Solmaz M & Solmaz T, 2017). Sağlık çalışanlarının karşılaştığı kimyasal tehlike ve riskler arasında; anestezik gazlar, kemoterapötik ajanlar, asitler-alkaliler, sitostatik ilaçlar, dezenfektanlar, antiseptikler, sterilizasyon amaçlı kullanılan maddeler, boya ve çözücüler, etil alkol ve türevleri ve lateks ürünler yer almaktadır (Aslan & Öntürk, 2011; Figà-Talamanca, 2006; Meydanlıoğlu, 2013). Kimyasal güvenlik alanına ilişkin en büyük riskin dezenfektan, antiseptik maddelere maruziyet yaşanması; en az riskin ise kimyasal maddelerin açık kutu içinde muhafaza edilmesi olarak bildirilmiştir (Aldem, 2014). Antiseptikler akut kontakt dermatite yol açabilir (Esin & Sezgin, 2012). Kemoterapotik ilaçların ise spontan abortus üzerinde etkisi bulunmaktadır (Quansah & Jaakkola, 2010). Kimyasal maddeler alerjiden kansere kadar birçok hastalık için risk etmenidir (Meydanlıoğlu, 2013). Ayrıca teratojenik özelliğe sahip olan bu maddelere maruziyet ile gebelerde de spontan abortus, erken doğum, ve ölü doğum gibi sorunlar gerçekleşebilir (Çelikkalp & Yorulmaz, 2018). Ayrıca ameliyathane çalışanlarında lenfosit sayısında azalma, antioksidan savunma mekanizmasında gerileme olduğu bildirilmiştir (Saygun, 2012)

Anestezik gazlara özellikle ameliyathane ve diş ofisinde çalışanlar az miktarlarda maruz kalsalar da, bu gazlara maruziyet sonucu fetal etkilenmelerin meydana geldiği belirtilmektedir (Çelikkalp & Yorulmaz, 2018). Anestezik gazlar abortus, erken doğum ve karaciğer hastalıklarına neden olabilmektedir (Esin & Sezgin, 2012).

Antineoplastik ilaçlara maruziyet, ilaçların hazırlanması, uygulanması ve atıkların yok edilmesi aşamalarında direk temasla, gözle, sindirim ve damlacıkların solunmasıyla gerçekleşmektedir (Solmaz M & Solmaz T, 2017). Antineoplastik ilaçlar karsinojenik, teratojenik ve mutajenik etkiye sahiptir. Antineoplastiklerle çalışan hemşirelerde Antineoplastik Temas İndeksi (Bir hemşirenin antineoplastiklerin oluşturduğu tehlikeye maruz kalma sıklığı) sonuçlarına göre, hemşirelerin %44,1'inin orta, %41'inin yoğun düzeyde antineoplastik ilaçlara maruz kaldığı belirlenmiştir. İdrar analizleri sonucunda herhangi bir kontaminasyon olmadığı ve baş ağrısı, saç dökülmesi ve halsizlik en fazla bildirilen yakınmalar olmuştur. Çalışanların kan tetkiklerinde yüksek monosit (%51,7) ve düşük hemoglobin (%23,3) değerleri olduğu belirtilmiştir (Türk, Çiçeklioğlu, Davas, & Saçaklıoğlu, 2015). Ayrıca bu ilaçlar hemşirelerin gebelik sonuçlarını etkilemekte ve düşük doğum ağırlıklı bebek veya fetal kusurlara neden olabilmektedir (Assadi, 2013).

Sterilizasyon amacı ile kullanılan etilen oksit, formaldehit, gluteraldehit gibi maddelere kronik maruziyet olması sonucunda, bireyde nörotoksik ve karsinojenik etkiler ile üreme sağlığı üzerinde etkisinin olduğu belirtilmektedir (Çelikkalp & Yorulmaz, 2018). Etilen oksit karsinojen maddedir.

Vücuda esas alınışı akciğerle olup ayrıca direkt cilde teması sonucunda da irritasyona sebep olabilmektedir (Saygun, 2012). Etilen oksit menstural düzensizlikler, spontan abortus, prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı ve konjenital anomali riskini artırmaktadır (Assadi, 2013; Çelikkalp & Yorulmaz, 2018). Ayrıca solunum ve göz irritasyonu, kusma ve diyare görülebileceği gibi uzun süreli ve çok yüksek konsantrasyonlara maruziyet olduğunda, solunum hacminde azalma, anemi, kas güçsüzlüğü, sekonder solunum sistemi enfeksiyonları, siyanoz, koordinasyon bozukluğu ve pulmoner ödem, deri hassasiyeti gibi sağlık sorunları da yaşanabilir (Esin & Sezgin, 2012; Saygun, 2012).

Formaldehid potansiyel olarak karsinojen bir maddedir. Düşük konsantrasyonlarda gözlerde yanma ve yaşarmaya, üst solunum yollarında irritasyona neden olurken; yüksek konsantrasyonlarda (10-20 ppm) taşikardi ve başta basınç hissine, daha sonra (50-100 ppm) pulmoner ödem ve ölüme neden olabilmektedir (Saygun, 2012). Formaldehit, germinal hücrelere zarar vererek fertilite problemlerine yol açmaktadır. Ayrıca testislerin yapısını bozduğu, sperm sayısı ve serum testosteron düzeylerinde azalmaya neden olduğu belirtilmektedir (Çelikkalp & Yorulmaz, 2018).

Yoğun bakım hemşirelerinin bakım verme süreci ve dezenfeksiyon sırasında kullandıkları kimyasal maddeler nedeni ile solunum sistemi, gastrointestinel sistem, sinir sistemi ve deri ile ilgili sağlık sorunları yaşadığı bildirilmektedir (Esin & Sezgin, 2012). Kullanılan sabun ve deterjanlar derideki keratin tabakasında alkali ortama hasar verir ve lipitlerin yok edilmesine neden olur. Bu nedenle derinin koruyucu özelliği bozulur ve aminoasitlerin yok edilmesi sonucu su tutma kapasitesi hasar görür. Özellikle hassas kişilerde, deride kuruluk, çatlama, kontakt dermatit ve egzama görülmektedir (Aslan & Öntürk, 2011). Egzema diğer sağlık çalışanlarına göre hemşirelerde daha sık görülmektedir. El egzeması sonucu çalışanların günlük hayatı ve iş hayatının olumsuz yönde etkilendiği dolayısıyla işten izin almak zorunda kaldıkları saptanmıştır (Çavuş, Gümüş, Koral, & Ergin, 2012). Ayrıca el yıkarken solüsyonlara ve lateks eldivenlere alerji gelişebilmektedir (Aren, 2008).

2.3. Biyolojik Tehlike ve Risk Etmenleri

Sağlık çalışanları çalışma ortamında kan ve vücut sıvıları ile temas olasılıkları nedeniyle biyolojik etkenlere maruz kalabilmektedirler (Çelikkalp & Yorulmaz, 2018; Meydanlıoğlu, 2013). Bu nedenle sağlık çalışanları diğer meslek alanlarına göre enfeksiyon ve bulaşıcı hastalıkları riski ile daha sık karşılaşmaktadırlar (Aslan & Öntürk, 2011; Çelikkalp & Yorulmaz, 2018; Martins, Coelho, Vieira, Matos, & Pinto, 2012; Solmaz M & Solmaz T, 2017). Özellikle de gebelikte meydana gelen immünosüpresyon sonucu gebe hemşirelerde enfeksiyona yatkınlık daha fazladır (Çelikkalp & Yorulmaz, 2018).

Biyolojik güvenlik alanına yönelik en fazla riskin kesici delici alet yaralanmaları, kan veya vücut sıvılarıyla temas, biyolojik ajanlara(virüs, bakteri, mantar) maruziyet yaşanması; en az riskin ise hasta ve hasta ailesine temas sonrasında el hijyeninin sağlanmaması olarak bildirilmiştir (Aldem, 2014). Sağlık personelinin çalışma ortamında kullandığı bisturi, ampul kırma, enjeksiyon uygulamaları gibi delici-kesici aletlerle çalışması, iş yoğunluğunun artması, dikkatin azalması ve yorgunluk gibi faktörler nedeniyle sağlık çalışanlarında kesici delici alet yaralanmaları sıklıkla görülmektedir (Uğurlu, 2010). Yapılan bir çalışmada kesici delici alet yaralanmalarına maruz kalanlar %61.7 hemşireler, %34.0 yardımcı personeller ve %4.3 oranı ile hekimlerin olduğu saptanmış ve hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla risk altında olduğu belirtilmiştir (İlçe, Karabay, Yorgun, & Çiftçi, 2013).

Hastane bölümlerinde kontaminasyon açısından farklılık görülmekle birlikte biyolojik riskli alanlar yönünden ameliyathaneler yüksek riskli ortamlar olarak belirtilmektedir. Ameliyathanede çalışan güvenliğini en çok tehdit eden unsurlar olarak kirli, kesici delici alet yaralanmaları ve materyal sıçramaları olarak belirtilmiştir (Aren, 2008). Yapılan bir çalışmada cerrahi servislerde çalışan hemşireler ile 5 yıldan fazla deneyime sahip hemşirelerde, kesici delici alet yaralanmalarına yönelik farkındalığın daha fazla olduğu belirtilmiştir (Akça & Aydın, 2016).

Solunum, damlacık veya temas yolları ile hastalardan bulaşan etkenler, sağlık çalışanları ile aileleri ve diğer hastalar içinde risk oluşturmaktadır. Bu yollarla sağlık çalışanlarında tüberküloz, suçiçeği, kabakulak, difteri, kızamık, kızamıkçık, boğmaca, meningokok, influenza ve diğer solunum yolu enfeksiyonu etkeni virüsler, brusella, salmonella, meningokoksik menenjit, konjektivit (adenovirüsler) gibi sorunlar meydana gelmektedir (Esin & Sezgin, 2012; Meydanlıoğlu, 2013; Saygun, 2012). Trakeal entübasyon, trakeotomi, noninvaziv ventilasyon gibi işlemler, enfekte vücut sıvıları, klinik inceleme örnekleri, enfekte olmuş aletlerle SARS ve MERS gibi enfeksiyonların bulaşma riski bulunmaktadır (Çınar & Karadakovan, 2016).

Biyolojik olarak kabul ettiğimiz kan ve vücut sıvılarına maruz kalma sonucu en yaygın bulaşan patojenler; Hepatit B virüsü (HBV), Hepatit C virüsü (HCV), Human Immunodeficiency Virüs (HIV) tür (Aren, 2008; Aslan & Öntürk, 2011; Meydanlıoğlu, 2013; Solmaz M & Solmaz T, 2017; Uçak, 2009). Bu etkenlerin neden olduğu klinik tablolar, asemptomatik enfeksiyondan yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonlara kadar çeşitlilik göstermesi nedeniyle önemle üzerinde durulması gereken konudur (Saygun, 2012).

2.4. Psikososyal Tehlike ve Risk Etmenleri

Vardiya, nöbet ve özel durumlarda çağrı üzerine çalışma gibi düzensiz ve aşırı çalışma saatleri birçok sağlık problemi ve iş güvenliği sorununa neden olmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013). Hemşireler uyku düzeni bozukluğu, iş performansında azalma, dikkat eksikliği/ konsantrasyon sorunu yaşamaktadırlar (Çalık et al., 2015; Esin & Sezgin, 2012; Özvurmaz & Öncü, 2018). Dikkat eksikliği yanlış ilaç uygulamaları gibi tıbbi hatalara neden olarak hasta güvenliğini tehdit etmekle birlikte iş kazalarına da neden olmaktadır (Esin & Sezgin, 2012). Yapılan bir çalışmada hemşirelerde psikososyal sorun olarak sırasıyla tükenmişlik, mobbing, çalışma saati, şiddet ve stres sorunları olarak belirtilmiştir (Kırılmaz, Yorgun, & Atasoy, 2016).

Hemşireler çalışma saatleri nedeniyle aile ile sosyal yaşantılarında da sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Yapılan bir çalışmada hemşireler çocuklarına zaman ayıramadıklarını ve çocuk yetiştirmede zorlandıklarını ifade etmektedir (Çalık et al., 2015). Ayrıca hemşirelerin sosyal etkinliklere katılmalarının veya arkadaş ilişkileri kurmalarının güçleşmesi ve eş, aile veya komşu ilişkilerinin bozulması gibi nedenlerden dolayı, hemşireler bir süre sonra sosyal izolasyona maruz kalırlar (Çalık et al., 2015; Meydanlıoğlu, 2013). Aile içi roller, kurum içi sosyal olanakların yetersizliği ve düşük gelir gibi sosyal etkenler hemşirelerde tükenmişlik, rol karmaşası, mesleği terk etme gibi sorunlara neden olmaktadır (Esin & Sezgin, 2012). Çalışma saatlerinin hemşirelerin psikolojik sağlıkları üzerinde de etkisi bulunmaktadır. Hemşireler çabuk sinirlenme, hassasiyet, tolerans azlığı, ajitasyon, tükenmişlik sendromu, motivasyon eksikliği, anksiyete, huzursuzluk, nöbette yalnızlık hissetme, mobbinge maruz kalma, kronik uykusuzluk, duygu durum bozuklukları ve konsantrasyon bozukluğu sorunları yaşamaktadırlar (Çalık et al., 2015; Meydanlıoğlu, 2013).

İş yükünün fazla olması, yetersiz personel, vardiyalı çalışma sistemi, ağır hastalara bakım verme gibi çalışma koşullarının yanı sıra; uygun olmayan çalışma ortamı, uygun olmayan çalışma saatleri, sağlık çalışanı başına düşen hasta sayısının çok olması, haftalık ortalama çalışma süresinin uzun olması gibi nedenlerin sağlık çalışanlarında strese ve tükenmişliğe yol açtığı belirtilmiştir (Kırılmaz et al., 2016). Stresten kaynaklanan sorunlar iş verimliliğinde ve hasta bakım kalitesinde düşüşe, tıbbi hata olasılığında artışa neden olmaktadır. Bu nedenle stres hem çalışan hem de hasta güvenliği için tehdit oluşturmaktadır (Özgür, Yıldırım, & Aktaş, 2008). Gün içinde karşılaşılan durumlar, çalışma yoğunluğu, uzun süre ayakta kalma, çalışılan kurumun ve iş arkadaşlarının özellikleri çalışanlarda stres faktörünü arttırmaktadır (Uğurlu, 2010). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kritik durumda olan, komplike hastalara bakım verme, karmaşık teknolojik cihazların kullanımı ve yorumlanması, uygun olmayan ekip iletişimi, bağımsız karar alma ve uygulamalar, yönetimle çatışma, ölüm vakaları ile sıklıkla karşılaşma, yoğun bakım ünitelerinin fiziksel yapısına bağlı olarak kapalı ortamlarda çalışma durumunda kalmanın çalışanlarda çok fazla strese neden olduğu saptanmıştır (Çınar & Karadakovan, 2016; Esin & Sezgin, 2012). Yorgunluk ile psikolojik sıkıntı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Bazazan, Dianat, Rastgoo, & Zandi, 2018).

Sağlık çalışanları personel yetersizliği ve görev tanımlarındaki belirsizlikler nedeniyle aldıkları eğitime uygun olmayan bölümlerde çalışmak durumunda kalmaktadırlar. Bu faktörler ağır ve stresli olan çalışma koşullarını daha da zorlaştırmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013). Ameliyathane ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, hemşirelerin ruhsal belirti düzeylerinin serviste çalışan hemşirelerle yapılan araştırmalardan daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin ruhsal belirtilerden, somatizasyon, obsesif-kompülsif özellik, kişilerarası duyarlılık ve depresyon açısından risk altında olduğu belirtilmiştir (Özgür et al., 2008).

İş ortamındaki stresörler çalışanların beden-ruh sağlığını ve iş doyumunu olumsuz etkilemektedir. İş doyumu, bireyin yaptığı işi, iş çevresini ve iş yerindeki çalışma koşullarını değerlendirmesi sonucu oluşan duygusal bir tepkidir (Saygun, 2012). Hemşirelerin iş doyumu ve iş stresleri arasında negatif korelasyon olduğu saptanmıştır (Draper et al., 2004). İş ortamındaki stresörler çalışanlarda anksiyete, çaresizlik, depresyon gibi ruhsal sorunlar yanında uykusuzluk, kaslarda gerginlik, yorgunluk gibi fiziksel yakınmalara da neden olmaktadır. Ayrıca çalışanın iş motivasyonunda azalmaya, iş veriminin düşmesine, işle ilgili kendine güveninin azalmasına, tükenme sendromuna, işi burakmak istemesine neden olmaktadır (Saygun, 2012). Hastanede görev yapan sağlık çalışanların % 66,1'inde tükenmişlik, % 42,6'sında mobbing ile ilgili risk faktörleri, % 76,5'inde stres ve şiddet artmış risk düzeyindedir.

Çalışma koşulları, iş yoğunluğu, hizmet sunumu sırasında hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim halinde bulunma, kariyer imkânlarının kısıtlı olması gibi unsurlar tükenmişlik, mobbing ve şiddet faktörü düzeylerini artırdığı belirtilmektedir (Kırılmaz et al., 2016). Tükenmişlik sendromu ve motivasyon kaybı görülen alanlarda personele psikolojik destek sağlanması, sosyal aktivitelerle moral kazandırılması gerekmektedir. Desteğin yetersiz kaldığı durumlarda uygun şekilde görev alanı değişikliği yapılabilir (Aren, 2008).

Son zamanlarda sağlık çalışanlarının sağlığını olumsuz etkileyen unsurlardan biri de şiddettir (Aren, 2008; Meydanlıoğlu, 2013). Sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu ve daha az kayda alındığı belirtilmektedir (Annagür, 2010). Sağlık kurumunda şiddet hasta, hasta yakınları ya da başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan, sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırıdır. Yapılan bir çalışmada sözel şiddetin fiziksel şiddetten fazla olduğu saptanmıştır. (Annagür, 2010; Aren, 2008). Devebakan (2007) tarafından yapılan çalışmada da katılımcılardan hasta yakınları tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kalanların oranı % 32,1, hastalar tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kalanların oranı % 30,8 olarak tespit edilmiştir (Devebakan, 2007). Hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre 3 kat daha çok şiddete maruz kalmaktadırlar (Parlar, 2008). Şiddete çoğunlukla acil servisler, psikiyatri servisleri, yoğun bakım üniteleri, yaşlı bakım üniteleri ve cerrahi birimlerde çalışan sağlık çalışanları maruz kalmaktadır (Kahriman, 2014).

"Bullying" ve "mobbing" şiddet içinde yer alan önemli iki sorundur. Genellikle farklı birimler için farklı terimler tercih edilmektedir. Örneğin; okullardaki, örgütsel şiddet vakalarında "bullying" terimi kullanılırken, iş yerlerindeki vakalara "mobbing" denmesi uygun görülmüştür. Bullying ve mobbing kavramlarının farklılaştığı nokta bullying kavramı içinde fiziksel şiddeti de barındırırken, ikinci kavramın fiziksel değil psikolojik baskı ve yıldırma politikalarının benimsendiği iş yeri psikolojilerini tanımlamada kullanılmasıdır (Mimaroğlu & Özgen, 2007). Hemşirelikte zorbalık(bullying) kavramı hemşirelerin meslektaşları, hekimler, yöneticiler, hasta/hasta yakınları ve diğer sağlık çalışanları tarafından uygulanan, fiziksel ve psikolojik olarak bireyleri etkileyen her türlü düşmanca tutumu şeklinde ifade edilmektedir (Körükcü, Yıldırım, & Kukulu, 2014).

Yapılan bir çalışmada sağlık sektöründe bullying sorununa maruz kalma 49% mesai arkadaşları, 42% hastalar ve 38% yöneticiler tarafından gerçekleşmektedir (Rutherford & Rissel, 2004). Hemşirelik disiplininde zorbalık davranışlarına zemin hazırlayan önemli faktörler; eğitim seviyesi ve yaş farklılıkları, meslekte deneyimsizlik, yenilikçilik, pasif kişilik, düşük özgüven ve benlik saygısı olarak sıralanabilir (Körükcü et al., 2014).

Mobbing terimi Latince "mobile vulgus"dan türemiştir. Mobbing, işyerinde duygusal taciz ya da bireyi işyerinden ihraç etmek amacıyla yapılan psikolojik baskı olarak tanımlanmaktadır (Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, 2011). Ayrıca başka bir kaynakta mobbing, taciz etme, birine karşı örgütlenerek saldırıya geçme ve örgüt içinde psikolojik terör uygulama olarak belirtilmektedir (Mimaroğlu & Özgen, 2007). İşyerinde psikolojik şiddetin sıklıkla yaşandığı sektörlerin başında sağlık sektörü gelmektedir. Sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer meslek gruplarına göre 16 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, 2011). Mobbingde önemli olan kişiye neyin nasıl yapıldığından çok, ne kadar sıklıkla ve ne süreyle yapıldığıdır (Mimaroğlu & Özgen, 2007). Mobbinge maruz kalan bireyler; bıktırma, dışlanma, kurum hizmetlerinden yoksun bırakılma, aşağılanma, izin ve görevlendirilmelerden yararlandırılmama, zorla tayin gibi tutum ve davranışlara maruz kalabilmektedirler (Solmaz M & Solmaz T, 2017).

Ebe ve hemşirelerin mobbinge maruz kalma durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada çalışanların %12.7'sinin son altı ay içerisinde haftada en az mobbing davranışlarından birine yada bir kaçına maruz kaldıkları, mobbing faktör boyutlarından itibara saldırıların diğer boyutlara göre yüksek olduğu ve % 41.5'i başka bir kurumda çalışmak istedikleri belirtilmiştir (Güven, Özcan, & Kartal, 2012). Mobbing, hastanelerde yaygın olarak görülen ve çalışan için tedbir alınmasını gerektiren düzeyde ciddi mesleki sorundur (Solmaz M & Solmaz T, 2017).

Mobbing çoğu zaman ağır sonuçlara neden olabilmektedir. Bu nedenle mobbingle mücadelede en önemli husus, soruna ilişkin hem mağdurun kendisi hem de işveren, iş arkadaşları ve tüm toplum tarafından farkındalığın oluşmasıdır. Konuyla ilgili herkes, "mobbing"i durdurmak için gerekli şeyleri yapmalı ve mücadele etmelidir (Mimaroğlu & Özgen, 2007).

Şiddet sonrası hemşirelerde korku ve kızgınlık, tıbbi hatalar, anksiyete ve streste artış olurken; bakım kalitesi, özsaygı, verimlilik, motivasyonda, iş doyumunda azalma meydana gelmektedir (Kahriman, 2014; Meydanlıoğlu, 2013; Parlar, 2008). Ayrıca şiddet moral bozukluğu, işten ayrılma ya da ayrılmaya niyetlenme, işe devamsızlıkta artış, güçsüzlük, suçluluk hissetme, uyku bozuklukları ve fiziksel yaralanmaya da neden olmaktadır (Parlar, 2008). Sağlık çalışanları işyerlerinde karşılaştıkları şiddetin çoğunu çalışma sürecinin kaçınılmaz bir yanı olarak görmeleri nedeniyle resmi olarak bildirmemektedir (Saygun, 2012).

Yapılan bir çalışmada; şiddet davranışına maruz kalma oranı %87,1 olarak saptanmış, sözel şiddetin %46,9, saldırgan davranışın %33,5, fiziksel saldırının %19,4 olduğu, şiddet gösterenlerin daha çok 21-30 yaşları arasında ve eğitim düzeylerinin düşük olduğu, şiddetin en sık olarak hasta yakınları tarafından, ikinci sıklıkta ise hasta ile birlikte hasta yakını tarafından daha az oranda ise hasta tarafından yapıldığı belirtilmiştir (Erkol, Gökdoğan, Erkol, & Boz, 2007). İş yerinde şiddete yönelik olarak "Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans" sloganıyla Sağlık Bakanlığı' nın Beyaz Kod uygulamaları ve yayınladığı Çalışan Güvenliği Genelgesi ile sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik kalite standartları yapılandırılmıştır (Çalışan Güvenliği Genelgesi, 2012).

2.5. Ergonomik Tehlike ve Risk Etmenleri

Göz ardı edilen ancak çalışanlar için risk oluşturan diğer bir husus ergonomidir. Çalışma alanlarının ve ekipmanın, kullanıcının fiziksel yapısına uygun biçimde şekillendirilmesine ergonomi denmektedir (Aren, 2008). Çalışma hayatı ve verimlilik bakımından ergonomik faktörlerin önemli yeri vardır (Saygun, 2012). Çalışanların iskelet kas sistemine uygun şekilde çalışma ortamlarının oluşturulması çalışan sağlığı açısından önemlidir (Aren, 2008).

Çalışma ortamından veya yapılan işten dolayı sağlık çalışanları iskelet-kas sistemi sorunları yaşayabilmektedirler. Islak zemin, yüksek basamaklar, zemindeki düzensizler gibi ortama ait faktörler, bireylerin kayma, düşme, burkulma, çarpma gibi kazalara uğramasına yol açmaktadır (Saygun, 2012). Yapılan bir çalışmada kullanılan cihazlara kolay erişme, hemşire deksinin, tedavi hazırlamak için kullanılan tezgahın ve tedavi arabasının rahat çalışabilmek açısından kısmen uygun olduğu belirlenmiştir (Güler, Yıldız, Önler, Yıldız, & Gülcivan, 2017). Ayrıca hemşireler bakım fonksiyonları gereği, hastaları kaldırmak veya taşımak, hastaya pozisyon vermek, sıkışık mekânlarda vücut posturlerini zorlayarak bakım vermek, uzun süre ayakta kalmak durumunda kalabilmektedirler. Eğer bu hareketler ergonomiye dikkat etmeden, zorlayıcı bir şekilde, sık tekrarlanarak, daha da önemlisi, işin yoğunluğuna bağlı olarak hareketler arasında dinlenmeye izin vermeyecek derecede hızlı ve seri olarak tekrarlandığında bel ve sırt ağrıları gibi iskelet kas sistemi sorunlarına yol açmaktadır (Aren, 2008; Çelikkalp & Yorulmaz, 2018; Çınar & Karadakovan, 2016; Esin & Sezgin, 2012; Solmaz M & Solmaz T, 2017). Başlıca iskelet kas sistemi sorunları bel, boyun, omuz, kol ağrıları ve karpal tünel sendromu olarak belirlenmiştir (Meydanlıoğlu, 2013).

Ayakta durma, ağır kaldırma, duruş bozukluklarından dolayı hemşirelerde bel ağrısı sık görülmektedir (Akkaya & Atay, 2018; Çil Akıncı, Dereli, & Sert, 2014). Bel ağrısı oluşumunda mesleki risk faktörleri içinde hemşireler ağır sanayi işçileri ve ağır vasıta şoförlerinden sonra üçüncü sırada gelmektedir (Meydanlıoğlu, 2013). Yapılan bir çalışmada evli olanlarda, doğum yapanlarda, acil, ameliyathane, yoğun bakım ve poliklinikte çalışanlarda, baş ağrısı, yorgunluk ve moral bozukluğu yaşayanlarda bel ağrısının daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Çil Akıncı et al., 2014).

Başka bir çalışmada ise cerrahi ve kadın doğum bölümlerinde çalışan hemşirelerin diğer bölümlerde çalışanlara göre daha fazla kronik bel ağrısı yakınması olduğu belirtilmiştir (Tezel, 2005). Hemşirelerde çalışma yılı arttıkça bel ağrısı prevalansının arttığı ve genç hemşirelerde bel ağrısının mesleğe başlamanın ikinci yılında daha fazla ortaya çıktığı bildirilmiştir (Byrns, Jin, Mallory, Reeder, & Harris, 2005). Ayrıca çalışma deneyimi fazla olanlarda bel ağrısının daha çok olduğu belirtilmiştir (Çil Akıncı et al., 2014). Yapılan bir çalışmada da hemşirelerde ilk olarak bel ağrısı, ikinci olarak diz ve ayak bileği ağrısının görüldüğü saptanmıştır.

Ayrıca ağrıya eşlik eden faktörler olarak en fazla halsizlik, 2. sıklıkta ise stres olarak belirtilmiştir. Ağrıyı arttıran nedenler sorgulandığında; asıl nedenin uzun süre ayakta kalmak olduğu ikinci neden olarak hemşirelerde uzun süreli yürüme olarak belirtilmiştir (Dıraçoğlu, 2006).

Sonuç

Hemşirelik uğraşı alanı insan olan ve bakım odaklı bir meslektir. Hemşirelerin hasta ya da sağlıklı bireye bakım görevini yerine getirirken kendinin de sağlıklı ve güvenli koşullarda bulunması önem arz etmektedir. Güvenli olmayan çalışma ortamı, çalışanın iş verimini ve performansını düşürmesi, çalışanda sağlık sorunları oluşmasına neden olması, çalışanın aile ve sosyal yaşamını etkilemesi, kurumu ekonomik kayba uğratması, iş kazalarını artırması ve bakım verilen bireylerin doğrudan risk altında kalmasına neden olması gibi ciddi sorunlara neden olması durumun önemini daha da artırmaktadır. Sağlıklı ve güvenli olmayan çalışma koşulları sonucu oluşan sağlık sorunları mesleki hataları daha riskli boyuta taşınmasına sebep olur. Bu nedenle sağlıklı çalışan sağlıklı toplum düşüncesinden hareketle, sağlık çalışanlarının karşılaşabileceği risklerin, tehlikelerin ve güçlüklerin belirlenerek farkındalığın oluşturulması, gerekli önlemlerin alınması, eğitimlerin yapılması, çalışanların geri bildirimde bulunmaları ve kurumların da tehlike ve risklere karşı gerekli düzenlemeleri ve kontrolleri yapması önerilmektedir.

Kaynaklar

Akça, S. Ö., & Aydın, Z. (2016). Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımlarına İlişkin Farkındalıkları. *Journal of Contemporary Medicine, 6*(4), 319-326.

Akkaya, G., & Atay, S. (2018). Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş Güvenliği/Occupational Safety of Nurses Working at the Hospital. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5*(1), 59-64.

Aldem, M. (2014). *Pediatri hemşirelerinin çalışan güvenliğine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi.* (Yükseklisans), Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2*(2).

Aren, A. (2008). Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi*(3), 141-145.

Aslan, F. E., & Öntürk, Z. K. (2011). Güvenli ameliyathane ortamı; biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal riskler, etkileri ve önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4*(1), 133-140.

Assadi, S. N. (2013). Is being a health-care worker a risk factor for women's reproductive system? *International journal of preventive medicine, 4*(7), 852.

Bazazan, A., Dianat, I., Rastgoo, L., & Zandi, H. (2018). Relationships between dimensions of fatigue and psychological distress among public hospital nurses. *Health promotion perspectives, 8*(3), 195.

Byrns, G., Jin, G., Mallory, C., Reeder, G. D., & Harris, J. (2005). Low Back Pain Among RNs. *Professional Safety, 50*(7), 41.

Cebeci, H. (2013). Hastanelerde İş Kazaları ve Çalışan Güvenliği: Karabük Şehir Merkezi Örneği *Busıness&Management Studıes: An Internatıonal Journal, 1*(1), 62-82.

Çalık, K. Y., Aktaş, S., Bulut, H. K., & Anahar, E. Ö. (2015). Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2*(1), 33-45.

Çavuş, Ş., Gümüş, R. O., Koral, F., & Ergin, Ş. (2012). Pamukkale Üniversitesi Eğitim, Sağlık Ve Araştırma Merkezi Sağlık Çalışanlarında El Ekzeması Görülme Sıklığı. *AJCI, 6*(1), 21-24.

Çelikkalp, Ü., & Yorulmaz, F. (2018). Hamile Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri ve Koruyucu Yaklaşımlar. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5*(2).

Çevirme, A. (2017). *Sağlık profesyonelleri ve tüm paydaşlar için iş sağlığı ve güvenliği* (1 ed.). Ankara: Ayrıntı Basımevi.

Çil Akıncı, A., Dereli, E., & Sert, H. (2014). Kırklareli'nde çalışan hemşirelerde bel ağrısı ve bel ağrısı ile ilişkili faktörler.

Çınar, D., & Karadakovan, A. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 20*(2), 116-122.

Devebakan, N. (2007). Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği. *Dokuz Eylül Üniv., SBE, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD, Yayımlanmamış Doktora Tezi*.

Dıraçoğlu, D. (2006). Sağlık Personelinde Kas-İskelet Sistemi Ağrıları. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 26*(2), 132-139.

Draper, J., Halliday, D., Jowett, S., Norman, I., Watson, R., Wilson-Barnett, J., . . . O'Brien, K. (2004). NHS cadet schemes: student experience, commitment, job satisfaction and job stress. *Nurse Education Today, 24*(3), 219-228.

Erkol, H., Gökdoğan, M. R., Erkol, Z., & Boz, B. (2007). Aggression and violence towards health care providers–a problem in Turkey? *Journal of Forensic and Legal Medicine, 14*(7), 423-428.

Esin, M. N., & Sezgin, D. (2012). Yoğun Bakım Ortamında Çalışan Güvenliği: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Ortamı ve Mesleki Riskleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 16*(1), 14-20.

Figà-Talamanca, I. (2006). Occupational risk factors and reproductive health of women. *Occupational medicine, 56*(8), 521-531.

Güler, T., Yıldız, T., Önler, E., Yıldız, B., & Gülcivan, G. (2017). Hastane Ergonomik Koşullarının Hemşirelerin Mesleki Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Üzerine Etkisi. *International Anatolia Academic Online Journal Fen Bilimleri Dergisi, 3*(1).

Güven, Ş. D., Özcan, A., & Kartal, B. (2012). Nevşehir il merkezinde kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında çalışan ebe ve hemşirelerin mobbing'e uğrama durumları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 1*(3), 117-123.

ILO. (2006). 187 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliğini Geliştirme Çerçeve Sözleşmesi. Retrieved from https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377312/lang--tr/index.htm,

ILO. (2018). ILO Safety and Health at Work,. Retrieved from HYPERLINK"http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--en/index.htm"www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang-en/index.htm,

İlçe, A., Karabay, O., Yorgun, S., & Çiftçi, F. (2013). Kesici delici tıbbi alet yaralanmalarında önleyici faaliyetler etkin mi? *Anatolian Journal of Clinical Investigation, 7*(3).

İşler, M. C. (2014). Uluslararası Kaynaklar ve 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. *Mayıs-Ağustos 2014*, 53.

Kahriman, İ. (2014). Hemşirelerin Sözel ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi, 5*(2).

Kırılmaz, H., Yorgun, S., & Atasoy, A. (2016). Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Risk Faktörlerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (UKSAD), 2*(1), 66-82.

Korkut, G., & Tetik, A. (2013). 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun Getirdiği Yenilikler ve Temel Sorunlar. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18*(3).

Körükcü, Ö., Yıldırım, N., & Kukulu, K. (2014). Hemşirelikte Önemli Bir Sorun: Zorbalık(Bullying). *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 3*(2), 126-129.

Lawson, C. C., Rocheleau, C. M., Whelan, E. A., Hibert, E. N. L., Grajewski, B., Spiegelman, D., & Rich-Edwards, J. W. (2012). Occupational exposures among nurses and risk of spontaneous abortion. *American journal of obstetrics and gynecology, 206*(4), 327. e321-327. e328.

Lawson, C. C., Whelan, E. A., Hibert, E. N., Grajewski, B., Spiegelman, D., & Rich-Edwards, J. W. (2009). Occupational factors and risk of preterm birth in nurses. *American journal of obstetrics and gynecology, 200*(1), 51. e51-51. e58.

Martins, A., Coelho, A. C., Vieira, M., Matos, M., & Pinto, M. L. (2012). Age and years in practice as factors associated with needlestick and sharps injuries among health care workers in a Portuguese hospital. *Accident Analysis & Prevention, 47*, 11-15.

Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. *Balikesir Saglik Bil Dergisi, 2*(3).

Mimaroğlu, H., & Özgen, H. (2007). Örgütlerde Güncel Bir Sorun:"Mobbing". *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 8*(15), 201-226.

Özgür, G., Yıldırım, S., & Aktaş, N. (2008). Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12*(2).

Özkan, Ö., & Emiroğlu, N. (2006). Hastane sağlik çalişanlarina yönelik işçi sağliği ve iş güvenliği hizmetleri. *CU Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10*(3), 43-51.

Öztürk, H., Babacan, E., & Anahar, E. Ö. (2012). Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1*(4).

Özvurmaz, S., & Öncü, A. Z. (2018). Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklinde Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2*(1), 39-46.

Parlar, S. (2008). A Problem that is not Considering in Health Workers&58; Healthy Work Environment. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 7*(6), 547-554.

Pattani, S., Constantinovici, N., & Williams, S. (2004). Predictors of re-employment and quality of life in NHS staff one year after early retirement because of ill health; a national prospective study. *Occupational and environmental medicine, 61*(7), 572-576.

Persson, M., & Mårtensson, J. (2006). Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift. *Journal of nursing management, 14*(5), 414-423.

Quansah, R., & Jaakkola, J. J. (2010). Occupational exposures and adverse pregnancy outcomes among nurses: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Women's Health, 19*(10), 1851-1862.

Resmi Gazete. (2009). İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği. Retrieved from http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/11/20091125-10.htm

Resmi Gazete. (2012). İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Retrieved from http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm.

Resmî Gazete. (2011). Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Retrieved from http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm

Rutherford, A., & Rissel, C. (2004). A survey of workplace bullying in a health sector organisation. *Australian Health Review, 28*(1), 65-72.

Sağlık Bakanlığı. (2012). Çalışan Güvenliği Genelgesi Retrieved from https://www.saglik.gov.tr/TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html

Saygun, M. (2012). Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı Ve Güvenliği Sorunları. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 11*(4).

Solmaz M, & Solmaz T. (2017). Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(3), 147-156.

Sveinsdottir, H. (2006). Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scandinavian journal of caring sciences, 20*(2), 229-237.

Şahin, A. O. (2015). Çalışan Güvenliği. In F. A. Ay (Ed.), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler* (pp. 225-238). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

Tezel, A. (2005). Musculoskeletal complaints among a group of Turkish nurses. *International Journal of Neuroscience, 115*(6), 871-880.

Türk, M., Çiçeklioğlu, M., Davas, A., & Saçaklıoğlu, F. (2015). Antineoplastiklerle Çalışan Hemşirelerde Maruziyetin Değerlendirilmesi. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG), 7*(28).

Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu. (2011). İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu No 6. In. Ankara.

Uçak, A. (2009). Sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerinin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.

Uğurlu, N. (2010). İki farklı hastanede çalışan hemşirelerin mesleki risk faktörlerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 18*(1), 19-25.

Vehid, S., Erginöz, E., Yurtseven, E., Çetin, E., Köksal, S., & Kaypmaz, A. (2011). Noise Level of Hospital Environment. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 10*(4).

WHO. (2004). Report on the Second Meeting on Night Noise Guidelines. In. Bonn, Germany: WHO European Centre for Environment and Health.

Yılmaz, F. K., Sancar, O., Kevenk, U., & Öztürk, M. (2017). İstanbul ili ruh sağliği hastanelerinde hemşirelerin iş sağliği ve güvenliğine yönelik görüşleri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 3*(1), 1-16.

ÖZOFAGUS VE PLEVRA PATOLOJİLERİ OLGU SUNUMU

Dr. Yekta Altemur Karamustafaoğlu
Trakya Üniversitesi Göğüs Cerrahi AD

Olgu 1: A.P. 22 yaş erkek olgu, 2016 yılından beri Hodgkin Lenfoma tanısı ile tedavi alıyor. Bir yıldır remisyonda. İki yıldır giderek artan katı ve sıvı gıdalara karşı disfaji, kilo kaybı ve zaman zaman kusma şikayeti var. Daha önce bu şikayetleri nedeni ile dış merkezde özofagus manometrisi yapılmış Akalazya tanısı konularak; bir kez balon dilatasyon, bir kez de buji dilatasyon yapılmış. Şikayetleri devam eden olguya bunun üzerine VATS ise Heller miyotomi yapıldı. Ön aksiller hat 7. interkostal aralık (İKA) dan utility port, ön aksiller 5. İKA dan kamera portu ve 8. İKA arka aksiller hattan enstrüman portu açıldı. Özofagus dar olan alt segmenti dönüldü, asıldı, hook koter ile longitudinal ve sirküler kaslar kesilmek suretiyle yaklaşık 6 cm miyotomi yapıldı. İkinci gün toraks dreni çekilen olgu 3. Gün taburcu edildi.

Klasik akalazya, özofagusta özellikle nitrik oksit ve vasoaktif intestinal peptit (VİP) üreten inhibitör myenterik nöronlarda dejenerasyon nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Klasik akalazyada, inhibisyonda yetersizlik nedeniyle hem alt özofagus sfinkterinde istirahat basıncında artma olur, hem de yutma sırasında olması gereken gevşeme oluşmaz ve özofagus düz kasında aperistaltizm gözlenir. Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber otoimmun ya da enfeksiyöz kaynaklı olabileceği tahmin edilmektedir. 25-60 yaş arası sıktır. Disfaji, retrosternal ağrı, kilo kaybı, regürjitasyon önemli klinik belirtileridir. Baryumlu pasaj grafisi tanıda önemli olsa da, Akalazya tanısı mutlaka manometri ile doğrulanmalıdır. Tedavide hafif vakalarda Nitratlar, Kalsiyum kanal blokerleri, Sildenafil %50-80 semptomatik düzelme sağlayabilir. Diğer tedavi seçenekleri botulismus toksini uygulaması, balon ve buji dilatasyon, peroral endoskopik miyotomi (POEM), VATS ya da laparoskopik Heller miyotomidir. Cerrahi sonrası %8-10 olguda gastroözofageal reflü olabilir bu nedenle bazı otörler operasyon sırasında Nisssen funduplikasyon önermektedir. VATS modifiye Heller miyotomi daha yaygın olarak laparoskopik olarak yapılmasına rağmen, son yıllarda göğüs cerrahiları arasında VATS ile uygulanması popülerlik kazanmıştır. Sağ lateral dekubit yatırılan olguya, sol 6. İKA ön aksiller hattan kamera portu, 4. Ön aksiller hattan ikinci port, ve 5. İKA posterior skapular hattan üçüncü port açılarak toraksa girilir, plevra açılıp özofagus mobilize edilerek bir askı ile dönülür, hook koter ya da endoskopik 5 mm makasla önce longitudinal sonra sirküler kaslar kesilerek mukoza görülür, yaklaşık 2 cm mideye olmak üzere 4-6 cm lik bir miyotomi yapmak yeterlidir. İşlem sırasında mukozayı yaralamamya özen göstermeli gerekirse aynı anda fiber özofagoskop ile hava verilerek lümen gözlenmelidir. İşleme Nissen gibi anti reflü işlemleri eklenebilir ama şart değildir.İşlem sonuna mukoza bütünlüğü nazogastrik sondadan verilecek metilen mavisi ya da hava ile kontrol edilmelidir.Başarı ile uygulandığında sonuçları yüz güldürücüdür.

Olgu 2: E.B. 49 yaşında erkek olgu, Nefes darlığı, ateş şikayetleri ile başvurdu. Posteroanterior akciğer grafisinde effüzyon görülmesi üzerine, torasentez yapıldı. Torasentezde seropürülan mayi aspire edildi. Light kriterlerine göre eksüda olarak yorumlandı. Toraks Bilgisayarlı Tomografide sol da effüzyon ve alt lobda kompresyon atelektazisi izlendi. Bunun üzerine effüzyonu boşaltmak ve tanı için VATS planlandı. Sol 8.İKA orta aksiller hattan utility insizyon açılarak yara retraktörü konuldu ve toraksa girildi. Yapılan eksplorasyonda toraks içinde fibrin artıkları ve kalınlaşmış plevra görüldü. Usülüne uygun dekortikasyon yapıldı. Kanama ve kaçak kontrolünü takiben bir adet toraks dreni konularak işleme son verildi. Olgunun toraks dreni, kaçağının ve drenajının olmaması nedeni ile 4. Gün alındı. Postoperatif 5. Gün olgu taburcu edildi. Ampiyemin üç evresi bulunmaktadır (4): 1-Eksüdatif evre, plevra aralığında eksüda özelliğinde sıvının biriktiği dönemdir. Bu evrede antibiyoterapi, torasentez veya tüp torakostomi uygulanır. 2-Fibrinopürülan evrede, pH < 7.20, glukoz < 40 mg/dl, LDH > 1000 IU/l'dir. Plevrada yoğun fibrin oluşumunun olduğu , sıvının akışkanlığını kaybettiği dönemdir. Bu nedenle antibiyotik ve tüp torakostomiye ek olara;k fibrinolitik tedavi, mini torakotomi veya video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) eşliğinde debridman veya dekortikasyon uygulanır. 3-Organizasyon evresinde, plevral aralıkta septasyonların, lokülasyonların olduğu plevranın kalınlaştığı ve akciğer ekspansiyonunun kısıtlandığı dönemdir. Bu dönemde açık cerrahi daha uygundur. Ampiyem tedavisinde antibiyoterapi ve plevra aralığının drenaj olmasına rağmen, fibrinopürülan dönemde tüp torakostomi yetersiz kalmaktadır. Son yıllarda komplike ampiyemin tedavisinde VATS uygulanması primer modalite haline gelmiştir. VATS işlemi, plevrada organizasyon evresinden hemen önce torakoskopik olarak, debrislerin temizlenmesi ve kalınlaşan plevranın soyulması, mevcut yapışıklıkların giderilmesi şeklinde yapılır. VATS dekortikasyon daha az ağrılı olması, erken mobilizasyon ve düşük maliyetler nedeni ile son yıllarda popüler olmuştur. VATS dekortikasyon için optimum zaman araştırılmış, 2 haftadan az ve 2-4 hafta arasında bir fark olmamasına rağmen, 4 haftadan sonra yapıldığında ameliyat süresinin uzadığını ve komplikasyonların arttığını bildirilmiştir. Operasyon sırasında kanama, postoperatif dönemde de uzun sürebilen hava kaçağı ve ekspansiyon gecikmesi karşılaşılan başlıca komplikasyonlardır. Sonuç olarak, VATS dekortikasyon ileri evre ampiyem olgularında etkin ve güvenlidir. Medikal tedaviye dirençli ampiyem olgularında VATS dekortikasyon altın standart olarak düşünülmelidir.

GERİATRİK DEĞERLENDİRME VE GERİATRİK HASTAYA KLİNİK YAKLAŞIM KURSU

Dr. Cihan Kılıç
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme(KGD) (özet)

Tanımı; yaşlanma ile ilgili tüm sağlık durumunu en iyi hale getirmek, koordine bir plan oluşturmak amacı ile tıbbi, psikososyal ve fonksiyonel kapasiteyi belirlemeye yönelik, multidisipliner tanı ve tedavi sürecini içeren bir ekip değerlendirmesidir.

Gerekçesi; yaşlılarda görülen çoklu hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı, derdini anlatma ve kooperasyon güçlüğü, atipik prezentasyonlar (fonksiyonel bozukluk gibi) ve geriatrik sendromlar yaşlılarda olumsuz sonuçlara, komplikasyonlara, fonksiyonel bozulmaya ve yaşam kalitesinde azalmaya sebep olurlar. Bu sebeple yaşlılar daha yakından takip edilmeli, fonksiyonellikleri ilk muayene ve takiplerde değerlendirilmeli ve geriatrik sendromlar taranmalıdır.

Örneğin, yaşlı düşmenin tedavi edilebilir bir tıbbi problem olduğunu kabul etmeyebilir, idrar kaçınmadan korunma ve cinsel işlevle ilgili problemlerden utanıyor olabilir, işitme kaybı gibi semptomların yaşlanmanın normal bir süreci olduğunu düşünerek buna yardım edilemeyeceğine inanabilir.

Faydası; fonksiyonellik artar, komorbiditeler, komplikasyonlar, morbidite, hospitalizasyon, bakımevi ihtiyacı, mortalite ve maliyetler azalır. Yaşlıların yaşam süresi ve yaşam kaliteleri artar.

Ekip; multidisipliner bir ekiptir. Doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanından oluşur. Gereğinde ekibe psikiyatrist, psikolog, diş hekimi, göz doktoru, odyolog, farmakolog ve podiatrist de dahil olabilir.

Kimlere Yapılmalı; yedek kapasiteleri sınırlı, bağımsızlığını kaybetme ve hastaneye yatış riski yüksek, hastane ya da bakımevlerinde kalış süresi uzun olan kırılgan yaşlılara, birlikte bulunan problemleri, ilaç sayısı, fonksiyonel kısıtlılıkları artmış hastaneye yatış ihtimali fazla olan yaşlılar ve 75 yaş üzerindeki kişilere KGD yapılmalıdır.

Geriatrik Sendromlar; yaşlılarda sık görülen, hastalık tanımına uymayan, farklı etyoloji ve patogeneze sahip atipik semptomlardır. Bunlar, kırılganlık, kognitif bozulma, deliryum, inkontinans, malnütrisyon, düşmeler, yürüme bozuklukları, bası yaraları, uyku bozuklukları, duyu bozuklukları, yorgunluk, baş dönmesi, senkop, ihmal-istismar gibi tıbbi durumlardır. Henüz literatürde ortak kabul edilmiş bir tanım bulunmamaktadır.

Fonksiyonel Durum; insanların fonksiyonel durumları bilişsel, duyusal, ruhsal, tıbbi, sosyal, çevresel ve ekonomik açıdan sayısız faktörle etkileşim içindedir. Bu faktörlerdeki herhangi bir olumsuzluk fonksiyonel kapasitede ve yaşam kalitesinde düşüşe sebep olur.

KGD'nin Bileşenleri; medikal, fiziksel, psikolojik ve çevresel olarak 4 ana bileşeni vardır. Medikal bileşenleri, hastalıklar, ilaçlar, görme, işitme, beslenme, ağız ve dişler, uyku, ağrı, kontinans, konstipasyon sorgulaması oluşturur. Fiziksel bileşenleri, fiziksel aktivite seviyesi, fonksiyonel durum, denge ve yürüyüş, düşmeler, antropometrik ölçümlerdir. Psikolojik bileşenler, bilişsel, duygusal ve ruhsal durumdur. Çevresel bileşenler ise ev ve çevre güvenliği, sosyal ve ekonomik durumlardır.

Görme; pratik olarak "gazete okuyabiliyor mu?", "televizyon seyredebiliyor mu?" soruları ile sorgulanabilir. Göz problemleri not edilir.

İşitme; pratik olarak "telefonda konuşabiliyor mu?", "işitme sorunu var mı?", "yardımcı işitme cihazı kullanıyor mu?" soruları ile değerlendirilir.

Beslenme; ilk muayenede boy ve kilo ölçümü yapılır. Son 6 ay içinde kilosunda değişiklik olup olmadığı sorgulanır. Ağız içi protez varlığı, kaçırdığı yemek öğünü olup olmadığı, özel diyeti olup olmadığı, gıdaları çiğneme ve yutmada sorunu olup olmadığı sorgulanır. Günlük kalsiyum ve lif tüketiminin yeterli olup olmadığı sorgulanır. Malnütrisyon ve riskini tespit etmek için "Mini Nütrisyonel Değerlendirme Anketi" kullanılabilir. Polikliniğe gelen yaşlılarda kullanılması pratik bir ankettir. Kısa formunda 6 madde vardır. Kısa formda normalin altında olan yaşlılar için uzun forma devam edilir, toplamda 18 maddelik bir ölçektir.

Antropometrik Ölçümler; boy, kilo, üst orta kol, baldır, bel, kalça çevresi ve kulaç uzunluğu ölçümleri yapılabilir.

İnkontinans; yaşlılığın sonucu olarak görülebilir ve hastalar tarafından doktora bildirmekte çekinilebilir. Üriner inkontinans yaşlı kadınlar arasında yaygın görülür, depresif durumla ilişkilendirilmiştir, üstelik etkili tedaviler mevcuttur. Üriner inkontinas varsa türü ve başlangıç zamanı da not edilmelidir. Fekal inkontinans da sorgulanmalıdır.

Konstipasyon; büyük tuvaletine haftada 2'den az çıkması, katı-sert gelmesi, dışkılamada zorlanma olması, tam olmayan boşalma hissi kabızlık belirtileridir. Bunların dışında tuvalette 10 dakikadan fazla kalmak ve bir tıkanıklık hissetmek, dışkılarken parmak yardımı gerektirmek, rektal çıkış gecikmesi belirtisidir. Ayrıca hastaların laksatif kullanma durumları da not edilmelidir.

Uyku; yaşlıların yarısı uyku sorunu çeker. Uyku sorunu varsa uyku süresi, gece uyanma sıklığı, uyku ilacı alıp almadığı, uykuya dalmada güçlük, istemsiz uyanmalar, son 1 yıl içinde uykuda değişiklik olup olmadığı sorgulanmalıdır. Ayrıca yaşlılarda "REM Uykusu Davranış Bozukluğu" ve "Huzursuz Bacak Sendromu" sorgulanmalıdır.

Ağrı; yaşlılar ağrıyı eksik bildirirler. Kronik ağrı varlığı sorgulanmalı ve ağrı şiddeti vizüel veya verbal analog skala ile belirlenmelidir.

Polifarmasi; yaşlıların birden çok hastalıklarının olması ve birden çok doktora görünmeleri çoklu ilaç kullanımı riskini artırır. Bu nedenle her muayenede reçeteli, reçetesiz kullandığı tüm ilaç bilgilerini not etmek önemlidir. 4 adet ve üzeri ilaç kullanan hastalar ilaç sayısı ve yan etki riski açısından göz önüne alınmalıdır.

Fonksiyonel Değerlendirme; yaklaşan özürlülüğe ilişkin ilk gösterge fonksiyonel kapasitedeki azalmadır. Yaşlılarda temel günlük yaşam aktiviteleri olan banyo, giyinme, tuvalet temizliği, yataktan kalkma, kontinans ve yemek yeme aktivitelerindeki bağımsızlığı sorgulanmalıdır. Bunun dışında herhangi bir alet kullanarak gerçekleştirilen günlük yaşam aktiviteleri de sorgulanmalıdır. Bunlar, telefon kullanma, alış-veriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır işleri, seyahat, ilaçları alma ve parasal işlerdir.

Sarkopeni; kas yaşlanmasıdır. Kas gücünde ve kütlesinde azalma, maksimum oksijen tüketiminde azalma, enerji harcamasında azalma olur. Sarkopeni oluşumunda en önemli rol kronik beslenme yetersizliğidir. Yaşlılara bir sarkopeni tarama anketi yapılarak sarkopeni varlığı sorgulanmalıdır.

Kırılganlık; bir düşkünlük halidir, aşırı halsizlik, hareketlerde yavaşlama, güçsüzlük, kilo kaybı şeklinde kendisini gösterir. Hastane ve bakım evine yatışlarının habercisidir. Bir kırılganlık anketi ile kırılganlık varlığı sorgulanmalıdır.

Düşmeler; 65 yaş üstü yaşlıların üçte biri her yıl düşerler. Hastalardan son 1 yıl içinde düşme hikayesi olup olmadığı sorulmalı varsa tekrarı, yeri zamanı, sonucu not edilmelidir. Düşmelere yönelik yürüme-denge testleri yapmak ve düşme risk faktörlerini azaltmak düşmeleri %30-40 oranında azaltabilir. Yaşlıların düz zeminde 4 metrelik mesafeyi olağan yürüme hızlarında yürümeleri düşme riskini belirlemede en pratik testlerdendir. "Olağan yürüme hızı testi" 0,8 m/sn altında olan kişilerde düşme riski vardır. Yine standart bir sandalyeden 3 metre ileri doğru yürüyüp geri dönüp tekrar sandalyeye oturma şeklinde yapılan "zamanlı kalk ve yürü testi" düşme riskini belirleyen ve yürüme-dengeyi test eden bir diğer testtir. Yine standart bir sandalyeden ellerden destek almadan yapılan "5 tekrarlı otur-kalk testi" bacak gücünü ve düşme riskini gösterebilen kolay testlerdendir. Duvar kenarında kolu omuz hizasında kaldırıp öne uzanma şeklinde yapılan "fonksiyonel uzanma testi" gövde bükülme kapasitesini göstermek suretiyle düşme riski hakkında bilgi veren başka bir kolay testtir.

Duygu-Durum; yaşlılarda depresyon ve diğer duygulanım bozuklukları yaygındır ve önemli morbiditeye sebebidir. Depresyon atipik olarak ortaya çıkabilir ve kognitif bozukluk veya Parkinson gibi diğer nörolojik hastalıklarda maskelenebilir. "geçtiğimiz ay içinde sık sık moraliniz bozuk, ümitsiz ve karamsar hissettiniz mi?" ve "geçtiğimiz ay içinde sık sık yaptığınız şeylere karşı ilgi veya keyfinizde bir azalma oldu mu? gibi basit 2 soruluk bir tarama kullanılabilir. Bu sorudan birine "evet" cevabını veren yaşlılara 30 soruluk "Geriatrik Depresyon Ölçeği" uygulanabilir.

Bilişsel Durum; en sık kullanılan test "Mini-Mental Durum Değerlendirmesi"'dir. Bu test yaklaşık 20dk. alır. Yaklaşık 5dk. İçinde tamamlanabilen "Mini-Cog" testi de kognitif bozuklukların taraması için kullanılabilir. Bu testte birbirini biçimsel ve anlamsal olarak çağrıştırmayan 3 kelime verilir ve bu 3 kelime 3 kez tekrar ettirilir. Yaşlıya bu 3 kelimenin birazdan sorulacağı söylenerek "Saat Çizme Testi" yaptırılır. Sonra bu 3 kelimeyi tekrarlaması istenir. "Saat Çizme Testi"'nde yaşlıdan içinde rakamları olan bir kol veya duvar saati çizmesi ve içine akrep ve yelkovanı doğru olarak yerleştirmesi istenir. Demansın erken dönemleri hakkında fikir veren pratik bir testtir.

Sosyal Durum; aile veya yakınlarından yardım alabilirliği sorgulanmalıdır. Buna göre yaşlının medeni durumu, ev halkı sayısı, kiminle yaşadığı, gelir durumu, yaşadığı yerin fiziksel durumu, yaşadığı ortamdan memnuniyeti, herhangi bir hobisinin olup olmadığı not edilmelidir.

Çevre; özellikle yürüme ve denge sorunu olan kırılgan yaşlılar için güvenli ortamların sağlanması önemlidir. Ev içi ve ev dışı güvenlik riskleri sorgulanmalıdır.

Yaşam Kalitesi; "EQ5-D Yaşam Kalitesi Anketi" ile yaşam kalitesi hızlıca değerlendirilebilir. "Bugünkü sağlık durumunuza 100 üzerinden kaç verirsiniz?" sorusu ile yaşlının kendi genel sağlık durumu hakkındaki görüşü not edilir.

KGD Uygulama Alanları; tüm yaşlılara uygulanmalıdır. Bunlar, akut bakım ünitelerindeki yaşlılar, poliklinik hastaları, hastanede yatan yaşlılar, taburculuk aşamasındaki yaşlılar ve evdeki yaşlılardır.

Ankara Üniversitesi tarafından KGD'ye yönelik maliyet fayda analizi çalışmasında KGD'nin maliyet etkin olduğu sonucuna varılmıştır. Yine T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020" programının hedef ve stratejilerine göre KGD yapılmalı, KGD erişilebilir, kaliteli ve sürekli olmalıdır.

PLEVRA PATOLOJİLERİNİN TANI VE TEDAVİSİNDE VİDEO YARDIMLI TORAKOSKOPİK CERRAHİ (VATS)

Dr. Bülent Koçer
Medicana Konya Hastanesi

Video yardımlı torakoskopik cerrahinin (VATS), en eski tarihsel endikasyonlarını plevral hastalıklar oluşturmaktadır. Bu hastalık grubu için uygulanan VATS, geniş bir yelpazede plevral alanı ilgilendiren patolojilerin belirlenebilmesi ve tedavisi için torasik cerrahi klinik uygulamasında önemli bir yer tutmaktadır. Yüksek çözünürlüklü görüntüleme sistemlerinin kullanıma girmesi, VATS tekniği ve bunun için kullanılan el aletlerinin gelişmesi ve yanı sıra göğüs cerrahlarının tarihsel olarak; önce torakoskopi ve sonrasında da VATS tecrübelerinin artması ile VATS'ın plevra hastalıklarının tanı ve tedavisindeki yeri artan oranda belirginleşmiştir.

Geçmişte etyolojisi bilinmeyen plevral sıvı birikimlerinin değerlendirilmesinde tekrarlayan torasentez, sitoloji veya kapalı plevra biyopsileri gibi tanısal değeri VATS'a göre daha düşük olan yöntemlere alternatif olarak günümüzde hastalara VATS, önerilen bir yöntem olmuştur. Ancak bu durum plevral sıvıların değerlendirilmesinde VATS'ın ilk seçenek olduğu anlamını taşımaz.

VATS yaklaşımı tüm plevral yüzeylerin yanısıra mediyastinal yüz ve diyafragmatik sinüslerin değerlendirilmesini kolaylaştırırken, aynı zamanda eş zamanlı wedge rezeksiyon gibi uygulamaları da mümkün kılar. VATS, malign plevral sıvılı hastalıklarda plevral hastalığı görüntülemeye ve biyopsi yapmaya olanak verir. Prosedür genelde iyi tolere edilir ve anestezi süresi kısadır. VATS ile tüm torasik kavitenin görüntülenmesi ve patolojik tanıya ulaşmanın % 100'e yakın olması nedeniyle artık kapalı, körleme iğne biyopsileri terk edilmiştir. Torasentez ve sitolojinin tanısal doğruluk oranı % 60-80 arasındayken, VATS'ta bu oran % 90-100 olmaktadır. Amaç tanı koymanın yanında malign plevral sıvının tedavisi; minimal invaziv ve mümkün olan en kısa hastanede kalış süresi ile güvenli ve etkin olmaktır. VATS, genel anestezi ve tek akciğer ventilasyonu gerektirmesi nedeniyle klinik durumu kötü hastalarda ve yaşam beklentisi sınırlı olan olgularda tercih edilmemelidir. Bu hastalarda lokal anestezi ile plevral boşluğa kalıcı bir kateter uygulaması en az morbidite ve mortalite ile uygun bir seçenek olabilmektedir.

VATS ile plevra biyopsisi sırasında plevral sıvının drenajı ve lokülasyonların açılması , VATS'ın hem tanısal hem de tedaviye yönelik bir yöntem olarak kabul edilmesini sağlamıştır. Bu tekniğin gelişmesi sonucu torakotomi ile biyopsiye gereksinim azalmıştır. Ancak toraksın oblitere olduğu durumlarda VATS'ı uygulayamıyorsak biyopsi için mini bir torakotomi tercihimiz olmaktadır. VATS, tanı için uygun biyopsi materyali sağlamanın yanında terapötik amaçlı, malign hastalıklarda plevral sıvının tekrar ortaya çıkışını önlemek için endike olduğu durumlarda intraoperatif plöredez yapılabilmesini de sağlamaktadır. Plöredez için en yaygın uygulama kimyasal plörit oluşturmak için sklerozan ajanların plevral boşluğa verilmesidir. Bu sklerozan ajanlar değişik başarı oranları bildirilmiş olan çeşitli madde ve ilaçlardan oluşmaktadır. Ancak bu maddelerin kullanımına bağlı ciddi komplikasyonlar da raporlanmıştır.

VATS uygulamaları ayrıca; hapsolmuş akciğer , parietal plevra üzerine yerleşmiş tümörlere plörektomi, ampiyem ve lokülasyonların drenajı, dekortikasyon, diyafragmatik defektlerin tamiri, veya plikasyonu, travma gibi geniş bir alanda pek çok durumda kullanılmaktadır.

POSTOPERATİF HASTADA PULMONER REHABİLİTASYON

Dr. Alis Kostanoğlu
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Pulmoner rehabilitasyon (PR); kronik solunum hastalığı olan, semptomatik ve sıklıkla günlük yaşam aktiviteleri azalmış olgularda interdisipliner özel bir tedavi yaklaşımıdır. Hasta değerlendirmesi temelinde hastaya özel egzersiz eğitimi, aile eğitimi ve davranış değişiklikleri içeren kapsamlı uygulamalardır. Bu yaklaşımda en önemli bileşenler egzersiz eğitimi başta olmak üzere, uygun aday seçimi ve değerlendirilmesi, vücut kompozisyonunun değerlendirilmesi, psikososyal değerlendirme ile destek tedaviler ve hasta ile ailesinin eğitimidir. PR sağlık bakım harcamalarını azaltmak üzere kişiye özel olarak planlanır.

Pulmoner rehabilitasyonun akciğer kanseri sebebiyle rezeksiyon cerrahisi uygulanmış hastalardaki etkisi farklı çalışmalarda değerlendirilmiş ve hem semptom kontrolü hem de egzersiz kapasitesinde iyileşmeler sağladığı gösterilmiştir. Akciğer rezeksiyon cerrahisi geçirecek hastalarda egzersiz kapasitesi, lobektomiden sonra ilk bir ay içinde düşme eğilimindedir ve bazal değere ulaşması yaklaşık bir yıl sürer.

Toraks cerrahisinden sonra görülen postoperatif pulmoner komplikasyonlar (PPK) hastaların hastanede kalış süresini uzatarak mortalite ve morbiditeyi arttırabilir. Postoperatif pulmoner komplikasyonların önlenmesi ya da en aza indirgenmesi preoperatif hazırlığın iyi yapılması, komplikasyonların bilinmesi ve öngörülmesi, postoperatif dönemde önlemlerin alınması, tanının erken konulması ve doğru müdahalenin zamanında yapılması ile mümkün olmaktadır. Komplikasyonların önlenmesinde preoperatif ve postoperatif aşamada hastanın yaşantısına aktif olarak katılmasını sağlayan, sonraki dönemde sağlık hizmetlerinin daha kolay uygulanabilmesini sağlayan ve hastanın daha uzun süre yaşamasına olanak sağlayan PR uygulanması gerekli bir yöntemdir. Toraks cerrahilerinde operasyon tipi, insizyonun yeri, çıkarılan doku büyüklüğüne bağlı olarak PPK oranı farklı olarak bildirilmektedir.

Yapılan birçok çalışmada preoperatif ve postoperatif uygulanan PR; hastanın cerrahi işleme olan toleransını arttırdığını, bronşial hijyenin etkin olarak sağlanabilmesi için sekresyon atma yeteneğini arttırdığını, diyafram fonksiyonunu geliştirerek solunum işini azalttırdığını göstermektedir. Cerrahi işlem sırasında verilen anestezi, işlem sırasındaki posizyon ve posttorakotomi ağrısından dolayı oluşan muhtemel komplikasyonların önlenmesi ve egzersizlerin düzenlenmesi ve uygulanmasını sağlamaktadır. Bütün bunlar PPK riskinde ve semptomlarda azalma sağlar. Yaşam kalitesini, fiziksel ve sosyal aktivitelerde artışa sebep olacak sağlık bakım ünitelerinin kullanımını azaltır. Yapılan pek çok kontrollü çalışmada PR uygulamalarının akciğer rezeksiyonu yapılan hastalarda hastanede kalış süresini azaltarak sağlık harcamalarını %35 kadar varan oranda azalttığı kanıtlanmıştır.

Cerrahiye gidecek olan aday olguların preoperatif dönemde sigara içmesi, KOAH başta olmak üzere kronik akciğer hastalığı varlığı, genel sağlık durumunun kötülüğü, ileri yaş ve obezite gibi hasta ile ilgili faktörler risk oluşturur.

Genel anestezi solunum sistemi üzerinde alveoler makrofajların sayı ve aktivitesini azaltmak, mukosiliyer aktiviteyi inhibe etmek, alveolokapiller geçirgenliği artırmak, sürfaktan yapımını azaltmak, pulmoner nitrik oksit sentezini ve nörohümoral mediyatörlere karşı pulmoner damarların sensivitesini artırmak gibi birçok biyolojik etkiye sahiptir. Genel anestezi solunum sistemi üzerinde mekanik ve fonksiyonel etkiler yaparak PPK neden olmaktadır.

Literatürde bu komplikasyonların önlenmesinde ve kontrol edilmesinde PR programlarından yararlanılmaktadır. Cerrahi planlanan tüm olgularda preoperatif ve postoperatif olarak PR önerilmektedir. PR bu hastaların dispne, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesinde anlamlı iyileşmeler sağlayabildiği yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir. Akciğer hacim azaltıcı cerrahide PR programı hasta eğitimi, egzersiz eğitimi, psikososyal destek ve beslenme desteğini içermektedir.

Hasta eğitimi

Akciğer hacim azaltıcı olgularda cerrahi işlemin açıklanması, preoperatif ve postoperatif egzersizin önemi, enerji koruma prensipleri, anksiyete ve depresyonla başa çıkma, havayolu temizliği, kontrollü öksürük, derin solunum egzersizleri, ağrı kontrolü, mobilizasyon, ilaçların yararları ve olası etkileri, yara bakımı, göğüs tüpleri, mekanik ventilasyon, taburculuk hakkında hasta bilgilendirilir.

Egzersiz eğitimi

Egzersiz eğitimi alt ve üst ekstremite egzersiz eğitimi, fleksibilite ve kuvvetlendirme eğitimlerini içerebilir. Egzersiz programı American Collage of Sports Medicine'in klavuzuna göre belirlenir. Haftada 3-5 defa, maksimum iş yükünün %60'ını aşan eğitim şiddetinde 20-60 dakikalık seans olarak uygulandığında yararlı olduğu belirlenmiştir. Klinik uygulamalarda semptom skorlarına göre de egzersiz şiddeti belirlenebilir. Klinik egzersiz eşikleri; metabolik eşik, dispne ve kalp hızıdır. Dispne veya yorgunluk için Borg skorun göre 4-6 aralığındadır.

Psikososyal destek

Cerrahiye uyumu kolaylaştırmak, adaptif düşünce ve davranışı cesaretlendirmek için, negatif duygu ve düşünceler ile başa çıkmayı sağlamak için psikososyal destek alınması yararlıdır.

Beslenme

Kilo kaybı veya kilo alma problemi varsa, sebepleri veya ihtiyacı belirlenmeli. Yeterli sıvı alımı, özel diyet ve egzersizin kilo kontrolündeki önemi vurgulanmalı. Preoperatif 6 hafta uygulanan kapsamlı PR programları6 dakika yürüme mesafesini, dispne ve yaşam kalitesini iyileştirdiği gösterilmiştir. Preoperatif PR programı kapsamlı bir değerlendirme sonrasında 6-10 hafta, 18-24 seans gözetimli olarak uygulanabilir. Perioperatif PR, haftanın her günü günde 2 seans olarak önerilmektedir. Hastanın stabil olduğu en erken dönemde günde 2 seans olarak önerilir. Göğüs fizyoterapi tekniklerinden postural drenaj, aktif solunum teknikleri döngüsü, otojenik drenaj ve pozitif ekspiratuar basınç yöntemleri kullanılabilir. Hasta mümkün olan en kısa sürede mobilize edilmeli. Postoperatif PR yatarak veya ayaktan uygulanabilir. Egzersiz kapasitesini iyileştirerek toparlanma sürecini kolaylaştırır.

Sonuç olarak, postoperatif hastalarda PR uygulamaları hastaların egzersiz kapasitesini, dispne ve yaşam kalitesini iyileştirir. Cerrahiye aday olguların seçiminde ve cerrahiye hazırlanmada önemli rol oynar.

Kaynaklar

1. Vogiatzis I, Rochester CL, Spruit MA, Troosters T, Clini EM. Increasing implementation and delivery of pulmonary rehabilitation: key messages from the new ATS/ERS policy statement. 2016
2. Ries AL. Pulmonary rehabilitation: summary of an evidence-based guideline. Respir Care 2008;53:1203-7.
3. Rochester CL. Pulmonary rehabilitation for patients who undergo lung-volume-reduction surgery or lung transplantation. Respir Care 2008;53:1196-202.
4. National Emphysema Treatment Trial Research Group. (2003). A randomized trial comparing lung-volume–reduction surgery with medical therapy for severe emphysema. New England Journal of Medicine 2003;348:2059-73.
5. Ries AL, Make BJ, Lee SM, Krasna MJ, Bartels M, Crouch R. National Emphysema Treatment Trial Research Group. The effects of pulmonary rehabilitation in the national emphysema treatment trial. Chest 2005;128:3799-09.

YOĞUN BAKIM HASTALARINDA İNHALASYON TEDAVİSİ

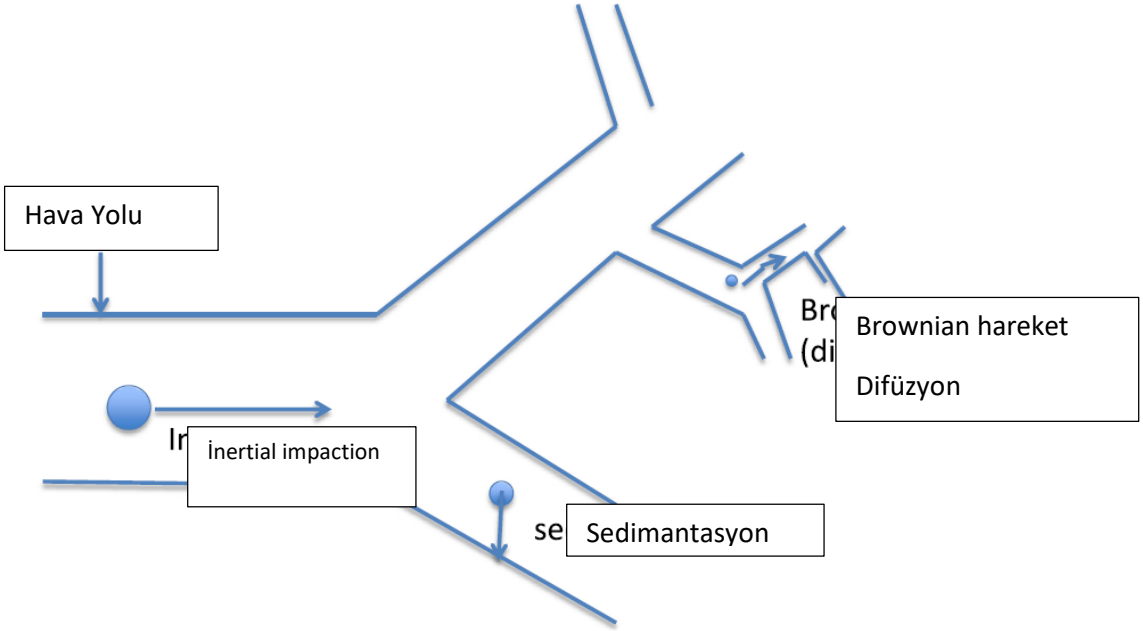
Dr. Filiz Koşar
İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Yoğun Bakım üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit eden bir çok hastalığın tedavisinin yapıldığı ve ortaya çıkan yenilikler ile günümüzde önemini arttıran tedavi ve yaşam destek üniteleridir. Yoğun bakıma en sık yatış sebebi solunum yetmezliği (%71.1) iken, ikinci sırada postoperatif bakım (%11.3) gelmektedir ve inhaler tedaviler bu hastaların yönetiminde sistemik tedavilere önemli bir alternatif oluşturmaktadırlar . Çünkü inhaler tedavilerde uygulanan ilacın etki başlama süresi daha hızlıdır , toksisiteye daha az rastlanır , daha yüksek konsantrasyonda ilacın alt solunum yollarına ulaşması mümkündür , sistemik etkinin daha az ortaya çıkar.

İnhalasyon yoluyla verilen ilacın solunum yollarındaki hareketi:

Solunum yolu ile alınan partiküller , kimyasal ve fiziksel özellikleri, solunum yollarının yapısı ve mevcut olan patolojik duruma göre farklı bölgelere ulaşır ve etki gösterirler. Özellikle hava yolları gibi dallanarak perifere giden yapılarda ilk 10 dallanmada partiküller yön ve hızlarını değiştiremez ve dallanma yerlerine çökerler (inertial impaction) , daha distaldeki 5-6 dallanmada sedimantasyon ve daha distalde yani alveoler düzeyde hava akımı olmadığı için sedimantasyon ve difüzyon ilaç depolanmasına neden olur. (Şekil1) Laminer akım biçimi verilen ilacın depolanma oranını arttırır iken , türbülans oluşumu tersine çokmeyi arttırarak perifere ulaşan ilaç miktarını azaltır. (Şekil 2) Terapötik amaçla kullanılan ilaçların pek çoğu 2-5 mikron çapında oldukları için düfüzyon predominant mekanizmadır.

Solunum yollarındaki mukus, inflamasyon ya da bronş düz kas kontraksiyonu ile oluşan darlıklarda ve atelektazilerde partiküller çoğu kez santral solunum yollarına çöker. Santral solunum yollarından genel dolaşıma geçme söz konusu olduğundan yan etkiler artar.



Şekil 1: Partiküllerin hareketi

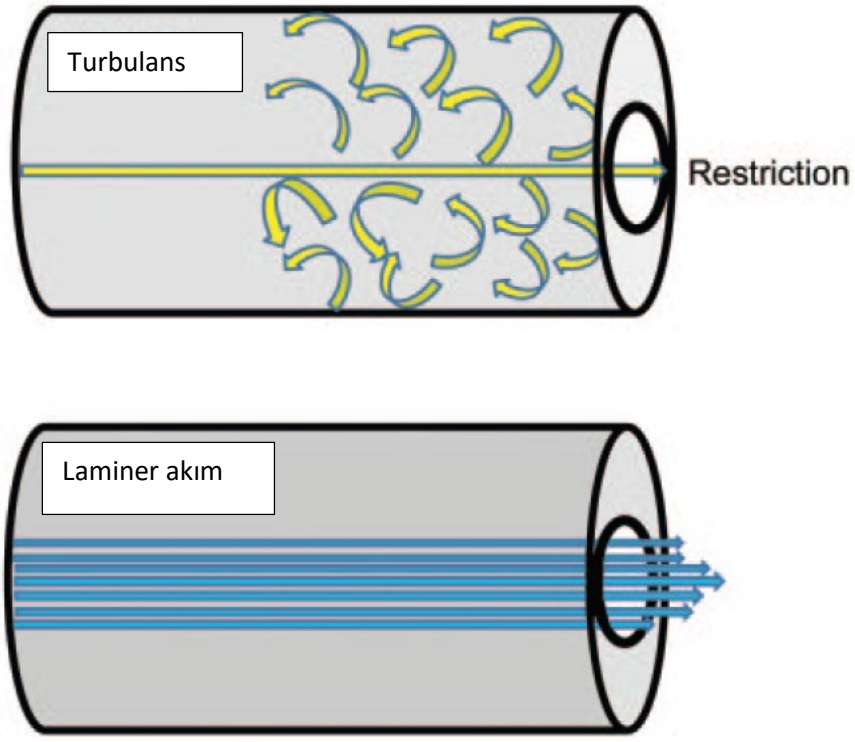
Çapları (<5 µm) olan partiküllerin hava yollarında % 70 oranında depolandığı , daha küçük partiküllerin ise sistemik etki için alveolar boşluklara ulaşmada optimal büyüklükte olduğu düşünülmektedir.Bunların dışında uygulanan ilacın Ph değeri , çözünürlük ve stabilitesi de absorbsiyonu açısından önemlidir .

Yoğun bakım hastalarında inhaler olarak uygulanan tedavi ve ilaçlar :

Mekanik ventilasyon sırasında inhalasyon yolu ile uygulanan en sık tedavi oksijen tedavisidir. Bunun yanında β2 agonist ve antikolinerjik etkili bronkodilatörler , kortikosteroidler (budesonid , flutikazon, beklametazon) ,antibiyotikler (aminoglikozid , kolistin, tobramisin) , antiviral(ribavirin), antifungal (amfoterisin), mukolitikler (asetilsistein) de yoğun bakım hekimleri tarafından tercih edilmektedir. Bunların dışında kromolin sodyum, insülin, lokal anestetikler daha nadir olarak kullanılanlardır. Tablo 1'de YBÜ'de kullanılan ilaçlar özetlenmiştir.

Tablo 1: Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan ilaçlar

İlaçlar	Bronkodilatör	Antiinflamatuar	Antimikrobial	Vasoaktif ajanlar	Heliox
Endikasyonlar	Astım ve KOAH atağı	Hava yolu inflamasyonu (Astım atağı ve KOAH atağı) akut interstisyel akciğer hastalıkları	MDR trakeobronşit ve pnömoni Transplant hastalarında aspergillusun önlenmesi	Sağ ventrikül yetmezliği Pulmoner Hipertansiyon	Astma
Etki yeri	Havayolları	Havayolları ve alveoller	Havayolları ve alveoller	Alveoller	Havayolları
Cihaz	MDI ve spacer	MDI ve spacer	Mesh nebulizer	Mesh nebulizer	
İlaçlar	Beta agonistler (Salbutamol, salmeterol)	Budesonid, fluticason	Tobramisin, colistin, amikasin, ceftazidim, amfoterisin B	Epoprostenol İloprost	Helium
Uygun formüller	Evet	Evet	Bazen	Evet	Evet



Şekil 2: Laminar ve turbulan akım paternleri

İnvazif mekanik ventilasyon esnasında kullanılan inhaler cihazlar , özellikleri , avantaj ve dezavantajları

Mekanik ventilasyon sırasında kullanılan inhalasyon tedavi sistemleri hava odacığı (spacer) aracılığı ile ölçülü doz inhaleri (ÖDİ) ve nebülizatörlerdir. Nebülizatör olarak jet nebülizatör (JN) , ultrasonik nebülizatör (UN) ve vibrating mesh nebülizatörler (VMN) kullanılmaktadır . Spontan soluyan ve entübe olmayan hastalarla karşılaştırıldığında, entübe hastalarda alt solunum yollarına daha az ilacın gittiği kabul edilmektedir. Bu cihazlar aerosolleri alt solunum yollarında optimal dağılabileceği 1-5 µm'lik çapta parçalara ayırırlar. MV sırasında alt solunum yollarında en yüksek ilaç birikimi, partikül çapının 1-3 µ arasında olması ile sağlanabilir. ÖDİ ile ilacın solunum yollarına ulaşma oranı % 0.3- % 97.5 iken bu oran nebulizatörler ile % 0-46 arasında değişmektedir. ÖDİ'lerin spacer ile birlikte uygulaması yoğun bakımlarda hesaplı , kullanışlı ve güvenilir olduğundan yaygın olarak kullanılmaktadır. ÖDİ püskürtme zamanı inspiryum ile senkronize olmalı ve ilaç inspiryum başında sıkılmalıdır. Ekspiryum sırasında ilacın püskürtmesine göre etkinliğin %30 arttığı gösterilmiştir . Standart bir uygulama tekniği ile ÖDİ ve

spacer'dan gelen dozun yaklaşık % 11'i ventile hastalarda alt solunum yollarında depolanır. Bu oran ambulatuar hastalarda spacer olmaksızın ÖDİ ile sağlanan % 10-14'lük orana oldukça yakındır.
Entübe bir hastada aerosol tedavi için jet nebülizatör kullanılması durumunda tidal volümün ciddi artabileceği, ultrasonik nebülizatörlerde ise böyle bir sorunun olmadığı belirtilmiştir. Bazı ventilatörlerin kendisinde ultrasonik nebulizerler mevcuttur. Yüksek frekanslı vibrasyonlar ile sıvı formundaki ilacı hastanın tidal volümünü arttırmaksızın aerosol partiküllere çevirirler ve inhalasyon esnasında TV'ü arttırmazlar. Kısa bir zaman sürecinde daha yüksek nebulizasyon oranı sağlarlar, ancak maliyetleri daha yüksek olduğu için kullanım alanları sınırlıdır.

MEKANİK VENTİLASYON SIRASINDA AEROSOL İLACIN HASTAYA ULAŞMASINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

1. Ventilatör ile ilgili faktörler
2. Devre ile ilgili faktörler
3. Aerosol oluşturan cihaz ile ilgili faktörler
4. Hasta ile ilgili faktörler
5. Kullanılan ilaç ile ilgili faktörler

Ventilatör ile ilgili Faktörler ;

- Ventilasyon modu
- Tidal Volume (TV)
- İnspirium zamanı
- Akım
- Bias Flow (Breath-triggering mechanism)
- İnspiriumdaki dalga formu

Spontan modlarda aerosol ilaç sunumu % 30 daha fazladır. Hasta tolere edebiliyor ise spontan modlar kullanılmalıdır. Volüm kontrollü modlarda nebulizatör etkinliği , basınç kontollü modlara göre daha fazladır, ancak bu konuda yeni yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Düşük TV ilacın alt solunum yollarına ulaşmasını azaltır . Bu nedenle TV 8 ml/kg veya en az 500 ml olarak ayarlanmalıdır. İnspirium zamanı aerosol ilacın hastaya sunulan miktarı ile doğrudan ilişkilidir. İnspirium zamanı veya duty cyle (nebulizerin tedavi süresi) arttıkça hasta daha fazla aerosol inhale eder. İntrensek PEEP'i minimumda tutacak şekilde inspirium zamanı uzatılır. Duty cyle >0.3 sn olmalıdır. İnspiratuar akım hızı arttıkça türbulans ve inertial impaction artar ve bronkodialtör ilaç sunumu azalır. Hasta tolere edebiliyor ise inspiratuar akım 30 to 50 L/dak olmalıdır. Kare akım , sinüsoidal veya azalan akım paterninden daha az aerosol ulaşmasına neden olur . Sinüsoidal veya azalan akım paternini tercih edilmelidir. Bias flow 'un arttırılması hem aerosol ilacı dilue eder , hem de aerosol ilacın ekspirasyon devresine doğru boşalmasını sağlar. Nebulizerlerde Bias flow ≤ 2 L/min altında olmalı, ÖDI kullanırken de inspirium ile sinkronize ilaç sıkımı yapılmalıdır.

Devre ile ilgili faktörler :

ETT iç çapı azaldıkça verilen ilaç miktarı azalır. Hastanın en rahat tolere edebildiği en geniş çaplı ETT konur ve sekresyonlardan temizlenir. Heat moisture exchanger (HME) filtresi aerosol ilaçlar için bir bariyer oluşturur. Filtre aerosol ilaç uygulanmasından önce devreden çıkarılır, bitince yeniden takılır. Nebulizeri HME ve hastanın artificial havayolunun arasına koymak solunum işini arttırabilir. Bu Nedenle HME ile hastanın havayolu arasına konmamalıdır. Isıtılmış nemlendiriciler aerosol ilacın partikül çapını arttırarak aerosol depolanmasını azaltırlar. Soğuk hava da ciddi bir problem olduğu için devreden ısıtılmış nemlendirici çıkarılmaz gerekirse ilaç dozu arttırılır.

Aerosol Oluşturan cihaz ile ilgili faktörler :

1) Cihazın Devredeki yeri
2) Nebulizerler: Nebulizerin tipi, intermittan veya sürekli nebulizasyon, residüel volüm ve akım hızı önem taşır .
3) ÖDI'ler: ÖDI'in uygulama şekli, canisterin çalkalanması ve spacer önemli faktörlerdir.

Jet nebulizerler, Ultrasonik nebulizer (US) , Mesh (MN) nebulizer ve ÖDI'lerden daha az etkindirler . Bu nedenle mekanik ventile hastada bronkodilatör kullanımı sırasında mümkün ise US nebulizer, M nebulizer veya spacer ile pMDI tercih edilmelidir. İnspirasyon ile nebulizasyonun sinkronizasyonu mümkün ise daha etkin ilaç dozu sunumunu sağlar. Ventilatörün böyle bir opsiyonu var ise jet nebulizer inspirium ile sinkronize çalıştırılır. Bu mümkün değil ise akım hızı 6-8 L/dak olarak ayarlanr ve ventilatör parametreleri uygun biçimde düzenlenir. Aerosol oluşturan cihazın devre içindeki lokalizasyonu çok önemlidir. MN,US nebulizer veya MDI kullanımı durumunda bunları inspiratuar kolda Y parçasından 15 cm uzağa , Jet nebulizer kullanımında ise, ventilatör proksimaline konması durumunda en iyi performanısın elde edileceği düşünülmektedir.

Residual Dead Volume (RDV) Tedavi bittikten sonra nebulizer veya devrelerde kalan volüm demektir ki ne kadar fazla ise hastaya giden miktar rolatif olarak azalır. Jet nebulizer ve USN'lerin ventilatör devrelerinde 1 – 2.5 mL residüel volüm kalır. VMN'ler ise daha düşük RDV'e sahiptir (0.1 - 0.4 mL). Nebulizer dolum volümü 4-5 ml olmalıdır ki hastaya giden volüm azalmasın. ÖDİ'ler kullanılıyor ise mutlaka spacer ile birlikte kullanılmalı, ÖDI kullanılmadan önce çalkalanmalı, inspirium başında püskürtülmeli ve her doz arasında en az 15 san süre olmalıdır. ÖDI'ler için hangi ventilasyon modunda olduğu ihmal edilebilir.
İnhale edilen gaz olarak He/Oksijen kullanılması durumunda saf oksijene göre gazın dansitesi azaldığı için özellikle akciğerin periferinde aerosol depolanması artar. % 70 / %30 Helyum / Oksijen karışımı hava akımının türbulansını azaltır, laminer akıma çevirir ve inhale edilen ilaç miktarı artar. İntrensek PEEP ve hava hapsi Helyum / Oksijen karışımı ile azalır . Düşük dansitede gaz bazı ventilatörlerin performansını etkiler .

Hasta ile ilgili faktörler :

Hava yollarında mevcut patolojiler ve mukosilier klirensin bozuk olması etkili bir aerosol tedavi için barier oluşturur. Akciğer havalanmasındaki bölgesel farklılıklar , çeşitli hastalıklarda terapotik sonuçlarrın farklı olmasına neden olabilir.

Yüksek Akım Oksijen Kanülü kullanılması durumunda nebulizasyon ;

Hastaya yakın ve nemlendiriciden uzak pozisyon hastaya verilen ilaç miktarını arttırır.MN'ler jet nebulizerlerden daha iyi performans gösterirler. İlaçın formülü ve etkilemesi istenen bölgeye göre nebulizer seçimi en uygundur. Yüksek akım hızlarında hastaya ulaşan ilaç daha azdır. Hasta solunum sıkıntısında olduğu zaman kendi inspiratuar akım hızı arttıkça inhale ettiği ilaç miktarı artar.

NIMV Kullanımı esnasında nebulizasyon :

NIMV uygulanması esnasında aerosol ilaç etkili bir şekilde verilebilir. Bunun için NIMV uygulanımına ara vermeye gerek yoktur. İnhalasyon esnasında NIMV uygulanmasına devam edilmesi akciğer fonksiyonlarını iyileştirir. İnhale bronkodilatör ilaç ihtiyacını azaltır . Kaçak çıkışının lokalizasyonu önemlidir. Kaçak çıkışı ventilatör hortumunun üzerinde ise nebulizatör ve ÖDI eşit oranda ilaç verimi etkinliğine sahiptir. Kaçak çıkışı maske üzerinde ise ÖDI nebulizerden daha etkindir. Üzerinde kaçak çıkışı olan hortum kullanılıyor ise aerosol cihaz maske ile kaçak çıkışı arasına yerleştirilmelidir. Nebulizeri ventilatöre yakın konuma yerletirmek aerosol ilaç verimini azaltır. Yürsek inspiratuar basınçlar kullanılması aerosol ilaç verimini arttırır. Yüksek ekspiratuar basınçlar ise aerosol verimini azaltır.

Trakeostomi kanülü ile nebulizasyon :

Hangi arayüz kullanılırsa kullanılsın, ETT yoluyla ilaç verimi trakeostomiden daha azdır. Jet nebulizer ve ambu ile ilaç uygulanması diğer arayüzlere kıyasla daha verimlidir. Trakeostomi tüpünün iç çapı verilen ilaç miktarını negatif olarak etkiler . İç kanülü çıkarmak ilaç verimini % 30 arttırır.

GİRİŞİMSEL PULMONOLOG BAKIŞ AÇISIYLA PLEVRA

Komplike Parapnömonik Efüzyon

Dr. Deniz Köksal
Hacettepe Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Bakteriyel pnömoniye eşlik eden plevral efüzyona parapnömonik efüzyon (PPE) denir. PPE'ler, komplike olmamış PPE, komplike PPE ve ampiyem olarak üç grupta toplanır. PPE bakteriyel pnömonilerin %40'ında gelişmektir. Ancak bunların birçoğu uygun antibiyotik tedavi ile düzelir. PPE gelişen olguların %5-10'unda sıvı komplike olur veya ampiyem gelişir. Yani pnömonisi olan bir hastada ampiyem gelişme olasılığı %2-5'dir. Komplike PPE'de torasentezle alınan sıvı bulanık görünümdedir. Biyokimyasal özelliklerinde pH<7,20, Glukoz<60mg/dL, LDH>1000 U/L; mikroskopik incelemede bol nötrofil; mikrobiyolojik olarak gram yayma veya kültürde pozitiflik saptanabilir. Ampiyemde ise torasentezle püy aspire edilir.

Komplike PPE ve ampiyem benzer şekilde tedavi edilir. Her ikisinde de sadece antibiyotik yeterli olmaz ve sıvının invazif yöntemlerle drenajı gerekir. Tedavinin dört temel noktası uygun antibiyotik, kapalı drenaj, yeterli beslenme ve tromboproflaksidir. Antibiyotik tedavi altta yatan pnömoniye yönelik olmalıdır. Patojen sıklıkla toplum veya hastane kökenli pnömoniyi yapan patojenle aynıdır. Ancak ampiyemlerde sıklıkla çok sayıda patojen ve özellikle de anaerob bakteriler eşlik eder. Bu nedenle anaerob etkinliği olan geniş spektrumlu antibiyotikler ampirik olarak başlanır. Atipik bakteriler plevral infeksiyona neden olmazlar. Hastane kökenli infeksiyon varsa özellikle de iyatrojenik ise MRSA da spektrumda tutulmalıdır. Aminoglikozidler dışındaki tüm antibiyotikler plevral boşlukta etkilidir. Komplike PPE ve ampiyemli hastalarda prognozu öngörmeye yönelik yakın zamanda geliştirilen ve valide edilen RAPID (renal, age, purulence, infection source, dietary factors) skorlama sistemine göre, yüksek yaş, yüksek kan üre azotu, düşük albumin düzeyi, hastane kökenli infeksiyon ve pürülans olmaması kısa ve uzun dönemde kötü prognozla ilişkili bulunmuştur.

Ampiyem tedavisinde kapalı göğüs drenajı 1900'lerin başından beri yaygın olarak kullanılmaktadır. Klasik olarak kullanılan geniş çaplı göğüs tüplerinin yerini son yıllarda küçük çaplı kateterler almıştır. Yapılan çalışmalarda küçük ve büyük çaplı kateterler drenaj başarısı açısından karşılaştırıldığında mortalite ve cerrahi tedavi ihtiyacı her iki grup arasında benzer iken, ağrı küçük çaplı kateterlerde daha az olmuştur. Bu nedenle 10-14F çaplı bir kateterle drenaj yeterli olmaktadır. Tıkanıklıkları önlemek için 6 saatte bir 20-30cc SF ile irrigasyon önerilmektedir. Yapışıklıklar nedeniyle yeterince drenaj sağlanamayan hastalarda fibrinolitik ajanların intraplevral uygulanması tedavi başarısını artırmakta ve cerrahi girişim gereğini azaltmaktadır. Ancak fibrinolitiklerin rutin olarak kullanılmasını önerecek yeterli düzeyde kanıt yoktur, seçilmiş hastalarda uygulanabileceği belirtilmektedir. Ayrıca yine yeterince drenajın sağlanamadığı, ateş, lökositoz ve anoreksinin devam ettiği hastalarda, hastayı cerrahiye yönlendirmeden önce, fibrinolitik ajanlardan tPA, bir mukolitik ajan olan deoksiribonükleaz (DNAse) ile kombine edilerek intraplevral uygulanabilmektedir. Medikal torakoskopi deneyimli merkezlerde lokülasyonların giderilmesi ve görerek uygun bir şekilde göğüs tüpü yerleştirilmesi amaçlı kullanılabilir. Yaşlı, kırılgan, genel anestezi alamayacak hastalarda cerrahi tedavinin alternatifidir. Yakın zamanda plevral biyopsi kültürü ile infeksiyon etkeninin saptanma oranının arttığı gösterilmiştir ki bu durumda medikal torakoskopi tanıya da katkı sağlamaktadır. Erken dönemde uygulanan cerrahi torakoskopinin medikal tedaviye üstünlüğü gösterilememiştir.

KARDİYOPULMONER EGZERSİZ TESTİ (KPET) VE KALP YETMEZLİĞİ: Olgu Sunumu

Dr. Hızır Kurtel
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı- Spor Fizyolojisi Bilim Dalı

Yaşam, oksijen ve besinlerden zengin kanın hücrelere ulaştırılmasına bağlı olduğundan kalbin pompalama fonksiyonu ile doğrudan ilişkilidir. Kalp yetmezliği kalbin kan pompalama fonksiyonunun gerektiği gibi olmaması durumu diye tanımlanabilir. KPET egzersiz sırasında harcanan pik VO2, VCO2 ve VE yi ölçerek kalp yetmezliğinin derecelendirilmesinde ve hastanın prognozunun belirlenmesinde önemli bilgiler vermektedir. Kalp yetmezliği ve KPET uygulamalarında ; *egzersiz sırasında iskelet kas metabolizmasında değişiklikler, gaz değişiminde anormallikler, sağ kalımın tahmini, kalp yetmezliğinin derecelendirilmesi gibi başlıklar ön plana çıkmaktadır.*

OLGU:

36 y da erkek hasta. Boy:162 cm, Kilo 67 kg. Bilinen koroner arter hastalığı tanılı (31.03 2017 de anterior MI ve LAD percütan koroner girişim), bir ay önce göğüs ağrısı, nefes almakta güçlük şikayeti ile acile servise başvurmuş. Deprese sol ventrikül sistolik fonksiyonu EF:%40-45, segmenter hareket kusuru, mitral yetmezlik, anterior duvar orta seviyede hipokinetik, apeks ileri hipokinetik bulunmuş. Plavix (.75 mg), coraspin (100 mg), cipralex (10 mg) kullanıyor. Yürüme bandında hız ve eğimi 3 dakika (dak) periyodlarda artacak şekilde modifiye Bruce protokolü uygulanarak egzersiz testi yapıldı. Egzersiz süresi 11:40 dak, pik nabız: 153 vuru/dak (%83). Hasta testi göğüs ağrısı nedeniyle kendi isteği ile sonlandırdı. Hastanın pikVO2 si 22 ml/kg/dak (beklenenin %62 si), o sırada ölçülen RER: 1.16, VO2/KH: 10 ml, VEmaks 53.2 l/dak bulundu. V-slope metoduna göre belirlenen ventilatuar eşikte (anaerobik eşik) ölçülen oksijen tüketimi 16 ml/kg/dak (%38), RER değeri 1.02 ml bulundu.

Bulgular değerlendirildiğinde hastada hafif derecede aerobic yetersizlik bulunmuş (FAI değeri %27-40 arası), ventilatuar eşikte azalma (%40 altında) gözlenmiştir. Solunum rezervinin (MVV-VEmaks) ve anaerobik eşikteki ventilatuar eşitliklerinin (VE/VO2, VE/VCO2) normal sınırlarda bulunması hastanın aerobik kısıtlılığının dolaşımsal nedenlerden kaynaklandığını, kalp yetmezliğinin derecesinin başlangıç evrede olduğunu ve buna uyan bir prognoza sahip olduğunu göstermektedir.

HANGİSİ KULLANILMALI
YÜKSEK AKIMLI NAZAL KANUL ?
Noninvazif Mekanik Ventilasyon ?

Dr. Erdoğan Kunter
Özel İstanbul Medipol Hastanesi

Noninvasif Mekanik Ventilasyon (NIMV) solunumsal desteğin invazif bir suni havayolu olmadan üst solunum yolu kullanılarak verilmesi şeklinde tarif edilebilir. NIMV temel olarak entübe edilerek uygulanan invazif mekanik ventilasyonla aynı amaca hizmet ederken bir yandan hasta tarafından daha iyi tolere edilmekte bir taraftan da trakeal entübasyonun olası komplikasyonlarından kaçınmayı sağlamaktadır. İnvazif ventilasyonla karşılaştırıldığında nazokomiyal enfeksiyon riski ve ventilatörle ilişkili pnömoni riski azalmaktadır. NIMVdan beklenen başlıca faydalar; obstrüktif akciğer hastalıklarında alveolar ventilasyonun devamını sağlayarak pulmoner gaz değişimini normalleştirmek, intrensek PEEP ile mücadele etmek, kollabe olmuş alveolleri yeniden havalandırmak, solunum kaslarını destekleyerek solunum işini azaltmak ve restriktif akciğer hastalıklarında yeterli tidal volümü garanti etmek olarak özetlenebilir. Diğer taraftan akciğer ödeminde ve konjestif kalp yetmezliğinde transmural basınç artışıyla ilişkili olarak sol ventrikülün önündeki afterloadun azalması nedeniyle kardiyak output artmaktadır.

Hiperkapnik solunum yetmezliğinde, NIMV ile yaklaşık olarak arteriyal kan pH değerinde 0.06 artış, PaCO2 değerinde 9 mmHg düşüş, PaO2 değerinde 8 mmHg artış bildirilmektedir.
NIMV akut hipoksemik solunum yetmezliğinde de oksijenizasyonu arttırmakta, solunum işini azaltarak dispneyi azaltmaktadır. Ancak akut hipoksemik solunum yetmezliği hastalarında NIMV başarısızlığı oranları obstrüktif hiperkapnik hastalara göre daha yüksek olduğundan uygun hasta seçimi ve hastanın yakından moniterize edilerek NIMV başarısızlığı halinde hızla entübasyonu çok önemlidir.

Yüksek akımlı nazal kanul (YANK) tedavisinde ise temel amaç ciddi nonhiperkapnik hipoksemik solunum yetmezliği hastalarında olabildiğince yüksek FiO_2 düzeyleri sağlamaktır. YANK ile FiO2, %21-100 arasında ayarlanabilmektedir. Bazı durumlarda NIMV alternatifi olarak veya NIMV tedavisine ara verildiği süre içinde YANK uygulanabilir ancak uygun hasta seçiminde ventilasyon ihtiyaç düzeyi, PEEP ihtiyaç düzeyi, hastanın NIMV maskesini tolere edebilmesi gibi faktörler dikkate alınır. Örneğin orta-ciddi ARDS tablosunda yeterli PEEP sağlanması YANK ile kolay değildir. Benzer şekilde hipoventilasyon nedeniyle gelişen hiperkapnik solunum yetmezliğinde de solunum işini NIMV kadar azaltamaz ve etkili olması beklenmez. Düşük akımlı nazal kanul ile yeterli oksijenizasyon sağlanan hastalarda veya entübasyon endikasyonu bulunan hastalarda da YANK kullanımının yeri yoktur. YANK tedavisinin mortalite, entübasyon oranları ve hastanede yatış süresi üzerine olan etkileri net olarak ortaya konmamıştır.

YOĞUN BAKIMDA SOLUNUM KAS EĞİTİMİ

Dr. Gökşen Kuran Aslan
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Yoğun bakım (YB) hastalarında solunum kas zayıflığı sık görülen bir sorundur. Mekanik ventilasyon (MV), periferik kas zayıflığı, metabolik bozukluklar, farmakolojik tedaviler, sepsis ve organ yetmezliği olan hastalarda gelişen nöromusküler anomaliler ve asidoz solunum kas zayıflığına yol açabilmektedir. Solunum kas zayıflığı, sorun yaratma potansiyeli bulunan KOAH gibi hastalıklardan bağımsız olarak MV süresinin uzamasına ve MV'den ayrılmada başarısızlığa neden olabilmektedir.

Solunum kas zayıflığı olan kişilerde solunum kas eğitimi, diğer egzersiz yaklaşımları ile birlikte kullanıldığında olumlu etkilerinin gösterildiği bir fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımıdır. Solunum kas eğitimi, kronik solunum hastalıklarında, solunum kaslarının kuvvet ve enduransını artırmak, uzunluk gerilim ilişkisini düzeltmek ve solunum kapasitesini artırmak amacı ile iskelet kaslarının eğitim prensipleri kullanılarak uygulanır. İnspiratuar ve ekspiratuar kas eğitimi olarak uygulanabilmektedir. Yoğun bakım hastalarında, inspiratuar kas eğitimine yer verilmektedir. İnspiratuar kas eğitimi, yetişkin kritik hastalarda solunum kas kuvvetinde artış sağlayan, uygulanabilir ve tolere edilebilir bir programdır.

İnspiratuar kas eğitimi için öncelikle kas kuvvetinin değerlendirilmesi gerekir. YB'da inspiratuar kas kuvveti çoğunlukla vital kapasite ve maksimum inspiratuar basınç (MİP) ölçümü ile değerlendirilir. İnspiratuar kas eğitimi (İKE), diyafragma ve diğer yardımcı inspiratuar kasların kuvvet ve enduransını arttırmak için belirlenen bir yük, frekans ve sürede eşik ya da direnç yükleme ile yapılmaktadır. Fakat standart bir protokol literatürde yer almamaktadır. Ventilasyona bağlı hastalarda ve ventilasyondan yeni ayrılmış hastalarda uygulanan inspiratuar kas eğitiminin etkilerini inceleyen güncel bir derlemede, inspiratuar kas eğitiminin özellikle 7 gün veya daha fazla mekanik ventilasyona bağlı hastalarda inspiratuar kas kuvveti ve yaşam kalitesini arttırdığı, mekanik ventilasyondan ayrılmayı kolaylaştırdığı bildirilmiştir. YB'da mekanik ventilasyondan ayrılan hastalara verilen inspiratuar kas eğitimi çalışmalarının incelendiği bir sistematik derlemede, İKE'nin MİP ölçümlerindeki artışın yanı sıra mekanik ventilasyondan ayrılma başarısını arttırdığı ve ekstübasyon sonrası mekanik ventilasyon ihtiyacını azalttığı da gösterilmiştir. Uygulanan tedavi protokolleri arasında farklılıklar yer almaktadır. MİP değerlerinin %20'si, %30'u, %40 veya %50'sinde başlatılan, toplam süresi 5-30 dakika arası değişen ya da 3-6 set 6-10 tekrarlı tedavi seanslarına yer verilmiştir. Eğitim seanslarında kardiyorespiratuar değişiklikler olduğu belirtilmiştir.
İnspiratuar kas eğitiminin, YB'deki trakeostomili hastalardaki etkilerinin incelendiği bir çalışmada; 10 tekrar 3 set, günde 2 kez,

MİP değerinin %30'unda başlatılan ve her eğitim günü %10 arttırılarak verilen programın sonuçlarına bakıldığında MİP değerlerinde artış ve mekanik ventilasyondan ayrılma süresinde azalma sağladığı bildirilmiştir. Kronik hastalığı olan ve mekanik ventilasyona bağlı hastalarda İKE'nin programa dahil edilmesi doğru değerlendirme ve uygulama, doğru hasta seçimi, yeterli yük ve seans süresi ile mekanik ventilasyondan ayrılmadaki zorlukları azaltmaktadır. İKE'nin klinik ve fonksiyonel duruma, yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 2013; Vol 188, Iss. 8, Oct 15, e13-e64.
2. Magalhães PAF, Camillo CA, Langer D, Andrade LB, Duarte MDCMB, Gosselink R. Weaning failure and respiratory muscle function: What has been done and what can be improved? Respir Med. 2018 Jan;134:54-61.
3. Moxham J, Goldstone J. Assessment of respiratory muscle strength in the intensive care unit. Eur Respir J. 1994 Nov;7(11):2057-61.
4. Vorona, S., Sabatini, U., Al-Maqbali, S., Bertoni- M., Dres M., Bissett B et al. Inspiratory muscle rehabilitation in critically Ill adults: a systematic review and meta-analysis. Ann Am Thorac Soc. 2018 Jun;15(6):735-744.
5. Bissett B, Leditschke IA, Green M, Marzano V, Collins S, Van Haren F. Inspiratory muscle training for intensive care patients: A multidisciplinary practical guide for clinicians. Aust Crit Care. 2018 Jul 11. pii: S1036-7314(17)30385-5.
6. Elkins, M., Dentice, R . Inspiratory muscle training facilitates weaning from mechanical ventilation among patients in the intensive care unit: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 2015 *61*(3), 125-134.).
7. Tonella RM, Ratti LDSR, Delazari LEB, Junior CF, Da Silva PL, Herran ARDS, et al. Inspiratory Muscle Training in the Intensive Care Unit: A New Perspective.J Clin Med Res. 2017 Nov;9(11):929-934.

TİMUS CERRAHİSİ

Dr. Ali Cevat Kutluk
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Yetişkinde timus üst mediastende yerleşir. Bez puberteye kadar büyümeye devam eder ve ortalama 30-40 gr ağırlığına ulaşır. Adölesan dönemde bez involusyona uğrar ve ağırlığı 5-25 gr arasında değişir Genellikle puberte sonrası regresyona uğradığı için timusun biloblu yapısını ayırt etmek mümkün olmaz, Timik doku %44.4 oranında anterior mediastinal yağlı dokuda, %7.4 oranında retrokarinal yağlı dokuda saptanır.

Timik Lezyonlar

Timik Kist

Timik Hiperplazi

Epitelial Hücre Tümörleri (Timomalar); Müller-Hermelink ve ark. ise timomaları epitelyal hücrelerin orijinlerine ve immunohistokimyasal çalışma sonuçlarına göre gruplamışlardır1.Medüller timoma 2. Miks timoma 3. Organoid timoma 4. Kortikal timoma 5. İyi diferansiye timik karsinoma

Dünya sağlık örgütü, 1999 yılında timik epitelyal tümörleri histolojik olarak yeniden sınıflamıştır

1. Tip A Timoma (medüller). 2. Tip AB Timoma: (miks). 3. Tip B1 Timoma: (organoid). 4. Tip B2 Timoma: (kortikal). 5. Tip B3 Timoma: (epitelyal). 6. Tip C Timoma: (timik karsinoma)

Günümüzde **Modifiye Masaoka evreleme sistemi yaygın olarak** kullanılmaktadır.

Evre I: Makroskopik olarak kapsüllü tümör, mikroskopik kapsüler invazyonu yok.

Evre IIA: Çevre yağ doku veya mediastinal plevraya makroskopik invazyon.

Evre IIB: Kapsüle mikroskopik invazyon**.**

Evre III: Komşu organlara makroskopik invazyon (perikard, büyük damar, akciğer vs.).

Evre IVA: Plevral veya perikardiyal yayılım.

Evre IVB: Hematojen veya lenfojen metastaz. Regnard ve arkadaşları evre III olgularda sağ kalımın azalması nedeniyle evrelemeye rezeksiyon tipinin de eklenmesini önermişlerdir (16).

Başlıca Timektomide cerrahi yaklaşım seçenekleri; transsternal, transservikal ve video-assisted thoracic surgery (VATS)'dır.

Timus cerrahisinde temel prensip mediastinum eksplorasyonu, en-blok rezeksiyonun servikal kutup ve komşu mediastinal yağ dokusunu da içermesi, frenik sinirin korunması, intraplevral yayılımının engellenmesi olmalıdır.

Cerrahi teknik uygulaması sırasında timik diseksiyon aşaması ipsilateral akciğerde ventilasyon durdurulunca 5 mm'lik torakar yerleştirilmesi ile başlar. Torasik kaviteye girilir ve daha önce tarif edildiği gibi bölgeye 2 torakar yerleştirilir. Toraks boşluğunun genel değerlendirilmesi sonrasında uygun olan tüm yapılar ve işaret noktaları (timus bezi, frenik sinir, süperior vena kava, internal mammarian arter) belirlenir. Tüm anterior mediastinal dokular, timik dokular veya mediastinal yağlı dokular rutin olarak çıkartılır (2). Diseksiyon frenik sinir anteriorundan inferior ve posteriora doğru ilerletilir. Diseksiyon süperior vena kava innominant ven bileşkesine kadar taşınır. Bu diseksiyon 25 watt'lık hook elektrokoteri kullanılarak yapılır. Diseksiyon daha sonra sternumun posterior parçasına doğru internal mammarian arter çıkışına doğru ilerletilir. Diseksiyonun dönüş noktası perikardial yansıma noktasındadır ve diseksiyonun başlangıç noktasıyla birleştirilir.

Son yıllarda cerrahi yaklaşım açılan port sayısındaki azalmaya gidilerek daha minimal invaziz yaklaşımlarla değişiklik göstermektedir. Cerrahi teknikte genellikle. İlk 3 trokar ters üçgene yerleştirilmektedir. Üçgenin apeksi orta aksiller hatta 5. interkostal aralığa, 2. ve 3. torakarlar ters üçgenin tabanına denk gelecek şekilde yaklaşık olarak ön aksiller hatta 3. ve 6. interkostal aralığa yerleştirilir. Geçmişte Prosedürün ilerleyen safhalarında 4. torakar timik dokuyu germek amacıyla daha inferiora yerleştirilir. Timik dokunun retraksiyonu gerektiğinde 4. torakar orta aksiller hatta 7. interkostal aralığa yerleştirilir. Cerrahi teknikte genellikle 5 mm'lik delikli torakarlar kullanılabilmekte, Yeterli ışık, 5 mm'lik skopi ve rezolüsyon VATS yönteminin avantajlarıdır 30°'lik açılı skopinin kullanılması diseksiyon sırasında ekspojuru hızlandırır

SERVİSTE VE YOĞUN BAKIMDA GÖĞÜS HASTASINA REHABİLİTASYON

Dr. Erkan Lütuf
Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi

Pulmoner rehabilitasyon (PR), semptomatik ve sıklıkla günlük yaşam aktivitelerini azaltan kronik respiratuvar hastalığı olan hastalar için "kanıta dayalı, multidisipliner ve kapsamlı bir müdahale" olarak tanımlanmıştır. Uluslararası kılavuzlara göre, Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH) başta olmak üzere tüm kronik akciğer hastalıklarında önerilmektedir.

Pulmoner Rehabilitasyonun başlıca faydaları: egzersiz kapasitesinde artma, yaşam kalitesinde iyileşme, dispne algısında iyileşme, hastane ve yoğun bakımda yatış süresinde azalma, hastane başvurularında azalma, anksiyete ve depresyonda azalmadır. Yatan hastalar hem servis yatağında, hem de yoğun bakımda pulmoner rehabilitasyon uygulamalarından fayda görürler.

Uzun süreli immobilizasyona bağlı olarak hastalarda, özelliklede yoğun bakım hastalarında kas kaybı ve güçsüzlüğü, kondisyonsuzluk, ruh hali değişiklikleri, katabolizma artışı ve protein kaybı, toplam vücut suyu ve sodyumda bir azalma, enfeksiyonların eradike edilememesi, kemik demineralizasyonu, cilt yaraları, ödem ve konstipasyon gibi komplikasyonlara neden olur.

Bu yaklaşımın en önemli bileşenleri, egzersiz eğitimi başta olmak üzere, hasta ile ailesinin eğitimi, vücut kompozisyonunun değerlendirilmesi, besin desteği, psikososyal değerlendirme ile destek tedavilerdir. Yatan hastalarda mobilizasyon, solunum kas egzersizleri, genel kondüsyon egzersizleri, sekresyon mobilizasyon ve hava yolu temizleme teknikleri, kontrollü solunum teknikleri, relaksasyon egzersizi, enerji koruma yöntemleri, psikososyal destek, nütrisyonal destek, solunum kaslarını dinlendirme (Noninvaziv Mekanik Ventilasyon), hasta ve ailesinin eğitimi yapılmaktadır.

Egzersiz eğitimi öncesinde egzersizi sınırlayan kardiyovasküler, solunumsal, pulmoner dolaşım, diffüzyon, veya periferik kas limitasyonu gibi faktörler egzersiz testleri ile belirlenmelidir.

Serviste Yatan Hastalarda Pulmoner Rehabilitasyon:
Kronik solunum yetmezliği olan ve akut atak nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören hastalarda, hemodinamik stabilite sağlandığında ve rehabilitasyon uygulamalarına engel bir durumunun (tromboemboli, ağır pnömoni, hemoptizi, aritmi vb) olmadığından emin olunduktan sonra, yatıştan 48-72 saat sonra başlanabilir. Hastanın mevcut hastalığına ve komorbiditelerine göre her hastaya özel bir program reçete edilmelidir.
1.Mobilizasyon ve Pozisyon verme:
Hastanın yatakta aktif olarak dönmesi, yatak kenarında oturma, yatak kenarında ayağa kalkma, ayakta durma, koltuğa/sandalyeye transfer ve yürümesi teşvik edilmelidir. Bazı pozisyonlarda hastaların dispne hissi azalmaktadır. Hastadan hastaya değişebilen bu pozisyonlar, akciğer ekspansiyonunu artırarak gaz değişimini düzeltmeye yöneliktir. Otururken öne doğru eğilerek bir masa veya yastığa yaslanma, yüksek yatış veya yüksek yan yatış gibi pozisyonlar bunlara örnektir. Pozisyonlamanın hedefleri, akciğer hacimlerini ve gaz değişimini arttırmak, solunum işini azaltmak, mukosiliyer klirensi artırmak, kompresyona bağlı kardiyak stresi azaltmak, yer çekimi gücünü kullanarak vücut sıvısının dağılımını dengelemek şeklinde sıralanabilir.
2. *Sekresyon mobilizasyonu ve temizliği:Perküsyon¸* akciğerin etkilenmiş bölgesinde göğüs duvarı üzerine kubbe şekli verilmiş elle ritmik vuruşların uygulanmasıdır. *Vibrasyon¸* aynı bölgeye ekspirasyon fazı sırasında elle vibrasyon yada kompresyon uygulanmasıdır. Bu manevraların ardından hasta öksürmeye teşvik edilerek sekresyonlar uzaklaştırılır.
3.Solunum kas egzersizleri: Diyafragma solunumu, büzük dudak solunumu, İntensif spirometre (Triflo,Threshold İMT vb.), segmental solunum egzersizleri.
4. Periferik kas egzersizleri: Yatakta pedal çevirme, There-Band egzersizleri ve yürüme
5. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon: Rehabilitasyonda entübasyondan kaçınmak amacıyla, solunum yetmezliği olan hastalarda kullanılır. Akut kardiyojenik pulmoner ödemde entübasyon ihtiyacını azaltabilir, torakotomi sonrası solunumun desteklenmesi ve atelektazinin tedavisinde etkilidir.
6. Nöromüsküler elektrik stimülasyonu (NMES): Motor sinirlere düşük voltajlı uyarı vererek, kasın kasılmasını sağlar. NMES, kendiliğinden hareket edemeyen ve kas-iskelet sistemi bozukluğu riski yüksek olan hastalarda kullanılmalıdır.

Yoğun bakım Hastasında Pulmoner Rehabilitasyon

Son yıllarda yoğun bakım ve mekanik ventilasyon (MV) alanındaki gelişmeler kritik hastalarda sağ kalımı arttırmıştır. Bununla birlikte uzamış MV gerektiren hastalar, altta yatan hastalığın yol açtığı solunum yetmezliği ve ilaçların yan etkileri nedeniyle immobildirler. Yoğun bakım ekibi tüm dikkatini hastanın hayati durumuna yönelttiği için, fizyolojik ve fonksiyonel işlevlerin değerlendirilmesinde yetersiz kalınmaktadır. Bununla birlikte sağ kalım artıkça nöromüsküler zayıflık dahil olmak üzere, kritik hastalığın sekellerini önleme konusuna odaklanılmaya başlanmıştır. Yoğun bakım ünitesinde edinilmiş güçsüzlüğü olan hastalarda diyafram disfonksiyonu sık görülür. Kontrollü mekanik ventilasyon (CMV), derin bir diyafram kas disfonksiyonuna ve atrofiye neden olmaktadır. Hayvanlarda yapılan çalışmada, mekanik ventilasyon altındayken spontan solunumun sürdürülmesi ile diyafram disfonksiyonunun hafiflediği gösterilmiştir. Buna göre, ilk koruyucu görev, mekanik ventilasyona maruz kalan hastalarda spontan inspiratuar çabayı desteklemek olabilir.

Yoğun bakım ünitelerinde yatan kritik hastalarda hastalık yükünün ve agresif medikal tedavinin derecesine göre, farklı düzeylerde kognitif ve psikiyatrik bozukluklar olabileceğini gösteren çalışmalar vardır. Kritik hastalıkların sonrasında, hayatta kalanların %25'inde kognitif bozukluğun meydana geldiği bildirilmiştir. Yoğun bakım ünitesinde kritik hastalıktan kurtulanlar arasında, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklar yaygın olarak görülmektedir . Uygun hastalarda, rehabilitasyon amaçlı yapılan fiziksel egzersizlerin, fiziksel fonksiyonları düzeltmenin yanı sıra, kognitif bozukluğu ve psikiyatrik morbiditeyi azalttığı gösterilmiştir.

Yoğun bakım hastaları için erken mobilizasyon tedavisi konusu, çoğu yoğun bakım ünitesi personeli için yeni bir kavramdır. Ne yazık ki erken mobilizasyon için personel gereksimini savunmada kullanılabilecek az sayıda yayınlanmış çalışma bulunmaktadır**.** Yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon uygulanan hastaların erken mobilizasyonunun güvenlik, fizibilite ve faydalarını destekleyen araştırma sayısı gittikçe artmaktadır. Erken mobilizasyonun bildirilen yararları arasında, yoğun bakımla ilişkili güçsüzlükte düzelme, hastaneden taburculukta daha iyi yürüme mesafesi, yoğun bakım ünitesinde ve hastanede kalış süresinin azalması yer almaktadır. Aynı zamanda bu yaklaşım atelektazi, alt solunum yolu enfeksiyonu ve pnömoni insidansını azaltır. Fiziksel egzersiz sayesinde venöz dönüşte artış ve beraberinde kas perfüzyonunda iyileşme sağlanmış olur. Spesifik kas eğitimi, venöz staz ve derin ven trombozu riskini azaltırken, endotrakeal entübasyon ve hastanede kalış süresini kısaltabilir.

Yoğun bakım ünitesi hastasında pulmoner rehabilitasyonun hedefleri:

1-Yatak istirahati komplikasyonlarını ve hastaların ventilatör bağımlılığını azaltmak için geliştirilmiş maliyet-etkili tedavi araçlarını uygulamak,
2-Zor weaning ve ventilatör bağımlılığı riskini azaltmak,
3-Yoğun bakım ve hastanede kalış süresinin kısaltılmak,
4-Yeniden yatışlara ihtiyaç duyulmasını önlemek,
5-Uzun vadeli olarak solunum fonksiyonlarında düzelme sağlamak.

Kritik hastalarda uygulanacak fizyoterapiden önce yapılan hasta değerlendirilmesi, tıbbi tanı ile daha az ilişkili olup, daha çok fizyolojik ve fonksiyonel düzeydeki eksiklikler ile ilişkilidir. Hastanın yoğun bakıma kabulünden 24-48 saat sonra, sorumlu doktorun bilgisi doğrultusunda ayrıntılı bir değerlendirme yapılmalıdır. Yoğun bakım hastasının durumu günden güne ve hatta saatler içerisinde bile değişkenlik gösterebildiği için, her mobilizasyon uygulaması öncesinde vital bulgular mutlaka değerlendirilmelidir. Yoğun bakım hastasında edinilmiş kas gücü zayıflığını değerlendirmek için; yatak başı klinik muayene, Richmond ajitasyon-sedasyon skoru, Glasgow koma skoru ve Konfüzyon Değerlendirme Metodu, manuel kas testi, kavrama gücü testi, CT taraması gibi görüntüleme çalışmaları, Elektrofizyolojik test kullanılabilir.

Yoğun Bakım Ünitesinde Pulmoner Rehabilitasyon Uygulamaları: Postür/Pozisyon verme, mobilizasyon, manüel/ventilatör hiperinflasyon, sekresyon temizliği (Postüral drenaj /öksürtme),solunum kas egzersizleri, Nöromüsküler elektrik stimülasyonu (NMES), Non invaziv mekanik ventilasyon (NIMV),Weaning süreci.

İmmobilizasyonun vücut sistemi üzerindeki çok sayıda zararlı etkisinin olduğu bilinmektedir. Buna rağmen, YBÜ kritik düzeydeki hastaların harekete geçirilmesi için karmaşık ve zor bir ortamdır. Yaşamı sürdüren çok sayıdaki enstrüman (damar yolları, yaşam destekleyici monitörler, devreler ve çok sayıda merkezi kateter vb), ajitasyonu yatıştırmak veya enerji harcamasını azaltmak için kullanılan sedatif ilaçlar, uyanıklık derecesini etkileyen uyku bozukluğu, elektrolit dengesizlikleri ve kararsız hemodinamik durumdan kaynaklanan tüm nedenler mobilizasyonu sınırlayan faktörlerdir. Yoğun bakım ünitesinde, rehabilitasyona başlama kriterleri ve hasta güvenliğine yönelik tedbirlere dikkat edilmelidir. Bunun için merkezlerin, güvenlikle ilgili kılavuzları ve/veya tarama protokollerini kullanması önerilmektedir.

Nutrisyon Desteği

Pulmoner rehabilitasyonun önemli bir bileşeni de nutrisyon değerlendirmesi ve ihtitacı olan hastalarda destek uygulanmasıdır. Çalışmalar, hastanede yatırılarak takip edilen hastalarda malnütrisyon gelişimi riskinin %50'ye kadar çıkabileceğini göstermektedir. Kritik hastaların çoğunda görülen hiperkatabolizma nedeniyle vücut enerji ve protein depolarında hızlı kayıplar görülebilmektedir. Hastaya zamanında ve yeterli miktarda nütrisyon desteği sağlanmazsa enerji ve protein açığı da ortaya çıkabilmektedir. Malnütrisyon kas gücünü ve immün sistemi zayıflatarak, doku ve yara iyileşmesini geciktirerek hastanede kalış süresini uzatmakta, komplikasyonları, maliyeti ve mortaliteyi arttırmaktadır. Beslenme, hastanın iyileşmesi için bu kadar önemli bir faktör iken çoğu zaman invaziv girişimler yüzünden kesintiye uğramakta veya dikkatten kaçmaktadır. Beslenme desteği mümkün olan en kısa zamanda başlanmalıdır. Yoğun bakımda, mümkünse ilk resüsitasyon girişimleri tamamlandıktan ve hastanın genel durumunun dengeli bir hale getirilmesinden hemen sonra başlanmalıdır. Beslenme desteği verilirken enteral yol tercih edilmelidir. Hastanın gastrointestinal sistem fonksiyonu yeterli olduğunda tercih edilen ilk yöntemdir Enteral beslenmeye başlamak için bağırsak seslerinin veya gaita çıkışının olmasına gerek yoktur, Enteral beslenme, bağırsak mukoza bütünlüğünü ve fonksiyonunu, safra sekresyonunu, sekretuvar immün lobülin A salınımını ve bağırsak lenfoid dokusunu koruyan; splenik kan akımını artıran; travmaya karşı katabolik cevabı azaltan; bakteriyel translokasyonu ve septik komplikasyonları önleyen ve stres ülser gelişimini engelleyen uygulanması güvenli, kolay ve ucuz bir beslenme yöntemidir.

İNHALASYON TEDAVİSİNDE FARMAKOEKONOMİ

ASTIM VE KOAH 'TA İNHALER TEDAVİ UYUMSUZLUĞUNUN EKONOMİK YÜKÜ

Simten Malhan
Başkent Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Ülkemiz için önemli bir hastalık yükü olan KOAH ve astım aynı zamanda önemli bir ekonomik yüktür. Her iki hastalık için de Türkiye'de tanı almış hastaların sadece %46'sı tedavi almaktadır. Tedavi alan hastalarda ise tedaviye uyumsuzluk maliyetleri gündeme gelmektedir. Ancak bugüne kadar bu konu ile ilgili herhangi bir maliyet çalışması bulunmamakta ve bu çalışmada hem astım hem de KOAH hastalığının tedavisinde kullanılan inhaler tedavilere olan uyumsuzluğun getirdiği ekonomik yük tespit edilmeye çalışılmaktadır.

KOAH ve astım için aşağıdan yukarıya maliyetlendirme, hastalık maliyeti metodolojisi kullanılarak hesaplanmıştır (1). Sadece direkt maliyetlere odaklanılmış ve hesaplamalar SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) perspektifinden tespit edilmiştir. Direkt maliyetler için hastanın ihtiyacı olan tüm medikal harcamalar dikkate alınmıştır. Ayaktan tedaviler, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri, yatışlar ve yatış esnasında gerçekleşen müdahaleler, ilaç maliyetleri ve komorbid hastalıklara ait maliyetler hesaplamalara dahil edilmiştir. Hesaplamalar sırasında SUT kuralları dikkate alınmış, eğer paket içerisinde kalan tetkik veya müdahale var ise ayrıca ücretlendirilmemiş ancak SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) kuralları gereği ücrelendirilebilecek müdahaleler listesinde bulunuyorsa hesaplamalara eklenmiştir (2). Direkt maliyetler hesaplanırken yıllık sağlık kaynağı miktarı, sağlık kaynağını kullanan hasta oranı ve sağlık kaynağının kaç kez kullanıldığına dair bilgiler astım için araştırmaya katılan 8 kliniklerden gelen verilerin ortalaması ile, KOAH için ise literatürden gelen verilerle oluşturulmuştur (3,4). İlaç maliyetleri için geri ödemede varolan tüm ilaçların pozolojilerine göre ortalama alınarak devlete olan maliyeti hesaplanmıştır. Komorbid hastalıkların tedavisi için ise klinik kılavuzlar takip edilerek sağlık kaynağı kullanımı hesaplamalara dahil edilmiştir. Hasta başı maliyetler belirlendikten sonra inhaler uyumsuzluğu olan hastalarda gelişen alevlenme oranı literatürden tespit edilerek hesaplamalara eklenmiştir (5,6,7). Hasta başı maliyetler Türkiye'deki astım ve KOAH prevelans verileri üzerinden genellenmiştir.

Ağır astım hastalığının maliyetinin hesaplanması için gerekli olan veriler sekiz klinikten elde edilmiştir. Ortalama yıllık ağır astımlı hasta başı maliyet 8.769 TL olarak hesaplanmıştır. Toplam poliklinik maliyeti 937,2 TL, test maliyeti 244,5 TL, yatış ve müdahale maliyeti 3.429 TL, ilaç maliyeti 2.167,6 TL, komorbid maliyeti 1.991,4 TL'dır. Hasta başı ortalama yıllık atak maliyeti ise 2.695 TL'dır. Alevlenmede en yüksek maliyet kalemini yatış ve müdahale maliyeti oluşturmaktadır (%69). Ağır astımlı hastaların tedavi uyumsuzluğu durumunda maliyet yılda hasta başına 5.584 TL daha artarak, ortalama tedavi maliyeti 14.353 TL olarak tespit edilmiştir.

KOAH hastalığının maliyetinin hesaplanması için gerekli veriler Malhan ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan çalışmadan alınmış olup, tüm veriler 2018 SUT gereğince güncellenmiştir. İlaç maliyetleri için geri ödemeye yeni giren ilaçlar tespit edilerek pozolojileri doğrultusunda ortalamalara katılmıştır. İzlemde olan hasta, alevlenme ve taburculuk sonrası tedavileri dikkate alınmıştır. Poliklinik maliyeti ortalama hasta başı yıllık 412,93 TL, test maliyeti 225,52 TL, yatış ve müdahale maliyeti 3.842,87 TL, ilaç maliyeti 2.291,72 TL ve komorbid maliyeti 3.840,43 TL olup, ortalama KOAH hasta başı maliyet yıllık 10.613 TL olarak tespit edilmiştir. Tedaviye uyumsuzluk ile maliyetin %14.4 oranında artacağı belirlenerek, farkın 1.539 TL olacağı hesaplanmıştır (8). Böylece yılda ortalama hasta başı tedavi maliyeti 12.153 TL'ya çıkmıştır.

Sağlık Bakanlığı ve TÜİK verileri 19 yaş üstü popülasyonda KOAH prevalansını %5 olarak vermektedir. Yine aynı kaynaklara göre hastaların %46'sı ilaç tedavisi almaktadır (9,10). Böylece toplam ilaç kullanan KOAH'lı hasta sayısı 1.298.000 olarak belirlenmiştir. Bu hastaların yanlış inhaler kullanma oranı ise (%50) olarak belirlenmiştir (11). Uyumsuzluk oranları ve nüfus artış hızı dikkate alınarak 2018 ile 2022 arasındaki 5 yıllık süreyi kapsayan bir projeksiyon yapılmıştır. Bu rakamlar üzerinden, KOAH hastalarında 5 yıllık toplam ortalama tedavi maliyeti 13 milyar TL, tedavi uyumsuzluğunun ortalama ek maliyeti ise 5 milyar TL olarak bulunmuştur. Ağır astımlı hastalarda, inhaler tedaviye uyumsuzluk ile 5 yıl için hesaplanan ekonomik kayıp ortalama 1 milyar TL olarak hesaplanmıştır.

Astım ve KOAH'da inhaler tedavi uyumsuzluğunun getirdiği ek maliyet ülkemiz için oldukça önemli bir ekonomik kayıba neden olmakta ve hasta eğitimi için yapılacak harcamaların, önemli oranda maliyet-etkin bir uygulama olacağı ortaya çıkmaktadır.

Kaynaklar

1. Cowley P, Bodabilla L, Musgrove P, Saxenian H. "Content and Financing of an Essential National Package of Health Services, Global Assessments in the Health Sector", World Health Organization, 1994: 171-181
2. Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Uygulama Tebliği, 21.03.2018
3. Bavbek S, Malhan S, Erdinç M, et al. Türkiye'de ağır astım hastalığının ekonomik yükü. XXIII. Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Kongresi 2016.
4. Malhan S, Polatlı M, Öztürk C, et al. COPD Audit Group, Turkey. Economic Burden Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease In Turkey: A Payer perspective. ISpOR 16th Annual European Congress/2 to 6 November 2013, Dublin.
5. Özdemir S, Özgüçlü "Astımlı Hastalarda Tedavi Uyumsuzluğu Sıklığı ve Nedenleri" İzmir Göğüs Hstalıkları Dergisi, Cilt XXXI Sayı 3, 2017
6. Akkale T "Astımlı Hastalarda İlç Uyumunun Astım Kontrolü, Havayolu İnflamasyonu ve Ataklar Üzerine Etkisi" Gaz, Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2014
7. Corrado A, Renda T, Polese G, Rossi A, SERENA/AIPO Study Group "Assesment of asthma control : The SERENA study" Respiratory Medicine (2013) 107, 1659-1666
8. Kim JA, Lim MK, Kim K, Park J, Rhee CK.Adherence to Inhaled Medications and its Effect on Healthcare Utilization and Costs Among High-Grade Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients. Clin Drug Investig. 2018 Apr;38(4):333-340.
9. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara, 2013
10. www.tuik.gov.tr
11. WHO. Adherence to long-term therapies: Meeting report (10 July 2008).

ASTIM VE KOAH 'TA İNHALER TEDAVİ UYUMSUZLUĞUNUN EKONOMİK YÜKÜ

Simten Malhan
Başkent Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Giriş: Ülkemiz için önemli bir hastalık yükü olan KOAH ve astım aynı zamanda önemli bir ekonomik yüktür. Her iki hastalık için de Türkiye'de tanı almış hastaların sadece %46'sı tedavi almaktadır. Tedavi alan hastalarda ise tedaviye uyumsuzluk maliyetleri gündeme gelmektedir. Ancak bugüne kadar bu konu ile ilgili herhangi bir maliyet çalışması bulunmamakta ve bu çalışmada hem astım hem de KOAH hastalığının tedavisinde kullanılan inhaler tedavilere olan uyumsuzluğun getirdiği ekonomik yük tespit edilmeye çalışılmaktadır.

Gereçler ve Yöntem: KOAH ve astım için aşağıdan yukarıya maliyetlendirme, hastalık maliyeti metodolojisi kullanılarak hesaplanmıştır. Sadece direkt maliyetlere odaklanılmış ve hesaplamalar SGK perspektifinden tespit edilmiştir. Hasta başı maliyetler belirlendikten sonra prevelans verileri üzerinden genelleme yapılmıştır.

Bulgular: Ağır astım hastalığının maliyetinin hesaplanması için gerekli olan veriler sekiz klinikten elde edilmiştir. Ortalama yıllık ağır astımlı hasta başı maliyet 8.769 TL olarak hesaplanmıştır. Hasta başı ortalama yıllık atak maliyeti ise 2.695 TL'dır. Ağır astımlı hastaların tedavi uyumsuzluğu durumunda maliyet yılda hasta başına 5.584 TL daha artarak, ortalama tedavi maliyeti 14.353 TL olarak tespit edilmiştir.

KOAH hastalığının maliyetinin hesaplanması için gerekli veriler literatürden alındıktan sonra uzmanlardan tarafından valide edilmiştir. Ortalama KOAH hasta başı maliyet yıllık 10.613 TL'dır. Tedaviye uyumsuzluk ile maliyetin %14.4 oranında artacağı belirlenerek, farkın 1.539 TL olacağı hesaplanmıştır. Böylece yılda ortalama hasta başı tedavi maliyeti 12.153 TL'ya çıkmıştır.

Sonuç: Sağlık Bakanlığı ve TÜİK verileri 19 yaş üstü popülasyonda KOAH prevalansını %5 olarak vermektedir. Yine aynı kaynaklara göre hastaların %46'sı ilaç tedavisi almaktadır. Böylece toplam ilaç kullanan KOAH'lı hasta sayısı 1.298.000 olarak belirlenmiştir. Bu hasta yükü dikkate alınarak 2018 ile 2022 arasındaki 5 yıllık süreyi kapsayan bir projeksiyon yapılmıştır. Ülkemize ait verilerden, astım ve KOAH hastalarında inhaler tedavi uyumsuzluğunu ortalama %50 alarak dikkate alınmıştır. Bu rakamlar üzerinden, KOAH hastalarında 5 yıllık toplam ortalama tedavi maliyeti 13 milyar TL, tedavi uyumsuzluğunun ortalama ek maliyeti ise 5 milyar TL olarak bulunmuştur. Ağır astımlı hastalarda, inhaler tedaviye uyumsuzluk ile 5 yıl için hesaplanan ekonomik kayıp ortalama 1 milyar TL olarak hesaplanmıştır.

Tartışma: Astım ve KOAH'da inhaler tedavi uyumsuzluğunun getirdiği ek maliyet ülkemiz için oldukça önemli bir ekonomik kayıba neden olmakta ve hasta eğitimi için yapılacak harcamaların, önemli oranda maliyet-etkin bir uygulama olacağı ortaya çıkmaktadır.

TÜTÜNLE MÜCADELESİNDE HEKİM VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ROLÜ

Dr. Kamile Marakoğlu
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tütün kullanımı tüm dünya ülkeleri için en önemli ve önlenebilir halk sağlığı sorunudur. Türkiye tütün üretiminde ve tüketiminde başta gelen ülkeler arasında bulunmaktadır. Dünyada tütün tüketim sıklığı yüksek olan ülkeler listesinde, Türkiye ilk 10 ülke arasında yer almaktadır. Türkiye'de 2008 yılı itibarı ile yaklaşık 4 milyon kadın ve 12 milyon erkek olmak üzere toplam yaklaşık 16 milyon kişi sigara içmektedir ve buna bağlı olarak her yıl yaklaşık 100 bin kişinin hayatını kaybettiği tahmin edilmekte olup bu sayının 2030 yılında 240 bine ulaşacağı öngörülmektedir. Türkiye'de erişkinlerde sigara içme prevalansı, PİAR çalışmasına göre 1998'de erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3 olup, 2003 yılı ulusal hastalık yükü çalışmasına göre 18 yaş üstü erkeklerde sigara içme sıklığı %51 olarak bulunmuştur. Ülkemizde 2008 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTAR) göre 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %31,2'si; erkeklerin %47,9'u, kadınların %15,2'si sigara ve tütün kullanmaktadır. 2012 KYTAR sonucuna göre ise 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %27,1'i; erkeklerin %41,5'i, kadınların %13,1'i sigara ve tütün kullanmaktadır. Yine 2012 KYTAR verilerine göre tütün ürünü kullananlar içinde % 23,8'lik bölüm her gün tütün kullanmaktadır. Erkeklerin %37,3'ü, kadınların ise %10,7'si her gün tütün kullanmaktadır.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından 2008 yılında DSÖ, ABD Hastalıkları kontrol ve koruma merkezi ve sağlık bakanlığı işbirliği ile yapılan çalışmada, sigara kullanım sıklığı pratisyen doktorlarda %30,5 uzman doktorlarda %22,1 hemşire ve ebelerde %29,5 ve sağlık teknisyenlerinde ise %33,8 olarak tespit edilmiştir. Yine HASUDER tarafından 2012 yılında DSÖ, ABD Hastalıkları kontrol ve koruma merkezi ve sağlık bakanlığı işbirliği ile yapılan çalışmada, sigara kullanım sıklığı pratisyen doktorlarda %23,9 uzman doktorlarda %12,7 hemşire ve ebelerde %21,9 ve sağlık teknisyenlerinde ise %23,5 olarak hesaplanmıştır. 2012 verileri 2008 verileri ile karşılaştırıldığında Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığının belirgin azaldığı görülmüştür. Ancak 2017-2018 Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi tıp fakültesi öğretim üyesi ve araştırma görevlilerinde sigara ve tütün kullanım oranları %23.2, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarında ise %38 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda sigara kullanımı ayrı değerlendirildiğinde; tıp fakültesi öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinde sigara içme sıklığının %17,9, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarında %35,4 olması sağlık çalışanlarında sigara kullanma sıklığının azalma göstermediğini ve önemli bir sorun olarak devam ettiğini göstermektedir. Tıp Fakültesi öğrencilerinde birinci sınıfta sigara içme sıklıklarının yaklaşık %10'larda olması ve dönem altıda intörlük döneminde %30'lara ulaşması, özellikle bu durumu daha çarpıcı şekilde göstermektedir.

Birçok çalışmada toplumun, sağlığı ilgilendiren konularda özellikle hekimlerin sağlık davranışlarını gözlemledikleri ve örnek aldıkları görülmüştür. Bundan dolayı hekimler, hemşireler, diğer sağlık görevlileri ve hatta tıp öğrencilerinin sigara içmemeleri, içiyorlarsa hemen bırakmaları veya hastanın olduğu poliklinik, bekleme odaları veya sağlık kurumları içinde içmemeleri gerektiği görülmüş ve savunulmuştur. Önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olan sigara içme alışkanlıklarının azaltılmasında en başarılı ülkeler, hekimler arasında da sigara içme sıklıklarının en düşük olduğu ülkelerdir. Ülkemizde de sigaraya karşı etkin mücadele yapabilmek için sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara bırakmaya karşı olan tutumlarının bilinmesi önem arz etmektedir.

Sağlık çalışanları her gün verdikleri hizmet içerisinde tütün bağımlılığına yaklaşımı, anamnez ve muayenelerinin standart bir parçası olarak görmelidirler. Hekimler sigara kullanan kişilere ve hastalara sigarayı bırakmalarını ve kendi sağlıkları ve gelecekleri için yapabilecekleri en iyi şey olduğunu belirtmelidirler. Sigara içenlerin %70 kadarının son bir yıl içinde herhangi bir nedenle hekime başvurduğu ortaya konmuştur. Hekimler bu kişilerin ancak %15 kadarına sigaranın zararları konusunda yol göstermektedir. Ancak ne yazık ki hekimlerin bu konudaki gerek bilgileri gerekse istekleri tüm dünyada ve ülkemizde yeterli değildir. Hekimlerin sigara mücadelesindeki sorumlulukları 5A ya da 5Ö ilkesi olarak da adlandırılan yaklaşımla açıklaması yerinde olur:

Ask (Öğren): Başvuran her kişiye sigara içip içmediğinin sorulması ve kaydedilmesi.

Assess (Ölç): Sigara içenlerine ne zamandan beri sigara içmekte olduğunun ve günde içilen sigara sayısının sorulması. Kliniğe başvurduğu sırada sigarayı bırakma konusundaki istek durumunun değerlendirilmesi, hazırsa destek sağlanması ya da sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmesi.

Advise (Öner): Her sigara içicisine açık bir şekilde, ısrarla ve kişinin kendi özelliklerini de ele alarak (hastalık/sağlık durumu, sosyal durumu, sigaranın ekonomik yükü, evdeki diğer bireylerin dumana maruz kalmalarının getirdiği riskler gibi) sigarayı bırakmasının önerilmesi.

Assisst (Önderlik et, Yardım et): Sigara alışkanlığından vazgeçmeyi düşünenlere bu yönden önerilerde bulunulması. Sigarayı bırakması için bir plan hazırlanmasına yardım edilmesi ve pratik sorun çözme önerileri getirilerek, tedavi süresince sosyal destek sağlanması. Bırakma süreci içinde her türlü problemi ile ilgilenileceği konusunda bilgilendirilmesi.

Arrange (Nüksü Önlemek için İzle): sigarayı bırakanların izlenmesi bakımından programın yapılması. Takip programının, mümkünse ilk bir ay içinde iki kez olacak şekilde, iki yılda içerisinde 8 kez düzenlenmesi. Görüşmeler sırasında, başarılı ise övgüde bulunulması, motivasyonun sürdürülmesi.

Başarısız olmuşsa neden olan sorunların ele alınmasa. Sorunlar ve medikal tedavinin yeniden değerlendirilmesi uygundur. Sağlık çalışanları, gelecek nesillerin sağlık çalışanlarının yetiştirilmesinde önemli bir role sahiptirler. Tütünle mücadele çalışmalarının tıp fakültelerinde eğitim programları içinde yürütülmesi gerekmektedir. İlgili çalışmaların özellikle birinci sınıfta yapılması hekim adaylarının sigara ile ilgili doğru tutumu erken bir dönemde geliştirmelerine katkı sağlayacaktır. Eğitim ve öğrenim süreci, sigara kullanan ve bırakmak isteyen sağlık çalışanı adaylarına destek sağlamak için de bir fırsat olacaktır.

Bu sunumda; Tıp Fakültesi öğrencilerinde, doktorlarda, eğitimcilerde ve diğer sağlık çalışanlarında tütün ve sigara kullanım sıklıkları, tutumları, davranışları ve tütünle mücadelede hekim ve sağlık çalışanlarının rolleri gözden geçirilecektir.

OLGU ÖRNEKLERİYLE KPET YORUMLAMA

OLGU II-KOAH

Dr. Gökhan Metin
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bireye ait fiziksel aktivite ve egzersiz kapasitesi düzeyi kardiyovasküler ve genel mortaliteyi belirleyen güçlü ve bağımsız prediktörlerdir.

Egzersiz kapasitesi tespit edilirken kullanılan klinik ve laboratuvar yöntemler içinde öne çıkan **Kardiyopulmoner Egzersiz Testleri (KPET),** bireye ait kardiyovasküler, pulmoner, hematolojik ve musküler sistemlerin birlikte değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bunun yanı sıra nöro-psikojenik durum hakkında da fikir edinmek mümkün olabilir.

Egzersiz kapasitesini olumsuz yönde etkileyen durumlar farklı patolojik süreçlerin bağımsız ya da birlikte etkileşimiyle ortaya çıkabilir. Ancak içlerinde en sık karşılaşılanları kardiyovasküler ve pulmoner kaynaklı olanlardır. Bu bağlamda "**egzersiz kapasitesinin değerlendirilmesi**" farklı patolojileri tanımlarken ve prognozlarını takip ederken oldukça değerlidir.

Günlük fiziksel aktivite ve/veya egzersiz sırasında sınırlanmaya yol açan patolojik süreçlerden biri olan **kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH),** bireyi **dispne ve alt ekstremite** (bacak) **kaslarında yorgunluk** oluşturarak kısıtlamaktadır. Dispnenin sebebi hastanın yeterli PaO_2 düzeylerinde yaptığı aktivite sırasında, artan ilave CO_2'i uzaklaştırmak için gereken ventilasyon seviyelerine **genellikle** -dinamik hiperinflasyon nedeniyle- ulaşamayışıdır. Bu sorunun temel nedenleri ise ventilasyon ihtiyacı artarken ventilasyon kapasitesinin yetersiz kalmasıdır. KOAH'lılarda esas olarak ventilasyon-perfüzyon (VA-Q) eşleşmesinin bozuk olmasına bağlı verimsiz ventilasyon nedeniyle ventilasyon gereksinimi artmıştır. Akciğerlerin bir kısmı hipoventile iken bir kısmı hiperventile olup soluk frekansı ve VD/VT oranı yüksektir. Bu nedenle metabolik CO_2'i uzaklaştırıp $PaCO_2$'i belirli seviyede sürdürmek için ventilasyon artışına ihtiyaç vardır. Bu arada hiperkapni nedeniyle respiratuar alkaloz nadirdir.

Hipoksi ise perfüze olan akciğer bölümlerinin yetersiz ventilasyonu nedeniyle ortaya çıkan gaz değişim anormalliğinin bir diğer sonucudur. Yine de PaO_2 regülasyonu $PaCO_2$'ye göre biraz daha iyidir. $P(A\text{-}a)O_2$ farkı genellikle yüksek olup bu durum artmakta olan iş yükünden bağımsız olarak süreklilik arz eder. $P(a\text{-}ET)CO_2$ değeri ise egzersiz şiddetinin artması ile birlikte -sağlıklı kişilerde görülen negatifliğin aksine- pozitif olarak kalır.

KOAH hastalarının solunum rezervi değerleri ventilasyona ait kapasite ve ihtiyaç dengesindeki sorunu ortaya koymak için faydalıdır. Bu rezerv, sağlıklı bireyler veya kalp hastalarında görülen büyük değerlerin aksine KOAH'lılarda % 15'in altında olup neredeyse sıfıra yaklaşır. Tersi olarak bu hastalara ait dispne indeksi değeri ise artmıştır. Ayrıca O_2 ihtiyacı ile transportu arasında dengesizlik yapan -pulmoner hipertansiyon, primer kalp hastalığı, periferik damar hastalığı, anemi gibi- bu hastalığa eşlik edebilen bir takım nedenler, VO_2/WR, VO_{2AT} ve VO_{2maks} değerlerinde azalmaya yol açarak, hastaları bacak kaslarında oluşan ağrı ve yorgunluk gibi şikâyetler nedeniyle egzersizi bırakmaya zorlar. Kısacası **semptom sınırlı bir fiziksel kondisyon durumu** yaşanır.

Sonuç olarak, KOAH ya da sebebi ne olursa olsun **egzersiz kapasitesinin azalması** bireylerin yaşam kalitesini bozmakta ve ikincil hastalıklara yatkın hale getirmektedir. En önemlisi ise onlar için mortaliteyi arttıran ciddi bir risk faktörü olmaktadır.

AKCİĞERDE EOZİNOFİLLER

AKOS

Dr. Levent Cem Mutlu
Namık Kemal Üniversitesi

Kronik akciğer hastalıkları olan astım ve KOAH tüm dünyada 500 milyondan fazla insanı etkilemektedir. Mortalite ve morbidite nedenleri arasında üst sıralarda yer almakta ve önemli sağlık yüküne neden olmaktadırlar. Astımda tipik olarak eozinofilik inflamasyon daha ön planda iken KOAH'da nötrofilik inflmasyon ön plandadır. Bununla birlikte KOAH'lı hastalarinn % 10-40'da eozinofilik inflamasyon, astımlı hastaların bir grubunda da nötrofilik inflamasyon söz konusudur.

Klinik pratikte kendilerine özel klinik özellikleri ile başvuran astım ve KOAH hastalarını ayırt etmek çoğu zaman kolay olmakla birlikte bazı durumlarda hastalar her iki hastalığa ait özellikleri gösterebilmekte veya her iki hastalık aynı hastada birlikte bulunabilmektedir. Bu klinik tablo astım KOAH overlap (AKO) olarak isimlendirilmektedir. AKO'lu hastaların astım ve KOAH'lı hastalara göre solunumsal semptomu daha fazla, fiziksel aktiviteleri daha kısıtlı, yaşam kaliteleri daha düşüktür, atak geçirme ve hastaneye yatış riskleri artmıştır.

AKO'nun genel kabul gören tanımlanması için tartışmalar halen devam etmektedir. Bununla birlikte mevcut literatürün değerlendirilmesi ile majör ve minör tanı kriterleri ortaya konmuştur. Tanı için tüm majör kriterlerin ve en az bir minör kriterin varlığı gerekmektedir.

Majör tanı kriterleri;

1. Yaş ≥ 40
2. Post bronkodilatatör $FEV_1/FVC < 0.70$ veya LLN (normalin alt sınırı)
3. En az 10 paket-yıl sigara veya eş değeri iç veya dış ortam hava kirliliğine maruz kalmak
4. 40 yaş öncesi astım tanısı almış olmak veya bronkodilatatöre FEV_1 yanıtının 400 ml'nin üzerinde olması

Minör tanı kriterleri;

1. Dökümante edilmiş alerjik rinit veya atopik hastalık varlığı
2. İki veya daha fazla kez bronkodilatatöre FEV_1 yanıtının bazal değerler göre 200 ml ve %12üzerinde olması
3. Periferik serum eozinofil sayısının ≥ 300 hücre /µL olması

Astım ve KOAH yüzyıllardır bilinen hastalıklar ve her iki hastalığın da örtüşebileceği de yıllardır ifade edilmektedir. Son yıllarda AKO'nun tekrar gündeme gelmesi astım ve KOAH'da fenotiplemenin ve fenotipe göre tedavi yaklaşımının önem kazanmasının bir sonucu olarak kabul edilmektedir. Örneğin klasik olarak KOAH tedavisinde kullanılan tiotropium gibi antikolinerjik ajanlar bazı astım hastalarının tedavisinde yer almaktadır. Diğer taraftan omalizumab, mepolizumab gibi astım hastalarında kullanılan ajanların astmatik özellikler gösteren KOAH'lı hastalarda kullanılması gündeme gelmektedir. Bundan dolayı AKO'daki inflamasyonun tipide tedaviyi yönlendirmek açısından önem taşımaktadır. AKO'daki inflamasyonun nötrofilik, eozinofilik ya da kombine şekilde mi olduğu da net değildir. Genellikle iki AKO kohortu üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan birincisi astımı olan, sigara içen ve kalıcı hava akımı kısıtlılığı olan hastalardır. Bu hastaların balgam incelemesinde genellikle nötrofilik inflamasyon ön plandadır. Diğer taraftan eozinofilik inflamasyonu olan ve geri dönüşümlü hava yolu obstrüksiyonu olan KOAH'lı hastalar diğer grubu oluşturmaktadır. Havayolu hastalığı olan 4000 hastanın dahil edildiği kesitsel çalışmada AKO'lu hastaların % 53'de eozinofilik inflamasyon, % 10'da ise kombine nötrofilik-eozinofilik inflamasyon izlenmiştir.

Sonuç olarak astım ve KOAH'da olduğu gibi AKO'da da farklı fenotipler söz konusudur. AKO hakkında bilinenler yanında açığa kavuşması gereken pek çok nokta vardır. Tedavi için tek bir grup ilacın her hastada faydalı olması beklenmemelidir. Hastanın fenotipin belirlenerek tedavinin buna göre düzenlenmesi ile maksimum fayda söz konusu olabilecektir.

HAVA YOLU HASTALIKLARINDA HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Hem. Başak Nergiz

- Göğüs Hastalıkları Hemşireliği ve Teknisyen Koordinasyon Kurulu Temsilcisi
- Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H Solunum Yoğun Bakım Ünitesi Kurucu Sorumlu Hemşiresi

Solunum, havadan oksijeni alarak karbondioksiti havaya geri verilmesi olayına denmekle birlikte canlı varlıkların yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilmeleri için en önemli bir unsurdur. Vücudun faaliyetlerini yeterli bir şekilde sürdürebilmesi için enerjiye ihtiyaç varken, enerjiyi de solunum yolu ile karşılamaktayız. Bu işlem kanda bulunan karbondioksit gazının oksijen gazı ile yer değiştirmesine yardımcı olan solunum sistemi ile gerçekleşmektedir. Solunum sisteminin görevi, dış ortamdan gaz alışverişini sağlamak ve dolaşım sistemi aracılığı ile solunumu düzenlemektir. Solunum sistemi gaz değişim ünitesi (Akciğerler) ile oksijenasyon ve pompa görevi ile ventilasyonu sağlarken bu iki bölümden birinde çıkabilecek bozukluk sonucunda ortaya solunum yetmezliği tablosu çıkacaktır. Solunum yetmezliği de kana yeterli oksijeninin ulaşamaması ve karbondioksitin de yeterli miktarda atılamaması sonucu hastada hipoksemi gelişmesine sebep olmaktadır. Kısacası hipoksemi tablosunu sırasıyla; Laktik asidoz-asidozda derinleşme - hücre ölümü takip ederek hasta kayıplarına sebep olmaktadır. Bu sebepten Hava yolu hastalıklarında solunum yetmezliği çok önemli bir bulgudur.

Hava yolu hastalıklarında bakım yönetimi interdisipliner bir ekip yaklaşımını ile sürdürülmesi gerekmekteyken hemşire de aktif rol üstlenen profesyonel bir ekip üyesi olmak zorundadır. Hemşirenin görevi hastanın fiziksel değerlendirmesi yaparak gereksinimler doğrultusunda bakım yönetimi geliştirmek ve uygulamaktır. Hava yolu hastalıklarında hastalarımızın komplikasyonlarının azaltılması ile yaşam kalitesini maksimum düzeyde arttırmak iyi bir hemşirelik bakımı ve taburculuktan sonraki evde yapabilecekleri içinde hasta ve hasta yakını eğitimiyle mümkündür. Sonuç olarak hastanın kendi başına hastalıkla baş edebilmesini sağlamak, yaşam kalitesini maksimum düzeyde tutmak ve son olarak da hastaneye tekrar yatış oranlarını düşürerek hava yolu hastalıklarına ayrılan maliyeti azaltmak iyi bir hemşirelik bakımı girişimleri ile mümkündür.

PARANKİM HASTALIĞI

Dr. Nesril Öcal
Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Eozinofilik akciğer hastalıkları periferal ve doku eozinofilisi ile ilişkili bir grup pulmoner patoloji kapsamaktadır. Bu hastalık grubu içerisinde astım gibi hava yolu hastalıklarının yanı sıra eozinofilik parankimal hastalıklar önem arz etmektedir. Genel olarak eozinofilik parankimal hastalıklar, alveollerde veya interstisyumda eozinofil birikimi ile karakterizedir. Eozinofilik parankimal hastalıklar ilk olarak "periferik eozinofilinin eşlik ettiği pulmoner semdrom" adıyla tanımlanmıştı. Daha sonraları periferi eozinofilinin her zaman izlenmeyeceği saptanarak yenilenen tanımlama akciğer parankiminde eozinofilik infiltrasyonların saptandığı hastalık grubunu işaret etmeye başladı. Bu hasta grubunda periferik eozinofili tabloya bazen eşlik edebilmektedir. Periferal kandaki eozinofil sayısı kemik iliği üretimi ile eozinofillerin doku migrasyonu arasındaki dengeyi temsil eder. Sağlıklı bir yetişkinde, periferal kan eozinofil yüzdesi, 350-500 / µL'lik bir mutlak eozinofil sayısı ile beyaz kan hücrelerinin% 3-5'i seviyesindedir. Bu seviyelerden daha yüksek eozinofil miktarları, eozinofili olarak kabul edilir. Diğer taraftan, periferal kan eozinofil seviyeleri normal iken doku eozinofil seviyeleri yüksek olabilir. Bu durum genellikle dokularda eozinofillerin birikmesi sonucu oluşur. Bu nedenle, birçok eozinofilik parankimal akciğer hastalığında kan eozinofil seviyeleri eozinofille ilişkili doku hasarının doğru bir göstergesi olmayabilir. Bu gibi durumlarda eozinofili, doku içeriğini doğrudan yansıtan testlerle gösterilmelidir. Akciğer biyopsisi eozinofilik infiltrasyonu doğrulamak için en güvenilir yoldur. Akciğer biyopsisinin invaziv bir test olduğu göz önüne alındığında, sadece belirli eozinofilik parankimal akciğer hastalığında tanı için gerekli görülmektedir. Bunun yerine, eozinofilik parankimal akciğer hastalığı veya eozinofilik pnömonileri tanımlamak için sıklıkla bronkoalveoler lavaj (BAL) kullanılır ve artmış bir BAL eozinofil seviyesi, artmış akciğer dokusu eozinofillerine karşılık gelir. Dokulardaki birikmiş eozinofiller, epitelyal ve endoteliyal hücrelere doğrudan zarar vererek pro-inflamatuar cevabı teşvik eder.

Eozinofilik parankimal akciğer hastalığı pek çok alt gruptan oluşmaktadır. Eozinofilik parankimal akciğer hastalığı idiyopatik (basit pulmoner eozinofili, akut eozinofilik pnömoni, kronik eozinofilik pnömoni, hipereozinofilik sendrom) olabileceği gibi çeşitli tetikleyicilere de (ilaçlar, parazitler, mantar enfeksiyonları, radyasyon, toksik ajanlar) bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Pulmoner eozinofilinin en sık nedeni olan astım, sıklıkla Alerjik Bronkopulmoner Aspergillozis (ABPA) ve Polianjitisli *Eozinofilik* Granulomatozis'e (Churg-Strauss sendromu) da eşlik eder. Eozinofilik parankimal akciğer hastalıklarında tanı ve tedavi yaklaşımları hastalık grupları arasında farklılık göstermektedir. Ancak eozinofillerin parankim üzerinde toksik etkisinin irreversibl hasra verme riski nedeniyle mutlaka iyi incelenmesi ve yakın takip edilmesi gereken hastalıklar olarak önem arz etmektedirler.

KOAH'LI HASTA EĞİTİMİ, KİŞİSEL YÖNETİM VE TELEMONİTORİZASYON

Dr. Seda Tural Önür
İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Hasta eğitimi; hizmet sağlayıcının bilgi-tavsiye vermesi ve hastada davranış değişikliğine yol açacak öğrenim düzeyi oluşmasıdır. Hastanın bilgisinin artması, didaktik söylemden daha başarılı olarak davranış değişikliğine gitmesini sağlar. Hasta eğitiminin etkinliği GOLD'a göre gösterilememiştir (Kanıt C).

Kişisel yönetim; kişisel ve çok komponentli olarak hastayı motivasyonel, işbirlikçi ve destekleyici şekilde sağlık davranışında olumlu olarak uyum sağlaması ve hastalığını yönetme becerisini geliştirmesi şeklinde oluşturulmalıdır. Uygulama sağlık profesyoneli ile hasta arasında tekrarlayıcı olmalıdır. Davranışsal değişiklik teknikleri hasta motivasyonunu, güven ve yeterliliğini arttırmayı sağlar. Okur-yazarlık arttıkça anlaşılabilirlik artmaktadır. Sistematik derlemeler kişisel yönetimin KOAH sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir. Çalışmalardaki ana sorun yapılan girişimler heterojen, uygulamaların tutarlılığı, hasta popülasyonu, takip süresi ve sonuçların ölçümünün gerçek hayatta genelleştirilmesidir. GOLD'a göre en etkin ve kişisel yönetimin içeriği konusunda açık bir öneride bulunmak zor olarak ifade edilmiştir. Aynı zamanda en etkin ve kişisel yönetimin içeriği konusunda açık bir öneride bulunulamamıştır. Sağlık profesyoneli ile iletişimle kişisel yönetim; sağlık durumunu geliştirir, hospitalizasyon ve acil başvurusunu azatlığı GOLD'da kanıt düzeyi B olarak geçmektedir. Küresel olaral yaygın kullanılan GOLD entegre sağlık bakımı ve tele-sağlığın şu an yararı gösterilemediğini ifade etmektedir.

Telemonitorizasyon; hastanın sağlık durumunu iyileştirmek için medikal bilginin bir yerden diğerine elektronik komünikasyonla iletilmesidir. Mevcut durumda kabul edilebilir, kolay ulaşılabilir, uygulanabilir ve maliyet etkin olmalıdır. Çalışmalarda yapılan girişimlerde azımsanmayacak miktarda değişkenlik, donanım söz konusudur. Çok çeşitli parametler kullanılmaktadır (Spirometre, pulse oksimetre, kalp hızı,kan basıncı, EXACT-pro vs vs). Bu çeşitlilik çalışmalar arası doğruluk karşılaştırmasını imkansızlaştırmaktadır.

Sonuç olarak eğitim, eylem planı ve olgu yönetiminin tanımı hakkında konsensüs yoktur kılavuzların bazılarına düşük kanıt düzeyi ile girmektedir.

MEDİKAL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI- NELER FARKLI OLMALI?

Dr. Seda Tural Önür
İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İleri evre KOAH hastaları uzun yıllar yaşayarak birçok durumla başetmeye çalışmaktadırlar (semptomlar, sosyal izolasyon, vs). Farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler semptomlarda ve alevlenmenin azalmasında etkilidir. Hastalık sürecinde palyasyon ve destek sağlayacak esnek yöntemler ne kadar erken uygulanmaya başlanırsa KOAH'ın yükü o kadar azalır. Bu hastaların ihtiyaçlarına kapsamlı yaklaşımla az değinilmekte ve palyatif bakıma az ulaşabilmekteler. Gelecek projeksiyonu net yapılamayan non-malign durumlarda palyatif bakımın başlangıç noktasını tanımlamak güçtür. Prognostik belirteç olarak tanımlanmış bir çok parametre kişisel farklılıklar içermektedir (hastane yatışı, kötü fonks.kapasite, düşük BMI, vs). Akciğerde ilaç depozisyonunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Kullanılan ilaçların özellikleri, cihazların aerosol oluşturma potansiyeli, hastaya ait özellikler yaş (havayolu çapını, solunum sayısını ve akciğer volümlerini etkiler) performansı (fiziksel yeterliği, el becerisi), bilişsel özellikleri/hafıza durumu, hastalığın şiddeti, komorbiditeler, inhalasyon şekli etkilemektedir. Kullanılan cihazlar kullanıcı dostu, taşınabilir, kullanım hazırlığı kolay ve koordinasyon sorunu olmayan, inhalasyon manevrasından bağımsız olarak tutarlı doz salan, gerçek inhalasyonlara dayalı doz göstergesi (ölçeği) olan, hastaya dozun alındığına ve uygulamanın doğru yapıldığına ilişkin geribildirim veren, akciğer verimi yüksek, sistemik etkisi en az olmalıdır. Cihazların klinisyen açısından cihaz eğitimi kolay olanlar ve tedavi uyumuna yönelik hatırlatıcı ögeler içeren cihazlar tercih edilmelidir. İnhaler cihazlarla ilgili ortak sorunlar hepsinin ayrı çalışma prensibi olması, belli bir cihaz belli bir ilaç molekülü ile eşleştirilmiştir. Özellikle ağır hastalarda LABA-ICS'lerin çoğu KTİ formundadır. Kurtarıcı ilaçlar çoğunlukla ÖDİ formundadır. Teknik sınırlılıkları yanı sıra inhalasyon şekli ve hızı da farklıdır bütün bunlar "cihaz konfüzyonuna" neden olur. Nebülizer kullanımda dış enerji kaynağına ihtiyaç gösterirler. Jet nebülizer hava akımını enerji kaynağı olarak kullanır veya kompresörlü ultrasonik nebülizatör elektrik enerjisini kullanır. Nebülizerde doz modifikasyonları yapılabilir, gerekli ise yüksek dozların verilmesi için uygundur, bazı ilaçlar karıştırılarak verilebilir. Oksijen tedavisi gerekli olduğunda hava akımı kaynağı olarak oksijen de kullanılabilir. Gerçek yaşam değerlendirmesinde en sık yapılan iki hata uygun şekilde ekshalasyon yapılmaması (olguların %28.9'u) ve nefesin tutulmaması (olguların %28'3'ü) olarak saptanmıştır. İnhaler tedavi seçerken hastanın özgeçmiş ve hastalık öyküsü, uygun cihaz tiplerini bilmek ve hangi ilaçları içerdikleri, hastanın etkin bir şekilde kullanabileceği cihaz/ilacı seçmek, çoklu ilaç gereksinimi varsa benzer kullanma şekilleri olan cihazları reçetelemeye gayret etmek, ilacın uygun kullanımı, saklanması ve temizlik gerekleri açısından hastanın eğitilmesi ve cihazla pratik yaptırılması ve tedavi uyumu ve cihaz kullanımı yönünden hastanın izlenmesi önemlidir.

AKCİĞER HASTALIKLARINDA BT

Dr. Nilgün Işıksalan Özbülbül
Eskişehir Osmangazi Üniv Tıp Fakültesi

Fokal tutulum

-Artmış opasite: Nodül (solid, buzlu cam)
Kitle
Konsolidasyon (lober, yamasal)
Tomurcuklu dal paterni
Kuyruklu yıldız işareti
BT halo işareti
Ters halo işareti
Boncuklu septum bulgusu
Eldiven parmağı bulgusu
Galaksi bulgusu
Lobar atelektazi

-**Azalmış opasite:** Kistik akciğer hastalıkları
Mozaik atenüasyon (vasküler nedenler, hava yolu hastalıkları)
Hava-kresent işareti
Taşlı yüzük işareti

Diffüz tutulum:

-Artmış opasite: Retiküler patern
Nodüler patern/multipl kitleler
Buzlu cam opasitesi
Konsolidasyon

-Azalmış opasite: Kistik akciğer hastalıkları
Mozaik atenüasyon (vasküler nedenler, hava yolu hastalıkları)

Fokal akciğer lezyonları/Artmış opasite

1-Nodül: Soliter pulmoner nodül (SPN), fokal, boyutu ≤3 cm, yuvarlak veya ovala opasite artımıdır. Nodülün pnömoni, atelektazi veya lenfadenopati ile ilişkisi olmamalıdır. 10 mm den küçük olanlara küçük nodül, 3 mm den küçük olanlara ise mikronodül denilir. Nodüle neden olan malign etiyolojide akciğer kanseri, karsinoid, BALT lenfoma ve akciğere soliter metastaz sayılabilir. Nodüle neden olan benign tümörler ise granülom, hamartoma, sklerozan hemangiom, inflamatuar pseudotümör, romatoid nodül, parazitik infeksiyon (Paragonimus westermani), ANCA – ilişkili granulomatöz vaskülit (Wegener ' s granulomatozisi) dir. Nodülün 16 mm den kalın duvarlı kavitasyon göstermesi, spiküle veya lobule kontur, sigara kullanımı, önceki akciğer malignitesi, 21-30 mm arasında boyutunun olması, BT de indetermine kalsifikasyonun olması ve >70 yaş olması malignite riskini artırmaktadır.

2.Kitle: Boyutu >30 mm olan, sınır ve atenüasyon özelliğine bakılmaksızın herhangi bir akciğer parankim opasitesine kitle denilmektedir. Solid veya kısmi solid opasite şeklinde olabilir. Kitleye neden olan malign nedenler akciğer kanseri, BALT lenfoma ve pulmoner sarkomdur. Benign nedenler ise benign tümörler, yuvarlak atelektazi, progresif masif fibrozisdir. Aktinomikozis ve semi-invaziv aspergillozis gibi kronik pnömoniye neden olan hastalıklar da kitle şeklinde prezente olabilir.

3-Konsolidasyon: Akciğer parankiminde, damarların ve hava yolunun konturlarını silen atenüasyon artışıdır. İçerisinde hava bronkogramı bulunabilir. Lobar konsolidasyon, lober pnömoniyi temsil eder ve en sık rastlanan patojenler Pnömokoklar, Hemophilus influenzae , Moraxella catarrhalis, Mycobacterium tuberculosis dir. İnvasive müsinöz adenokarsinom ve BALT lenfoma da lober konsolidasyonla prezente olabilir. Obstrüktif pnömoni, pasif atelektazi, pulmoner infarkt da lober konsolidasyon şeklinde izlenebilmektedir.

4-Boncuk dizisi septum işareti: İnterlobüler septumda irregüler veya nodüler kalınlaşmadır.Pulmoner lenfanjitik metastaz veya daha az sıklıkla sarkoidozda görülür.

5-Kuyruklu yıldız bulgusu: Atelektatik akciğer parankimi ve distorsiyone kan damarlarına bağlı oluşur. Sıklıkla curvilineer çizgilenme şeklinde izlenir ve atelektazi medialinden pulmoner hilusa doğru uzanan damarların görüntüsüdür. Spesifik olarak yuvarlak atelektazide görülür.

6.BT halo işareti: BT'de nodül veya kitleyi çevreleyen buzlu cam dansitesine verilen isimdir. Halo işareti nonspesifiktir ve hemorajik pulmoner nodül, tümör hücresi infiltrasyonu (akciğer adenokarsinomları, BALT lenfoma ve pulmoner metastatik neoplasm) ve non-hemorajik inflamatuar lezyonlara (eozinofilik pnömoni) da eşlik edebilir. Hemorajik pulmoner nodül; angioinvasive pulmoner aspergillozis, mucormycosis, candidiasis ve noninfeksiyöz hastalıklardan ANCA-ilişkili granülomatoz vaskülit ve primer/ metastatik hemorajik tümörlerde karşımıza çıkabilir.

7.Galaksi bulgusu: Multipl küçük nodül ve çevrsinde çok sayıda daha küçük nodülden oluşan büyük pulmoner nodüle galaksi bulgusu denir. Sarkoidoz ve aktif pulmoner tbc de görülür.Tbc de üst lob tutulumu ve tomurcuklu dal paterni eşlik eder.

8.Ters halo bulgusu: Fokal buzlu cam yoğunluğunu çevreleyen konsolidasyon halkasının oluşturduğu bulgudur. İlk kez kriptojenik organize pnömoni için tanımlanmıştır ancak pulmoner mukormycosis, invaziv pulmonary aspergillozis, paracoccidioidomycosis, histoplazmozis, and Pneumocystis jirovecii pnömonisinde de ters halo bulgusu izlenebilir. Kronik eozinofilik pnömonide ters halo bulgusu görülebilir, üst lob predominansı mevcuttur, sıklıkla astım eşlik eder. Klinik pulmoner embolide görülen pulmoner enfarkt genelde subpleural yerleşimlidir.

9.Tomurcuklu dal paterni: 10 mm den küçük sentrilobuler nodüller ve dallanan nodüler yapıların eşlik ettiği paterndir. Küçük nodüller küçük hava yollarının tutulumunu temsil eder. Lokalize tomurcuklu dal paterni infeksiyöz bronşiolit, aspirasyon bronşioliti, bronkopnömoni (tbc ve nontuberküloz mikobakteriel hastalıklar) de görülmektedir.

10.Eldiven parmağı işareti: Dilate bronş lümeninde impakte mukoid materyal, eldiven parmağı işaretine neden olmaktadır. Hava yolu obstrüksiyonuna neden olan benign/malign süreçler bu işarete neden olabilir. Bronşial atresi, bronkolithiasis, bronşial tüberkülozve striktür, intralobar pulmoner sequestration eldiven parmağı işaretine neden olabilir. ABPA ve kistik fibrozis, eldiven parmağı işaretine neden olan en sık nonobstrüktif sebeplerdendir.

11. Lober atelektazi bulgusu: Atelektazi, akciğerde hava miktarının azalmasıyla volüm kaybı, kollaps meydana gelmesidir. Obstrüktif atelektazi santral obstrüksiyona sekonder oluşur. Adheziv atelektazi ise sürfaktan eksikliğine bağlı gelişir ve hyalen membran hastalığında görülür. Pasif atelektazi pnömotoraks ve pleural effüzyona bağlı oluşmaktadır. Kompresiv atelektazi ise kitle veya eleve diyafram komşuluğunda gelişmektedir. Skatrizan atelektazi pulmoner fibrozisde görülmektedir. Son olarak yerçekimine bağlı dependan atelektazi akciğer alt lob bazal segmentlerde izlenebilir. Lobar ateketazide, ilgili lobda volüm kaybı ve opasite artımı mevcuttur.

Fokal akciğer lezyonları/Azalmış opasite

1.Kistik akciğer hastalıkları:

-**Kavite**, gaz dolu, 4mm > duvarı bulunan düşük atenüasyonu alandır. Pulmoner konsolidasyon, kitle veya nodül içinde gelişebilir. Kavite, hava yolu aracılığıyla nekrotik içeriğin drenajına sekonder oluşur, sıvı seviyesi içerebilir. Primer akciğer kanseri (squamous cell carcinoma), lenfoma, Kaposi sarcoma (HIV+ hastada), lymphomatoid granulomatosis ve extratorasik malignite metastazı, Langerhans cell histiocytosis sık rastlanan noninfeksiyöz kaviter akciğer lezyonu nedenlerindendir. İnfeksiyöz durumlara örnek olarak, nekrotizan pnömoni ve akciğer absesi, septik pulmoner embolism, nocardiosis, mycobacterial infeksiyon, fungal infeksiyon (aspergillosis, zygomycosis, coccidioidomycosis, and cryptococcosis, ve parazitik infeksiyon (paragonimiasis) sayılabilir.

-Kist: Normal akciğer parankimine komşu, yuvarlak, düşük atenüasyonlu alandır. Çoğunlukla ince duvarı bulunur. Hava içerirler ancak sıvı veya solid materyal de içerebilirler. Bleb, 10 mm den küçük, visseral pleurada ya da subpleural bölgedeki hava içeren boşluklardır. Bül ise 10 mm den büyük, hava boşlukları olup 1 mm den kalın olmayan keskin duvarı bulunur, subpleural veya akciğer parankiminde herhangi bir lokasyonda bulunabilir. Pnömatosel, ince duvarlı hava dolu boşluklardır. Langerhans hücreli histiocytosis, lymphanjioleiomyomatozis, lenfositik interstitial pnömoni, desquamatif interstitial pnömoni, subakut hipersensitivity pnömonisi kistlerle prezente olabilir. Ayrıca pulmoner sequestration, konjenital kistik adenomatoid malformasyon ve pulmoner bronkojenic kist lokalize hava veya sıvı dolu kistler olarak karşımıza çıkabilir. Malign nedenlerden kistik pulmonary metastasis, infeksiyöz nedenlerden ise Staf pnömonisi, Pneumocystis jirovecii pnömonisi ve Birt–Hogg–Dube sendromu kistlere neden olabilmektedr.

-Mozaik atenüasyon: Mozaik atenüasyon paterni, farklı atenüasyon alanlarının birarada bulunması olup yamasal interstisyel hastalık, obliterative küçük havayolu hastalığı veya okluziv vasküler hastalığa bağlı ortaya çıkabilir. Obliterativ küçük havayolu hastalığı veya okluziv vasküler hastalığa bağlı oluşan mosaik atenüasyon paternine mozaik perfüzyon denir. Mozaik atenüasyon nedenleri, interstisyel akciğer hastalığı, havayolu hastalığı (bronşektazi, kistik fibrozis, alerjik bronkopulmoner aspergillozis, astım ve konstriktif bronşiolit) ve vasküler hastalıklardır (kronik pulmoner tromboembolism ve pulmoner arterial hypertension). Sebebi ne olursa olsun mozaik perfüzyon olduğunda, pulmoner damarlar düşük opasiteli alanda incelmiş görülür. Buzlu cam alanında ise pulmoner damarlar tüm akciğerle eşit çaptadır.

-Hava-kresent işareti: Kavite duvarını, kavite içerisindeki kitleden ayıran, kresentik şekilli havaya verilen isimdir. Sıklıkla, önceden varolan kavitede Aspergillus kolonizasyonuna bağlı (aspergilloma) oluşur. Daha az sıklıkla tüberküloz, Rasmussen anevrizması, ANCA-associated granulomatöz vaskülit, komplike hidatik hastalık, hematom, lung absesi ve nekrotik akciğer kanserinde görülen bir işarettir. Aspergilloma ve Tbc üst loblarda görülür. Aspergilloma, kavite içerisinde pozisyonla yer değiştirir. Hidatik hastalıkta hava-kresent işareti, kist ve havayolu arasında bağlantı oluştuğunda görülür.

-Taşlı yüzük bulgusu: Dilate bronşu simgeleyen halka şeklinde yüzük ve yüzüğün taşını simgeleyen pulmoner arterden oluşur. Normalde, bronş çapı, eşlik eden pulmoner arter çapına eşittir. Taşlı yüzük işareti, bronkoarteriel oranın da arttığının göstergesidir (bronşektazi). Taşlı yüzük işaretinin, proximal interruption of pulmonary arter veya kronik tromboembolizm gibi pulmoner arter kan akımının azaldığı durumlarda da görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Diffüz tutulum/Artmış opasite

-İnterlobuler septal kalınlaşma: İnterlobuler septa, 10–20-mm uzunlukta, sekonder pulmoner lobülün sınırlarını oluşturan ince çizgidir. Septalar, akciğer periferinde pleuraya diktir. Konnektif doku, lenfatikler ve pulmoner venüllerden oluşur. Bu komponentlerden birini etkileyen hastalık durumunda, septalar görünür hale gelir. Düzgün interlobuler septal kalınlaşma, pulmoner ödem, pulmoner lymphangitic carcinomatosis, Lenfoma veya lösemini akciğer tutulumu, diffüz alveolar hemoraji, pnömoniler ve Niemann –Pick hastalığında görülür. Pulmoner fibrosisde ise septalarda düzensiz kalınlaşma meydana gelebilir. Kalp yetmezliği veya atriyal fibrillation gibi bozulmuş kardiyak fonksiyon ve sıvı yüklenmesi, interstitial pulmoner ödemin en sık rastlanan nedenlerindendir. Meme, akciğer, kolon ve mide kanseri, en sık akciğere lenfanjitik yayılım yapan tümörlerdir. Nodüler interlobular septal kalınlaşma ise pulmoner lenfanjitik karsinomatozis ve sakoidoziste görülebilir.Silikozis ve amiloidozisde, bazen nodüler interlobular septal kalınlaşma görülebilir.

-Balpateği: Patolojik açıdan balpeteği, çok sayıda kalın fibröz duvarlı kistik havayolu içeren, destroyed ve fibrotik akciğer dokusunu temsil eder. BT'de boyutu 3-10 mm arasında değişen çok sayıda kist olarak görülür. BT de izlenen kistik yapılar, kalınlaşmış alveolar septa ve dilate periferal bronşiol /alveolar duktustan (gerçek balpeteği kisti) veya traksiyon bronşektazisinin tanjansiyel görüntüsünden oluşmaktadır. İPF ve UIP de kistler, gerçek balpeteği kisti olup NSIP de izlenen ise traksiyon bronşektazisine bağlıdır. Asbestosisde %10 oranında balpeteği paterni izlenebilmektedir.

-Küçük nodüller/sentrilobuler dağılım: Küçük hava yollarının tutulumunu temsil eder. Sıklıkla sentrilobular dallanan yapılarla beraber tomurcuklu dal paternini oluşturur. Vasküler orijinli tomurcuklu dal paterni ise pulmoner tümör embolisisi veya lokalize lymphangitic carcinomatosis, nekrotizan pulmoner vaskülit (SLE) de görülebilmektedir. Tomurcuklu dal paterni enfeksiyöz bronşiolit (Haemophilus influenzae pnömoni ve Mycoplasma pneumoniae pnömonisi), pulmoner tbc nin bronkojenik diseminasyonu, diffüz panbronşiolit, subakut hipersensitivity pnömonisi, folliküler broncşiolit, BALT lenfoma, kistik fibrozis de görülür.

-Küçük nodüller/perilenfatik dağılım: Nodüller subpleural lokalizasyon ve interlobular septalarda ağırlıklı olarak bulunur.Bronkovasküler demette kalınlaşma ve nodülarite görülebilir. Perilenfatik dağılım gösteren küçük nodüller pnömokonyoz, pulmoner sarkoidoz, lenfanjitik karsinomatozis ve pulmoner alveoloseptal amiloidozis de görülür.

-Küçük nodüller/rastgele dağılım: Sentrilobular veya perilenfatik dağılım göstermeyen nodül dağılımı rastgele patern olarak tanımlanır. Milier tbc, milier metastaz ve sarkoidozda bu patern görülür.Ek olarak fungal ve viral pnömonilerde de rastgele dağılım gösteren küçük nodüller görülebilir.

-Multipl nodül/kitle benzeri patern: Multipl nodül veya kitlelerle karekterize, en sık rastlanan patoloji pulmoner metastazlardır. Lymphoproliferative diseases, Pulmonary epithelioid hemangioendothelioma, Rheumatoid nodules, amyloidomas, sarcoidosis, pulmonary vasculitis, fungal infection veya nocardiosis ve septic emboli multiple pulmonary nodul şeklinde prezente olabilir.

-Buzlu cam dansitesi ve retikülasyon/fibrozis: Akciğer parankiminde, bronşial ve vasküler sınırların seçilebildiği opasite artımıdır. Buzlu cam dansitesi, konsolidasyondan daha az opaktır. Hava boşluklarının parsiyel ol dolması, Sıvı hücre veya fibrosise bağlı interstisyel kalınlaşma, alveollerin parsiyel kollapsı, artmış kapiller volüme nedeniyle buzlu cam dansitesi oluşabilir. Buzlu cam dansitesine retikülasyon, traksiyon bronşektazisi ve yapısal distorsiyon eşlik ettiğinde, pulmoner fibrozisi temsil eder. UIP ve NSİP (fibrotik veya mixed fibrotik-sellüler), buzlu cam dansitesi ve retikülasyonun eşlik ettiği en sık hastalıklardır. NSIP de subpleural alan korunur ve bronkovasküler demet boyunca dağılım gösterebilir.

-Buzlu cam dansitesi ve retikülasyon/fibrozis olmaksızın (Arnavut kaldırımı paterni): Bu patern düzgün lineer çizgilerin üzerine buzlu cam dansitesinin süperpoze olmasıyla oluşur. Akut bakterial, viral, veya Pneumocystis pnöminisi, akut intersitisyel pnömoni veya ARDS, diffüz alveolar hasar, UİP, diffüz alveolra hemoraji, pulmoner interstitial ödem, pulmoner alveolar proteinosis, NSIP, subakut hipersensitivite pnömonisi, organize pnömoni, sarkoidoz, lipoid pnömoni ve and diffüz form muüsinöz veya nonmüsinöz adenokarsinom bu paterne neden olabilir.

-Buzlu cam dansitesi/retikülasyon olmadan: Bu patern aktif inflamasyon ve reversibl hastalığı gösterir. Sellüler NSIP, desquamatif interstisyel pnömoni (DIP), cryptogenic organize pnömoni ve eozinofilik pnömoni bu paternle prezente olur.

-Konsolidasyon: Cryptojenik organize pnömoni, kronik eozinofilik pnömoni, Churg– Strauss sendromu ve radyasyon pnömonitisi genellikle bilateral akciğerde subpleural veya yamasal konsolidasyonla karekterizedir.

Diffüz tutulum/Azalmış opasite:

-Kavite: Langerhans hücreli histiositozis, fungal enfeksiyon ve sarkoidozda multipl sayıda kavite görülür. Ek olarak, romatoid akciğer hastalığında, ANCA-associated granulomatous vasculitis (Wegener's granulomatosis), septik emboli ve metastatik tümörler (baş boyun squamous hücreli karsinomu ve servix ca) kaviteler görülebilir. Sigara kullanımı, pulmoner Langerhans hücreli histiositozis ile yüksek dereceli ilişki gösterir, kaviter nodüller ise steroid veya sitotoksik tedavi sayesinde reversibldır. Kavitasyon, metastatik adenokarsinomlarda da görülebilir. Özellikle anjiosarkomun kistik akciğer metastazı görülebilir.

-Amfizem: Amfizem, terminal bronşiollerin distalindeki hava boşluklarında kalıcı genişleme ve eşlik eden alveol duvarlarında destrüksiyondur. BT'de duvarı bulunmayan, düşük atenüasyonlu fokal alan ya da bölge olarak görülür. Amfizem, asinüsün ağırlıklı olarak tutulduğu kısmına göre şöyle sınıflandırlır: proximal tutulum (sentrilobular amfizem), distal tutulum (paraseptal amfizem),veya tüm asinüsün tutulduğu (panasiner veya panlobular amfizem). Parasikatrisyal amfizem ise pulmoner fibrosisde havayollarında düzensiz genişleme olmasıdır. Sentrilobular ve paraseptal amfizem ağırlıklı olrak üst loblarda, panlobuler amfizem ise alt loblarda görülür.

AKCİĞER HACİMLERİ VE SOLUNUM FONKSİYON TESTLERİ

Dr. Çiğdem Özdemir
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji A.D Spor Fizyolojisi Bilim Dalı

Solunum sisteminin temel işlevi atmosferde bulunan oksijenin hücrelere taşınmasını ve ortaya çıkan karbondioksitin de hücrelerden uzaklaştırılmasını sağlamaktır. Sağlıklı bir akciğer ventilasyonu, bu işlevin yürütülebilmesi için gerekli faktörlerden birisidir. Akciğer ventilasyonunun nesnelleştirilmesi amacıyla farklı akciğer hacim ve kapasiteleri tanımlanmıştır. Hacimler esas olarak soluk hacmi (tidal hacim), inspiratuar- ekspiratuar yedek hacimler ve rezidüel hacim olarak tanımlanırken, kapasiteler ise inspirasyon kapasitesi, fonksiyonel rezidüel kapasite, vital kapasite ve total akciğer kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Rezidüel hacim ve onun dahil olduğu kapasiteler hariç diğer tüm kapasite ve hacimler spirometrik yöntemlerle ölçülebilir ya da hesaplanabilir. Ayrıca spirometrik ölçümlerle, kişilerin inhale ve ekshale edilen hava hacimlerinin zamana karşı gösterdiği değişimleri de değerlendirmek mümkündür. Bu sayede hastaların sadece akciğer hacimleri değil, havayolu fonksiyonları hakkında da bilgi sahibi olunabilmektedir. Özellikle FVC (Zorlu vital kapasite), FEV_1 (birinci saniyede çıkartılan zorlu vital kapasite), FEV_1/ FVC oranı ile FEF_{25-75} (maksimum-orta ekspiratuar akım) gibi değişkenler solunum sistemi hava yolları fonksiyonlarının değerlendirilmesinde önem taşır. Tüm bu hacim ve akım değerleri klinik tabloyla bir arada yorumlandığında akciğerdeki patolojinin tipini obstriktif ya da restriktif olarak belirlemek mümkün olabilmektedir. Öte yandan bu veriler söz konusu patolojilerde tedavi seçenekleri açısından da yol gösterici olabilmektedirler. Buna karşın maksimum bir ekspirasyondan sonra akciğerlerde kalan hava miktarı olan olan rezidüel hacmin ölçülebilmesi için helyum dilüsyon yöntemi, tüm vücut pletismografisi analizi ile ölü boşluk hacmiyle kapanma hacminin tespiti için nitrojen yıkama (Fowler metodu) gibi farklı yöntemler kullanılabilmektedir.

Solunum işlevinin ventilasyondan sonraki basamağı olan difüzyonun yeterliliği, hastaların difüzyon kapasitesini değerlendirmeyi hedefleyen karbonmonoksit difüzyon testiyle ölçülmektedir (DLCO). Sağlıklı bir bireyde oksijenin akciğer kapillerlerine geçişi dinlenim anında difüzyonla sınırlanmış olmakla birlikte, bazı özel koşullarda kan akım hızının da etkisi olabilmektedir. Buna karşın difüzyon katsayısı oksijenden çok daha yüksek olan karbonmonoksit gazının transfer hızını belirleyen tek unsurun difüzyon olması, bu gazla yapılan ölçümleri daha anlamlı kılmaktadır.

Bu yöntemlerin tamamı hem uygulayıcı hem de hasta açısından uyum gerektiren süreçleri barındırır. Özellikle uygulayıcıların bu konudaki tecrübelerinin artması, yapılacak olan testlerden doğru sonuçlar elde edilmesi için büyük bir öneme sahiptir.

Kaynaklar

1. WestJ.B, Respiratory Physiology, 3rd Edition, 1985
2. Miller M.R, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A. Et.al, Standardisation of spirometry, Series ''ATS/ERS Task Force: Standardısatıon Of Lung, Eur Respir J 2005; 26: 319–338

HİPOKSİYE UYUM YANITLARI VE ADAPTASYON - "SİSTEMİK VE HÜCRESEL UYUM"

Dr. Kerem Özgünen
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı Spor Fizyolojisi Bilim Dalı / ADANA

Tüm canlılar yaşamlarını sürdürebilmeleri için enerji üretimine ihtiyaç duyarlar. Canlıların daha fazla enerji üretimi için alternatif yollar geliştirmesi ile yaşamsal karmaşıklık da artış göstermiştir. Böylece de oksijenin elektron taşıma zincirinde "son basamak oksidan" olarak görev yapması ile gerek nispeten daha zararsız son ürünler elde edilmiş gerek daha fazla enerji üretilebilir hale gelmiştir. Kardiyopulmoner sistemin bu bağlamda temel görevi havadaki oksijeni alıp hücre seviyesine kadar ulaştırmaktır. Oksijenin organizmanın içerisinde bulunduğu çevreden hücrelere kadar olan transferi, oksijen taşıma yolağı olarak isimlendirilmektedir. Oksijen taşıma yolağı 4 bileşenden oluşmaktadır. Bunlar: (1) ventilasyon, (2) oksijenin havadan kana difüzyonu, (3) kardiyovasküler sistem ve eritrosit aracılı taşıma (4) oksijenin dolaşımdan kana difüzyonu. Bu bileşenlerin gelişimleri ve düzenlenmeleri organizmanın oksijen homeostazisinin temelini oluşturmaktadır.

Oksijen seviyesindeki azalma, özelleşmiş kemoreseptör hücreler tarafından algılanmakta, kardiyopulmoner düzenlemeler ile dokuya taşınan oksijen seviyesi mümkün olduğunca sabit tutulmaya çalışılmaktadır. Genel olarak oksijen taşınmasında görülen uyum yanıtları arasında kemoreseptör hücre hassasiyetinin değişmesi, ventilasyon ile kardiyak işlevlerde yapısal, mekanik ve işlevsel düzenlemeler ile oksijen taşıma kapasitesinde ortaya çıkan değişiklikler sayılabilir. Bunların yanında daha uzun sürede hematokrit seviyesinde ve kapiller yoğunlukta da değişikler ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca tüm hücreler oksijen derişimindeki değişiklikleri değerlendirerek oksijenin azalması durumunda mevcut proteinleri kullanarak erken dönemde veya çeşitli genlerin ekspresyonunu düzenlemek suretiyle görece geç dönemde yanıt oluşturabilmektedir. Bu transkripsiyonel yanıt büyük oranda Hipoksiyle İndüklenen Faktör-1 (HIF-1) tarafından kontrol edilmektedir. Karotid cisimlerde dopamin sentez yolağının kritik enzimi olan tirozin hidroksilaz, fosfogliserat kinaz 1, fosfofrüktokinaz, aldolaz A gibi glikolitik enzimler ile Glut-1 ve Glut-4 glikoz taşıyıcıları, anjiyogenezi tetikleyen VEGF, PDGF gibi faktörler ve eritropoezin artmasına yol açan eritropoetin ve transferrin reseptörleri gibi proteinlerin ekspresyonu HIF-1 tarafından düzenlenmektedir. Bu bilgilerin ışığında hipoksiye uyum sağlanabilmesi için hücresel düzeyde oksijen seviyelerinin algılanması ve ortaya çıkan yanıtların kardiyopulmoner işlevler ile eşleştirilmesi hayati önem taşımaktadır.

Ağır Pnömoniler – Kişisel Yatkınlık

Dr. Mustafa Hikmet Özhan
Ege Üniversitesi Göğüs Hastalıkları ABD

Özet

Ağır toplum kökenli pnömoni (a-TKP) genellikle yoğun bakım desteği gerektirecek derecede klinik bozukluğu olan hastalarda izlenir ve diğer TKP'lerden farklı olarak yüksek mortaliteye sahiptir. Avrupa ülkelerinde TKP insidansı 1,6-10,6/1000 erişkin kişi iken hastane yatışı gereken TKP hastalarının %1,2-10'u yoğun bakım desteği gerektirir. Mortalite hem yaşla hem de hastalığın ağırlık derecesi ile yükselmektedir. Yoğun bakımda izlenen TKP hastalardaki ölümlerin %90'nı 70 yaş üstü gruptandır. Yoğun bakımda TKP mortalitesi ortalama %17 iken mekanik ventilasyon ihtiyacı olanlarda %24; septik şok olgularında %29'a yükselmektedir.

Yüksek mortalite ve destek tedavisi gerekliliği nedeni ile TKP'nin ağırlık derecesini belirlemek ve hastanın yeterli tedaviye erken ulaşmasını sağlamak amacıyla birçok skorlama sistemi gündeme gelmiştir. PSI olarak bilinen pnömoni ağırlık endeksi, İngiliz solunum derneğinin önerdiği CURB-65, ATS/IDSA ve SMART-COP majör ve minör kriterleri en sık kullanılan skorlama sistemleridir ve prognoz dışında hastanın hangi ortamda takip edilemesini de önerir. Özellikle son iki skorlama yoğun bakım desteği ve vazopresör ihtiyacını belirleme kapasitesi açısından a-TKP yaklaşımında önemli yer tutmaktadır. Ancak CURB-65 ve PSI validasyonu yapılmış ve daha çok hastanın nerede takip edilmesini hedefleyen skorlama yöntemleridir. CURB 0-1 olup evde tedavi gören TKP olgularında mortalite %1 iken hastane yatışı gereken hastalarda %5 ve yoğun bakım ihtiyacı olan hastalarda ise %40'a kadar yükselmektedir.

Pnömoni inhalasyon veya aspirasyon yolu ile akciğere ulaşan patojenlerin akciğer savunma sistemine üstün gelmesi sonucunda oluşur. Bu nedenle, iki faktör pnömonin ağırlık derecesini etkilemektedir. Patojenlerin virülansı ve konağın immün ve lokal direnci. a-TKP etkenleri görülme sıklığına göre sıralandığında S.pneumoniae, H.influenzae, S.aureus, Legionella türleri, Gram negatif basiller, virüslerdir. Hastane kökenli etkenler ise P.aeruginosa, Acinetobacter türleri, Enterobacterler ve S.aureus'tur.

Ağır TKP'lerde ko-enfeksiyonlarda sık olarak izlenmektedir. İspanya'da yoğun bakım hastalarında yapılan değerlendirmede bakteri ve influenza birlikteliği %16 hastada saptanmıştır. Bu çalışmada co-enfeksiyonun en sık S.pneumoniae ile olduğu ve 2009 ile 2015 arasında artış trendinde olduğu ve 2015'te bu oranın %23,4'e kadar yükseldiği gösterilmiştir. Bakteri yükü hastada sepsis gelişmesine neden olan bir durumdur. Kantitatif PCR yöntemi ile belirlenen bakteri yükü 4-5 log/ml olan olgularda sepsis riski %67; 5'in üzerinde ise %100 bulunmuştur. Benzer şekilde, bakteri yükü az ve çok olan hastalarda mortalite sırasıyla %6 ve %26 olarak saptanmıştır. Risk faktörleri etkenlere göre değerlendirildiğinde S.pneumoniae için alkolizm, asplenizm, HIV enfeksiyonu varlığı ve İV madde kullanımı, S.aureus için ise yapısal akciğer hastalıklarının varlığı, influenza enfeksiyonu tanımlanmaktadır. Legionella pnömonisi sigara kullanma ve seyahat ile ilişkilendirilmektedir. Gram negatif pnömonilere bronşektazi gibi yapısal akciğer hastalıkları olanlarda, yakın zamanda hospitalizasyon, antibiyotik kullanma öyküsü ve immünsüpresyon olan hastalarda daha sık rastlanmaktadır. H.influenzae etkeni saptandığında hastalarda sigara içme alışkanlığının varlığı, KOAH ve kalp yetmezliği gibi yandaş hastalıkların varlığı sorgulanmalı ve aspirasyon öyküsü alınmalıdır.

Bir Avrupa kohortunda ise sigara içme, düzenli alkol kullanımı, beslenme bozukluğu, çocuklarla temas etme, kötü dental hijyen ve influenza ve pnömokok aşılamasının yapılmamış olması bağımsız risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Hastaya ait faktörler arasında radyolojik olarak tutulan akciğer lob sayısı, sepsis varlığı ve solunum yetmezliğinin bulunması ağır TKP lerde mortalite belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. En kötü prognoz başvuru sırasında her üçünün de beraber bulunduğu (mültilobar tutulum+sepsis+akut solunum yetmezliği) hastalardadır. Hastaya ait diğer bir ağırlaştırıcı faktör ise immün cevap yetersizliğidir. Steroid ve diğer immün baskılayıcı tedaviler ve son yıllarda daha sık görülen biolojik ajan (ör:anti-TNF tedavileri) kullanımı ve kazanılmış (ör:AİDS) veya kalıtımsal (ör:CVID) immün yetmezlik durumları en sık rastalanan a-TKP nedenleridir. Küresel olarak TKP olgularının %18'inde immün yetmezlik tablosu mevcuttur.

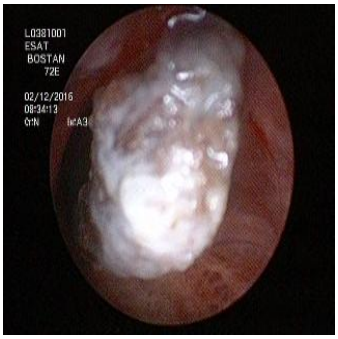
Sonuç olarak, a-TKP yoğun bakım ve vazopresör desteği gerektiren TKP ler için kullanılan bir sınıflamadır. Bakteri yükü, mültilobar tutulum, sepsis varlığı pnömoni ağırlığını belirgin olarak artırarak yüksek mortaliteye neden olur. Hastaya ait risk faktörleri ise immünsüpresyon, sigara içme, alkolizm, beslenme bozukluğu, kötü dental hijyen gibi faktörlerdir.

GÖĞÜS ACİLLERİNDE BRONKOSKOPİ KURSU
DİĞER ACİL DURUMLARIN TANI VE TEDAVİSİNDE BRONKOSKOPİ:

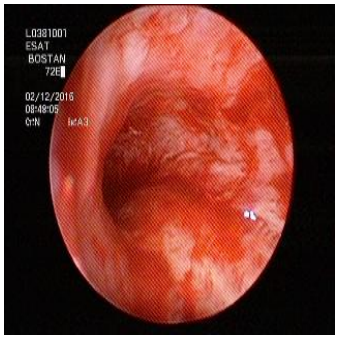
Dr. Ayperi Öztürk
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bu sunumda yabancı cisim aspirasyonu, solunum yetmezliğine neden olan mukus retansiyonu, yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilatöre bağlı hastalarda weaning başarısızlığına neden olan stenoza yol açan granülasyon dokusu/ koagulum, bronkoplevral fistül olguları videolar eşliğinde anlatılacaktır.

OLGU 1: 72 Y, erkek hasta, nefes darlığı ile başvurmuş. Çekilen PAAG de sol akciğerde havalanma azlığı izlenmesi nedeniyle çekilen toraks BT' de sol alt lobda konsolidasyon ile trakea distalinde sol ana bronşa uzanan hiperdens lezyon saptanmış. Hastanın yapılan fiberoptik bronkoskopisinde sol ana bronşunu %50 den fazla tıkayan polipoid lezyon saptanmış ancak biyopsi alnımamış. Hastaya tanı ve tedavi amaçlı rijid bronkoskopi uygulandı. Sol ana bronşu tıkayan lezyon üst loba kadar uzanan sert bir lezyondu (resim 1). Rijid forceps ile çıkarılması mümkün olmadı ve endoskopik makas ile kesilerek iki parça halinde tamamı çıkarıldı. Çıkan parçalar makroskopik olarak tavuk kemiği ile uyumlu idi. İşlem sonrası sol ana bronş açıklığı sağlandı ancak sol ana bronş distali anterior duvarda mukozal lezyonlar saptandı;kryobiyopsi alındı, patoloji sonucu granülasyon ile uyumlu geldi.



Sol ana bronşu daraltan endobronşiyal lezyon

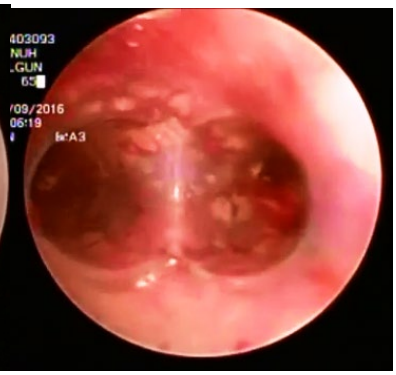


İşlem sonrası sol ana bronş

OLGU 2:
67 yaşında erkek hasta larinks CA tanısı ile 8 ay önce opere olmuş. Trakeostomisi mevcut olan hasta ani solunum arrest olması nedeniyle entübe edilmiş ancak weaning yapılamadığı için rijid bronkoskopi için danışıldı. Hasta trakeostomiden girilerek entübe edildiğinde yaygın kurutlar nedeniyle her eiki bronş girişi ve ana karina izlenmiyordu; hızlı bir şekilde kurut temizliği yapıldığında her ikiana bronş ve karinanın tümör ile infiltre olduğyu sağ ana bronşun tam sol ana bronşuın % 80 tıkalı olduğu saptandı. Mekanik tümör rezeksiyonu sonrası silikon- y- stent yerleştirilerek işleme son verildi. Hasta işlem sonrası ekstübe edilerek kemoterapi alması için yönlendirildi. Hastanın gönderilen patolojisi skuamöz +adenokarsinom olarak rapor edildi. Takipte sık mukus retansiyonu olan ve bu nedenle ciddi desatute olan hastaya ilk 3 ay günlük/gün aşırı bronkoskopi yapıldı. Enfeksiyon kontrol altına alınan hasta kemoterapi ile takibe alındı. (olgu video eşliğinde sunulacaktır)

Trakeostomi proksimalinden itibaren yaygın kurutlar

Kurut temizliği sonrası trakea distali ve her iki ana bronş girişi



Silikon-y-stent sonrası ana karina ve her iki bronş girişleri

OLGU 3:
Bronkoplevral fistül olgusu video eşliğinde sunulacaktır.

HİPOKSİ NEDENLERİ VE ETKİLERİ

Dr. Levent Öztürk
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı

Yaşam için gerekli enerjinin elde edilmesinde oksijen kullanımı son derece avantajlı bir durum oluşturmasına rağmen, bu durum aerobik canlıları oksijene bağımlı hale getirmiştir. Normal hücre işlevi ve sağkalım için gereken miktarın altında oksijen sağlanması hipoksi olarak adlandırılmaktadır. Diğer bir deyişle hücre içinde oksijen parsiyel basıncı ve miktarının fizyolojik sınırların altında olması durumudur. Genel olarak üç nedenle doku hipoksisi ortaya çıkar: Arteryel kanda oksijen azalması yani hipoksemi, hücreye oksijen ulaştırılmasında bozukluk ve hücrenin oksijen kullanımında bozukluk. Hipoksemi gelişmesine neden olan durumlar arasında solunum havasında oksijen azlığı, ventilasyon bozuklukları, akciğerde difüzyon problemleri, ventilasyon/perfüzyon eşleşmemesi ve kanda hemoglobin miktarının azalması sayılabilir. Hipoksemi dışında ikinci önemli neden oksijenin doku düzeyine ulaştırılmasındaki sorunlardır ve bunlar kandaki oksijen miktarı, kalp debisi ve kanın bölgesel dağılımı ile ilgilidir. Son olarak dokuların oksijeni kullanabilmesi için oksijenin hemoglobin molekülünden ayrılması, hücre içine girmesi ve mitokondriye gitmesi gerekir. Bu bakımdan oksihemoglobin disosiasyon eğrisini etkileyen faktörler, damar içindeki kanın mitokondriye difüzyonunu etkileyen faktörler ve mitokondride oksijen kullanımını etkileyen faktörler bu son neden içinde sayılabilir. Örneğin, siyanür zehirlenmesinde mitokondriyal oksijen kullanımı doğrudan bloke olur. Hücre düzeyinde hipoksinin neden olduğu olaylar hücrenin metabolik durumu ve hipoksiye uyum kapasitesine göre değişir. Hücre ya iyi bir adaptasyon gösterecektir ya da hücre ölümüne kadar gidebilen sorunları yaşayacaktır. Hipoksiye uyum yanıtlarının asıl düzenleyicileri hipoksi ile indüklenen faktörler (kısaca HIF'ler)'dir.

ALVEOLLLER VE DOKULARDA GAZ DEĞİŞİMİ VE TAŞINMASI

Fadıl Özyener
Bursa Uludağ Üniversitesi, Fizyoloji Anabilim Dalı

Aerobik enerji üretiminde O_2'in alveollerden alınıp dokulara ulaştırılması ve metabolik süreç sonucu oluşan CO_2'in atmosfere atılmak üzere dokulardan alınıp alveollere getirilmesi temel yaşamsal işlevlerdendir. Bu çerçevede O_2'in alveollerden kapiller kana, CO_2'in ise ters yönde geçiş yapması *dış (eksternal) solunum* olarak tanımlanır. O_2 ve CO_2'in alveol - pulmoner kapiller arası birbirine ters yönlü difüzyonu son derece hızlıdır. Pulmoner kapillerlerin sonuna gelmeden, henüz % 30-40'ında iken ters yöndeki difüzyonlar tamamlanır. Diğer yandan dokular ile dokuları saran kapiller kan arasında gerçekleşen gaz değişimi ise *iç (internal) solunum* olarak tanımlanır. Bu kez O_2 kapillerden dokuya geçerken, CO_2 dokudan kapillerlere geçer.

Oksijenin kanda taşınması: Akciğerlerden dokulara taşınan oksijenin yaklaşık %97'si eritrosit içinde hemoglobinle kimyasal bileşik halindedir (oksihemoglobin). Plazma ve hücre sıvısında çözünmüş durumda ise %3 kadarı taşınır. Oksijenin bu bileşeni, kısmi O_2 basıncını (P_aO_2) oluşturduğu için işlevsel açıdan çok önemlidir.

O_2 taşınmasında başlıca vasıta olan hemoglobinin O_2'i bağlama oranına % satürasyon veya doygunluk denir. Hemoglobin düzeyi, kanın oksijen taşıma kapasitesini çok büyük oranda belirlemesi dolayısıyla yakından izlenmesi gereken değişkenlerdendir. Dinlenim durumunda, arteriyel kanda hemoglobinin doygunluğu fizyolojik ve kardiyak şantlar dolayısıyla %98, venöz kanda ise %75 oranındadır.

PO_2 ile hemoglobinin % doygunluğu arasındaki ilişkiyi gösteren eğri *"oksijen-hemoglobin (HbO_2) disosiyasyon eğrisi"* olarak adlandırılır. HbO_2 disosiyasyon eğrisinde PO_2 60 ile 100 mmHg arasında olduğunda eğri daha az keskin bir eğim gösterirken, PO_2 10 ile 60 mmHg arasında iken çok keskin bir eğim gösterir. Bu eğimlerin şekli hemoglobin zincirlerinin O_2 düzeyine göre birbirlerine göre olan dizilimlerinin etkilenmesi ile yakından ilişkilidir. Ayrıca; ısı, PCO_2, H^+ iyonları ve DPG (2,3 difosfogliserat) miktarı O_2-hb disosiyasyon eğrisini etkileyen unsurlardır**.** Bu öğelerden herhangi birinin artması eğriyi sağa kaydırır. Hemoglobinin O_2'e ilgisinin azaldığı, daha kolay dokulara verebildiği anlamına gelir. Eğrinin sola kayması ise oksijene olan ilgisinin arttığı, hemoglobinin oksijeni kolayca bırakmadığı anlamına gelir.

Karbondioksitin Kanda Taşınması: Dokulardan akciğerlere CO_2 taşınması ~%70 oranında, alyuvarlarda CO_2 ve H_2O'nun karbonik anhidraz (CA) enziminin etkisi altında geri dönüşümlü birleşmeleri sonucu H_2CO_3 üzerinden oluşan HCO_3^- şeklindedir. Bu tepkimeyi binlerce kez hızlandıran CA eritrositlerde bulunmasına karşın plazmada bulunmaz.

CO_2'in hemoglobinle geri dönüşümlü birleşerek karbaminohemoglobin [$HbCO_2$] şeklinde, ~%23 oranında, taşınması diğer bir yoldur. Hemoglobin akciğerlere ulaştığında PCO_2'nin doku kapillerlerine göre daha düşük olduğu alveollerde CO_2'i kolayca bırakır. CO_2 plazmada erimiş halde ise ~%7 oranında taşınır.

Deoksihemoglobinin H^+ iyonlarına ilgisi oksihemoglobinden çok daha fazladır. Dokuda oluşan deoksihemoglobin H^+ iyonlarının büyük çoğunluğunu bağlar ve HbH oluşur. HbH sayesinde serbest H^+ çok az olduğu için venöz kanda asidite çok az yükselir.

BRONŞİAL HİJYEN TEKNİKLERİ

Dr. Semiramis Özyılmaz
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Havayolundaki sekresyonların temizlenmesi ve havayolu açıklığının korunması solunum enfeksiyonlarını önlemek için gerekli olan normal fizyolojik bir durumdur. Normal havayolu temizliğinde mukosiliar aktivite ve etkili öksürük gerekir. Visköz sekresyonlar, trakeal tüp varlığı, dehidratasyon, hipoksemi, immobilite ve yetersiz nemlenme mukosiliar klirensin bozulmasına ve sekresyon birikimine neden olur. Nörolojik durumlar, çeşitli nedenlerle abdominal, interkostal kaslar ya da glottisin inervasyonunun etkilenmesi sonucu ortaya çıkan paraliziler hava akışını azaltabilir. Bu durum etkili öksürük oluşturmayı engeller. Yetersiz öksürük ve sekresyon birikimi weaning başarısını olumsuz yönde etkiler. Spontan solunum yapabilen ve/veya mekanik ventilatöre bağlı hastalarda erken dönemde başlayan rehabilitasyon programları ile oksijenizasyonda iyileşme, akciğer volümlerinde, sekresyon atılımında ve yaşam kalitesinde artış, mekanik ventilatörde ve yoğun bakımda kalış sürelerinde kısalma, ventilatör nedenli pnömoni insidansı ve tekrar hastaneye yatış sayısında azalma, fiziksel aktivite düzeylerinde artış amaçlanmaktadır.

Rehabilitasyon programları hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre değişir. Hastaların durumları benzer olsa da rutin bir tedavi programı uygulanamaz. Yoğun bakım ünitelerindeki (YBÜ) hastalar tedavi programına alınmadan önce kapsamlı bir biçimde değerlendirilmeli ve ilgili problem belirlenmelidir. Daha sonra problem odaklı tedavi planı yapılmalı ayrıca tedaviyi etkileyebilecek faktörler saptanmalıdır. Bu programlar mobilizasyon uygulamalarından mekanik ventilasyondan ayırmaya kadar geniş bir range sahiptir. YBÜ'lerinde uygulanan rehabilitasyon programlarının başlıca komponentlerinden biri bronşial hijyen teknikleridir. Bronşial hijyen teknikleri olarak pozisyonlama, postural drenaj, kinetik terapi, manuel teknikler, manuel hiperinflasyon, öksürük, aspirasyon ve egzersizi sayabiliriz.

Pozisyonlama: Stabil olmayan hastalarda kullanılan bir yöntemdir. Kafa travması varlığı, abdominal kas tonusu, ağrı, spinal kord yaralanması varlığı ve kan basıncı pozisyonlama öncesinde kontrol edilmelidir.

Postüral drenaj: Akciğer segmentlerinin graviteye karşı pozisyonlanması esasına dayanan pozisyonlama yöntemidir. Bu yöntem, ventilasyon-perfüzyon (V/Q) uyumunu iyileştirerek oksijenasyonu artırır ve sekresyonların atılımını kolaylaştırır.

Kinetik terapi: Biriken sekresyonları dışarı atabilmek ve enfeksiyonu önlemek için özel osilasyonlu yatakların kullanıldığı bir yöntemdir. Hasta önceden ayarlanmış derece ve hızda longitudinal aks boyunca yavaş ve sürekli olarak döndürülür.

Manuel Teknikler: Yapışkan sekresyonu olan ve etkili öksürük oluşturamayan kişilerde kullanılır. Perküsyon, vibrasyon ve shaking en çok kullanılan manuel tekniklerdir. Hangi tekniğin kullanılacağı hastanın patolojisine, toleransına ve ağrı varlığına göre seçilir.

Öksürme: Trakeal entübasyon yapılan hastalarda öksürük etkili olamayabilir. Öksürme trakeal tüp çıkarıldıktan sonra trakeostomi bölgesi desteklenerek daha etkin hale getirilebilir. Öksürüğü stimüle etmek için huffing, vibrasyon, ardarda gelen inspirasyon, eksternal trakeal kompresyon ve oral faringeal stimülasyon kullanılabilir. Ekspiratuar kas zayıflığı olan hastalarda manual yardımlı öksürme ve mekanik "insufflation-exsufflation" aletinin kullanılması gerekebilir. Manual yardımlı öksürme, zorlu ekspirasyon sırasında torakal kafese veya epigastrik bölgeye elle eksternal basınç uygulanmasıdır. Mekanik "insufflation-exsufflation", pozitif basıncın ardından negatif basınç uygulanarak öksürüğün taklit edilmesi esasına göre geliştirilmiş bir alettir. Nöromusküler hastalık ve ekspiratuar kas zayıflığında sekresyonların temizlenmesinde kullanılır.

Manuel hiperinflasyon: Pulmoner kollapsı önlemek, oksijenasyonu ve akciğer kompliansını düzeltmek ve sekresyonun santral havayollarına akışını sağlamak için kullanılan bir yöntemdir. Özellikle mekanik ventilasyon da olan hastalarda bu yöntem uygulanırken verilen hava hacminin, akış hızlarının ve hava yolu basıncının yaratabileceği fizyolojik yan etkilere dikkat edilmelidir.

Aktif Solunum Teknikleri Döngüsü: Solunum kontrolü, torakal ekspansiyon egzersizleri ve zorlu ekspirasyon tekniğinden oluşur. Farklı hastalık gruplarında kolayca kullanılabilen, sekresyon temizlenmesini artırmada etkili olan bir uygulamadır.

Pozitif Ekspiratuar Basınç (PEP) Tedavisi: Değişken bir akım rezistörüne karşı aktif ekspirasyon yapılması gerekir. PEP tedavisi öksürme veya zorlu ekspirasyon tekniği ile birlikte kullanılmalıdır.
Osilatörler: Yüksek frekanslı göğüs duvar osilatörleri mental problemi olan hastalarda tercih edilen yüksek akış hızları ile sekresyonun kopmasını sağlayan aletlerdir. Intrapulmoner perküssif ventilasyon aleti ise nöromusküler hastalıklarda ve akut ya da kronik solunum distressi olan hastalarda yüksek frekanslı osilasyon ile sekresyon temizliğinin artmasına yardımcı olan aletlerdir.

Aspirasyon: Entübe hastalarda siliar aktivite ve alveoler ventilasyon bozulduğundan, sekresyonların akciğerlerden atılabilmesi için aspirasyon yapılması gerekebilir. Aspirasyon hipoksemi, hemodinamik instabilite, trakeobronşiyal kanama gibi komplikasyonlara neden olabilir bu yüzden sadece gereksinim olduğunda kullanılmalıdır.

Bu uygulamalar ile ilgili çalışmalar az sayıda olduğu için uygulamaların kanıt düzeyleri net olarak gösterilememiştir. YBÜ'de yatan hastalar için bronşial hijyen tekniklerinden hangisinin uygun olduğuna hastanın yaşı, patolojisi, klinik özellikler ve hastalığın evresine göre karar verilmelidir.

Kaynaklar

1- Kallet RH. Adjunct therapies during mechanical ventilation: airway clearance techniques, therapeutic aerosols, and gases. Respir Care. 2013;58(6):1053-73.
2- Matilde INE, Eid RAC, Nunes AF, et al. Bronchial hygiene techniques in patients on mechanical ventilation: what are used and why? Einstein (Sao Paulo).2018; 16(1): eAO3859.
3- Jelic S, Cunningham JA, Factor P. Clinical review: Airway hygiene in the intensive care unit. Critical Care. 2008; 12: 1-9.
4- Ambrosino N, Janah N, Vagheggini G. Physiotherapy in critically ill patients. Rev Port Pneumol. 2011; 17: 283-288.
5- Ciesla ND: Chest physical therapy for patients in the intensive care unit. Physical Therapy. 1996; 76: 609-625.

KİSTİK FİBROZİSTE PULMONER REHABİLİTASYON

Dr. Semiramis Özyılmaz
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Kistik Fibrozis (KF) 'CFTR'genindeki mutasyon sonucu sodyum kanallarının etkilenmesiyle başta solunum ve gastrointestinal sistemler olmak üzere tüm vücudu etkileyen otomozal resesif geçişli genetik bir multisistem hastalığıdır. Hastalık beyaz ırkta özellikle Kuzey Avrupa ülkelerinde sık görülmektedir. Türkiye'deki insidansı 1/3000'dir. Havayolunun kronik inflamasyonu, enfeksiyon, mukus miktarında ve vizkositesinde artış, bronşektazi, hava hapsi, hipoksemi ve hiperkarbi akciğerde görülen temel bulgulardır. Hastalarda istirahatte solunum işi artar, solunum ve periferal kas kuvvetinde azalma ile birlikte fonksiyonel kapasitede de azalma meydana gelir. KF hastalarında en sık görülen mortalite nedeni sodyum kanallarının patolojisi nedeniyle solunum yollarındaki mukusun koyu ve yapışkan olması, mukosilier klirensin bozulması, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları sonucunda meydana gelen solunum yetmezliğidir. Bu hastalar için yaşam beklentisi geçmiş yıllarda birkaç ay iken günümüzde 40 yaşın üzerinde olacağı öngörülmektedir.

Kılavuzlarda bu hastaların tedavi protokollerinde havayolu temizleme tekniklerinin, göğüs fizyoterapisinin ve egzersiz eğitiminin mutlaka yer alması gerektiği belirtilmiştir.

KF hastalarında uygulanan pulmoner rehabilitasyon programları;

- Havayolu temizleme teknikleri
- Solunum işini azaltan yaklaşımlar
- Kas iskelet sistemi problemlerine yönelik yaklaşımlar
- Solunum ve periferik kas kuvvetini arttırıcı egzersiz eğitimi
- İnhalasyon tedavisi
- Hasta ve aile eğitimini kapsamalıdır.

HAVAYOLU TEMİZLEME TEKNİKLERİ

Aşırı vizköz sekresyonları havayolundan uzaklaştırmak, ventilasyonu arttırmak, akciğer mekaniklerini geliştirmek ve havayolundaki enfeksiyonları önlemek amacıyla uygulanan tekniklerdir.

KF' de kullanılan havayolu temizleme teknikleri;

- Postüral drenaj, perküsyon ve vibrasyon
- Aktif solunum teknikleri döngüsü
- Otojenik drenaj
- Havayoluna ossilasyon yaptıran aletler (acapella, flutter)
- Pozitif ekspiratuar basınç (PEP)
- Yüksek frekanslı göğüs duvar ossilasyonudur.

EGZERSİZ EĞİTİMİ

KF hastalarında egzersiz kapasitesindeki azalmanın yanı sıra kaslarda kuvvet, endurans ve anaerobik güçte azalma, postüral bozukluklar ve gövde kaslarında esneklik kaybı görülür. KF'de egzersizin pozitif etkisi olduğu kanıtlanmıştır. Bu yüzden hastalara aktif yaşam tarzı ve spor önerilir. Düzenli fiziksel aktiviteye çok küçük yaşlarda başlanması oldukça önemlidir. Egzersiz programları akut alevlenmelere göre ayarlanmalıdır. Ayrıca bu hastalarda egzersiz eğitimi vermeden önce mutlaka gerekli değerlendirmelerin yapılması gerekir.

Düzenli aerobik egzersiz eğitimi ile solunum fonksiyonlarındaki azalmalar yavaşlatılabilir, fonksiyonel kapasitede, yaşam kalitesinde ve periferik kas kuvvetinde artışlar elde edilebilir. Aerobik egzersizlere ilaveten alt ve üst ekstremiteler için mutlaka haftada 2 gün dirençli egzersizler verilmelidir. Bu hastalarda postüral bozukluklar için tam bir fikir birliği olmamasına rağmen kognitif öğrenme, germe ve kuvvetlendirme egzersizleri de programa eklenmelidir. Egzersizler postürün düzeltilmesini, yardımcı solunum kaslarının daha iyi çalışmasını ve fiziksel aktivitenin artmasını sağlayacaktır.

Hiperinflasyon, solunum iş yükündeki artışlar, beslenme problemleri ve kronik enfeksiyonlar solunum kas kuvvetinde azalmalara neden olur. KF'li hastalarda solunum kas kuvveti değerlendirildiğinde inspiratuar veya ekspiratuar kas zayıflığı saptananlara spesifik olarak çeşitli yöntemlerle solunum kas eğitimi verilebilir. Ayrıca KF hastalarında postüral bozukluklar, periferik kas zayıflıkları, sistemik inflamasyon, kor kaslarından biri olan diyafragma kasındaki zayıflıklar postüral stabilite ve dengede bozulmalara neden olabilir. Bu nedenle hastaların postüral stabilite ve denge açısından da değerlendirilmesi gerekiyorsa denge egzersizlerinin de programa ilave edilmesi gerekir.

İNHALASYON EĞİTİMİ

İnhalasyon tedavisi havayolu temizleme teknikleri öncesi ve/veya sırasında verilebilir. İnhalasyon tekniğinin hasta ve ailesine öğretilmesi gerekir. Ayrıca düzenli aralıklarla tekniğin doğru uygulanıp uygulanmadığı mutlaka kontrol edilmelidir.

AİLE EĞİTİMİ

KF uzun süreli takip ve tedavi gerektiren kronik bir hastalık olduğu ve doğuştan itibaren bu hastalık ile mücadele başladığı için mutlaka ailelerin eğitimi gerekir. Hem uygulanan tedavi yöntemlerinin öğretilmesi hem de hastalık hakkında bilinçlendirmek amacıyla hasta ve ailelerine eğitim toplantıları düzenlenebilir, eğitim kitapçıkları hazırlanarak toplatılara gelemeyen pek çok aileye ulaşılabilir.

KF'de tedavi hastalar ve ailelerini için uzun süren bir süreçtir. Bu durum hem hasta hem de aile için bıkkınlık yaratabilir ve hasta tedaviye katılımı rededebilir. Bu yüzden tedavi programları oluşturulurken hastanın ihtiyaçları, hasta ve ailenin istekleri de dikkate alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Ratjen, F. A. Cystic fibrosis: pathogenesis and future treatment strategies. Respiratory care. 2009; 54:595-605.
2.Arikan, H, Yatar, İ, Calik-Kutukcu, E, et al. A comparison of respiratory and peripheral muscle strength, functional exercise capacity, activities of daily living and physical fitness in patients with cystic fibrosis and healthy subjects. Research in developmental disabilities. 2015;45:147-156.
3.Vendrusculo FM, Johnstone Z, Dhouieb E, et al. Airway clearance physiotherapy improves ventilatory dynamics during exercise in patients with cystic fibrosis: a pilot study. Arch Dis Child. 2018 May 24. pii: archdischild-2017-314365.
4.Radtke T, Nolan SJ, Hebestreit H, et al. Physical exercise training for cystic fibrosis. Cochrane Database Syst Rev. 2015;28:CD002768.
5.McIlwaine MP, Lee Son NM, Richmond ML. Physiotherapy and cystic fibrosis: what is the evidence base? Curr Opin Pulm Med. 2014;20:613-617.

GÖĞÜS HASTALIKLARINDA EVDE BAKIM HİZMETİ

Dr. Esra Pehlivan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

Teknolojideki ve medikal tedavilerdeki gelişmeler, solunum yetmezliği tablosu gelişen hastaların hayatta kalım sürelerinin uzamasını sağlamaktadır. Yoğun bakımda kalış süresi 21 günden fazla olan, 25.482 uzamış mekanik ventilasyon ihtiyacı olan solunum hastasının 3 aylık surveyleri ortalama %51 iken, bu oran 1 yıllık sürede %31 civarındadır[1] ve bu süreler bakım seçeneklerinin artmasına paralel olarak her geçen yıl uzamaktadır. Bu durum, hasta populasyonunun bakım ve tedavi sürecinin idamesi için alternatif yöntemlerin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Yoğun bakım ünitelerinde acil ve yaşamsal faaliyetleri düzelen stabil hastaların mortalite, morbidite ve sağlık harcamalarını azaltmak, uzun süreli olarak solunum fonksiyonlarını korumak, egzersiz kapasitesini arttırmak, enfeksiyon gibi yatış süresini arttıran komplikasyonları azaltmak ve yaşam kalitesini koruyup yükseltmek amacıyla evde bakım önerilmektedir[2]. Evde bakım; kronik, terminal dönemde hastalığı olan kişilere ev ortamında sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin sunulmasıdır[3]. Evde bakım kapsamında evde primer bakım, evde hastane uygulaması, uzun dönem entegre bakım ve palyatif bakım gibi farklı bakım stratejileri bulunmaktadır. Literatürde evde bakımın acil başvuru oranını[4], sağlık harcamalarını azalttığı[5], alevlenmeleri ve mortalite oranlarını düşürdüğüne dair yayınlar bulunmaktadır[6].

Evde bakım kararının alınabilmesi için hastanın genel durumunun stabil olması ve belirlenen medikal uygunluk kriterlerini karşılıyor olması gerekmektedir[7]. Bu şartların sağlanması primer karar verme kriteri olmakla beraber hasta ve ailenin tedaviye katılımı ve eğitim durumu bu sürecin idamesinde son derece önemlidir[8]. Evde bakım seçeneği sunulan hastalara detaylı bir taburculuk planı yapılamalı evde kendi başlarına kaldıkları süreçte karşılaşabilecekleri potansiyel problemler ve bunlarla başa çıkma stratejileri hakkında detaylı bir bilgilendirme ve eğitim sağlık ekibi tarafından yapılmalıdır.

Pulmoner rehabilitasyon, kronik solunum hastalığı olan bireylerde ayrıntılı hasta değerlendirmesi ve bunu takip eden, hastaya özel terapileri temel alan, sadece egzersiz, eğitim ve davranışsal değişiklikleri değil aynı zamanda bireylerin fiziksel ve psikolojik durumlarını geliştirmek üzere oluşturulmuş kapsamlı bir müdahaledir[9]. Pulmoner rehabilitasyonun çeşitli uygulama modelleri bulunmaktadır. Evde uzaktan gözetimli ya da direk gözetimli programlar ilerlemiş kronik solunum hastalarında sıklıkla tercih edilen uygulama modelleridir. Pulmoner rehabilitasyon kapsamında ventilatör, aspiratör gibi cihazların kullanımı, göğüs hijyen teknikleri, nefes darlığıyla baş etme stratejileri, enerji koruma stratejileri, hastanın güvenli mobilizasyonu, beslenme ve psikolojik destek gibi pek çok ana başlıktan bahsetmek mümkündür. Onsekiz çalışmanın yer aldığı bir meta-analizde, KOAH'lı hastalarda uzaktan gözetimli evde pulmoner rehabilitasyonun, hastane temelli ayaktan takipli programla benzer kazanımlar sağladığı vurgulanmıştır[10]. Günümüzde daha fazla sayıda hastaya hizmet sunumunun sağlanabilmesi amacıyla teknolojik yardımlı telerehabilitasyon yaklaşımaları[11], robot yardımlı bakım stratejileri[12] gibi yeni yöntemler hızla gelişmektedir.

Kaynaklar

1. Lu HM, Chen L, Wang JD, et al. Outcomes of prolonged mechanic ventilation: a discrimination model based on longitudinal health insurance and death certificate data. *BMC health services research.* Apr 25 2012;12:100.
2. Vazquez Calatayud M, Portillo MC. [The transition process from the intensive care unit to the ward: a review of the literature]. *Enfermeria intensiva.* Apr-Jun 2013;24(2):72-88.
3. WHO. Palliative care: Symtom management and end of life care. *World Health Report.* 2004.
4. Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, et al. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *The European respiratory journal.* Jul 2006;28(1):123-130.
5. Riolfi M, Buja A, Zanardo C, Marangon CF, Manno P, Baldo V. Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: a retrospective cohort study. *Palliative medicine.* May 2014;28(5):403-411.
6. Ram FS, Wedzicha JA, Wright J, Greenstone M. Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *Bmj.* Aug 7 2004;329(7461):315.
7. Gilmartin M. Transition from the intensive care unit to home: patient selection and discharge planning. *Respiratory care.* May 1994;39(5):456-477; discussion 477-480.
8. Griffin T, Abraham M. Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. *The Journal of perinatal & neonatal nursing.* Jul-Sep 2006;20(3):243-249; quiz 250-241.
9. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine.* Oct 15 2013;188(8):e13-64.
10. Liu XL, Tan JY, Wang T, et al. Effectiveness of home-based pulmonary rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses.* Jan-Feb 2014;39(1):36-59.
11. Cox NS, McDonald CF, Alison JA, et al. Telerehabilitation versus traditional centre-based pulmonary rehabilitation for people with chronic respiratory disease: protocol for a randomised controlled trial. *BMC pulmonary medicine.* May 15 2018;18(1):71.
12. Broadbent E, Garrett J, Jepsen N, et al. Using Robots at Home to Support Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research.* Feb 13 2018;20(2):e45.

HEKİMLERİN MESLEK HASTALIKLARI, İŞ KAZALARI

Dr. Pınar Mutlu
Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

Sağlık çalışanlarının insana yönelik olarak sunduğu sağlık hizmeti Avrupa Toplumunda Ekonomik Faaliyetlerin İstatistik Sınıflaması (NACE kodlaması) içerisinde "çok tehlikeli" ve "tehlikeli" işler kapsamında yer alıyor. Yalnızca şiddet değil, yaptığımız işe bağlı olarak bulaşıcı hastalıklara yakalanma, kesici-batıcı yaralanmalar, stres, tükenmişlik gibi risklere bağlı olarak yaralanıyoruz, hasta oluyoruz, hayatımızı kaybediyoruz ve yaşantımızı olumsuz etkileyen birçok sorunla karşılaşıyoruz. Sağlık çalışma ortamına özgü gerekli-yeterli yasal düzenlemelerin bulunmaması, tehlike, işkazası, meslek hastalığı gibi kavramların yeterince içeriğinin belirlenmemiş olması ve alana özgü uygulamaların yerleşik bir hale gelmemesine bağlı olarak sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı şiddet, enfeksiyon, trafik kazaları sonucu ortaya çıkan ölümler dahi sıradan, normal olaylar olarak değerlendirilmektedir. Nitelikli sağlık personeli sayısındaki eksiklik ve kurumların teknik donanımındaki yetersizlikler sağlık hizmetine olan yoğun taleple de birleşince ciddi kısıtlılıklar yaşanmaktadır. Mevcut sorunları gidermekle ilgili yükü sırtlamak yine sağlık çalışanlarının üzerine düşmekte, artan mesai saatleri ve mesleki riskler neticesinde sağlık hizmeti sunanlar tükenmektedir.

Sağlık, bedensel ve ruhsal tam iyilik haliyse bunu bozan en önemli etkenlerden birisinin güvencesiz ve kuralsız çalışma olduğunu düşünüyorum. Bu sadece çalışanların ruh sağlığını değil, bedensel sağlığını da bozabilmektedir. Hekimlerin karşılaştığı mesleki tehlikeler genel olarak 5 gruba ayrılmaktadır. Bunlar; kimyasal, biyolojik, fiziksel, psikolojik ve çevresel mekanik tehlikelerdir. Sağlık çalışanlarının karşılaştığı mesleki tehlikeler arasında kimyasal tehlikelerin toksikolojik açıdan önemli bir yer tuttuğunu söylemek mümkündür. Bu kimyasal tehlikelerden antineoplastik ilaçlar, etilen oksit, formaldehit ve anestezik atık gazları gerek ülkemizde ve gerekse yurtdışında sağlık hizmeti sunulan yerlerde sıklıkla karşılaşılan ve önemli sayıda sağlık çalışanının maruziyetinin söz konusu kimyasal maddelerdir. Bu kimyasal maddelerin ortak özellikleri genotoksik özellikli olmalarıdır. Genotoksik özellikli kimyasalların, somatik ve üreme hücrelerinde çeşitli mekanizmalarla kanser ve üreme sisteminde bozukluklar şeklinde etkiler oluşturma potansiyelleri bulunmaktadır.

Çalışma yaşamında biyolojik risk etkenleri denildiğinde akla, herhangi bir enfeksiyona, alerjiye veya zehirlenmeye neden olabilen (genetik olarak değiştirilmiş olanlar da dahil) mikroorganizmalar, hücre kültürleri ve insan endoparazitleri gelir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkındaki Yönetmelik'te biyolojik etkenler 4 grup olarak sınıflandırılmaktadır. Mesleki enfeksiyonlar, bakteri, virüs, mantar ve parazitler gibi mikrobiyal ajanlara işyerinde maruziyet ile oluşan hastalıklardır. Sağlık sektöründe biyolojik etmenler; kan ve kan ürünleri kaynaklı enfeksiyonlar, solunum yolu ile geçen enfeksiyonlar, enfeksiyonluyla temas sonucu çalışanlara zarar veren durumlar olarak sayılabilir. Tüm dünyada sağlık çalışanlarında en sık görülen biyolojik kökenli hastalıklar sırasıyla Hepatitis B, tüberküloz,hepatitis C, hepatitis A'dır. Bu enfeksiyonlar içinde kanla bulaşanlar özel bir öneme sahiptir. Bu risk faktörleri ile temas, kesici delici alet yaralanmaları gibi iş kazaları biyolojik risk faktörlerinin çalışana en sık ulaştığı yollardır.

Hekimlerde görülen kas iskelet sistemi sorunlarına bakarsak, Türkiye'de yapılan bir çalışmaya göre daha çok boyun (%10) ve bel (%11,7) bölgesinde sorun yaşıyorlar , bu problemlerin oluşumu yaş, ergonomi ve stres düzeyi ile ilişkilidir.Erkek olanlarda, asistan olarak çalışanlarda, hizmet yılı fazla olanlarda, çalışma ortamında ergonomik uygunsuzluk yaşayanlarda kas iskelet sistemi ile ilgili sorunlar ön plana çıkmıştır. Bu sorunların bir kısmı alınan önleyici tedbirlerle ortadan kaldırılabilir. Sağlık çalışanların doğru postürde durmaları, belden eğilmelerinin önlenmesi, ağırlık kaldırma kurallarının öğrenilmesi, düzenli fiziksel aktivitelerin yapılması, kayma, takılma ve düşmelere yol açabilecek araç gerecin ortadan kaldırılması, ıslak zeminin hemen kurutulması, sağlık kurumlarındaki, masa, sandalye gibi malzemelerin ve hasta bakım ve tedavisinde kullanılan araç ve gereçlerin ergonomik olarak tasarlanması vb. önlemler alınabilir. Sağlık kurumlarındaki şiddet "hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı cinsel saldırıdan oluşan durum" olarak tanımlanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda, sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir. Sağlık alanındaki şiddet çok olmasına rağmen; sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin önemsenmediğinden, çalışanların haklarını düzenleyen yasal düzenlenmelerin yetersizliğinden dolayı bildirimi az yapılmaktadır.

AMPİYEM VE AKCİĞER KANSERİNDE HASTA YÖNETİMİ

Dr. Gülru Polat
Dr. Suat Seren Göğüs hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ampiyem ve akciğer kanseri birlikteliği cerrahi için kontrendikasyon değildir. Enfeksiyon tam olarak kontrol altına alındıktan sonra küratif operasyon uygulanabilir.

55 yaşında erkek hasta plevral efüzyonla başvurdu. Yapılan torasentez ampiyemle uyumlu idi. Hastaya tüp torakostomi uygulandı antibiyotik tedavisi başlandı. Çekilen toraks bt de kitle lezyonu saptandı.FOB sonucu skuamöz hücreli karsinom ile uyumlu idi. Sıvı sitolojisinde malign hücreye rastlanmadı. PET-BT ve EBUS ile evrelenen hasta cT2N2 olarak evrelendirildi. 4 kür neoadjuvan tedavi sonrası hastaya bilobektomi,ampiyem poşu rezeksiyonu ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Operasyon sonrası da tüp drenaj ve sistemik antibiyotik tedavisi yapıldı. Hastanın ameliyat sonrası 27. Gününde herhangibir komplikasyon gelişmeden hasta taburcu edildi. Tümörün patolojik tanısı T2N1 olarak geldi. Adjuvan KT, 6 küre tamamlandı.

Sonuç olarak cerrahi öncesi ampiyem olması cerrahiyi engellemez. Eğer bu hastalarda ; cerrahi öncesi enfeksiyon kontrolünü amaçlayan, sistemik antibiyotik tedavisi ile acil torasik kavite drenajı ve lavajı yapılırsa, cerrahi sırasında ve sonrasında torasik kavitenin profilaktik lavajı ve yeterli flep ile bronşiyal güdük kapama yapılırsa belirgin morbidite olmaksızın postoperatif dönem geçirilebilir.

ELEKTROKARDİYOGRAM (EKG) DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. İsmet Sayan
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Elektrokardiyogram (EKG) kalbin elektriksel aktivitesinin grafiksel bir kaydını sağlar. Her bir kalp hücresi, depolarize hale geldiği ve daha sonra normal bir döngü sırasında repolarize edildiği için bir aksiyon potansiyeli oluşturur. Kardiyak hücrelerin depolarizasyonu, sinüs düğümünden başlayarak normal durumda düzenli olarak ilerler ve daha sonra atriyoventriküler (AV) düğüm ve ventriküller boyunca sırayla yayılır. Sinüs düğümünden başlayan ve elektriksel akım oluşumuna neden olan depolarizasyon tüm ventrikül kasına yayılırken EKG'nin spesifik fazları olan; P dalgası, PR aralığı, QRS kompleksi, ST segmenti ve T dalgasının oluşmasını sağlar. Kalbin elektriksel aktivitesi her iki kol, her iki bacak ve göğüs yüzeyine bağlanan elektrotlar aracılığı ile kaydedilir ve 12 derivasyonlu EKG olarak adlandırılır.

Kardiyovasküler hastalığı olan hastaların tanısal değerlendirmesi için geliştirilen yeni teknolojiler olmasına rağmen, elektrokardiyogram (EKG) merkezi rolünü korumaktadır. Tanısal veya prognostik bir araç olarak bazı sınırlamalara sahip olmakla birlikte, potansiyel kardiyovasküler hastalığı olan hastanın uygun bakımı için gerekli olan çok sayıda bilgiyi içerir. EKG; kardiyak ritim, iletim sistemi anormallikleri ve miyokardiyal iskeminin saptanması için çok önemli bir testtir. Ayrıca EKG; kalp kapak hastalıkları, perikardit, kardiyomiyopatiler, antiaritmik ilaç takipleri ve metabolik bozukluklarda kalbin değerlendirilmesi için de önemli role sahiptir. EKG'nin sistematik değerlendirilmesi son derece önemlidir, böylece herhangi bir anormalliğin gözden kaçması engellenmiş olur. Kalbin sistematik değerlendirilmesi; kalp hızı, ritim, aksının saptanması, PR ve QT intervalleri ile QRS ve ST segment- T dalgalarının değerlendirilmelerini kapsamaktadır.

Kaynaklar

1. Kligfield P, Gettes LS, Bailey JJ, et al. Recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part I: the electrocardiogram and its technology a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. J Am Coll Cardiol 2007; 49:1109.
2. Surawicz B, Childers R, Deal BJ, et al. AHA/ACCF/HRS recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part III: intraventricular conduction disturbances: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society. Endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. J Am Coll Cardiol 2009; 53:976.
3. Rautaharju PM, Surawicz B, Gettes LS, et al. AHA/ACCF/HRS recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram: part IV: the ST segment, T and U waves, and the QT interval: a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society. Endorsed by the International Society for Computerized Electrocardiology. J Am Coll Cardiol 2009; 53:982.

EBUS-TBİA ENDİKASYONLARI VE TANISAL DEĞERİ

Dr. Semra Bilaçeroğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerr. Eğit. ve Araşt. Hastanesi

Endobronşial ultrasonografi rehberliğinde uygulanan transbronşial iğne aspirasyonu (EBUS-TBİA), radyal-prob (RP) veya convex-prob (CP) EBUS kullanılarak yapılabilir. **RP-EBUS**: Endikasyonları akciğer kanseri (CA) erken tanısı ve evrelemesi, mediastinal invazyon (trakea, ana damarlar, özofagus) değerlendirmesi, girişimsel bronkoskopik işlem planlama, mediastinal ve intrapulmoner lezyon tanısında TBİA rehberliği, periferik lezyon tanısında TBİA, fırçalama ve transbronşial biopsiye rehberliktir. Girişimsel işlem rehberliğinde %43, bronş duvarının tümörle invazyonunu göstermede %93, periferik nodül tanısında %80 başarılıdır. **CP-EBUS:** RP-EBUS-TBİA'dan farklı olarak CP-EBUS-TBİA, real-time TBİA'ya olanak tanır. Endikasyonları, akciğer CA'da mediastinal lenf nodu evrelemesi, hava yoluna bitişik intrapulmoner tümör, hiler/mediastinal lenfadenopati (LAP) ve mediastinal tümör tanısıdır. Intrapulmoner tümör tanısında duyarlılığı %77-94'tür. Bilateral üst ve alt paratrakeal, subkarinal ve bilateral hiler lenf nodlarını örnekleyebilir. Akciğer CA evrelemesinde BT, PET-BT, konvansiyonel TBİA ve mediastinoskopiye göre duyarlılığı (%85-100) daha yüksektir; özgüllüğü %100 ve negatif prediktif değeri %76'dır. EBUS-TBİA'nın, akciğer CA'da moleküler incelemeler için de yeterli örnek sağlayabildiği gösterilmiştir. Yayma ve hücre bloklarının kombine edilmesi tanısal verimi ve moleküler örnek yeterliliğini artırır. 19-, 21-, 22-G iğneler arasında tanısal verim farkı saptanmamıştır. **EUS-B-ince iğne aspirasyonu (İİA):** EBUS için kullanılan bronkoskop özofagus içinde kullanılarak, sol üst ve alt paratrakeal, subkarinal, paraözofageal, ligament lenf nodları, bazen de sağ üst ve alt paratrakeal, lend nodlarından, karaciğer, sürrenal ve batın lenf nodlarından örnekler alınabilir. 1 cm'den küçük ve büyük lenf nodlarında duyarlılığı, sırasıyla %58 ve %90'dır. Mediastinal evreleme ve intrapulmoner tümör tanısında duyarlılığı, EBUS-TBİA'ya yakındır (%89). Ancak hiler lenf nodlarını örnekleyemez. EBUS'tan farklı olarak, aort invazyonunu gösterebilir ve sürrenal metastazını örnekleyebilir. EBUS-TBİA ve EBUS-B-İİA kombinasyonu, evrelemede duyarlılık (%91-100) ve negatif prediktif değeri (%91-100) artırır. ESGE-ERS-ESTS Rehberi'nde akciğer CA tanı ve evrelemesinde EBUS-TBİA ve EUS-B/EUS-İİA'nun birlikte kullanımı önerilmektedir. **Benign hastalıklarda endosonografi:** Daha çok sarkoidoz ve tüberküloz tanısında endosonografi (EBUS-TBİA veya EUS-B/EUS-İİA) kullanılmıştır. Lenf nodu çapı, örneklenen istasyon sayısı, her lenf noduna iğne batış sayısı arttıkça, duyarlılık da artar. *Evre I sarkoidozda* duyarlılık %74-78, evre II'de %92-95'tir. Tanısal verim, konvansiyonel TBİA'ya göre daha yüksektir. Evre II'de tanısal verim transbronşial biopsiye yakındır. Konvansiyonel bronkoskopi (%74) ve endosonografi (%85) kombinasyonu tanısal verimi artırır (%93). 21- ve 22-G iğneler arasında tanısal verim açısından önemli fark saptanmamıştır. *Tüberküloz lenfadenit veya hava yoluna bitişik pulmoner tüberkülozda* duyarlılık %65-94'tür. Tüberkülozda, EBUS-TBİA ile patolojik tanısal verim %80-86, genel mikrobiyolojik verim %53 saptanmıştır. Yayma %8-27, kültür %8-47, TB-PCR %54 oranında tanı sağlar. Ek olarak, ilaca dirençli tüberkülozu da saptayabilir. Konvansiyonel bronkoskopi ve EBUS-TBİA kombinasyonu tüberkülozda tanısal verimi artırır (%18'den %80'e). Sarkoidoz ve tüberkülozda yayma ve hücre bloklarının kombinasyonu tanısal verimi artırmak için önerilir (%88). Endosonografi rehberliğinde alınan örneklerde "nekrozlu ve nekrozsuz granülomatöz yangı" saptandığında sarkoidoz, tüberküloz, maligniteye eşlik eden ya da ilaçlara bağlı sarkoid reaksiyon olabileceği akılda tutulmalıdır. **Lenfomada endosonografi:** Flow sitometri ile EBUS-TBİA tanısal verimi %84-87, özgüllük %93-100'dür. Ancak sadece sitomorfolojik değerlendirme ile tanısal performans düşüktür (duyarlılık: %30-87, özgüllük: %0-100). EBUS-TBİA ile major komplikasyon (intramural hematom, hemomediastinum, kardiak tamponad, pürülan perikardit, ampiyem, akciğer absesi, mediastinal abse, mediastinit, iğne trasesinde endobronşial TB granülomu) nadiren izlenir (%1-1.23).

ASTIMDA FENOTİPLER KLİNİK KARAR VERMEDE NE KADAR ÖNEMLİ?

Dr. Füsun Şahin
SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi SUAM

Astımda Yeni Anlayış:

- Hedefe yönelik tedavi
- Kişiye özgü biyolojik ajan tedavisi (Bireyselleştirilmiş Tedavi)

Bunun için farklı fenotipler ve fenotip ilişkili endotipler ile farklı patogenetik mekanizmalara uygun biyolojik belirteçler kullanılarak farklı tedavi modalitelerinin geliştirilmesi amaçlanır.

Astım Fenotipleri:

Fenotip: Bir organizmanın genetik özelliklerinin çevre ile etkileşimi sonrasında dış görünümde ortaya çıkan **"klinik olarak gözlemlenebilir özellikler"dir.** Belli fenotiplerin belli özelliklerini ortaya koymanın, hedefe yönelik veya daha etkin ve spesifik tedavi yöntemlerinin düzenlenmesini sağlayacağı düşünülmüştür. Benzer klinik bulgular göstermekle birlikte; prognozları, tedavileri ve tedavi yanıtları farklıdır. Astımda fenotip sınıflamaları altta yatan mekanizmadan çok semptom ve bulguların şiddetine göre (epidemiyolojik veriler, semptom paterni, atopi durumu, bronş obstrüksiyonu gibi) yapılmıştır. Doğal olarak bazen çakışabilirler ve hatta zamanla değişim gösterebilirler.

Astımda küme analizleri kullanılarak fenotipleme yapılmıştır. Küme analizlerinde, bir popülasyonda önceden belirlenen çok sayıdaki değişkene göre benzerlikleri belirlemek ve benzer özelliklerin ağırlıkta olduğu kişileri de belirli kümelerde toplamak esastır.

Buna göre astımda ilk fenotipik sınıflama:

- **Klinik ve fizyolojik fenotipler**
- Şiddete göre fenotipler
- Alevlenme eğilimli
- Tedaviye dirençli
- Başlama yaşına göre
- Obez
- Fiks obstrüksiyonlu
- **Tetikleyicilere göre fenotipler**
- Aspirin ve/veya diğer non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlar
- Çevresel Allerjen
- Mesleki allerjen veya irritan
- Menstrüasyon
- Egzersiz
- **İnflamatuvar fenotipler**
- Eozinofil
- Nötrofilik
- Pauci-granülositik

şeklinde yapılmıştır. Daha sonraları temeli aynı olmakla birlikte farklı fenotipler de eklenmiştir.
Küme analizlerinde tedavi yanıtlarına göre astımlı hastalar iki ana gruba ayrılır:
1-Tedaviye iyi yanıt veren, erken yaşta başlayan, FEV_1 leri normal veya normale dönebilen, atopik astımlı hastalar (%60-70),
2-Tedavi sorunları yaşanan hastalar (%30-40).

Kişiye Özel Tedavi: Bu tedavi şekli sorun yaşanan özellikle şiddetli astımı olan hasta grubunda önemlidir. ERS/ATS'ye göre yüksek doz İKS/LABA ve ek ilaçlarla ya da bir önceki yıl kullanılan sistemik KS'lerin %50 ve daha fazlası doza rağmen kontrol altına alınamayan astım şiddetli astımdır. Astımlıların % 10-15'ini oluşturan, şiddetli, kontrol edilemeyen, yüksek riskli, mevcut tedaviye cevap vermeyen ve şiddete neden olan mekanizmaların açığa çıkarıldığı bu grup hastalarda **biyolojik ajanlar** olarak adlandırılan yeni tedavilerin kullanılması gündeme gelmiştir.

Şiddetli kontrolsüz astımlılarda astım fenotiplerine (klinik özellikler) ve endotiplerine (biyobelirteçler) göre basamak tedavisi önerilmiştir. Buna göre T2 yüksek (atopik, IgE> 100, FENO> 30, kan eozinofili >300, balgam eozinofili > %2) ve düşük (atopi yok, IgE< 100, FENO< 30, kan eozinofili <300, balgam eozinofili < %2) olmasına göre tedavi önerileri yapılmıştır.

T2 yüksek astım kanda ve balgamda yüksek eozinofiller, FENO ve antijen spesifik IgE ile tanımlanır. T2 yüksek astım tedavisinde anti- IgE, IL-4, IL-5, IL-13, CRTh2 (Th2 hücresine bağlı kemoatraktan reseptör) antagonistleri önerilir. T2 düşük astım ise balgamda artmış nötrofiller ve paucigranülositik bulgularla tanımlanır. Kortikosteroidlere cevabı zayıftır ve tedavide yeni biyolojik ajanlar önerilir.

Astım fenotipi ile endotiplerinin özellikleri ve tedavi özeti Tablo'da gösterilmiştir.

	Anamnez	Klinik özellikler	Genetik yol	Patobiyoloji	Potansiyel biyobelirteçler	Tedaviye cevap
Erken başlangıçlı-allerjik astım	Erken başlangıçlı, çeşitli şiddette	Allerjene maruziyetle oluşan semptomlar, diğer alerjik hastalıklarla birliktelik	TH2	Allerjen-spesifik IgE, TH2 sitokinleri	Balgam eozinofilisi, FENO, periostin Pozitif deri testi ya da serum spesifik IgE'si	KS cevaplı TH2 odaklı biyolojik ajanlar (Anti-IgE, anti IL-13, anti IL-4, anti IL-5)
Geç başlangıçlı-eozinofilik astım	Erişkin başlangıçlı	Daha şiddetli olmaya eğilimli, daha az atopi, daha fazla sinüs hastalığı	TH2 LT	Refrakter eozinofili, IL-5 aktivitesi	Balgam ve periferik kan eozinofilisi	Anti IL-5 cys-LT düzenleyiciler
Aspirinle indüklenen astım	Erişkin başlangıçlı	Daha şiddetli olmaya eğilimli, nazal polipozisle birlikte sinüzit, NSAI allerjisi	TH2 LT Gen polimorfizmleri	Artmış cys-LT üretimi, Artmış LTc4 sentetaz	Sıklıkla eozinofilik, artmış IgE	cys-LT düzenleyiciler
Allerjik bronkopulmoner aspergillozis	Erişkin başlangıçlı, kistik fibrozisle ortaya çıkabilir	Daha şiddetli olmaya eğilimli, artmış öksürük, balgam, santral bronşektazi	TH2	Mikst adaptif immünite, eozinofili	Kan ve balgam eozinofilisi, aspergillus spesifik IgE ve IgG	KS'ler Antifungal tedaviler Anti-IgE'nin olası faydası
Egzersizle indüklenen astım		Egzersizle oluşan aralıklı semptomlar	TH2 komponentli LT	TH2 sitokinler, cys-LT'ler		cys-LT düzenleyicileri, β- agonistler
Nötrofilik astım		Azalmış akciğer fonksiyonları, zor tedavi	Non-TH2	Nötrofiller, TH17 IL-8 Muhtemelen doğuştan immün aktivasyon	Balgam nötrofilisi	Bilinmiyor Muhtemelen makrolid antibiyotiklere cevaplı Anti IL-8 (KS direncinde) CXCR2 antagonistleri (bakteriyel enfeksiyonlarda) P38 MAPK inhibitörleri Anti IL-17
Yaygın remodeling ile birlikte olan astım		Irrevesibl ya da kısmen reversibl hızlı akciğer fonksiyon kaybı		Hasarlanmış epitelyal hücreler, Profibrotik sitokinlerin salınımı		
Obeziteyle ilişkili astım	Erişkin başlangıçlı	Daha çok kadınlarda	Doğuştan Non-TH2	Atopinin olmayışı, oksidatif stres	TH2 biyomarkırların eksikliği	Kilo verilmesi, muhtemelen hormonal

Sonuç:

- GINA rehberine göre uygulanan konvansiyonel basamak tedavisi ile hastaların yaklaşık olarak %70'inde başarı sağlanabilmesi, her astımlı hastada önerilen maksimum tedavi rejimine rağmen başarılı olunamayabileceğini göstermiştir
- Th2 hücre aracılı, eozinofil infiltrasyonu, mukus sekresyonu yapan hücrelerin hiperplazisi, metaplazi, remodeling ve bronş hiperreaktivitesi ile karakterize hafif ve orta allerjik astım geleneksel tedaviye iyi cevap verir
- Th1 ve Th2 hücrelerinin birlikteliği ve Th17 hücrelerinin iş birliği ile karakterize olan ağır astımda TNFα, INFγ, IL-17 ve IL-27 gibi sitokinlerle indüklenen nötrofil inflamasyonu ve infiltrasyonu kortikosteroid direnç gelişiminden sorumlu olabilir
- Bu grup hastalarda kortikosteroid direnç gelişiminin üstesinden gelmek ve ağır astımı tedavi etmek açısından yeni tedavi hedefleri gündeme gelmiştir
- Günümüzde astımda tedavi için klinik karar vermede sadece fenotiplere göre değil, aynı zamanda patolojik ve immunogenetik olarak endotiplere ayırarak bunlara spesifik biyobelirteçlere özgü geliştirilen biyolojik ajanlarla kişiye özel bireyselleştirilmiş tedavi yapılması fikri ön plandadır

SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARINDA KİNOLONLARIN KULLANIMI

Dr. Güneş Şenol
İzmir Göğüs Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

Antimikrobiyal ajanlardaki gelişmelere rağmen alt solunum yolu enfeksiyonları (ASYE) hala önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, en sık ölüm nedeni olan hastalıklar listesinde ASYE yılda 3.2 milyon ölüm ile üçüncü sırada yer almaktadır. Ölüm oranları ayaktan tedavi hastalarında %1-5, hastanede tedavi edilenlerde %12, yoğun bakım hastalarında %40 civarındadır. Ülkemizde alt solunum yolu infeksiyonları, ölüm nedenleri arasında %4.2 ile 5. sırada yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı 2004 yılı sağlık istatistikleri gözden geçirildiğinde, tüm hastane yatışlarının %1.9'unu pnömoni hastalarının oluşturduğu dikkati çekmektedir.

Toplumda gelişen (TGP) ve hastanede gelişen pnömonilerin tedavisinde, ulusal ve uluslar arası rehberlerde kinolon grubu antibiyotikler önerilen antibiyotik gruplarından bir tanesidir.

Kinolon grubu antibiyotiklerin tarihçesi, 1960 yılında nalidiksik asidin kullanılması ile başlar. İlk endikasyonları daha çok üriner sistem enfeksiyonları olan bu kinolonlar, zaman içinde molekül yapılarının geliştirilmesi ile moksifloksasin ve gemifloksasinin sentez edilmesi sonucu, solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisinde önemli seçeneklerden olmuştur.
Kinolonlar etkinlik ve kullanım endikasyonlarına göre dört grupta değerlendirilebilirler:
Birinci grup: Nalidiksik asit üriner sistem enfeksiyonlarında hala kullanılmaktadır.
İkinci grup: Ofloksasin ve siprofloksasinin içinde bulunduğu grup, üriner sistem ve sistematik enfeksiyonların tedavisi için ruhsatlandırılmışlardır. Gram negatif ve Pseudomonas kökenleri üzerine etkinlikleri vardır ancak pnömokok etkinlikleri pek yeterli değildir.
Üçüncü grup: Bu grupta sadece levofloksasin klinik kullanımda kalmıştır. Hem Gram negatif hem Gram pozitif bakteriler üzerine etkindirler. Antipseudomonal etkisi zayıftır. Üriner, sistemik ve solunum yolu enfeksiyonlarında ruhsat almıştır.
Dördüncü grup: Moksifloksasin ve gemifloksasin bu gruptadır. Antipseudomanal etkileri zayıftır. Anaeroblar dahil diğer bakteri gruplarına iyi etkilidirler. Üriner, sistemik, deri ve yumuşak doku, intraabdominal ve solunum yolu enfeksiyonlarında ruhsatlıdırlar.
Kinolonların oral biyoyararlanımları yüksek, doku penetrasyonları iyi, eliminasyon yarı ömürleri uzun ve yan etkileri azdır.
Bakterinin DNA giraz ve topoizomeraz IV enzim sentezlerini bozarak DNA sentezini inhibe ederler. Bakterisid etkilidirler.
Antibakteriyel etkileri konsantrasyona bağlı olarak gelişir. Genel olarak değişen direnç oranlarına bağlı olarak, Gram negatif ve Gram pozitif bakteriler üzerinde geniş spektruma sahip antibakteriyel moleküllerdir.
TKP nedeni etkenler sıklıkla *Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis* ve atipik bakterilerdir. Bu bakteriler üzerinde kinolon grubu antibiyotikler etkili olmaktadır.
En önemli solunum yolu enfeksiyonu etkenlerinden olan *S. pneumonia* karşı son dekatta ciddi bir antibiyotik direnci söz konusudur. Mutasyona yol açmamak için bakteriye karşı mutasyon frekansı en düşük antibiyotik ile tedavi ve geride mutant dirençli bakteri bırakmamak esas tedavi amacı olmalıdır. *S. pneumonia'*da kinolon direncini oluşturan mutasyon frekansının en fazla siprofloksasin en düşük gemifloksasin ile gerçekleştiği gösterilmiştir.
Penisilin duyarlılığı pnömokoklarda için diğer antibiyotik gruplarına direnç konusunda fikir vermektedir. Penisilin duyarlı kökenlerde makrolid direnci, penisilin dirençli kökenlere göre çok daha düşüktür. Penisilin direncinin kinolon direnci ile çok paralel gitmediği görülmektedir. Çalışmalarda yeni florokinolonlara %1-4 arasında direnç bildirilmektedir. Ancak pnömokoklarda kinolon direnci, grup içinde bakterinin levofloksasine direncine göre farklılık gösterebilmektedir. Gemifloksasin ve moksifloksasin, levofloksasin dirençli kökenlerin çoğunda duyarlı bulunmaktadır.
Haemophilus ve Moraxella kökenleri de yeni florokinolon gruplarına duyarlı bulunmaktadır.
Kinolonlar konsantrasyona bağlı bakterisidal etki gösterirler.
Çocuk, gebe ve emziren annelerde kontrendikedir. Kreatinin klirensi <50 ml/altında ise doz ayarlaması yapmak gerekir. Çok ağır karaciğer yetmezliği dışında karaciğer enzim yüksekliklerinde kullanılabilirler.
Solunum yolu kinolonları, hafif ve orta toplum kökenli pnömoniler, KOAH alevlenmeleri ve akut sinuzit tedavisinde ruhsat almışlardır. Oral alınmaları halinde bile biyoyararlanımları iyidir. Doku penetrasyonları yüksektir.
M. tuberculosis üzerindeki etkisi nedeni ile tüberküloz riski olan hastalarda, enfeksiyonu maskelemesini önlemek için kullanımına dikkat edilmesi önerilmektedir.
Yan etki olarak, QT uzaması, tendon problemleri ve santral sinir sistemi etkileri olarak sıralanabilir.

AĞIR PNÖMONİLER-KLİNİK BELİRTEÇLER

Dr. M. Sezai Taşbakan
Ege Ü.T.F. Göğüs Hast. A.D.

ÖZET

Enfeksiyon hastalıkları içinde en sık mortaliteye neden olan toplum kökenli pnömonilerde, hastalığın şiddet sınıflamasının ve prognoz öngörüsünün yapılması önemlidir. Ayaktan tedavi edilen hastalarda mortalite oranı %1'in altında iken, hastanede yatırılarak tedavi edilen hastalarda %18 ve yoğun bakım tedavisi gerektiren hastalarda ise %50'lere kadar çıkmaktadır. Bu nedenle pnömoni hastalarının, uygun risk sınıflamasının yapılması, uygun yerde uygun ilaçlarla tedavi edilmesi prognoz açısından önem taşımaktadır. Bu amaçla, son yıllarda klinik skorlama sistemleri ve biyolojik belirteçler üzerinde çalışmalar yoğunlaşmıştır. Tedavi başarısızlığını öngörmede, hastaneye ya da yoğun bakım ünitesine yatırma kararı vermede ve mortalite riskini belirlemede kinik skorlama sistemleri ve biyolojik belirteçler tek başına veya kombine olarak kullanılabilmektedir.

Klinik skorlama sistemleri olarak; CURB- 65, ''pneumonia severity index'' (PSI), SMART- COP, ''predisposition, insult, response, organ dysfunction (PIRO), '' Acute Physiology and Chronic Health Education'' (APACHE) II, ''sequential organ failure assessment score'' (SOFA) ve ATS/IDSA kriterleri kullanılmaktadır. Bu klinik skorlama sistemleri ile pnömoni ağırlık derecelendirmesi, mortalite riski, hastanede ya da yoğun bakım ünitesinde tedavi gerekliliği öngörüsü değerlendirmeleri yapılabilmektedir.

Yapılan çalışmalarda, klinik skorlama sistemlerinin düşük riskli pnömoni hastalarında daha başarılı olduğu, yüksek riskli hastaları belirlemelerde bir takım dezavantajları olduğu görülmüştür. Ayrıca klinik skorlama sistemlerinin pratik olmaması ve hesaplayan kişiler arasında farkı sonuçlar vermesi nedeniyle, alternatif ve daha pratik skorlama yöntemleri gündeme gelmiştir. BU amaçla, son yıllarda başta C-reaktif protein (CRP) ve prokalsitonin gibi biyolojik belirteçlere olan ilgi artmış ve bu belirteçler, pnömoni tanısı koymada, etiyolojiyi saptamada, hastalık ağırlığını ve prognozunu belirlemede ve tedavi süresini belirlemede sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır.

PNÖMONİDE GÜNCELLEME- HGP/ VİP; güncellenen kılavuzlar ne diyor?

Dr. M. Sezai Taşbakan
Ege Ü.T.F. Göğüs Hast. A.D.

ÖZET

Hastanede gelişen pnömoni (HGP); genellikle hastaneye yatıştan 48 saat sonra gelişen ve hastanın yatışında inkübasyon döneminde olmadığı bilinen pnömoni olguları ile, hastaneden taburcu olduktan sonraki 48 saat içerisinde ortaya çıkan pnömoni; ventilatörle ilişkili pnömoni (VİP) ise; entübasyon sırasında pnömonisi olmayan, invaziv mekanik ventilasyon desteğindeki hastada entübasyondan 48 saat sonra gelişen pnömoni olarak tanımlanır.

2005 yılında ''American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America (ATS/IDSA)'' HGP/VİP rehberi ve 2009 yılında da ''European Respiratory Society (ERS)/European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases/European Society of Intensive Care Medicine'' HGP/VİP rehberleri yayınlanmıştır. İlk olarak, 2016 yılında ATS/IDSA rehberi yenilenmiştir. Bu rehberde, eski rehberden farklı olarak ampirik HGP/VİP antibiyotik tedavisi kararı vermede o ünitenin lokal florasının ve direnç oranlarının mutlaka göz önünde bulundurulması gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıva yine ampirik antibiyotik tedavisinde mutlaka *MRSA* ve *pseudomonas* riskinin değerlendirilmesi, gerekirse kombinasyon olarak antibiyotiklerin başlanması önerilmektedir. Yine bu rehberde HGP/VİP tedavisinde 7 gün yeterli olarak görülmektedir. ''European Respiratory Society'' HGP/VİP rehberi de 2017 yılında yenilenmiş ve HGP/VİP olguları düşük ve yüksek çok ilaca dirençli patojen riskli olarak sınıflanmıştır. BU rehberde yüksek riskli olgularda, de ATS/IDSA rehberine benzer şekilde, ampirik antibiyotik tedavisinde *MRSA* ve *pseudomonas* riskinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Antibiyotik tedavi süresi olarak, ERS rehberinde de 7 gün yeterli görülmektedir.

TÜTÜN KULLANIMININ ZARARLARI; RİSKLER VE TEHDİTLER, BIRAKMANIN YARARLARI

Dr. Zeynep Atam Taşdemir
İstanbul Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Tütün dumanı, 70 tanesi karsinojenik olmak üzere yaklaşık 7000 kimyasal madde içerir (1). Nikotin, hidrojen siyanid, formaldehit, kurşun, arsenik, amonyak, benzen, karbonmonoksit, nitrozaminler, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, uranyum...vb. sigara dumanında bulunan bazı kimyasal maddelerdendir. Tütün ürünlerinin kullanılması ciddi hastalıklara ve ölümlere yol açmaktadır. Tütün kullanımı; kanser nedenli ölümlerin %27'si, solunum sistemine bağlı ölümlerin %35'i, kardiyovasküler sistem kökenli ölümlerin %13'ünden sorumludur (1).

Tütün kullanımı ile ilişkili kanserler ve kronik hastalıklar aşağıda sıralanmıştır:

Kanserler

- Orofarinks, larinks, trakea, bronş ve akciğer
- Özefagus, mide, karaciğer, pankreas ve kolorektal
- Akut miyeloid lösemi
- Böbrek, üreter ve mesane
- Serviks

Kronik Hastalıklar

- Kardiyovasküler hastalıklar:
- İnme, ateroskleroz, koroner kalp hastalıkları, aort anevrizması
- Akciğer hastalıkları
- Pnömoni, KOAH, tüberküloz, astım
- Körlük ve katarakt, yaş ile ilişkili maküler dejenerasyon
- Doğumsal defektler, anne sigara içimi ile ağız-yüz yarıkları
- Periodontal hastalıklar
- Erektil disfonksiyon ve kadınlarda ektopik gebelik, fertilitede azalma
- Romatoid artrit, kalça kırıkları
- İmmün fonksiyonlarda bozulma

Tütün Kullanımı ve Solunum Yolları

Tütün dumanı; üst solunum yollarında mukosiliyer aktiviteyi azaltıp, inflamasyonu ve bakteriyel kolonizasyonu arttırarak ve lökositlerin fonksiyonlarını bozarak enfeksiyona yatkınlık sağlar (2,3). Alt solunum yollarında ise; peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, solunum epitelindeki yapısal değişiklikler, vasküler intimal kalınlaşma, alveoler harabiyet, inhale edilen maddelerin klirensinde bozulma, patojenik adherensde artış, vasküler ve epitelial permeabilite artışı yaparak solunum sistemi hastalıklarına neden olmaktadır.

Akciğer kanserli olguların %80'i sigara kullanmakta iken, %20'si sigara kullanmayan, pasif içicilerdir. Akciğer kanseri gelişme riski **sigara içme süresi** ve günlük içilen **sigara miktarına** göre değişmektedir. **Sigara içme süresi**, günlük içilen sigara adedinden daha önemlidir. Sigaraya **başlama yaşı** da kanser riskini etkilemektedir. Sigara içmeyenlerde gelişen akciğer kanserinin yaklaşık beşte birinin **pasif sigara maruziyetine** bağlı olduğu kabul edilmektedir. Pasif sigara maruziyetinin A sınıfı kanserojen olduğu kanıtlanmıştır (4).

Astımı olup sigara içen kişilerde, içmeyenlere göre semptomlar daha ciddi, astım atakları daha sık ve ağır seyretmekte, astımla ilişkili hastane başvurusu ve ölüm riski artmaktadır (5).

Tütün Kullanımı ve Kardiyovasküler Hastalıklar

Sigara kullananlarda ateroskleroz, hipertansiyon, inme, periferik arter hastalığı, atriyal fibrilasyon, miyokard infarktüsü ve ani ölüm riski artmaktadır. Sigara kullanımı; endotel disfonksiyonu, pro-trombotik etki, inflamasyonda artış, lipid metabolizmasının değişmesi (total kolesterol artışı, HDL düşüklüğü), myokardın oksijenasyon bozukluğu gibi değişikliklere yol açmaktadır. Sigara içenlerde Lipoprotein-A seviyesi yüksek tespit edilmiştir ve aterosklerotik hastalıklar ile ilişkili bulunmuştur (6). Sigara dumanına pasif maruziyet bile karotid intima-media kalınlığında artışa ve plaklara neden olmaktadır (7,8).

Tütün Kullanımı ve Gastrointestinal Hastalıklar

Tütün kullananlarda, dumanın tükürükle emilip yutulması gastrik pH'yı arttırır ve mukozada değişikliklerin meydana gelmesine neden olur. Ayrıca alt özefagus sfinkter tonusunu azaltıp reflüyü neden olmaktadır. Bunun yanında dispepsi, mide ve duodenum ülserleri ve gastrointestinal kanserler tütün kullananlarda daha fazla görülebilir. Ayrıca dumansız tütün ürünlerinin kullanımı ile karsinojenik maddeler ağız–yanak mukozasından absorbe edilerek prekanseröz ve kanseröz lezyonlara neden olabilir (9).

Tütün Kullanımı ve Genital Sistem

Tütün ürünlerinin kullanımı hem erkeklerde hem de kadınlarda infertiliteye neden olabilmektedir.

- Tütün kullanımı;
- Semen volümü, dansitesi, motilite, canlılık ve morfolojiyi etkileyerek semen kalitesini azaltır.
- Üreme hormonlarını etkiler.
- Spermatogenezisi ve sperm olgunlaşması bozar, spermatozoa sayısını azaltır.
- Spermlerde DNA hasarı veya kromozom değişiklilerinden sorumludur.
- Sigara içenlerde spermde oksidatif hasar ve semende lökosit konsantrasyonlarının artış gösterilmiştir (10,11).

Erektil disfonksiyon ve sigara içimi arasında da ilişki tespit edilmiştir. Erektil disfonksiyon, içilen sigara miktarıyla orantılı ve sigara bırakılmasıyla düzelmektedir (12).

Kadınlarda ise tütün kullanımı;

- Follikül gelişimi
- Embriyo oluşumu ve taşınması
- Endometriumun olgunlaşması
- İmplantasyonun gerçekleşmesi
- Uterus vasküler yapılarının ve plasentanın gelişmesi
- Miyometriumun üzerindeki etkilerle gebelik oluşumu ve sürdürülmesine engel olabilir. Sigaranın etkisiyle plasental fonksiyon bozuklukları gelişmekte ve bu durum spontan düşüklere, ektopik gebeliklere, erken doğum ve düşük doğum ağırlığına yol açmaktadır.

Körlük ve katarakt, glokom, kuru göz, yaş ile ilişkili maküler dejenerasyon, periodontal hastalıklar, ciltte lekeler, erken yaşlanma, yara iyileşmesinde gecikme, diyabet riskinde artma da sigara tüketimi ile ilişkili bulunmuştur.

Tütün Ürünlerini Bırakmanın Yararları

Sigara bırakıldığında;

20. dakikada nabız, kan basıncı ve vücut ısısı normale döner

24. saatte kanda karbonmonoksit gazı hızla azalır.

2 hafta ile 3ay aralığında efor kapasitesi artar, öksürük azalır ve 3 ay içinde kaybolur, balgam varsa azalır, soluk alıp vermek kolaylaşır, koku ve tat alma duyuları iyileşir, bağışıklık sistemi güçlenmeye başlar, diş ve parmaklardaki sarı lekeler kaybolur.

1. yılda kalp krizi geçirme riski %50 azalır, beyin kanaması ve periferik damar hastalığı (Buerger) riski %30-50 azalır, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi akciğer hastalıklarının ortaya çıkması engellenir, varsa ilerlemesi durur.

5. yılda ağız, gırtlak, özefagus ve mesane kanseri riski yarı yarıya azalır.

10. yılda felç riski 5-10 yıl içinde hiç sigara içmemiş olanlarla aynı düzeye iner, kanser riski azalmaya devam eder.

15. yılda kalp koroner damar hastalığı ve kalp krizi riski hiç içmeyenlerle aynı olur.

Kaynaklar

1- https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/tobacco-and-cancer/carcinogens-found-in-tobacco-products.html.
2- Fitzpatrick TM, Blair EA. Upper airway complications of smoking. Clin Chest Med 2000; 21:147-57.
3- Bagaitkar J, Demuth DR, Scott DA. Tobacco use increases susceptibility to bacterial infection. Tob Induc Dis 2008; 4:12.
4- Alberg AA, Yung RC, Samet JM. Epidemiology of lung cancer. In: Mason RJ, Broaddus C, Murray JF, Nadel JA;eds. Murray and Nadels' Textbook of Respiratory Medicine. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005:1328-56.
5- Hylkema MN, Sterk PJ, de Boer WI, Postma DS. Tobacco use in relation to COPD and asthma. Eur Respir J 2007; 29:438-45.
6- Adunmo OG, et al. Novel Cardiovascular Risk Markers in Nigerian Cigarette Smokers. İnt J Appl Basic Med Res. 2017 Jul-Sep;7(3):160-164. doi: 10.4103/ijabmr.IJABMR-140-16.
7- Mostaza JM, et al. Risk factors associated with the carotid intima-media thickness and plaques: ESPREDIA Study. Clin Investig Arterioscler. 2018 Mar-Apr;30(2):49-55. doi: 10.1016/j.arteri.2017.07.005. Epub 2017 Sep 20.
8- Howard G, et al. Active and passive smoking are associated with increased carotid wall thickness. The Atherosc. Risk in Comm. Study. Arch Intern Med. 1994; Jun 13;154(11):1277-82.
9- Janbaz KH, Qadir MI, Basser HT, Bokhari TH, Ahmad B. Risk for oral cancer from smokeless tobacco. Contemp Oncol (Pozn). 2014;18(3):160-4. doi: 10.5114/wo.2014.40524. Epub 2014 Feb 10. Review.
10- Smoking and low antioxidant levels increase oxidative damage to sperm DNA.Fraga CG, Motchnik PA, Wyrobek AJ, Rempel DM, Ames BN. Mutat Res. 1996 Apr 13; 351(2):199-203.
11- Effect of smoking on seminal plasma ascorbic acid in infertile and fertile males.Mostafa T, Tawadrous G, Roaia MM, Amer MK, Kader RA, Aziz A. Andrologia. 2006 Dec; 38(6):221-4.
12- Kovac JR, Labbate C, Ramasamy R, Tang D, Lipshultz LI. Effects of cigarette smoking on erectile dysfunction. Andrologia. 2015; 47:1087-92.

AKCİĞER KANSERİNİN 8. EVRELEMESİNİN CERRAHİYE YANSIMALARI:

Dr. Akif Turna
İstanbul Üniversitesi

Evreleme, akciğer kanserinde de hastalarda en uygun tedavinin belirlenmesi, hastaların prognozlarının tahmin edilmesi ve temel bir tedaviden sonra uygulanacak yardımcı (adjuvan) tedavinin belirlenmesinde çok önemlidir Akciğer kanserinin tümör, nod ve metastaz (TNM) sınıflamasının 8. versiyonu, 2007'de yürürlüğe giren 7. versiyonun ardından Uluslarası Akciğer Kanseri Çalışma Derneği (IASLC) tarafından organize edilmiş ve 100.000'den fazla olgu 46 merkez ve 19 ülkenin katılımıyla analiz edilmiştir[1-33]. Bu analizde, T, N ve M faktörleri ve genel evrelemedeki değişiklikler, bu bağıntılara göre yapılmıştır. Öneriler Uluslar arası Kanser Kontrol Birliği ve Amerikan Kanser Komite Ortaklığı'nın katılımı ile sekizinci TNM sınıflaması 2017 Ocak ayında yürülüğe girmiştir[4-6].

Yedinci evrelemeden 8.evrelemeye geçişte hem T, hem N hem de M faktöründeki değişimler, cerrahi bakış açısından bazı değişimlerin gerekli olduğunu göstermektedir:

1- T Evresindeki Değişiklikler:
Sekizinci evrelemede T faktörü çok ayrıntılı olarak tabakalandırılmış, her bir cm'lik artış için ayrı bir T evresi önerilmiştir. Daha önce 3 cm'nin altındaki tümörler genel olarak T1 olarak evrelendirilir, bu evre 2'ye ayrılır iken, 8.versiyonda bu 3 ayrı bölümde irdelenmeye başlanmıştır. T2 tümörler de önceden olduğu gibi, T2a ve T2b olarak ayrılmış, ancak 5 cm'nin üstündeki tümörler T3, 7 cm'nin üzerindekiler ise, T4 olarak sınıflandırılmaya başlamıştır.

T (Primer tümör)	
Tx:	Primer tümörün saptanamaması *veya* Balgam ya da bronş lavajında malign hücrelerin varlığı ile ispat edilen, ancak görüntüleme teknikleri ya da bronkoskopi ile saptanamayan tümör
T0	Primer tümör bulgusu yok
Tis	Karsinoma in situ
T1	En geniş çapı ≤ 3 cm, akciğer veya viseral plevra ile çevrili, bronkoskopik olarak lob bronşundan daha proksimalde invazyon bulgusu olmayan tümör (örneğin: ana bronşta olmayan)[1]
T1a (mi)	Minimal invazif adenokarsinoma[2]
T1a	**En geniş çapı ≤ 1 cm olan tümör**
T1b	**En geniş çapı > 1 cm ancak ≤ 2 cm olan tümör**
T1c	**En geniş çapı > 2 cm ancak ≤ 3 cm olan tümör**

T2	>3 cm fakat ≤ 5 cm *veya* Aşağıdaki özelliklerden en az biriyle birlikte olan tümör[3] - Karinaya olan uzaklığına bakılmaksızın ana bronş tutulumu var ancak karina tutulumu yok - Viseral plevra invazyonu mevcut - Hiler bölgeye uzanan atelektazi veya obstrüktif pnömoni oluşturan, akciğerin bir kısmını veya tümünü içeren tümör
T2a	**En geniş çapı > 3 cm ancak ≤ 4 cm tümör olan tümör**
T2b	**En geniş çapı > 4 cm ancak ≤ 5 cm tümör olan tümör**
T3	**En geniş çapı > 5 cm ancak ≤ 7 cm tümör olan *veya*** Göğüs duvarı (superior sulcus tümörleri dahil), frenik sinir, paryetal plevra'dan herhangi birini direkt olarak invaze eden tümör *veya* Aynı lobda ayrı nodül(leri) olan tümör
T4	> 7 cm tümör *veya* Diafragma, mediasten, kalp, büyük damarlar, trakea, rekürren laringeal sinir, özöfagus, vertebra cismi, karina gibi yapılardan herhangi birini invaze eden tümör veya aynı taraf farklı lobda ayrı tümör nodül(leri) bulunması

A- T1 Tümörler

T1 tümörlerde yapılan ayrı alt sınıflandırma ile T1a tümörler(<=1 cm) genelde de N0 oldukları için, cerrahi ile nerede ise %100'e yakın tedavi edilebilir tümörler olarak ortaya çıkmıştır. Bu tümörlerde cerrahi dışı (SBRT gibi) yöntemleri hastalar kesinlikle cerrahi adayı değil ise düşünmemek gerekir. Ayrıca bu tümörler için lobektomi dışında, segmentektomi+lenf nodu diseksiyonu gibi farklı ve daha az invazif yöntemler gündeme gelebilir. Üstelik bu boyuttaki tümörler minimal invazif adenokarsinom (MIA) ya da insitu adenokarsinom (ISA) gibi histolojilere sahip ise, bu farklı yaklaşımları düşünmek mümkündür. Yine de önerilen bu sublober rezeksiyonların uygulanabilirliği için, şu anda sürmekte olan randomize JCOG 0802/WJOG4607 ve CALGB 140503 çalışmalarının sonuçlarını beklemek gerekir. Periferik T1a tümörler, eğer PET-BT'de lenf nodu görülmüyor ise ameliyat öncesi mediastinal evreleme olmaksızın opere edilebilir.

T1b tümörler, 8.evrelemede 2cm'den küçük ya da eşit tümörler olarak yine çok iyi sağkalıma sahip tümörler olarak gözükmektedir. Bu tümörlere de eğer MIA ya da ISA histolojisinde iseler, segmentektomi düşünülebilir. Ancak, cerrahi tedavi önerisinde değişiklik için yukarıda belirtilen randomize çalışmaların sonuçlarını beklemek çok daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

T1c tümörler, yeni evrelemede 2 cm ile 3 cm arasındaki tümörler olarak tanımlanmıştır. Bu tümörlerden özellikle hiler olanlara ya da PET-BT'de N1 ya da N2 lenf nodu tanımlanan olgulara ameliyat öncesi mediastinal evreleme Endobronşiyal ultrasonografi ile yapılan tranbronşiyal iğne aspirasyonu(EBUS-TBİA) ya da mediastinoskopi ile yapılmalıdır.

B-T2 Tümörler

Yedinci evrelemede olduğu gibi, 3 cm'den büyük tümörler T2 olarak sınıflandırılmıştır. Ancak, bazı farklar bulunmaktadır. Birincisi, T2, 3-4 cm arası T2a ve 4-5 cm arası da T2b olmak üzere 5 cm'e çapa kadar olan tümörler için kullanılmaya başlanmıştır. Beş cm'den büyük tümörler yeni evrelemede artık T3'tür. Bu T evresi kesinlikle operabl olduğu gibi, hiler olan tümörler hariç hemen tüm T2 tümörlerinde T1 tümörlerinde olduğu gibi videotorakoskopik ya da robot yardımlı ameliyatları düşünmek gerekir. Bu evrede, PET-BT'ye bakılmaksızın tüm olgularda EBUS-TBİA ya da mediastinoskopi ile evreleme gerekir(7).

Daha önceki evrelemede ana bronşta bulunan, genelde 3 cm'nin altında olan (ana bronşların uzunlukları dolayısı ile) ve karinaya 2 cm'den daha yakın saptanan tümörler, T3'ten büyüklüğüne göre genelde T2 düzeyine alınmıştır. Bu neden ile, artık bazı T2 tümörler için sleeve lobektomi ya da pnömonektomi gerekliliği söz konusudur. Bu evrede önceki evreleme sisteminde olduğu gibi, eğer viseral plevra invazyonu PL2 düzeyinde sözkonusu ise, T2 olarak adlandırma yapmak gerekir. Ayrıca akciğerin bir kısmını (lob) ya da tamamını kapsayan atelelektaziye yol açan tümörler de T3 düzeyinden T2 düzeyine alındığından bu tümörlerde rezeksiyon yapılması kesinlikle kontraendike değildir.

C-T3 Tümörler

Büyüklüğü 5 ila 7 cm arasında olan akciğer tümörleri bu kategoride incelenmektedir. Bu T faktöründeki tümörlerin tamamında ameliyat öncesi PET-BT'deki lenf nodu tutulumuna bakılmaksızın EBUS-TBİA ya da videomediastinoskopi ile evreleme yapılması gerekir(7). Daha önceki evrelemede bulunan ve tümörlerin sadece mediastinal plevra tutulumu nedeni ile T3 olarak adlandırılmasından vazgeçilmektedir. Bu neden ile eğer sadece mediastinal plevrayı tutan ancak, yaygın mediastinal invazyon yapmayan tümörlerin çıkarılması önerilir.

Yedinci evrelemeye kadar nadir de olsa diyafragma invazyonu olan tümörlerin rezeksiyonu önerilmekte idi ve bu invazyonun T3 olarak evrelenmesi önerilmekte idi. Ancak, yapılan irdelemeler, mediastinal invazyonu olan hastalarda sağkalımın T3 değil, T4 olgulardaki gibi olduğunu gösterdi. Bu neden ile, artık, diyafragma invazyonu olan hastalar, T4 olarak kabul edilmektedir. Bu olgularda tabiiki cerrahi sınır negatif olacak şekilde diyafragma rezeksiyonu yapılması gerekir.

Ayrıca, 7 cm'nin üzerindeki tümörlerin de, 7.evrelemede olduğu gibi T3 değil T4 olarak sınıflandırılması gerektiği belirtilmiştir. Temel olarak tümör büyüklüğünün prognoza olan etkisini çok daha belirgin olarak ortaya koyan bu evrelemede 7 cm'nin üzerindeki tümörlerde mediastinal lenf nodu tutulumunun da çok daha yüksek oranlarda saptanabileceği unutulmamalıdır.

D-T4 Tümörler

Yedinci evreleme ile 8. evreleme arasında T4 tanımı açısından yukarıda belirtildiği gibi, diyafragma invazyonunun ve 7 cm'den büyük tümörlerin T4 olarak kabul edilmesi dikkat çekicidir. Eski kaynaklarda T4 tümörlerin inoperabl olarak belirtilmesine rastlanmaktadır. Ancak, artık, T4 tümörlerin önemli bir kısmının (7 cm'den büyük tümörler, diyafragma invazyonu, karina invazyonu, vertebra invazyonu) operabl olduğu çok daha net olarak ortaya koyulmaktadır. Yine de bu tümörlerin rezeksiyonu cerrahi merkezin bu konudaki yaklaşımına, tecrübesine ve teknik özelliklere bağlıdır. Bu tümörlerin olduğu hastalarda mutlaka N0 veya N1 bulunması, N2 ya da N3 olguların cerrahi olarak rezeke edilmemesi (Evre IIIB) gerekir. Tüm olgularda ameliyat öncesi mediastinal evreleme yapılmalıdır.

2- N Evresi

Mediastinal, hiler, interlober ve intrapulmoner (N1 ve N2) lenf nodlarının tanımı ile N3 tanımı 8. evrelemede 7. evreleme ile hemen hemen aynı kalmıştır. Ancak, ek olarak atlama (İng;'skip' metastazın önemi ön plana çıkarılmıştır. Ayrıca, klinik olarak özellikle göğüs cerrahlarının ayrı davrandığı tek istasyonda mediastinal lenf nodu bulunması (tek N2) ile birden fazla istasyonda lenf nodu tutulumu bulunması ayrı lenf nodu evreleleri olarak kabul edilmiştir.

Tablo : 8. Evreleme Sisteminde Patolojik Lenf Nodu Evreleri

N1a: Tek istasyonda N1
- N1b: Birden fazla istasyonda N1
- N2a1: N1 metastazı olmadan tek istasyonda N2
- N2a2: N1 tutulumu ile birlikte tek istasyonda N2
- N2b: Birden fazla istasyonda N2

Bu ayrı gruplar, artık, N2 varlığına göre farklı prognostik grupları işaret etmektedir. N1 olmadan tek istasyonda mediastinal lenf nodu olması, tüm N2 olan hastalar içinde en iyi prognoza sahip olguları işaret etmektedir(2). Bilindiği gibi, ipsilateral (N2) ya da kontralateral mediastinal (N3) ya da skalen lenf nodundan metastaz bulunan olgularda cerrahşi tedavi gereksizdir ve

cerrahi yapılması durumunda elde edilecek sağkalım oranları sadece kemoradyoterapi uygulanarak elde edilecek sağkalımlar ile hemen hemen aynıdır(7). Bununla birlikte, bazı 'seçilmiş' mediastinal lenf nodu tutulumu olan hastalarda kemoradyoterapi ardından yapılan cerrahinin sağkalıma yararı olabilir(9). Ancak, bu yeni evrelemeye kadar tam olarak daha iyi sağkalımı olabilecek lenf nodu tutulumu olan hastalar tanımlanamamış idi.Sekizinci evreleme ile özellikle atlama metastazı olan N2a1 olgular ile tek lenf nodu istasyonunda tutulumu bulunan olgular(N2a2)ayrı ve daha iyi sağkalım grupları olarak tanımlandı. Zaten biz de Anabilim Dalı'mızda uzun bir süredir sadece tek istasyonda mediastinal lenf nodu tutulumnu bulunan N2a2 olgularda definitif kemoradyoterapi sonrası cerrahi tedavi uyguluyoruz.N2b olgular ise, N3 olgular ile benzer sağkalıma sahip olduğundan, hhemen hiç bir zaman cerrahi tedavi grubunda düşünülmemelidir.

Ancak, bu evreleme sisteminin lenf nodu bölümünün önemli bir problemi bulunmaktadır: Sözkonusu lenf nodu tutulumu evreleri sadece lenf nodlarına biopsi yapıldıktan ya da cerrahi rezeksiyondan sonra ortaya koyulabilir. Bu evrelerin radyolojik (cTNM) öngörülebilmesi ile ilgili çalışmalar henüz yoktur. Halbuki, bir evreleme bileşeninin genel olarak kabul edilebilmesi için hem klinik hem de patolojik olarak saptanabilmesi gerekir. Bu neden ile bu evrelemenin tam oalrak kabul edilmesi için zamana gerek bulunmaktadır.
Bununla birlikte, N2 olguların cerrahi tedaviden uzak tutulmasının bir son destekleyicisi, son zamanlarda gündemde olan ve çok başarılı sağkalımları sağlayabilen anti-PD-L1 tedavinin uygulandığı Pasifik çalışması ile ortaya çıkmıştır(10). Bu çalışmada, evre IIIA(N2) olgulara uygulanan standart+immünoterapinin, sağkalımı sadece kemoterapi uygulanan olgulara göre anlamlı ölçüde artırdığı ortaya konmuştur. 3 yıllık %27 civarındaki sağkalım, hemen hiç bir cerrahi rezaksiyon içeren multimodal tedavi ile sağlanamaz. Bu neden ile artık bu olgularda hemen her zaman cerrahi tedavi dışındaki bir seçeneği daha doğrusu standart kemoterapi ile immünoterapi tedavilerini seçmek önerilir.

3- M evresi
Son evreleme sistemi, metastaz ile ilgili evreleme tabakalanmasında da önemli değişiklikler sunmuştur(11):

M: Uzak metastaz	
M1	Uzak metastaz yok
M1a	Karşı akciğerde ayrı tümör nodül(leri); tümörle birlikte plevral ya da Perikardiyal nodül(ler) ya da malign plevral ya da perikardiyal efüzyon*
M1b	Ekstratorasik tek metastaz ve bölgesel olmayan uzak lenf nodu metastazı
M1c	Ekstratorasik bir ya da daha fazla organda multipl metastaz

Öncelikle perikardiyal efüzyon ya da perikardiyal efüzyon gibi çok kötü sağkalım gösteren öğeler, T4'den M1a grubuna alınmıştır ve bu öğelere sahip hastaların cerrahi tedavilerinin yapılmaması gerektiği kategorik olarak belirlenmiştir.

Bununla birlikte, bilindiği gibi 'seçilmiş' mediastinal lenf nodu tutulumu bulunmayan tercihan küçük akciğer tümörü (T1a-c-T2a-b) bulunan tek ('soliter') beyin ya da böbrek üstü bezi metastazı olan olgularda, çoklu metastazı olan olgulara göre daha iyi bir sağkalımda olduğu kabul edildiğinden opere edilebilmektedir. İşte bu evrelemede bu hastalar, genel olarak M1 alt grupları içinde M1b'de yer almakta, çoklu metastazı olan hastalar ise, M1c grubunda incelenmektedir. Buna rağmen metastaz saptanan olgulardaki seçim kriterleri tam olarak standart değildir. Ancak, lenf nodu tutulumu olmaması gerektiği genel kabul görmektedir.

Problemler ve Gelecek:
İşte yukarıdaki ifadelerden ve tablolardan da görülebileceği gibi, 8.evreleme, sadece klinik olarak değil, cerrahi olarak ta akciğer kanserine bakış ve tedavi uygunluğu gruplarını değiştirmiştir. Ancak, halen bir çok problem ve gelecek için gelişme olasılıkları bulunmaktadır:
1) Öncelikle T faktörü için yeni tabakalanmalar öngörülebilir. Örneğin minimal invazif adenokarsinom ve insitu karsinom çok iyi sağkalımı olan (yaklaşık %100) bir gruba alınabilir.
2) Perinöral invazyon, lenfatik invazyon gibi bazı histopatolojik özellikler, genel evreleme tablosuna direkt olarak olmasa da 'ikincil' olarak eklenebilir. Bunun meme tümörü evrelemesinde örneği bulunabilir.
3) Lenf nodu tutulumlarının klinik olarak da tahmin edilebilmesine ilişkin algoritmalar, yeni ve çok iyi bir tabakalanma sağlayan lenf nodu tutulumu evrelerini çok daha kullanılabilir hale getirebilir.

4) Metastaz evrelemesinde soliter beyin ve böbrek üstü bezi metastazlarının diğer metastazlardan farkı olduğu ileri çalışmalar ile ortaya koyulabilir.

5) Neoadjuvan ya da cerrahi uygulanabilecek definitif kemoradyoterapi sonrası evreleme ile kemoradyoterapi öncesi evreleme ile tahmin edilen sağkalımlar arasında fark var gibi gözükmektedir. Bu konu daha iyi irdelenebilir.

Sonuç olarak, her cerrahın amacı, hastasının yapılacak ameliyattan en yüksek yararı sağlamasıdır ve her gelişen evreleme sistemi bu olasılığı giderek daha çok artırmaktadır.

Kaynaklar

1. Rami-Porta R, Bolejack V, Crowley J, Ball D, Kim J, Lyons G, et al. The IASLC lung cancer staging project: Proposals for the revisions of the T descriptors in the forthcoming eight edition of the TNM classification for lung cancer. J THorac Oncol 2015;10:990-1003.
2. Rusch VW, Crowley J, Giroux DJ, Goldstraw P, Im JG, Tsuboi M, et al. The IASLC lung cancer staging project: proposals for the revision of the N descriptors in the forthcoming seventh edition of the TNM classification for lung cancer. J Thorac Oncol 2007;2:603-12.
3. Rami-Porta R, Bolejack V, Crowley J, Ball D, Kim J, Lyons G, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project Proposals for the Revisions of the T Descriptors in the Forthcoming Eighth Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. J Thorac Oncol 2015;10:990-1003.
4. Rami – Porta R, Bolejack V, Giroux DJ, Chansky K, Crowley J, Asamura H, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: The new database to inform the eighth edition of the TNM classification of lung cancer. J Thorac Oncol 2014; 9: 1618 – 24.
5. Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, Rami-Porta R, Asamura H, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. J Thorac Oncol 2016; 11: 39 – 51.
6. Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, Nicholsıb AG, Gelsinger KR, Yatabe Y, et al. International Association for the Study of Lung Cancer / American Thoracic Society / European Respiratory Society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. J Thorac Oncol 2011; 6: 244 – 85.
7. De Leyn P, Dooms C, Kuzdzal J, Lardinois D, Passlick B, Rami-Porta R, et al. Revised ESTS guidelines for preoperative mediastinal lymph node staging for non-small-cell lung cancer.Eur J Cardiothorac Surg. 2014;45(5):787-98.
8. Turna A, Demirkaya A, Özkul S, Öz B, Gürses A, Kaynak K. Video-assisted mediastinoscopic lymphadenectomy is associated with better survival than mediastinoscopy in patients with resected non-small cell lung cancer. J Thorac Cardiovac Surg 2013;146:774-80.
9. Albain KS, Swann RS, Rusch VW, Turrisi AT, Shepherd FA, Smith C,et al. Radiotherapy plus chemotherapy with or without surgical resection for stage III non-small-cell lung cancer: a phase III randomised controlled trial. Lancet. 2009 1;374(9687):379-86.
10. S.J. Antonia, A. Villegas, D. Daniel, D. Vicente, S. Murakami, R. Hui, T. Yokoi, A. Chiappori, K.H. Lee, M. de Wit, B.C. Cho, M. Bourhaba, X. Quantin, T. Tokito, T. Mekhail, D. Planchard, Y.-C. Kim, C.S. Karapetis, S. Hiret, G. Ostoros, K. Kubota, J.E. Gray, L. Paz-Ares, J. de Castro Carpeño, C. Wadsworth, G. Melillo, H. Jiang, Y. Huang, P.A. Dennis, and M. Özgüroğlu. Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III Non–Small-Cell Lung Cancer. N Eng J Med 2017;377(20): 1919-29.
11. Eberhardt WE, Mitchell A, Crowley J, Kondo H, Kim YT, Turrisi A 3rd, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of M descriptors in the forthcoming (Eight) edition of the TNM classification of lung cancer, J Torac Oncol .2015; 10:1515-1122.

AKCİĞER NAKİL ADAYININ PRE-OP HAZIRLIĞI

Dr. Sinan TÜRKKAN
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ülkemizde son yıllarda gelişen ve başarı oranı yıllar geçtikçe artmasıyla birlikte artık ülkemizde rutin olarak yapılmaya başlanan akciğer naklinin önemli aşamalarından biri olan aday hastanın hazırlanması konusu anlatılacaktır. Sunum içinde sırasıyla;

- Akciğer nakli hakkında genel bilgiler
- Aday seçimi ve pre-op ayrıntılı tahlil-tetkik neden önemli?
- Nakil adayının poliklinikte ilk değerlendirmesi
- Nakil adayında hangi tahliller - ne için istenir?
  - Tanı ve nakil endikasyonunun doğrulanması
  - Kan grubu ve boyut uyumu
  - Cerrahi rutin kan tahlilleri
  - Kardiyak risk değerlendirmesi
  - Enfeksiyon ve bağışıklama değerlendirmesi
  - Komorbid hastalık araştırması
  - Malignite taraması
- Listeye alınan/alınmayan adayın takibi

konuları ayrıntılarıyla irdelenecek, örnek olgularla bu hazırlığın önemi anlatılmaya çalışılacaktır.

Akciğer nakli; diğer SOT'a nazaran;

- Cerrahi morbidite-mortalitesi fazla (çoğu operasyon pompa-ECMO desteği ile)
- Rejeksiyon riski yüksek
- Kullanılan immünsüpresyon dozu yüksek
- Dış ortama açık olması ve yapılan cerrahi prosedür ve immünsüpresyonun yüksekliğine bağlı enfeksiyon riski fazla,
- Malignite gelişme riski yüksek olan bir cerrahi prosedürdür.

Bunun yanında cerrahi esnasında pompa-ECMO gereksinimi, aritmi-hipotansiyon gibi nedenlerle kc, böbrek ve SSS etkilenimi oluşabilmektedir. Nakil sonrası kullanılan immünsüpresanlar da sistemik ve metabolik yan tesirlerinin yanında fırsatçı enfeksiyon ve malignitelere davetiye çıkarma gibi geniş yan tesir yelpazesine sahiptir. Tüm bu nedenlerle nakil adayı hastanın hali hazırdaki durumunu değerlendirmek (sistemik hastalık, rehabilite edilebilirlik, kontrol dışı metabolik hastalık, malign-premalign durumlar…), cerrahi yük ve immünsüpresan tedavi sonrası vücudun mukavemet gücünü ölçmek ve varsa riskleri tesbit etmek amacıyla yapılan incelemeler açıklanmıştır.

HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİ, SINIFLAMA- TANI

Dr. Feza Uğurman
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Hipersensitivite pnömonisi ya da ekstrensek alerjik alveolitis terimi, organik alerjenlerin ya da kimyasal moleküllerin tekrarlayan inhalasyonları sonucu ortaya çıkan ve irreverzibl parankim harabiyetine yol açabilen interstisyel, alveolar ve bronşiolar bir spektrumu ifade eder. Hastalık klasik olarak akut, subakut ve kronik olarak sınıflandırılmaktadır ancak bu sınıflama üzerinde birçok sınırlama ve eleştiri vardır. Hipersensitivite pnömonisi zamanında tanınabilir ve hasta etkenden uzaklaştırılabilirse geri dönüşümü olan hastalıktır; bu yüzden de hızlı tanı önemlidir. Ancak sınıflama da olduğu gibi hastalığın tanısında da yine benzer sınırlamalar bulunmaktadır. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografinin kullanımının artmasıyla birlikte diğer interstisyel akciğer hastalıklarından ayırıcı tanısı daha kolay yapılabilmekle beraber günümüzde tek bir "altın standart" laboratuvar ya da görüntüleme yöntemine göre tanı koymak hala mümkün değildir. Özellikle kronik olgularda tanı zorluğu daha ön plana çıkar. Günümüzde tanı; şüphelenilen etkenle temas anamnezinin, klinik değerlendirmenin, radyolojik ve laboratuar yöntemlerin, bronkoalveolar lavajın, histopatolojik bulguların beraber kullanılması ile konulmaktadır. Bu konuşmada hipersensitivite pnömonisinin sınıflaması ve tanısındaki bu tartışmalara ve yeniliklere yer verilecektir.

YAŞLI HASTADA KOAH

Dr. Sevinç Sarınç Ulaşlı
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

Yaşlı popülasyonda kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOAH) prevelansının ve morbiditesinin yüksek olması nedeni ile KOAH tanısının konularak tedavi edilmesi önem taşımaktadır. KOAH yaşlanmaya, yaşlanma da KOAH'da görülen değişikliklere katkıda bulunur. Yaşlı hastaların çoğu semptomlarının farkında değildir. KOAH tanısı spirometrik olarak hava akımı kısıtlanmasının gösterilmesi ile konulmaktadır. Ancak yaşlı popülasyonda bu ölçümlerin tahmin edilen normal değer aralıkları konusundaki tartışmalar ve eşlik eden komorbiditeler nedeni ile KOAH'ın klinik bulguları komplike hale gelmektedir. KOAH yönetiminde farmakolojik ve non farmakolojik tedavi yaklaşımları bulunmaktadır. Yaşlı popülasyonda, ilaç ilaç etkileşimleri ve polifarmasi nedeni ile tedavi uyumu zorlaşmaktadır. Ayrıca yaşlılardaki fiziksel ve bilişsel bozukluklar tedavi uyumunu bozmakta, KOAH tedavisinde kullanılan ilaçların istenmeyen etkileri daha sık görülmektedir. Farmakolojik tedavi hastaya göre şekillendirilmeli, inhaler uyumu düzenli olarak değerlendirilmelidir. Mevcut inhaler ilaçlarda yaş ile ilişkili doz ayarlaması yapmak gerekmemektedir. Yaşlanma ve komorbid durumlar nedeni ile hastalığın çok yönlü değerlendirilmesi ve hastalık yönetiminde komorbiditelerin de göz önünde bulundurulması gerekir. Bu konuşmada yaşlı popülasyonda KOAH'ın etkileri ve yönetimi tartışılacaktır.

ÇOCUKLARDA İYİ TEDAVİ EDİLEMEMİŞ AKCİĞER ENFEKSİYONLARI VE BRONŞEKTAZİ

Dr. Hakkı Ulutaş
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocukluk çağında akciğer enfeksiyonları sık görülmektedir. Genellikle geçirilen bakteriyel, viral veya fungal enfeksiyona neden olan bu olgular pnömoni ön tanısı ile takibe alınır. Bu etkenlere karşı solunum yollarının direncinin azalması, immün yetersizlik, kistik fibroz, bronşektazi, astım, konjenital akciğer malformasyonları, vasküler ring, interstisyel pneumoni, fibroza yol açan alveolit, pulmoner hemosideroz, alveoler proteinozis, yineleyen aspirasyon, primer silier diskinezi gibi hastalıkların uyarıcı belirtisidir. Doğru ve hızlı tanı için ayrıntılı anamnez, efektif fizik muayene, ayrınıtılı hedefe yönelik radyolojik ve biyokimyasal incelemeler yapılmalıdır. Bu sunumda çocuklarda en sık komplikasyonlara neden olan ve etkin bir tedavisi bulunan bronşektazi ve geç tanı konulan, iyi tedavi edilememiş konjenital akciğer enfeksiyonlarından bahsedeceğiz.

Bronşektazi

Bronşların kalıcı, anormal genişlemesini ifade eder. Bronşektazi altta yatan bir grup hastalığın klinikopatolojik yansıması olarak karşımıza çıkar. Ortaya çıkan son dönem hava yolu hastalığı, konakçı savunma mekanizmalarında bir defekt, hava yolu drenajında bozulma veya enfeksiyöz bir hasar sonrası gelişir. Klinik süre, genellikle çocukluk çağında ve genç yetişkin dönemde tekrarlayan inflamasyon ve enfeksiyon atakları ile devam eder. Olguların çoğunda bronşektazi, bronşiyal obstrüksiyon ve kronik persistan enfeksiyona sekonder gelişir.

Obstrüksiyon, distalinde dilatasyona, mukosiliyer fonksiyonların bozulmasına ve buna bağlı sekonder enfeksiyonların gelişmesine zemin hazırlar. Kronik, tekrarlayan enfeksiyonlar bronş duvarında inflamasyona ve bozulmuş mukosiliyer aktiviteye, bu ise bakteriyel proliferasyona ve daha fazla inflamasyona neden olur. Bu kısır döngü ilerleyici bronş ve parankim hasarına neden olur. Bronş duvarında muskuloelastik doku, mukoza, siliyer yapılar ve bazen kartilaj dokuda yapısal bütünlük bozulur. İyileşme ve hasarlanmış dokuların fibröz doku ile yer değiştirmesi elastikiyet kaybı ile sonuçlanır. Peribronşiyal dokularda ortaya çıkan kontraksiyon, bronşiyal yapılarda traksiyon ve dilatasyona neden olur. Bu enfeksiyon-enflamasyon döngüsünde patojenlerin dokular üzerindeki etkisi kadar konakçı hücrelerin patojenlere yanıtı da hasarın derecesini belirler.

Etiyoloji: Bronşektazik değişiklikler genellikle doğum sonrası erken dönemde bulunmamasına karşın agammaglobulinemi gibi kongenital immün yetmezlikler, Mounier-Kuhn sendromu, Williams-Campbell sendromu, Kartagener sendromu, Young sendromu, primer silier diskinezi gibi genetik defektler bronşektazi gelişiminde rol oynar.

Çocukluk çağı bronşektazi olgularında cerrahi tedavi öncesi; bronşektazi etiyolojisi, tanı yöntemleri, medikal tedavi alternatifleri ve preoperatif değerlendirmeler bilinmelidir. Çocukluk çağı bronşektazilerinde etiyoloji tablo 1'de özetlenmiştir. Tanıda ayrıntılı anamnez ve klinik muayene çok önemlidir. Altı haftadan uzun süren balgamlı öksürükte bronşektazi ihtimali yüksektir.

Kategori	***Nedenler***
Konjenital	*Mounier-Kuhn Sendromu* *Williams-Campbell Sendromu* *Kartagener sendromu* *Young sendromu* *Primer siliyer diskinezi* *Kistik fibrozis*
Enfeksiyon	*Mikobakteriyel enfeksiyonlar* *Bakteriyel* *Viral (boğmaca, kızamık)* *Fungal*
Enflamasyon (non-enfeksiyöz)	*Kollagen-vasküler hastalıklar* *Tekrarlayan aspirasyonlar* *Kronik hipersensitivite pnömonisi* *Toksik gaz inhalasyonu* *Sigara*
Traksiyon	*Nonspesifik intertisyel pnömoniler* *Radyoterapi*

	İdiopatik pulmoner fibrozis *Sarkoidozis*
İmmün Yetmezlik	*Agammaglobulinemi* *Hiper IgE sendromu* *Sekonder immün yetmezlik (HIV, kronik lenfositik lösemi)*
Obstruksiyon	*Intrinsik (benign veya malign endobronşiyal kitle, yabancı cisim aspirasyonu, endobronşiyal granülom, stenoz)* *Ekstrinsik (peribronşiyal lenfadenopati, orta lob sendromu)*

Tablo 1. Çocukluk çağı bronşektazi etiyolojisi

Tanı; Radyolojik inceleme ile tanısı kesinleştirilir. Günümüzde yüksek rezolusyonlu bilgisayarlı toraks tomografisi (YRBT) en sık kullanılan ve altın standart olan yöntemdir. Çocukluk çağı bronşektazisinde; YRBT de şu bulgular tipiktir; bronşiyal dilatasyon, bronşiyal duvar kalınlığı, normal bronş yapısının giderek incelmesi, taşlı yüzük görünümü, bronşların plevraya 2 cm den daha yakın görülmesi, bronş/arter oranı >0,8 saptanmasıdır. Laboratuar tetkiklerinde genellikle bronşektazi için spesifik bulgular olmadığı kabul edilir. Tedavide amaç hastanın görülen semptomlarının (öksürük, kötü kokulu balgam, hemoptizi, tekrarlayan enfeksiyon atakları) ya da komplikasyonların (tekrarlayan pnömoniler, ampiyem, akciğer absesi, kor pulmonale, bronkoplevral fistül, gelişme geriliği) ortadan kaldırılmasına yönelik olmalıdır.

Tedavi; Medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri vardır.

Medikal Tedavi: Bütün hastalar için ilk tedavi konservatif olmalıdır.

- Altta yatan spesifik hastalığa genel yaklaşım ve tedavisi
- Bronşektazili çocukların ve ebeveynlerinin hastalık açısından eğitimi
- Havayolu temizliği; fizyoterapi ve solunum egzersizleri (postural drenaj)
- Mukolitik ve hiperozmolar tedaviler
- Havayolu ile ilaç tedavileri; bronkodilatasyon, antiinflamatuar tedavi
- Antibiyotikler (antibiyotiğe direnci azaltmak için genellikle 2 antibiyotikle tedavi edilmelidir ve çoğu zaman uzun süreli, 3 haftalık tedaviler önerilmektedir).

Medikal tedavinin en önemli özelliği belki de sinüzit, gastroözofageal reflü veya immunglobulün eksiklikleri gibi ilave hastalıkların agresif tedavisidir. Boğmaca, kızamık ve yıllık influenza aşıları faydalıdır. Antibiyotik tedavisindeki ilerlemeler bronşektazi insidansını azaltıp, tedaviyi konservatif yöntemlere doğru yönlendirse de modern cerrahi tekniklerin ve anestezideki gelişmeler tedavide cerrahiyi tercih edilecek bir seçenek haline getirmiştir. Ancak, bronşektazinin tedavisi konusunda halen fikir ayrılıkları devam etmektedir. Bir çok çalışmada, erişkin bronşektazi olgularında semptomların (%21-%80) çocukluk çağından başladığı bildirilmiştir. Çocukluk yaşlarında bronşektazi; etkin tedavi uygulanamaması ya da hastalığın yeterli oranda önemsenmemesi, yetersiz klinik inceleme ve değerlendirmeler sonucunda erişkin yaşa kadar progrese/komplike olmuş bir durumda sebat etmektedir. Bu bizlere çocukluk çağı bronşektazi tedavilerine yaklaşımımızın ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Cerrahi tedavi: Bilindiği gibi bronşektazi geriye dönüşümsüz bronşial değişiklikleri içermektedir. Bu nedenle bronşektazik alan bir bataklığa benzetilebilir. Hastalığın tamamen ortadan kaldırılması için bataklığın kökünden kazınması lazımdır. Semptomatik tedaviler ile sadece bataklığın üstü örtülmektedir ve semptomların tekrarlama ihtimali çok yüksektir. Cerrahide amaç; çocuğun yaşam kalitesini artırmak, komplet rezeksiyon ile hastalıklı alanların anatomik olarak çıkarılması bunun yanında sağlam akciğer dokusunu korumaktır.

Tablo 2. Bronşektazide cerrahi tedavi endikasyonları
Bol pürülan balgam, öksürük ile yaşam kalitesinin bozulması
Tekrarlayan ve tedaviye cevap vermeyen lokalize hastalık durumu
Geride sağlam akciğer parankiminin kaldığı bilateral hastalık durumu
Hayatı tehdit eden hemoptizi varlığı
Pulmoner sekestrasyonlar
Destroyed lung
Gelişme geriliği
Tekrarlayan enfeksiyonlar ve hastalık alevlenmesi nedeniyle okul eğitimi ve başarısının yetersiz kalması.

Cerrahi yaklaşımda segmentektomi, lobektomi ve pnömonektomi uygulanabilir. Bazı seçilmiş çocuk olgularda inkomplet rezeksiyonun semptomların ve bronşektazinin şiddetini azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir. Genetik hastalıklarda, siliyer diskinezide, kistik fibrosis ve yaygın hastalık durumunda rezeksiyon uygulanmaz. Bronşektazideki cerrahi tedavinin iki temel amacı vardır. Birincisi; fonksiyonunu yitirmiş, destrükte bronşlardan oluşan akciğer dokusunun uzaklaştırılmasının sağlanması, ikincisi de; lokalize bronşektazi alanlarının, komşu bölgelerin kontaminasyonunu engellemek için uzaklaştırılmasıdır. Cerrahi sonuçların başarılı olması için cerrahi girişim mutlaka; kuru dönemde yapılmalı ve tekrarlama riskini azaltmak için radyoloji ile uymasa bile hastalıklı olabilecek olan bölgeler çıkarılmalıdır.

Cerrahi uygulanacak olgularda, lokalizasyon, yaş ve genel durum, solunum fonksiyon testleri dikkate alınmalıdır. Cerrahi tedavi planlanan hastalarda preoperatif olarak şu kriterlere dikkat edilmelidir;

- ✓ Trakeobronşiyal ağaç mutlaka çok iyi görüntülenmeli (YRBT)
- ✓ Bronkoskopi yapılmalı (yabancı cisim, anatomik anomaliler, bronşiyal striktür ekarte edilmeli)
- ✓ Hastalara ameliyat öncesi dönemde yoğun göğüs fizyoterapisi uygulanmalı
- ✓ Mutlaka geniş spektrumlu ve uygun antibiyotik verilmeli
- ✓ Kan gazları iyi değerlendirilmeli
- ✓ Gerekiyorsa ventilasyon/perfüzyon sintigrafileri yapılmalıdır.

Bilateral yaygın bronşektazisi olan hastalarda cerrahi rezeksiyonun yeri yoktur. Ama seçilmiş ve sınırlı parankim etkilenmiş olgularda bilateral rezeksiyon ile etkin tedavi sağlanabilir. Tıbbi ve konservatif tedavi dışında seçilmiş olgularda, akciğer nakli başarı ile uygulanmaktadır. Çocuk hastalarda da harap olmuş akciğer kronik bir hadisedir ve morbiditesi, mortalitesi yüksektir. Masif hemoptizi, ampiyem, sekonder fungal enfeksiyonlar, sekonder amiloidoz, septisemi, pulmoner sistemik şant gibi hayatı tehdit edici komplikasyonlara neden olabilir. Postoperatif uzun dönemde majör iskelet deformitesi gelişmediğini bildiren yayınlar bulunmakla birlikte, 10 yaşından önce pnömonektomi geçiren çocuklarda skolyoz geliştiğini gösteren yayınlarda bildirilmiştir. Bu nedenle tıbbi zorunluluklar olmayan olgularda pnömonektomi kararı için iyi düşünülmelidir ve iskelet gelişiminin tamamlandığı 18 yaşından sonra cerrahi rezeksiyon uygulamak daha doğru olacaktır.

Cerrahi mortalite ve morbidite; Göğüs cerrahisindeki gelişmeler sonucu operasyon komplikasyonları ve mortalite azalmıştır. Anestezideki gelişmeler, adölesan yaştaki pediatrik olgularda çift lümenli endotrakeal tüp uygulaması, yoğun bakım ünitelerindeki gelişmeler de cerrahi rezeksiyonlardan sonraki morbidite ve mortaliteyi azaltmıştır. Bronşektazide cerrahiye bağlı komplikasyonlar; uzamış hava kaçağı, bronkoplevral fistül, normal akciğer kısmının kontaminasyonuna bağlı olarak ampiyem ve pnömoni sayılabilir. Bronşektazide cerrahi ile ilgili mortalite ve morbidite oranları oldukça düşüktür. Nonoperatif mortalite % 13-31 oranında bildirilmişken, yapılan çalışmalarda cerrahi morbidite oranı % 8-22, mortalite oranı % 0-2 olarak bildirilmiştir.

Literatürde, bronşektazi nedeniyle opere edilen olguların % 18-27'sinde VATS ile rezektif cerrahi yapılabildiği bildirilmiştir. Bronşektazi de ileri derecede yapışık olan parankim yapısı nedeniyle çoğu cerrahi klinikler tarafından VATS tercih edilmemektedir. Deneyimli klinikler tarafından VATS güvenli, etkin bir şekilde yapılmakta, operasyon süreleri kısalmış ve torakotomiye geçiş oranları azalmıştır. Kliniğimizde son yıllarda bronşektazi cerrahisinde etkin bir şekilde VATS ile anatomik rezeksiyon uygulanmaktadır. Cerrahi uygulanan 150 bronşektazi olgusundan 65 olguya VATS ile anatomik rezeksiyon uygulandı. Bunlardan açığa geçme (mini torakotomi-torakotomi) oranı % 9,2 idi. Opere edilen 150 olgunun 30' u pediatrik olgular (18 yaş ve altında) idi. Postoperatif dönemde; sekresyon retansiyonu ve atelektazi ile etkin mücadele edilmelidir. Erken dönemde akciğerin ekspansiyonunu sağlamak çok önemlidir. Bu nedenle postoperatif ağrıları azaltıp agresif solunum fizyoterapisi uygulanmalıdır. Gerekirse tekrarlayan aspirasyon bronkoskopileri yapılmalıdır.

Sonuç olarak; çocukluk çağı bronşektazinin tedavisinde belirlenecek yöntemler için medikal tedavi de ısrarcı davranılmamalı, progresyon ve diğer sağlam kısımların kontaminasyonunu önlemek için cerrahi tedavi düşünülmelidir. Pediatrik hastalar rezeksiyon cerrahisini yetişkinlere göre daha iyi tolere ederler. Bu nedenle pediatrik hastalarda akciğerin kalan kısımlarının rezeke edilen kısmın bıraktığı boşluğu doldurması erişkinlere göre daha iyi olur. Hastalarda cerrahi tedavi, agresif bir girişim olarak görülmemelidir. İyi seçilen, endikasyonu iyi konulan, radyolojik değerlendirilmesi tam olarak yapılan ve preoperatif hazırlığı yeterli yapılan pediatrik hastalarda cerrahi başarı oranı yüksektir.

Konjenital Kistik Adenomatoid Malformasyonlar (KKAM)

Terminal respiratuvar yapıların anormal gelişmesi sonucu birbiriyle ilişkili değişik boyuttaki kistlerden oluşan nadir bir konjenital anomalidir. KKAM'ların tedavisi cerrahidir ve pediatrik akciğer rezeksiyonu yapılan olguların % 42'sini oluşturur. Cerrahi zamanlaması ve endikasyonu tartışmalıdır. Bazı yazarlar semptomlar gelişmeden elektif şartlarda cerrahi önermiş, bazı yazarlar da küçük çocuklara yüklenen cerrahi ve anestezi riski nedeniyle asemptomatik olgularda konservatif tedavi önermişler hatta asemptomatik tedavi edilmemiş KKAM olguların % 10'unda komplikasyon geliştiğini bildirmişlerdir. Semptomatik, enfeksiyon bulguları olan olgularda tedavisi hasarlı lobun rezeksiyonudur. Asemptomatik olgularda elektif şartlarda operasyon yapılabilir. Enfeksiyonun önüne geçmek, malignite riskini ortadan kaldırmak, tanıyı kesinleştirmek ve tedavi için cerrahi uygulanmalıdır. Cerrahide en etkin tedavi olarak lobektomi önerilmektedir. Wedge rezeksiyon önerilmez çünkü lezyonun sınırları net olarak ayırt edilemez. Cerrahi yaklaşım olarak torakotomi veya son yıllarda sık kullanılan VATS etkin bir şekilde uygulanmaktadır.

Pulmoner Sekestrasyonlar

Bir lob veya segmentin normal trakeobronşiyal sistem ile ilişkisinin olmaması ile karekterizedir. Arteriyal dolaşımı çoğunlukla abdominal aortadan çıkan ve diyafragmayı geçerek sekestre dokuya ulaşan sistemik arter ile sağlanır. Venöz dönüş genellikle pulmoner venlere, nadiren sistemik venlere olur. İntralober ve ekstralober sekestrasyon olmak üzere iki tipi vardır. Tedavisinde; medikal tedavi sadece enfeksiyon tedavisi ve kontrolü için uygulanır. Pediatrik olgularda intralober sekestrasyonda tedavi olarak sistemik arter embolizasyonu ile cerrahi rezeksiyon karşılaştırılmış, embolizasyonda başarısızlık ve komplikasyon görülme sıklığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Enfeksiyon geçiren olgularda segmentektomi zor olabileceğinden lobektomi yapılabilir. En etkin tedavi lobektomidir ama seçilmiş olgularda segmentektomi de uygulanabilir. Rezeksiyon sırasında sistemik arter mutlaka iki taraflı divize edilmelidir. Diafragma altına kaçması halinde kanama kontrolü zorlaşabilir. Venöz dönüşün yeri tam olarak belirlenip divizyon yapılmalıdır. Cerrahide sistemik arter ile pulmoner ven arasındaki şant düzeltilmiş olur. Cerrahi yaklaşım olarak torakotomi ya da VATS etkin bir şekilde uygulanabilir.

Konjenital Lober Amfizem

Bir lobun aşırı genişlemesi ve hava hapsi sonucu normal akciğer dokusuna bası yapması ve amfizematöz lobun herniasyonu ile oluşan mediastinal deviasyonun görüldüğü nadir görülen bir konjenital anomalidir. Neonatal dönemde tanı konulan semptomatik hastalara lobektomi ile rezeksiyon önerilmektedir. Operasyonda toraksa girilene kadar yüzeyel anestezi verilerek mediastinal şiftin artması engellenir ve hızlı torakotomi açılır. Rezeksiyon sonrası sağlam lobların atelektazi için kibarca şişirme uygulanır. Postoperatif dönemde akciğer rezeksiyonunun genel risklerine sahiptir ve mortalite son derece azdır. Medikal tedavi tek başına uygulandığında mortalite oranı % 50'nin üzerindedir.

Bronkojenik Kist

Bu lezyonlar primitif foregutun trakeobronşiyal dallanmaları yaptığı dönem olan 26-40. günlerde anormal gelişmesiyle oluşan bening lezyonlardır. Genellikle mediyastende yerleşmelerine rağmen trakeobronşiyal ağaçta ya da akciğer parankimi içinde de görülebilir. Yenidoğanda acil cerrahi gerektiren respiratuar distress ile asemptomik olup tesadüfen saptanması arasında geniş bir alanı kapsamaktadır. Tanı konulduğu andan itibaren asemptomatik olsa dahi maligniteye dönme potansiyeli olduğundan dolayı cerrahi rezeksiyon önerilmektedir. Bronkojenik kistlerin cerrahi tedavisinde amaç komplet rezeksiyondur. İnkomplet rezeksiyon sonrası nüksler görülmektedir. Cerrahi yaklaşım olarak segmentektomi, lobektomi gibi anatomik rezeksiyonlar torakotomi ya da VATS ile uygulanabilir.

AKCİĞERDE VENTİLASYON - PERFÜZYON İLİŞKİSİ

Dr. Selma Arzu Vardar
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Alveoler ventilasyon, akciğer alveollerinde bir dakika içinde gaz değişimine uğrayan hava hacmidir. Solunum yolunda havayı iletici olarak işlev gören burun, farinks, trake, bronş ve bronşiollerin bir bölümü ölü boşluk olarak adlandırılır ve gaz bu bölümlerde gaz değişimi yapılmaz. Bu durumda alveoler ventilasyon hesaplanırken tidal volümden ölü boşluk hacmini çıkarmak gerekir. Tidal volümü 500 ml ve ölü boşluk hacmi 150 ml olan sağlıklı bir kişide alveoler ventilasyon düzeyi dakikada 4200 ml, alveoler kan akımı ise 5000 ml/dk kadardır. Ventilasyon perfüzyon oranı, alveoler ventilasyonun perfüze olan kana oranıdır. Normal değeri 0.84 olarak kabul edilir.

Akciğerde ventile olan havanın tümünün perfüze olan kan ile temas etmesi ideal ventilasyon perfüzyon oranını sağlamaktadır. Ancak dik ya da yatar durumda olmak gibi günlük aktivitelerde, akciğer perfüzyonunda bölgesel farklılıklar oluşmaktadır. Hastalık durumlarında ise bu bölgesel farklılıklar daha belirginleşmektedir. Örneğin, akciğerden oksijenlenmeden geçen kan hacminin artması ve hipoperfüzyon ile seyreden pulmoner emboli durumunda, obstrüksiyon ile seyreden ve hipoventilasyona neden olan akciğer hastalıklarında, hava yollarında daralma, alveoler membran yapısının bozulması ya da her ikisinin birlikte görüldüğü patolojik durumlarda ventilasyon perfüzyon oranında normalden önemli düzeyde sapmalar oluşmaktadır. Alveoler ventilasyon ile alveoler kan akımı ilişkisinin telafi edilemeyecek kadar bozulduğu durumlarda hipoksi ve solunumsal asidoz meydana gelmektedir. Bu nedenle ventilasyon perfüzyon ilişkisinin doğru şekilde belirlenmesine yönelik incelemeler klinik açıdan önem taşımaktadır. Ventilasyon perfüzyon ilişkisi dikkate alınarak uygulanan sintigrafik yöntemler, pulmoner emboli tanısı koymayı kolaylaştırmakta ya da lobektomi uygulanma düzeyinin belirlenebilmesini sağlamaktadır.

EXTRAPULMONER SARKOİDOZ VARSA

Dr. Murat Yalçınsoy
İnönü Üniversitesi

Sarkoidozun klinik prezentasyonları akut, subakut ve kronik olarak sınıflandırılır. Ayrıca yeterli tedaviye karşın kötüleşen kronik hastalık durumları refrakter (dirençli) hastalık olarak adlandırılır.

Akut form: 2-5 yılda düzelir. Bunlar: Löfgren sendromu, Eritema nodosum, Poliartrit, Bilateral hiler lenfadenopati, Ateş, Halsizlik, Üveit

Subakut form: Kliniği akut formdan farklılık gösteren ve semptomları 2 yıldan kısa olan formlardır.

Kronik form: 2 yıldan eski olgulardır. Fibrokistik akciğer hastalığına kadar uzanan geniş bir spektrumu içerir. Ekstrapulmoner sarkoidozda kronik form içinde sınıflandırılır.

Ekstrapulmoner tutulum sıklık sırası populasyonlara göre farklılık gösterebilir. Ülkemiz verilerine göre;

1. Periferik lenf bezi
2. Cilt
3. Göz
4. Eklem
5. Üst solunum yolu
6. Dalak
7. Renal
8. Kalp
9. kas-iskelet sistemi

- Eklem-kas %30
- Endokrin %5

ORGAN TUTULUMLARI

- Üst solunum yolları
- 5-20%
- Nazal granulomlar.
- Laringeal tutulum 5%.
- Akciğer
- >90%
- dispne, kuru öksürük, göğüs ağrısı (alkol alımı sonrası yoğunlaşır), hemoptizi
- Kalp
- İletim bozukluğu; MI; perikardial hastalık; ani ölüm (27% otopside); cor pulmonale.
- Karaciğer
- Hepatomegali (biopsi ve otopside granuloma 63-87%)
- Genelde asemptomatik
- Dalak
- Splenomegali; genelde sessizdir (50% otopside bulunur)
- Böbrekler
- Hiperkalsemi / hiperkalsiüri; renal parankimin granulomatöz infiltrasyonu, granulomlara sekonder olarak gelişen glomerular hastalık veya renal arterit
- Salgı bezleri
- Parotido-megali; subklinik 50% (fakat genellikle sadece hilar adenopati ile birlikte); sarkoidal granul; dil, tonsiller.
- Romatolojik
- Eklem tutulumu; 2 form – akut and kronik (<6 ay).
- İlerleyen yıllarda diğer bulgulardan daha belirginleşebilir.
- Dizler > ayak bilekleri > dirsekler > el bilekleri > elin küçük eklemleri (tipik olarak 2-6 eklem).
- Periartiküler şişme > efüzyon

- Sinovyal sıvı genelde non-inflamatuardır.
- Tenosinovitis ve topuk ağrısı meydana gelebilir.
- Muskuler
- Progresif proximal kas güçsüzlüğü;
- myopatik EMG,
- artmış CpK
- Endokrin
- Pituitar & hipothalamus – diabet, hipertiroidizm.
- Prolaktin yüksekliği.
- Intermitan hiperkalsemi – 17-19%.

TANI: Klinik ve radyolojik bulgularla birlikte dokuda non-kazeifiye granulomların gösterilmesi ve ayırıcı htanıda yer alabilecek hastalıkların dışlanması ile konulur. Ayrıca doku tanısı gerektirmeyen durumlarda vardır.

Doku tanısı gerektirmeyen durumlar:

- Akciğer grafisinde bilateral hiler adenopati saptanan asemptomatik olgular
- Löfgren sendromu
- Heerford sendromu
- Galyum 67 sintigrafisinde panda ve lambda bulgusu

Klinik olarak şüphelenildiğinde tanısı en zor olan organ tutulumları: kardiyak sarkoidoz, nörosarkoidoz
Kardiyak sarkoidoz endomyokardiyal biopsi invazif ve zordur, duyarlılığı düşüktür. Tanı için kardiyak MR, talyum-teknesyum-galyum sintigrafisi ve pet
Tedavi endikasyonları:

- Kalp tutulumu
- Nörosarkoidoz
- Lokal tedaviye cevap vermeyen göz hastalığı
- Hiperkalsemi
- İlerleyici semptomlu akciğer tutulumu
- Diğer ilerleyici akciğer dışı organ tutulumları

Tedavi: Steroid ilk seçenektir. Bazı durumlarda önce steroid dışı tedaviler denenebilir:

- Artralji, eritema nodozum: NSAİİD
- Yaygın deri lezyonları: hisroksiklorokin
- Karaciğer: urseodeoksikolik asit

PULMONER HEMODİNAMİK

Dr. Muhittin Onur Yaman
İstanbul Üniversitesi

Hiç kuşkusuz, çok hücreli canlıların gelişimi ile birlikte hücrelerin ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için organizmaların dolaşım ve solunum sistemlerinin gelişimi de kaçınılmaz hale gelmiştir. İnsanda akciğer kan dolaşımının aydınlatılması ile ilgili çalışmalar 1200'lü yıllara kadar geriye uzanan bir süreçtir. Bu anlamda, bir arap bilim insanı olan İbnü'l-Nafis (1213-1288), akciğer dolaşımı ile ilgili araştırmalara önemli katkılarda bulunmuş, özellikle sol ventriküle ulaşan tüm kanın akciğerden geçtiğine inanmış ve ayrıca pulmoner arter ve ven arasında küçük iletişim veya gözenekler olması gerektiğini belirtmiştir. Günümüzden çok önce akciğer kan dolaşımının, iki ayrı dolaşımın bir arada gerçekleştiği bir sistem olduğu aydınlatılmıştır.

Akciğer kan dolaşımı, hem bronşiyal dolaşımı hem de pulmoner dolaşımı içeren bir sistemdir. Bronşiyal kan akımı, sol ventriküler debinin çok küçük bir bölümünü alır ve trakeobronşiyal ağacın bir kısmını sistemik arteryel kanla besler. Bronşiyal arterler ya doğrudan doğruya aortadan ya da interkostal arterlerden köken alır ve terminal bronşiyoller seviyesine kadar arteryel kan sağlarlar. Aynı zamanda hiler lenf nodlarına, viseral plevraya, pulmoner arterlere ve venlere, önemli sinirlere ve özefagusa kan akışı sağlarlar. Bronşiyal arterlerdeki kan basıncı, diğer sistemik arterlerdeki ile neredeyse aynıdır. Ancak bronşiyal dolaşımın venöz drenajı oldukça sıra dışıdır. Venöz kanın bir kısmı azigos ve hemiazygos damarlarına dönerken, önemli bir kısmı pulmoner venlere karışır. Bu nedenle, pulmoner venöz damarlara (O_2 den zengin kan) karışan bronşiyal venöz kan, anatomik "sağdan sola şantı" oluşturur.

Pulmoner kan akımı ise sağ ventriküler debinin tamamını alır. Ventrikülden pompalanan kan pulmoner kılcal damarlarda yol alarak alveolar hava ile gaz değiş tokuşuna girer. Sağlıklı yetişkinlerde sağ ve sol ventriküller birbirlerine seri olarak bağlı olduğundan, pulmoner kan akımı yaklaşık olarak sol ventriküler debinin tamamına yani, kalp debisine eşittir. Pulmoner dolaşımı oluşturan damarlar, sistemik dolaşım ile karşılaştırıldığında çok daha ince duvar yapısına sahiptirler. Bunun temel nedenlerinden birtanesi damarların duvarlarının yapısına katılan düz kas dokusunun daha ince olmasıdır. Aynı zamanda, pulmoner arter hızla daha ince duvarlara ve daha büyük iç çapa sahip olan terminal dallara ayrılır. Ayrıca, sistemik arteryel damarlarla karşılaştırıldığında çok daha fazla sıkışabilir-baskılanabilir-genişleyebilir bir yapıya sahiptirler. Dolayısıyla bu damarlar, sistemik arteryel damarlara göre kan akışına daha az direnç gösterirler. Bu durum pulmoner dolaşımdaki düşük basıncın temel nedenidir. Pulmoner damarlar toraks içinde yer alır ve değişken alveolar ve intraplevral basınçlara maruz kalırlar. Sıkışabilir damar yapısı dikkate alındığında bu basınç değişikliklerinin pulmoner vasküler direnç (PVD) üzerinde önemli etkileri olması kaçınılmazdır. Yerçekimi, vücut pozisyonu, akciğer volümü, intaalveolar ve intraplevral basınçlar, ve intravasküler basınçlar pulmoner vasküler düz kas tonusunda herhangi bir değişiklik olmasa dahi damar çapı üzerinde, dolayısı ile PVD üzerinde derin etkiler yaratabilir.

Vasküler yapıdan ve bu etkilerden bahsettikten sonra akciğerin farklı bölgelerinde yerleşen damarların bahsedilen etkilere nasıl yanıt verdiğini de incelemek gerekir. Bu anlamda alveolar ve extraalveolar damarları ve bu damarların çaplarının inspirasyon-expirasyon döngüsünde nasıl değiştiğini kısaca değerlendirecek olursak, birbirleriyle seri olarak bağlı iki direnç grubu olarak düşünülebileceğinden, alveolar ve ekstraalveolar damarların dirençleri toplanarak değerlendirilir. Bu damarlardan bir grubun çapı artarken bir grubun çapı daralarak, farklı akciğer hacim seviyelerinde PVD üzerinde farklı etkiler oluşturlar. Bu etki "U" benzeri bir eğri verir. PVD fonksiyonel rezidüel kapasite seviyesinde en düşük halinde iken, yüksek ve düşük akciğer hacimlerinde artış gösterir. Pulmoner dolaşımdaki bir farklı yanıt da kalp debisi artsa dahi sistemdeki basınç değişikliğinin sınırlı kalmasıdır. Bu durumun temel nedeni daha önce bahsedilen genişleyebilir damar yapısı ve normal durumda kapalı halde bulunan yani perfüze olmayan damarların basınç artışı ile açılması ve kan dolaşımına katılmasıdır.

Vücut pozisyonundaki değişiklikler ile ilgili olarak yerçekiminin etkisi de pulmoner kan akımının karakteristiğini etkiler. Ayakta duran sağlıklı bir insan da akciğerlerin tepe noktası ile tabanı arasında hidrostatik basınç farklılıklarından dolayı pulmoner kapillerlerdeki kan akımı ve basınç bölgesel değişiklikler gösterecektir. Sonuç olarak bu farklılıklar gaz değişimi anlamında önemli hale gelecektir.

Bu pasif etkilerin yanı sıra pulmoner vasküler düz kas tonusundaki değişikliler de aktif olarak PVD üzerine ve dolayısı ile pulmoner kan akımı üzerine etkili olur. Özellikle "Hipoksik Pulmoner Vazokonstriksiyon" olarak adlandırılan ve alveolar hipoksi durumunda o bölgedeki vasküler yatağın konstriksiyonu ile bu bölgeye ulaşan kan akımını azaltarak, perfüzyonun daha iyi ventilasyon sağlanan bölgelere yönlendirilmesini amaçlayan koruyucu bir cevaptır. Bu cevabın mekanizması tam olarak aydınlatılmamış olsa da; oksijene duyarlı voltaj kapılı K^+ kanallarının inhibisyonunun, pulmoner arterin küçük dallarındaki düz kas hücrelerini depolarize ettiği ve bu depolarizasyon dalgasının düz kas hücrelerinde voltaj kapılı Ca^{+2} kanallarını aktive ederek, düz kasın kasılmasına ve damarların daralmasına neden olduğu düşünülmektedir.

PULMONER SARKOİDOZ; NE ZAMAN TEDAVİ EDELİM?

Dr. Onur Yazıcı
Adnan Menderes Üniversitesi

Giriş: Sarkoidoz; birçok organ ve sistemi tutabilen, etyolojisi kesin olarak bilinmeyen, granülomatöz inflamasyonla seyreden bir hastalıktır (1,2). Granülomlar herhangi bir organda olabilir; ama en sık akciğer, lenf nodları, deri, göz ve karaciğerde yerleşim gösterirler.

Epidemiyoloji: Sarkoidozun insidans ve prevalansı ile ilgili çok net bilgi yoktur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada insidans 100000'de 4 olarak tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada kadın/erkek oranı 2,08 ve hastalığın görülme yaşı ortalama 44±13 olarak bulunmuştur (3).

Etyoloji: Sarkoidozun nedeni bilinmemektedir. Hastalığın gelişiminde genetik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı kabul edilmektedir.

Patogenez: Sarkoidoz gelişiminde temel olay çeşitli uyaranlara karşı granülom oluşmasıdır. Oluşan granülomlar kazeifikasyon göstermeyen epiteloid granülomlardır.

Klinik: Klinik belirtiler tutulan organ ve sistemlere göre değişmektedir. Hastaların yaklaşık 1/3'ü tanı anında asemptomatiktir. Hastalığın seyri de hastadan hastaya göre değişmektedir. Hastaların %75'de spontan rezolüsyon görülürken, %25'de hastalık progrese olabilir ve %1-5'de ölümle sonuçlanabilir. Ölüm genellikle solunum yetmezliğine sekonder gelişmektedir (4-6).

Tanı: Hastalığın tanımlayıcı bir tanı testi bulunmamaktadır. Uygun klinik ve radyolojik bulguların varlığında, diğer granülomatöz hastalıkların dışlanması ve histopatolojik olarak non kazeifiye granülomların gösterilmesi ile tanı konulmaktadır. Sarkoidoz açısından değerlendirilen her hastaya akciğer grafisi çekilmeli, solunum fonksiyon testleri, tam kan sayımı, serum biyokimyası (serum ACE dahil), idrar analizi (24 saatlik idrar kalsiyum düzeyi dahil), elektrokardiyografi ve tüberkülin deri testi yapılmalı, tüm hastalar göz değerlendirilmesi için yönlendirilmelidir. Gereklilik halinde fiberoptik bronkoskopi yapılarak BAL, bronş mukoza ve transbronşiyal akciğer biyopsisi açısından değerlendirilmelidir.

Evreleme: Sarkoidozda akciğer radyografisine göre evreleme yapılmaktadır. Buna göre;
Evre 0: Normal akciğer grafisi
Evre 1: Bilateral hiler lenfadenopati
Evre 2: Bilateral hiler adenopati ve parankimal infiltratlar
Evre 3: Sadece parankimal infiltratlar
Evre 4: Fibrozis olarak toplam 5 evreye ayrılmaktadır (7).

Tedavi: Sarkoidozda küratif bir tedavi yoktur. Hastalığı kontrol altında tutmak için tedaviler vardır (8). Tedavide kullanılacak ilaçlar arasında ilk tercih olan kortikosteroidlerdir. Ama ''hangi hastalara tedavi verilmeli, optimal tedavi süresi ne kadar olmalı, hastalık süreci ve tedaviye yanıt nasıl izlenmeli, tedavi pulmoner sarkoidozun sürecini değiştiriyor mu?'' gibi soruların yanıtları halen net değildir. Sarkoidozda klinik süreç ve prognoz oldukça değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle tedavi; tedavisiz izlemden biyolojik ve sitotoksik ajanları içeren bir tedaviye kadar geniş bir yelpazede olabilir (9).

Pulmoner Sarkoidoz: Pulmoner sarkoidozda tedavi endikasyonları bazı durumlarda net değildir. Sarkoidozda akciğer tutulumu hastaların %90'ından fazlasında görülmesine rağmen bu hastaların sadece yarısında sistemik tedavi gerekmektedir (10-12). Pulmoner sarkoidozda hastaların kliniği değişkendir. Örneğin evre 1 hastalar genellikle asemptomatikken, evre 2 ve 3 hastalar daha semptomatiktir. Pulmoner sarkoidozda hastaların seyri de değişkendir. Örneğin evre 1 hastalarda spontan remisyon %55-90 oranında görülürken evre 2 hastalarda %40-70 ve evre 3 hastalarda %10-20 oranında görülmektedir. Spontan remisyona giren olgularda nüks çok nadirken tedavi ile iyileşenlerde ise çok sıktır (12). Günümüze kadar yapılan çalışmalarda KS veya diğer tedavilerin hastalığın progresyonunu veya fibrozisi önlediği de açıkça gösterilememiştir (13,14)

Ayrıca sarkoidoz tedavisinde ilk tercih ilaç olan KS'lerin uzun dönem kullanılması durumunda gastrointestinal, ruhsal, kemik erimesi ve kilo alımı gibi yan etkiler görülebilmektedir (15). Tüm bunlara bakarak, hangi hastaların uzun süreli tedavi ihtiyacı olduğunu belirlemek için bilgilerimiz maalesef sınırlıdır.

Tedaviye başlama kararı verilirken ilk başta 3 parametre değerlendirilmelidir.

1. Semptom: Öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı, hemoptizi vb yakınmalar değerlendirilmelidir.

2. Radyolojik bulgular: Sarkoidozda görülebilecek radyolojik bulgular reversible parenkimal lezyonlar ve irreversible parenkimal lezyonlar olarak ayrılır. Reversible parenkimal lezyonlar içerisinde mikronodüller, makronodüller, konsolidasyon, buzlu cam görünümü, interlobuler septal kalınlaşma ve kaviteler varken irreversible parenkimal lezyonlar arasında balpeteği görünümü, traksiyon bronşektazisi, fibrokistik değişiklikler ve volüm kaybı bulunmaktadır.

3. Fonksiyonel değerlendirme: Her hastaya solunum fonksiyon testi, karbonmonoksit difüzyon testi (DLCO), 6 dakika yürüme testi (6DYT) yapılmalı ve pulse oksimetre ile ölçülen satürasyon (sPO2) düzeyi ölçülmelidir. Değerlendirmeler sonucunda eğer hasta; asemptomatik veya semptomları hafif düzeyde ise ve fonksiyonel bozulma yok veya minimalse hasta başlangıçta tedavisiz izlenebilir. İzlenen hastalar 3-6 ayda bir kontrol edilir. Eğer hastanın semptomları orta ve ağır düzeyde ve/veya fonksiyonel bozulma belirgin ise sistemik tedavi düşünülmelidir. Fonksiyonel bozukluk için kabul edilen kriterler;
FVC < %70 (beklenen)
FEV1 < %70 (beklenen)
DLCO < %60 (beklenen)
sPo2 <%90 olması olarak kabul edilir (16).

Medikal tedavi başlanmadan izlenen hastalardan takip sırasında; semptomatik hale gelen veya varolan minimal semptomları ilerleyen, fonksiyonel parametrelerde bozulma olan ve radyolojik bulgularında progresyon olan hastalarda yine sistematik tedavi başlanması düşünülmelidir. Fonksiyonel bozulma için kabul edilen kriterler;
TLC de %10 veya daha fazla düşme
FVC de %15 veya daha fazla düşme
DLCO da %20 veya daha fazla düşme

İstirahat veya egzersiz sırasında gaz değişiminde bozulma (oksijen saturasyonunda +4 veya daha fazla düşme) olması kabul edilir (6,17,18).

Medikal tedaviye başlamadan önce her hasta semptomlara neden olabilecek ek hastalıklar açısından değerlendirilmelidir (ör: Kalp yetmezliği, tromembolik hastalık, pulmoner hipertansyon vb)

Kaynaklar

1. Hunninghake GW, Costabel U, Ando M, Baughman R, Cordier JF, Du BR, Eklund A, Kitaichi M, Lynch J, Rizzato G, et al. ATS/ERS/ WASOG statement on sarcoidosis. American Thoracic Society/ European Respiratory Society/World Association of Sarcoidosis and other Granulomatous Disorders. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis 1999;16:149–173

2. Baughman RP, Drent M, Kavuru M, Judson MA, Costabel U, Du BR, Albera C, Brutsche M, Davis G, Donohue JF, et al. Infliximab therapy in patients with chronic sarcoidosis and pulmonary involvement. Am J Respir Crit Care Med 2006;174:795–802.

3. Musellim B, Kumbasar OO, Ongen G, Cetinkaya E, et al. Epidemiological features of Turkish patients with sarcoidosis. Respir Med 2009; 103:907-912.

4. Iannuzzi MC, Rybicki BA, Teirstein AS. Sarcoidosis. N Engl J Med 2007; 357:2153.

5. Baughman RP, Grutters JC. New treatment strategies for pulmonary sarcoidosis: antimetabolites, biological drugs, and other treatment approaches. Lancet Respir Med 2015; 3:813.

6. Wijsenbeek MS, Culver DA. Treatment of Sarcoidosis. Clin Chest Med 2015; 36:751.

7. Scadding JG. Prognosis of intrathoracic sarcoidosis in England. Br Med J 1961;4: 1165-72

8. Sharma OP. Pulmonary sarcoidosis and corticosteroids. Am Rev Respir Dis 1993; 147: 1598–1600.

9. Baughman RP, Costabel U, du Bois RM. Treatment of sarcoidosis. Clin Chest Med 2008; 29:533.

10. Baughman RP, Teirstein AS, Judson MA, Rossman MD, Yeager HJ, Bresnitz EA, DePalo L, Hunninghake G, Iannuzzi MC, Johns CJ et al (2001) Clinical characteristics of patients in a case control study of sarcoidosis. Am J Respir Crit Care Med 164:1885–1889

11. JudsonMA, Boan AD, LacklandDT (2012) The clinical course of sarcoidosis: presentation, diagnosis, and treatment in a large White and black cohort in the United States. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis 29:119–127

12. Coker RK. Management strategies for pulmonary sarcoidosis. Ther Clin Risk Manag. 2009 Jun;5(3):575-84. Epub 2009 Aug 3. PubMed PMID: 19707274; PubMed Central PMCID: PMC2724188.

13. Paramothayan NS, Lasserson TJ, Jones PW. Corticosteroids for pulmonary sarcoidosis. Cochrane Database Syst Rev 2005; CD001114.

14. Paramothayan S, Lasserson T, Walters EH. Immunosuppressive and cytotoxic therapy for pulmonary sarcoidosis. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD003536.

15. Gibson GJ, Prescott RJ, Muers MF, et al. British Thoracic Society Sarcoidosis study: effects of long term corticosteroidtreatment. Thorax 1996; 51: 238–247.

16. Talmadge EK, Kevin RF, Helen H. Treatment of pulmonary sarcoidosis with glucocorticoids. http://www.uptodate.com/contents/ treatment of pulmonary sarcoidosis with glucocorticoids.

17. Bradley B, Branley HM, Egan JJ, et al. Interstitial lung disease guideline: the British Thoracic Society in collaboration with the Thoracic Society of Australia and New Zealand and the Irish Thoracic Society. Thorax 2008; 63 Suppl 5:v1.

18. Baughman RP, Culver DA, Judson MA. A concise review of pulmonary sarcoidosis. Am J Respir Crit Care Med 2011; 183:573.

PULMONER NODÜL KAVRAMI VE YAKLAŞIMLAR

Tanısal algoritma ve yeni evrelemeye göre multipl primer akciğer kanseri

Dr. Ülkü Yılmaz
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi

Pulmoner nodül; görüntüleme yöntemleri ile tespit edilen çapı 30 mm veya daha küçük, pulmoner parankim ile çevrelenmiş lezyon olarak tanımlanır. Morfolojik olarak nodüller solid ve subsolid olarak sınıflandırılır. Sub solid nodül ifadesi; pür buzlucam nodül ve kısmi solid nodülleri kapsamaktadır İnsidental olarak, akciğer parankimi içerisinde çok sayıda nodül de tespit edilebilir. Bu tür bir durumda tanısal değerlendirme baskın ve en şüpheli nodüle yönelik olarak yapılır (1).

Bir nodül tespit edildiğinde en önemli sorun lezyonun benign-malign ayrımının yapılmasıdır. Nodüle yönelik radikal bir yaklaşım olan küratif cerrahi ile %70-80 oranında beş yıllık sağ kalım şansı hastaya sunulabilir. Ancak bu tür bir yaklaşımda gereksiz bir cerrahi de söz konusu olabilir.

Tanısal değerlendirmede tüm rehberler bireysel yaklaşıma olanak sağlamaktadır. Başlangıç değerlendirmede klinik, radyolojik özellikler doğrultusunda nodülün malignite olasılığının belirlenmesi gerekir. Nodülün değerlendirilmesinde büyüme özellikleri dikkatle göz önünde bulundurulması gereken önemli bir parametredir. Bu doğrultuda;
Büyüme gösteren nodül: Solid nodüller için boyutta 2 mm den fazla artış. Subsolid nodül için; dansite artışı, solid bileşenin ortaya çıkması veya bu bileşende büyüme,
Stabil nodül: Nodül boyutlarında solid nodül için ≥24 ay, subsolid nodül boyutlarında ≥ 5 yıl değişiklik olmaması,
Belirsiz nodül: Benign olarak tanımlanamayan veya doku tanısı gerektiren veya BT ile yeterince görüntülenemeyen lezyonlar.

Bu belirlemeyi bireyin yaşı, cinsiyeti, komorbiditeleri, nodülün boyutları, yerleşim yeri, radyolojik kenar özellikleri ve nodül sayısı doğrultusunda nodülün malignite olasılığının hesaplanmasına olanak sağlayan çeşitli formüller öne sürülmüştür (2, 3, 4). Bu formüller içerisinde en kapsamlı ve nodül özelliklerini (solid, sub solid) de içereni Brock Modelidir (1). Bu doğrultuda
Düşük olasılık5%>
Orta olasılık % 5-65
Yüksek olasılık % 65 üzeridir.

Nodülün boyut ve dansitesi doğrultusunda değerlendirildiğinde: Solid ya da sub solid <6 mm nodüllerde takip önerilmemektedir.
Soliter, solid 8 mm üzerindeki nodüllerde malignite şüphesi doğrultusunda takip önerilmektedir. Şüphe % 5 in altında ise üç ay aralık ile BT, orta olasılıklı ise PET-BT ile değerlendirme, şüphe yüksek ise biyopsi ya da ekzisyon önerilmektedir (Tablo 1)(1).

Bu aşamada cerrahi eksizyonel biyopsi altın standart olmaktadır, malignite durumunda da hastanın küratif tedavi şansı olmaktadır. Malignite olsılığı yüksek (>% 65) ya da orta derecede ise tanıya yönelik non invaziv işlem yetersiz veya malignite şüpheli ise video eşliğinde endoskopik torasik cerrahi seçkin yaklaşımdır (5).

Doku tanısına gidilmesi planlanan şüpheli nodülün lokalizasyonu, özellikleri ve merkezin olanakları doğrultusunda konvansiyonel bronkoskopik biyopsi, konvansiyonel transbronşiyal ince iğne aspirasyon biyopsisi, radial prob endobronşiyal ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi veya navigasyon eşliğinde transbronşiyal biyopsi seçeneklerinden biri ile tanısal işlem gereçekleştirilmelidir (6).

Söz konusu nodül sub solid özellikte ise pür buzlucam özelliğindeki nodüllerde cerrahi veya non invaziv biyopsi için değerlendirmede 10-15 mm sınırı tartışmalıdır, 15-20 mm sınırını ön gören görüşler de mevcuttur (7). Kısmi solid nodül söz konusu olduğunda solid komponent 8 mm üzerinde, boyutlarında büyüme söz konusu ise yukarıda sözü geçen cerrahi ya da cerrahi dışındaki biyopsi yöntemlerinden biri tercih edilmelidir. Çok sayıda solid ya da sub solid nodül söz konusu olduğunda yaklaşım baskın, en şüpheli nodülün özellikleri doğrultusunda belirlenir (Tablo 1).

Çok sayıda nodül tespit edilip, baskın lezyon üzerinden akciğer malignitesi tanısı konduğunda, bir sonraki aşama tümörün doğru evrelenmesi ve etkin yaklaşımın bu doğrultuda planlanmasıdır.

Akciğer kanserlerinin etiyolojisinde başta sigara olmak üzere kanserojenlere maruziyet ve altta yatan bireysel genetik yatkınlık en önemli risk faktörleridir. Karsinojenik etkenler akciğerde "alan etkisi" yaratmakta ve birden çok alanda tümör gelişimine neden olabilmektedirler (8).

Geçmiş yıllarda ayrı bir alt grup olarak tanımlanan bronkoalveoler karsinomalar (BAK), son patolojik sınıflamada akciğer adeno kanser sınıflamasında dahil edilmiştir. Sınıflamada adeno kanserler, adeno karsinoma insitu (AIS)'dan minimal invaziv karsinomaya (MIA) kadar uzanan "preinvaziv lezyonlar" ve lepidik predominat formdan musinöz forma "invaziv adeno kanserler" geniş bir yelpazeyi oluşturmaktadır (8). Bu sınıflamaya göre raporlanan patolojik incelemelerde, diğer histolojik tiplere göre adeno kanserde %50 daha sık multipl akciğer tümör odağı izlendiği rapor edilmiştir. Bu veriler günümüzde multipl primer akciğer tümörü saptanan olgularda öncelikle adeno kanser tanısının akla gelmesine neden olmaktadır (9, 10).
"Senkron" ya da "metakron kanser ayrımı yıllardır üzerinde tartışılan bir konudur. İlk kez Martini ve Melamed 1975 yılında bu konuda tanı kriterlerini oluşturmuştur (11). Daha sonrada Antakli ve ark.(12) tarafından 1995 de revize edilmiş ve bu kriterler zaman içinde gelişen yeni patoloji, radyolojik yöntemlerle zenginleştirilerek 8.evreleme için Detterbeck ve arkadaşları tarafından öneriler oluşturulmuştur (8).

Multipl primer akciğer kanserinde tanısal kriterler

Multipl Primer Akciğer Kanseri (İkinci primer kanser)

Akciğerde aynı anda birden çok nodül saptanan ve aşağıdaki kriterleri sağlayan olgular "senkron akciğer kanseri" olarak tanımlanır (8).
Tüm nodüler lezyonlar malign olmalı (benign, enfeksiyöz, ekstrapulmoner tümör metastaz olasılıkları ekarte edilmeli), lezyonlar birbirileriyle ilişkili olmamalı (devamlılık göstermemeli) ve akciğerin farklı alanlarından kaynaklanmalıdır.
Multipl lezyonların birbirinin (primer kabul edilen lezyonun) metastazı olmadığı kanıtlanmalıdır. Bunun için ikincil nodülün: Farklı histolojide olduğu veya farklı bir odakta karsinoma insitudan geliştiği gösterilmelidir.

Aynı histolojide ancak farklı anatomik yerleşimli olan, mediastinal lenf nodu tutulumu olmayan (N2-N3 negatif) ve uzak metastazı olmayan tümörler ikinci primer olarak tanımlanabilirler.

Patolojik kriterler
Aynı histolojik grupta olan ancak ***karşılaştırmalı patolojik değerlendirmede*** farklılıkları açık olarak gösterilen tümörler;
Baskın alt tipin saptanması,

Her histolojik alt tipin oranın rölatif olarak belirlenmesi,
Grad, nekroz, enflamasyon gibi sitolojik özelliklerin değerlendirilmesiyle
birbirinden farklı olduğu gösterilen tümörler.

Patolojik örneklerde biyo-belirteç paternlerinin farklı olduğunun gösterildiği tümörler senkron olarak değerlendirilir(*).

(*)DNA parmak izi (İng;'*fingerprint*') gibi ileri moleküler test yöntemleri ile iki tümörün ayrı primer ya da metastaz olduğu kolayca ayırt edilebilmektedir. Ancak bu yöntem oldukça pahalı ve rutinde kullanımı sınırlıdır. Özellikle adenokarsinom olan olgularda artık neredeyse günlük rutine giren EGFR, ALK, ROS-1, PDL-1, MET amplifikasyonu vb. analizleri ile mutasyonal profil ile senkron/ metakron / metastatik kanser ayrımında yararlı olabilir ancak tek başına kullanılmaması diğer patolojik değerlendirmeler ile birlikte kullanılması önerilmektedir (9, 10).

İlk tanıda iki ya da daha çok primer tümör odağı saptanan olguların değerlendirilmesi:

Bu olgularda primer - metastaz ayrımı yapılması için mutlaka multidisipliner konseyler tarafından değerlendirilmesi önerilmektedir (patoloji, radyoloji uzmanı, göğüs hastalıkları, tıbbi onkoloji, nükleer tıp, göğüs cerrahisi uzmanı gibi)(8-10).

B**u** olguların sistemik evrelemeleri ayrıntılı ve titizlikle yapılmalı, evrelemede beyin MRI ve PET- CT özellikle cerrahi tedavi planlanan olgularda rutin kullanımı önerilmektedir. PET-CT de mediastinal lenf nodu tutulumu (N2,N3) ve uzak metastaz taraması açısından önerilmektedir. BT ve PET-CT'de mediastinal lenf nodu tutulumu kuşkusu olan olgularda invazif mediastinal değerlendirme (EBUS, mediastinoskopi..) yapılması önerilmektedir (8).

Evre I KHDAK'de tedavi klavuzları BT ya da PET-CT şüpheli lenf nodu tutulumu yoksa rutin invaziv mediastinal evreleme önermemektedir. Ancak senkron tümörlerde mediastinal lenf nodu tutulumu ile ilgili yeterli veri yoktur. Özellikle cerrahi uygulanacak evre 1 olgularda mediastinal inceleme kararı tümör konseylerinin kararına göre planlanabilir (8).
Aynı histolojiye sahip senkron tümörlerde tanı için patolojik örneklerde ileri moleküler tetkikler / genetik incelemeler kullanılabilir (8, 9).
Evrelemede senkron tümörlerin her biri ayrı ayrı evrelenmeli ve en yüksek evreye sahip tümöre göre tedavi stratejisi multidisipliner konseylerce belirlenmelidir(8, 9).

8.TNM Evrelemesinde Multipl Tümöral Nodüller için 4 farklı patern tanımlanmıştır (Tablo 2) (8);
İkinci primer akciğer kanseri: Demografik, karakteristik özellikleri, sonuçları ve rekürrens paternleri; aynı evre histolojik tiple benzer olan "tipik akciğer kanserleri"dir. Her bir nodül için ayrı bir T, N, M tanımlanmalıdır.

Ayrı tümör nodülleri: Bazı hastalarda ise tek bir pirmer kanser ve etrafında aynı histolojide bir ya da birden çok solid nodül vardır (patologlar tarafından intrapulmoner metastaz olarak tanımlanırlar). Bu tümör nodüllerinin davranışı da primer tümöre benzerdir; ancak prognozları primer tümörden biraz daha kötüdür. Nodüller aynı lobdaysa **T3**, aynı taraf farklı lobdaysa **T4**, farklı akciğerde ise **M1a** olarak tanımlanır, hepsi için ortak N ve M belirtilir.

Multipl buzlu cam ya da lepidik nodüller: Predominant lezyonların buzlu cam ya da lepidik formda nodüllerden oluştuğu olgulardır. Bu grubun demografik özellikleri çok iyi prognoz ve ekstrapulmoner metastaz ile nükslerdir. Evrelemede T en yüksek lezyona göre T tanımlanır, ortak N, M belirlenir (# /**m**) ile multipl lezyon olduğu belirtilir.
(Ancak çok küçük (<5mm) lezyonlar dikkate alınamamalı, radyolojik olarak belirgin lezyonlar ve patolojik preparatlarda rapor edilen lezyonlar evrelemede dikkate alınmalıdır.

Difüz pnömonik tip: Pnömoniye benzer radyolojiyle seyreden "pnömonik tip akciğer kanser" nadir ekstrapulmoner metastazlarla seyretmesine rağmen prognozu buzlucam/lepidik formdan kötüdür.
Nodüller aynı lobdaysa **T3**, aynı taraf farklı lobdaysa **T4**, farklı akciğerde ise **M1a** olarak tanımlanır, hepsi için ortak N ve M belirtilir.

Tablo 1: İnsidental nodülde yaklaşım (1).

Nodül boyutu (mm)	**Kanser riski düşük (<5mm)**	Kanser riski yüksek (>%65) veya orta (%5-65)
Soliter		
<6 mm	Rutin takip gerekmez	12. ayda BT *istenebilir*
6-8 mm	6-12. ayda BT stabil ise 18-24 ayda	6-12. ayda BT stabil ise 18-24 ayda
>8 mm	3. ayda BT, ardından 9 ve 24 ay	PET/BT, biyopsi veya rezeksiyon
Çok sayıda (Değerlendirme baskın nodül üzerinden yapılır(		
<6 mm	Rutin takip gerekmez	12. ayda BT *istenebilir*
≥6 mm	3-6. ayda BT ardından 18-24 ayda kontrol BT	3-6. ayda BT ardından 18-24 ayda kontrol BT

Tablo-2: Multipl primer akciğer kanserinde kavramlar ve TNM sınıflaması (8)

	İkinci primer Akciğer kanseri	**İntrapulmoner metastaz**	**Multifokal GG/L**	**Pnömonik tip adenokarsinom**
Görüntüleme	İki yada daha çok kitle	Solid spiküle kitle ve ayrı nodül	Multipl buzlu cam-kısmi solid nodül	Yamalı konsolidasyon- buzlu cam
Patoloji	Farklı histoloji veya farklı morfoloji	Aynı morfoloji	Lepidik komponenti belirgin adenokarsinom (AİS, MİA, LPA)	Tüm lezyonlarda aynı histoloji; invaziv müsinöz adenokarsinom
TNM	Her biri için cTNM, pTNM	Nodülün lokalizasyonuna göre T3, T4, M1a	En büyük T ye göre (#/m) çok sayıyı ifade eder; tek N ve M	T boyuta göre veya T3, T4,M1a, tek N,M
Kavram	İlişkisiz iki tümör	Tek tümör ve intrapulmoner metastaz	Ayrı tümörler	Tek tümör, difüz pulmoner tutulum

Kaynaklar

MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, et al Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. Radiology. 2017;284(1):228.

McWilliams A, Tammemagi MC, Mayo JR, et al Probability of cancer in pulmonary nodules detected on first screening CT. N Engl J Med. 2013;369(10):910.

Mehta HJ, Ravenel JG, Shaftman SR, et al The utility of nodule volume in the context of malignancy prediction for small pulmonary nodules. Chest. 2014;145(3):464.

Cummings SR, Lillington GA, Richard RJ. Estimating the probability of malignancy in solitary pulmonary nodules. A Bayesian approach.Am Rev Respir Dis. 1986;134(3):449.

Allen MS, Deschamps C, Lee RE, Trastek VF, et al. Video-assisted thoracoscopic stapled wedge excision for indeterminate pulmonary nodules. J Thorac Cardiovasc Surg. 1993;106(6):1048

Rivera MP, Mehta AC, Wahidi MM. Establishing the diagnosis of lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013 May;143(5 Suppl):e142S-e165S. doi: 10.1378/chest.12-2353.

Suzuki K. Whack a mole strategy for multifocal ground glass opacities of the lung. J Thorac Dis. 2017:9:S201-2017.

Detterbeck FC, Franklin WA, Nicholson AG, Girard N, Arenberg DA, Trawis WD, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Background Data and Proposed Criteria to Distinguish Separate Primary Lung Cancers from Metastatic Foci in Patients with Two Lung Tumors in the Forthcoming Eighth Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. J Thorac Oncol 2016; 11:651-665.

Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, Nicholson AG, Geisinger K, Yatabe Y, et al. International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society: international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma: executive summary. Proc Am Thorac Soc 2011; 8:381.

Jiang L, He J, Shi X, Shen J, Liang W, Yang C, He J. Prognosis of synchronous and metachronous multiple primary lung cancers: systematic review and meta-analysis. Lung Cancer 2015; 87:303.

Martini N, Melamed MR.. Multiple primary lung cancers. J Thorac Cardiovasc Surg 1975; 70: 606– 612.

Antakli T, Schaefer RF, Rutherford JE, Read RC. Second primary lung cancer. Ann Thorac Surg 1995; 59: 863–866

Rami – Porta R, Bolejack V,Giroux DJ, Chansky K, Crowley J, Asamura H, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: The new database to inform the eighth edition of the TNM classification of lung cancer. J Thorac Oncol 2014; 9: 1618 – 24.

HİPERSOMNİ İLE SEYREDEN SANTRAL BOZUKLUKLAR

Dr. İlker Yön
Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınınflandırması -3'e göre (ICSD-3) santral nedenli hipersomniler Narkolepsi tip 1 ve 2, idiopatik hipersomni, Kleine-Levin Sendromu, medikal hastalıklara bağlı hipersomni, ilaç ve madde kullanımına bağlı hipersomni, psikiyatrik hastalıklara bağlı hipersomni, yetersiz uyku sendromu ve izole semptom ve varyantlar olarak sınıflandırılmıştır. Narkolepsi tip 1 iyi tanımlanmış olup aşırı gün içi uyku hali ve katapleksi ataklarıyla karakterizeyken, Narkolepsi tip 2 katapleksinin eşlik etmediği hipersomni tablosu olup, narkolepsi tip 1'e göre daha az spesifik ve daha heterojen bir grubu oluşturur. Uyku paralizisi, hipnogojik- hipnopompik halüsinasyonlar, REM uyku davranış bozukluğu her iki tipte de görülebilen diğer klinik semptomlardır. Narkalepsi tip 1 patofizyolojisinde hipokretin üreten hipotalamus nöronların erken kaybı söz konusudur. Narkolepsi tip 1'in etyolojisi tam anlaşılamamakla birlikte, genetik bir yatkınlıkla birlikte çevresel faktörlerin ve otoimmün bir sürecin de hastalık gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Narkolepsinin tedavisi semptomatik olup, tedavi hedefleri katapleksiye ve gün içi aşırı uyku haline yöneliktir. İdiopatik hipersomni diğer bir nadir santral hipersomni nedeni olup özellikle tip 2 narkolepsi ile karışabilir. Etyolojisinde homeostatik ve sirkadyen bozukluklar ve uyanıklık fizyolojisinde bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. İdiopatik hipersomni ayırıcı tanısında yetersiz uyku sendromu, diğer uyku bozuklukları, medikal ve psikiyatrik hastalıklar mutlaka dışlanmalıdır. Kleine-Levin Sendromu, davranışsal, kognitif ve psikolojik bozukluğun olduğu rekürren hipersomni epizotları ile karakterize olup bu epizotlar dışında uyku ve işlevsellik tamamen normaldir. Kleine-Levin Sendromunun tanısı klinik olmakla birlikte güvenilir bir biomarker henüz tanımlanmamıştır. Prognoz genellikle iyidir ve şikayetlerin başlamasından median 14 yıl sonra semptomlar kendiliğinden kaybolur. İlaç/madde kullanımı veya yoksunluğu, uyku deprivasyonu ve psikiyatrik bozukluklar diğer santral hipersomni nedenlerinden olup özellikle narkolepsi ve idiopatik hipersomni ayırıcı tanısında düşünülmesi gereklidir.

İNSOMNİLER

Dr. İlker Yön
Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İnsomni, uyku ile ilgili yeterli zaman ve imkan olmasına rağmen uykunun başlatılmasında, devam ettirilmesinde güçlük ve buna bağlı olarak oluşan gün içi problemlerle karakterize bir durumdur. İnsomni uyku tıbbı ile uğraşan hekimlerin çok sık karşılaştığı, erişkin popülasyonun üçte birinin bir dönem yaşayabildiği önemli bir sorundur. İnsomniye neden olan komorbid nedenler arasında uyku ilişkili solunumsal problemler, uyku ilişkili hareket bozuklukları, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar, kronik ağrı sendromları ve Alzheimer hastalığı başta olma üzere, Parkinson hastalığı ve Multipl Skleroz gibi nörolojik hastalıklar da yer alır. Bu hastalıkların ve tıbbi durumların insomniye neden olmalarının yanı sıra, insomniye bağlı olarak çeşitli medikal ve psikiyatrik hastalıkların da oluşabilmesinin mümkün olduğu aralarında iki yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Genetik olarak yatkın olan kişilerde, kolaylaştırıcı tıbbi durum ve/veya ilaç, madde kullanımı gibi nedenlerle birlikte, uykuya ilişkin yanlış inanış ve davranışlar insomni oluşumunda sorumludur. Tanıda iyi bir sistemik muayeneyle birlikte, uykuya spesifik detaylı sorgulama ve muayene yapılması, bazı durumlarda uykuya ait olumsuz davranışların ve uyku yapısının tespiti için uyku günlüğü verilmesi gerekir. Etyolojide uyku ile ilişkili solunumsal bir bozukluk veya uyku ile ilişkili hareket bozukluğu düşünülüyorsa polisomnografi önerilmelidir. Tedaviyi uyku hijyeni eğitimi, medikal tedavi ve kognitif davranışçı terapi oluşturur. İnsomni yönetimi her hasta için insomni tipinin, kişinin asıl yakınmasının, uyku-uyanıklık paterninin, yaşam şeklinin, sosyal alışkanlıklarının, eşlik eden hastalıklarının, daha önce kullanılan hipnotik tedavilerin, dozlarının ve olmuşsa yan etkilerinin belirlendiği, kişiye özgü bir tedavi yöntemi oluşturularak yapılmalıdır. Tedavinin en önemli ve ilk basamağı her hasta için mutlaka uyku hijyenine yönelik yanlış bilinen alışkanlıkların tespiti ve eğitimin verilmesi olmalıdır.

HEMŞİRELİKTE İNOVATİF ÜRÜNLERİN HAYATA GEÇİRİLMESİ

Dr. Hülya Bulut
SBÜ. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Anahtar Kelimeler: Hemşire, İnovasyon, İnovatif Ürünler

Günümüzde hemşirelik uygulamalarının karmaşık duruma gelmesi, hizmet alanların beklentilerindeki artış, hızla gelişen bilgi ve teknolojiye uyum sağlama gereksinimi, küresel rekabet ve sağlık bakım hizmeti maliyetlerindeki artış hemşirelik mesleğinde inovasyonu zorunlu duruma getirmiştir.

İnovasyon, hemşirelik bakımında kalitenin geliştirilmesi ve sürdürülmesinde yaşamsal bir önem taşımaktadır. İnovatif uygulamalar, hastaların hastanede kalış süresini kısaltmakta, hastaların daha az ağrı çekmesini sağlamakta ve hastaların hastanede kalış süreleri boyunca konforlu bir iyileşme dönemi geçirmelerini sağlamaktadır.

Florence Nightingale'in hemşirelikle ilgili ilk kayıtları tutması, bakım ve enfeksiyon arasında bağlantı olduğunu kanıtlaması ve yoğun bakım uygulamasını başlatması hemşirelikte inovasyonun ilk adımları olarak kabul edilmektedir. ICN sağlık alanında inovasyon uygulamalarının geliştirilmesi ve desteklenmesi amacıyla Avrupa Birliği ile işbirliği yaparak 2009 yılını inovasyon yılı ilan etmiştir. Böylece ülkeler ve kurumlar arası inovasyon rekabetini arttırarak sağlık alanında gelişmelere önderlik etmiştir.

Türkiye'de hemşirelerin geliştirdiği bilinen ilk inovatif uygulama "Stomakit"dir. Stomakit, stoma pansumanında kullanılan kesici ve koruyucu iki parçadan oluşan bir araçtır. Kesici tarafı yara örtüsünde ya da adaptör üzerinde cilde zarar vermeden düzgün bir kesim sağlarken, koruyucu tarafı ise stoma içeriğini hapsederek güvenli ve kuru bir pansuman alanı oluşturur. Stomakit, kolostomi, ileostomi ve ürostomi stoma bakımında kullanılmaya uygun, kolay ve güvenli bir araçtır.

Ülkemizde geliştirilen diğer bir inovasyon örneği kemoterapi hastalarının infüzör aletinden kurtulmalarını sağlayan "Portlet" isimli alettir. Kemoterapi ilacının Portlet'in özel ceplerine yerleştirilmesiyle hastaların günlük aktivitelerini normal şekilde sürdürmeleri sağlanmıştır. Ürün "Hemşirelikte Yaratıcılık" temalı proje yarışmasında birinciliği kazanmıştır. Aynı yarışmada tıkanmayan intraket ve akıllı pijama çalışması üçüncülüğü kazanmıştır.

Hemşirelik bakımı vermeye ilişkin son dönem yeni teknolojiler**;** stomakit, portlet, güvenlik kontrollü cerrahi iğne, shotblocker, kaleydoskop (çiçek dürbünü), vein finder (damar bulucu), vakum sistemleri, simülasyon eğitimi, omuza entegre serum askısı, mobilizasyona destek giyilebilir askı sistemleri, küvöz içi sese duyarlı ışık.

İnovasyonun, hemşirelik uygulamalarındaki yerinin hemşire lider ve yöneticiler tarafından iyi anlaşılması gerekmektedir. Yönetici hemşirelerin, kurumlarında inovasyon çalışmalarının yaygınlaştırılmasında öncülük etmeleri önem taşımaktadır. Hemşirelikte inovasyonun geliştirilmesi için hemşirelik örgütlerinin, inovatif uygulamaların ticari ürünlere dönüştürülmesi ve yasal süreçlerde hemşirelerin desteklemesi, onlara yol gösterilmesi gibi sorumlulukları üstlenmeleri gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- **Aksoy Z.G.K.(2016).** İnovasyon; Sağlık Sisteminde Kullanımının Toplumsal Ekonomiye Olan Etkisi Üzerinde Bir Araştırma (Vakfıkebir Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Avrasya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul
- **Güngör G, Göksu A.(2008).** Kamu İnovasyon Uygulaması: Türkiye Örneği. Akademik Platform, 1245–1254. http://isites.info/PastConferences/ISITES2013/ISITES2013/papers/ISITES13246.pdf (Erişim 22.05.2017).
- **Kara D(2015).** Innovation in nursing practices. Global Journal on Advances in Pure & Applied Sciences, 5:5, 54-59.
- **OECD(2006).** Bilimsel ve Teknolojik Faaliyetlerin Ölçümü. Oslo Kılavuzu. TÜBİTAK, 1-165.
- **Sarıoğlu A(2014).** Bireysel Yenilikçilik Ölçeğinin Hemşirelikte Geçerlilik ve Güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.
- **Sucu G, Dicle A, Saka O(2012).** Hemşirelikte klinik karar verme, etkileyen etmenler ve karar verme modelleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9:1, 52-60.
- www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/45/docs/hemsirelikte-yaraticilik-yarismasi.pdf. (Erişim 20.07.2018).
- http://www.stomakit.com. (Erişim 20.07.2018).
- http://www.icn.ch/who-we-are/nnas-innovation-award/. (Erişim 20.07.2018).

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

flap tour

Podgoritsa Caddesi No:1, 06610
Birlik, Çankaya-ANKARA
Tel: 0 (312) 454 00 00
Faks: 0 (312) 454 00 01
E-Posta: solunum2018@flaptour.com.tr

GENEL ORGANİZASYON

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği
TÜSAD

Sahrayıcedit Mh. Atatürk cad.
Aslan Kaptan Çıkmazı Sk.
No:1 K:3 D:5 Kadıköy/İSTANBUL
Tel: 0 (216) 410 22 58 - 59
Faks: 0 (216) 410 22 60
GSM: 0 (530) 200 46 42
E-posta: info@solunum.org.tr