

50.yıl



Türkiye  
Solunum  
Araştırmaları  
Derneği

# SOLUNUM2020

## **DiJiTAL**

2-8 Ekim 2020

**BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI**

[www.solunumdjital.com](http://www.solunumdjital.com)

**# SOLUNUMDİJİTAL**

## İÇİNDEKİLER

SÖZLÜ SUNUMLAR

3 - 198

ELEKTRONİK POSTER SUNUMLARI

199 - 365

50  
yıl



Türkiye  
Solunum  
Araştırmaları  
Derneği

**SOLUNUM2020**

**DIJİTAL**

2-8 Ekim 2020

# SÖZLÜ SUNUMLAR

**SS-001****YAYGIN EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN TEDAVİYE TAM YANIT ORANLARI İLE NÜKSE KADAR GEÇEN ZAMANIN KLİNİK ÖZELLİKLER İLE KIYASLANMASI**

Sibel Kara, Mehmet Ali Habeşoğlu, Zuhal Ekici Ünsal

Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları ABD, Adana.

**GİRİŞ:** Küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK), en agresif akciğer kanseri tipi olup tüm akciğer kanserlerinin % 10-15'ini oluşturur. Yaygın evre hastalık için 5 yıllık sağkalım oranı yaklaşık % 2-8'dir. Platin-etoposid kemoterapi kombinasyonu birinci basamak tedavide kullanılmaktadır ve sitotoksik ilaçlar, hedefe yönelik terapiler ile immünoterapötik ajanların üstün sağ kalım avantajı yoktur. Bu çalışmanın amacı yaygın evre küçük hücreli akciğer kanseri tanısı ile tedavi edilen hastaların kemoterapi sonrası tam yanıt elde edilme oranları ile nükse kadar geçen zamanlarının hastalık klinik özellikleri ile birlikte incelenmesidir.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Bu çalışma, hastane tabanlı retrospektif gözlemsel olgu serisi bir çalışma olarak tasarlanmıştır. 2011 ile 2019 yılları arasında yaygın evre KHAK tanısı ile tedavi edilen 118 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar tedavi sonrası tam yanıt alınan ve alınamayan hastalar olmak üzere 2 gruba ayrıldı.

**BULGULAR:** Hastaların medyan yaşı 62 (dağılım 38-82) olup 106 (% 89,8) hasta erkekti. Ortalama izlem süresi 12 aydı ve 96 (% 81,3) hasta öldü. Progresyonsuz sağkalım (PFS) ve genel sağkalım (OS) sırasıyla 9 ve 14 ay olarak hesaplandı. İlk sırada platin-etoposid kombinasyon tedavisinin sonunda 66 (% 55,9) hasta tam yanıt aldı (grup 1). Bu gruptaki hastaların 59'unun hastalığı nüks etti. Grup 1 hastaların genel sağ kalımı, grup 2'ye göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha iyi idi (sırasıyla 17 ay, 10 ay ve p = 0,00). Nükse kadar geçen zamanı 6 aydan daha uzun olan hastaların genel sağkalımları 6 aydan daha önce nüks eden hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyiydi (19 aya karşılık 13 ay, p=0,007). Buna ek olarak genel sağkalım; oligometastatik hastalığı olan hastalarda daha iyi ve karaciğer metastazı olan hastalarda ise daha kötüydü.

**SONUÇ:** Yaygın evre KHAK tanılı hastaların dahil edildiği çalışmamızda ilk basamak tedavi ile elde edilen tam yanıt, nükse kadar geçen zamanın 6 aydan uzun olması ve oligometastatik hastalık varlığı iyi prognostik faktörler olarak saptandı. Diğer klinik bulgular ile ilişki gözlemlenmedi.

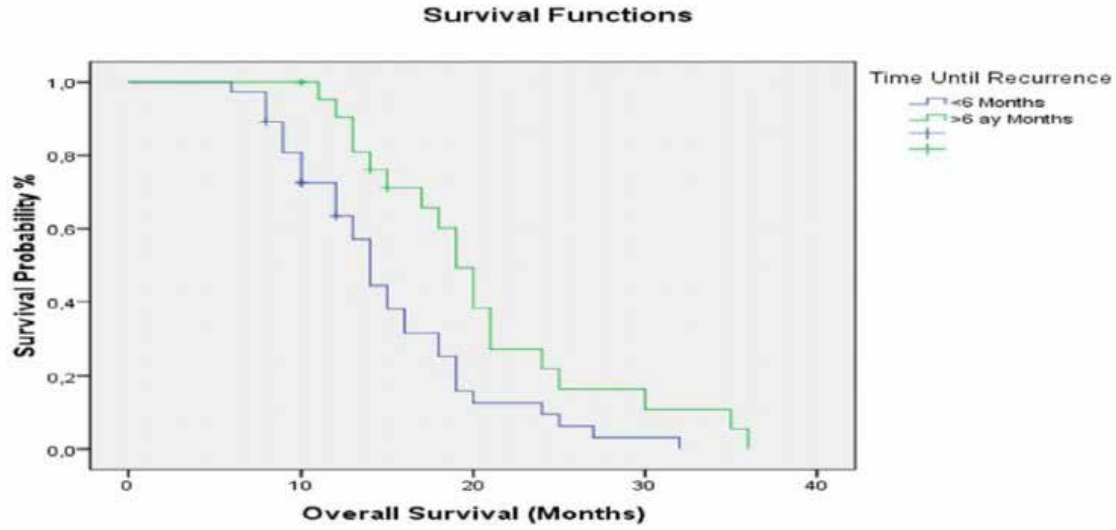
**Anahtar Kelimeler:** Küçük Hücreli Akciğer Kanseri, Kemoterapi, Tam yanıt, Nüks



Rekürrens zamanı ile OS ilişkisi

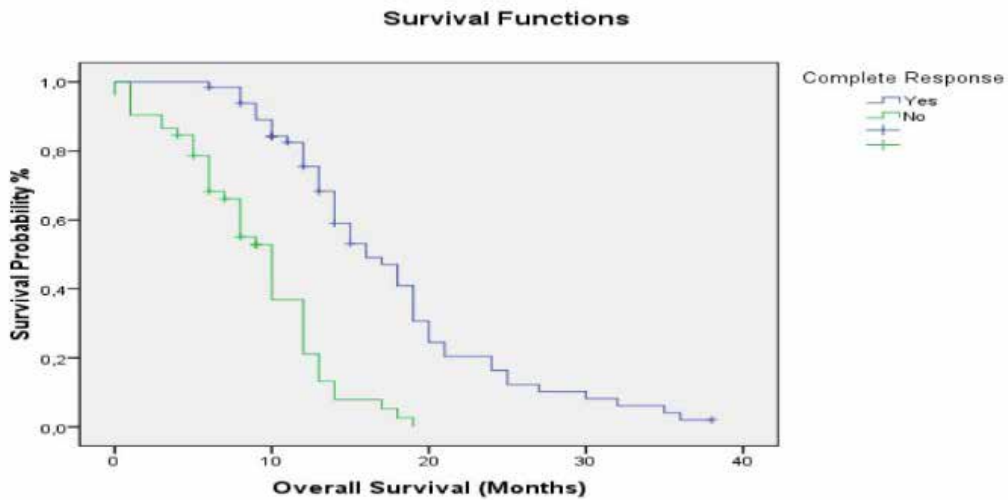
## Rekürrens zamanı ile OS ilişkisi

- 19 versus 13 ay ( $p=0.007$ )



Tam yanıt ile OS ilişkisi ( $p=0.00$ )

- Tam yanıt ile OS ilişkisi ( $p=0.00$ )  
CR olan hastaların med. OS → 17 ay  
Non CR hastaların med. OS → 10 ay



**SS-002****COVID-19 PANDEMİSİ SÜRESİNCE SOLUNUM SİSTEMİ İLİŞKİLİ SEMPTOM İLE BAŞVURAN AKCİĞER KANSERİ OLGULARININ YÖNETİMİ**

Pınar Akın Kabalak, Derya Kızılgöz, Suna Kavurgacı, Ülkü Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

**AMAÇ:** Akciğer kanseri gibi pandemi sırasında takip ve tedavisi aksatılmadan sürmesi gereken birçok kronik hastalık vardır. İmmün sistemi baskılı olan bu hastaların yönetimi bu salgın sürecinde daha fazla özen gerektirir.

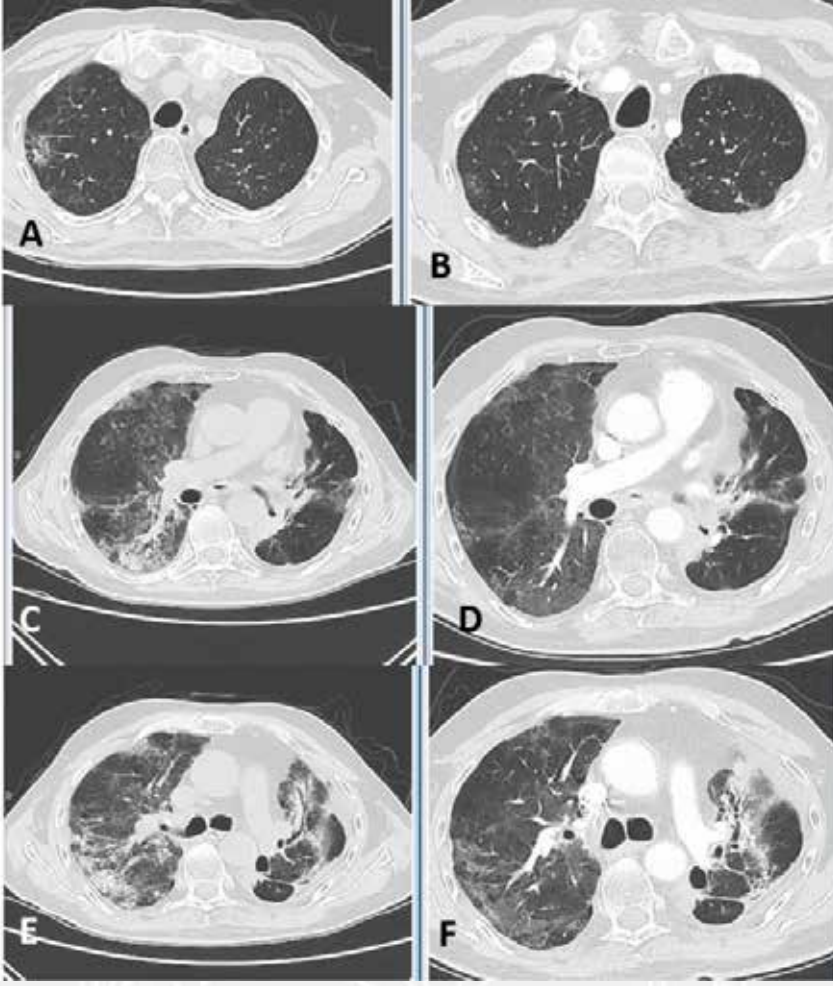
**YÖNTEM:** Pandemi sırasında hastanemiz palyatif bakım ünitesine yatırılan 108 akciğer kanseri hastasından solunumsal semptom ile başvuran 18 hasta değerlendirildi.

**BULGULAR:** Olguların yaş ortalaması  $64 \pm 9.4$  idi (erkek  $n = 16$ , kadın  $n = 2$ ). On üç küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK), 5 tane küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) tanımlı olgu vardı. Dokuz (% 50) hasta aktif kemoterapi alıyordu. En sık görülen semptom nefes darlığı ( $n = 14, \% 77.8$ ), ardından ateş ( $n = 10, \% 55.6$ ) idi. Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BTT) saptanan bulgular; Konsolidasyon ( $n = 8, \% 44.4$ ), buzlu cam opasiteleri ( $n = 8, \% 44.4$ ) ve kitle / mediastinal-hilar lenfadenopati ( $n = 3, \% 16.7$ ). 11 hastada (% 61.1.) hipoksi saptandı. On iki hastada LDH yüksekliği (ortalama= $302U/L \pm 97$ ) ve lenfopeni (ortalama= $1055 \pm 648$ ) vardı. COVID-19 için 5 (% 27.7) olguda yüksek klinik şüphe vardı. Bu olgulardan alınan nazofaringeal sürüntü örneklerinin PCR incelemesi COVID-19 açısından negative saptandı. İçlerinden iki olguda (Figür 1 ve 2) PCR testi 3 kere tekrar edilip negative olmasına rağmen klinik ve radyolojik şüphe yüksek olması nedeni ile COVID-19'a özgü tedavi protokolü uygulandı. Sonuçta hem klinik hem de radyolojik olarak yanıt elde edildi. KHAK tanısı ile immünoterapi alan bir olguda ise (Figür 3) COVID-19 ekarte edildikten sonra radyasyon pnömoniti için metil-prednizolon tedavisi başlanmıştır.

**SONUÇ:** Ülkelerin sağlık politikaları ve sağlık sisteminin yeterliliği doğrultusunda, bu pandemide akciğer kanserli hastalarda hem hastalığın hem de komplikasyonların yönetiminde multidisipliner bir yaklaşım detaylı bir ayırıcı tanı süreci gerekliliği daha da önem kazanmaktadır.

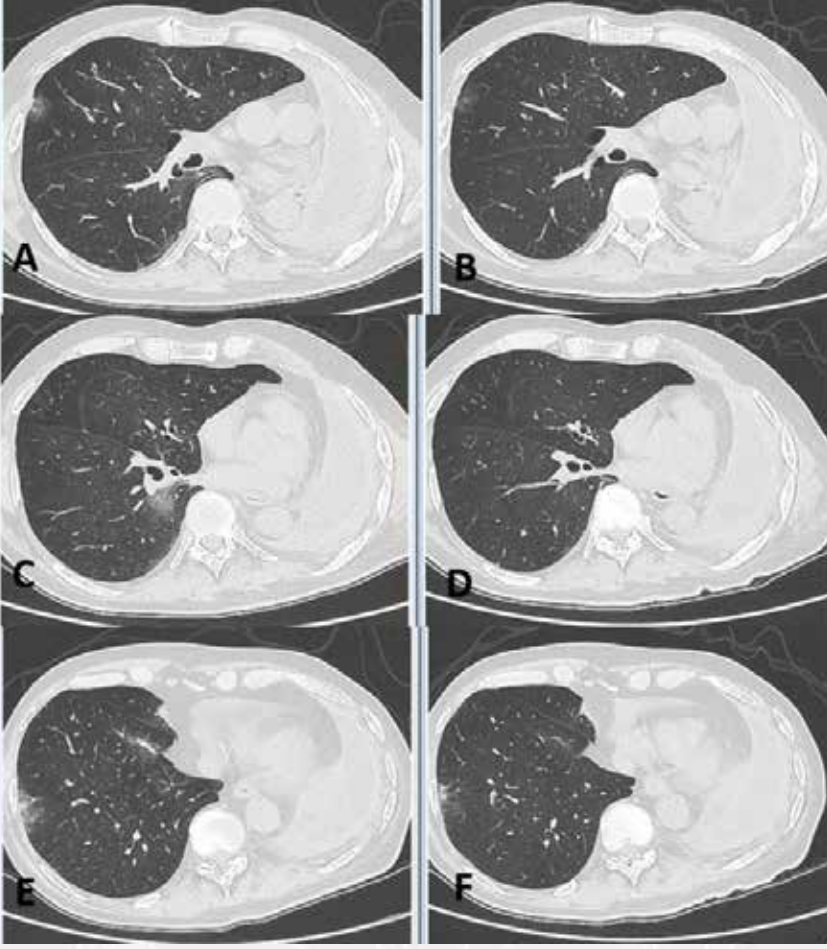
**Anahtar Kelimeler:** covid-19, akciğer kanseri, semptom yönetimi

Figür 1



*Klinik ve radyolojik COVID-19 düşünülen olguda tedavi önce ve sonrası BT bulguları*

Figür 2



*Klinik ve radyolojik COVID-19 düşünülen olguda tedavi önce ve sonrası BT bulguları*



## SS-003

**CERRAHİ REZEKSİYON UYGULANAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA PLEVRAL İNVAZYON DERESESİNİN SAĞKALIMA OLAN ETKİSİ**

Volkan Yılmaz<sup>1</sup>, Burçin Çelik<sup>2</sup>, Yurdanur Süllü<sup>2</sup>, Ayşen Taslak Şengül<sup>2</sup>, Yasemin Bilgin Büyükkarabacak<sup>2</sup>, Selçuk Gürz<sup>2</sup>, Mehmet Gökhan Pirzirenli<sup>2</sup>, Ahmet Başoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Samsun

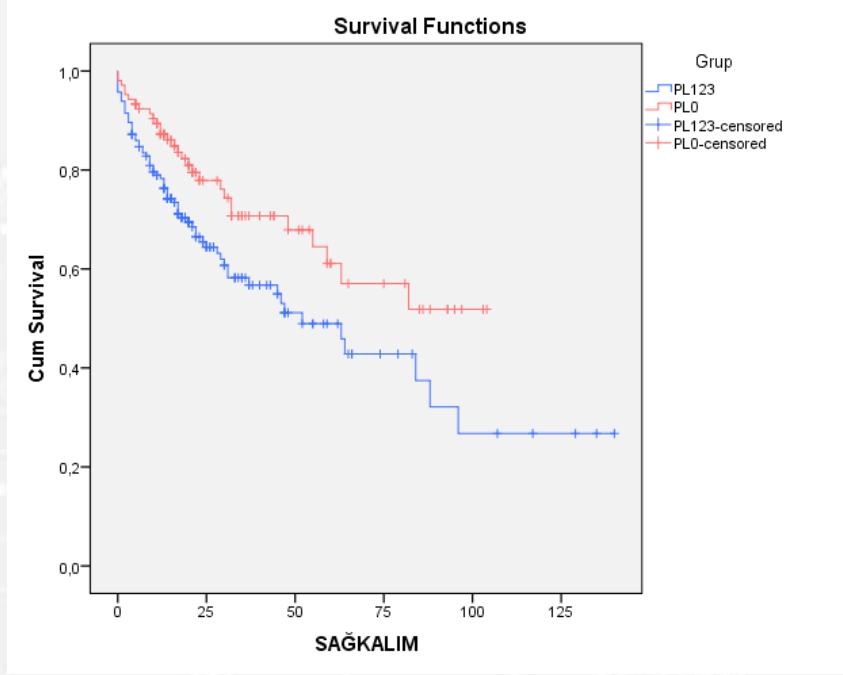
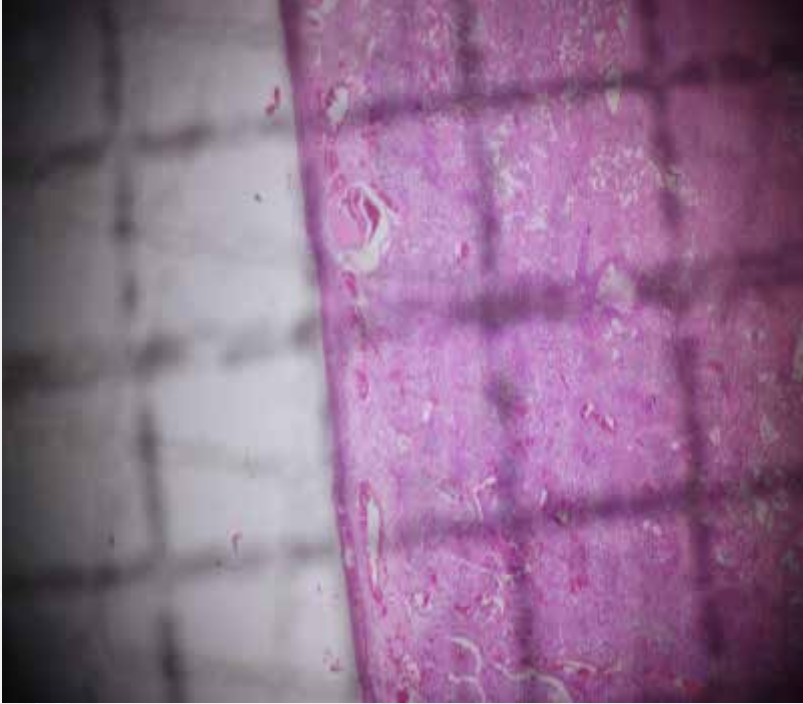
**AMAÇ:** Akciğer kanserinde plevral invazyon varlığı kötü prognostik faktördür. Plevral tutulumun varlığı ve derecesi, tümör evresinin belirlenmesi ve tedavi stratejisi ile ilgili olduğundan, bu faktörlerin doğru bir şekilde değerlendirilmesi gereklidir. Çalışmanın amacı; küçük hücreli dışı akciğer karsinomunda plevral invazyon derecesi ve plevral invazyon boyutunun değerlendirilerek sağ kalım süreleri ile ilişkisini karşılaştırmaktır.

**MATERYEL VE METOD:** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı'nda 01.01.2008 – 30.06.2019 yılları arasında küçük hücreli dışı akciğer karsinomu tanısı ile cerrahi rezeksiyon uygulanan, histopatolojik olarak plevra invazyonu tespit edilen 164 hasta çalışmaya dahil edildi. Aynı dönemde cerrahi rezeksiyon uygulanan ve histopatolojik olarak plevra invazyonu tespit edilmeyen 105 hasta sağkalım karşılaştırılması için kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi.

**BULGULAR:** Plevra invazyonu tespit edilen grupta ortalama sağkalım 52 ay, plevra invazyonu tespit edilmeyen kontrol grubunda ortalama sağkalım 70,6 ay olarak hesaplandı. Plevra invazyonlu adenokarsinom olgularının ortalama sağkalım süreleri PL1'de 96 ay, PL2'de 64 ay ve PL3'de 37 ay olarak hesaplandı. Plevra invazyonlu skuamöz hücreli karsinom olgularının ortalama sağkalım süreleri; PL1'de 25 ay, PL2'de 23 ay, PL3'de 14 ay olarak hesaplandı. Plevra invazyonu tespit edilen 164 hastanın 36'sında (%22) lenf nodu metastazı saptandı. Patolojik tanı ile lenf nodu metastazı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p=0,007<0,05$ ). Skuamöz hücreli karsinom olgularının (%30) adenokarsinom olgularına (%17,3) göre lenf nodu metastaz oranı daha yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte PL3 olgularda lenf nodu metastazı diğerlerine göre anlamlı derecede yüksekti (%31,4). Plevra invazyon grubunda, sublobar rezeksiyon uygulananların sağkalımının daha kısa olduğu görüldü. Plevral invazyon derecesi ( $p=0,028$ ), ileri yaş ( $p=0,022$ ) ve lenf nodu tutulumu ( $p=0,011$ ) sağkalım için kötü prognostik faktörler olarak tespit edildi.

**TARTIŞMA:** Akciğerin küçük hücreli dışı karsinomlarında; plevral invazyon derece ve boyut artışı ile sağkalım sürelerinin negatif korelasyon gösterdiği ve bu durumun da ileri evre ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** invazyon, küçük hücreli dışı akciğer karsinomu, plevra, sağkalım

**Plevral invazyon derecesi açısından sağkalım grafiği****Plevral invazyon derecesinin milimetrik cetvelle mikroskopik ölçümü**

## SS-004

## AKCİĞERİN KARSİNOİD TÜMÖRLERİNDE KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER VE PROGNOZ

Filiz Çimen, Sevim Düzgün, Melike Aloğlu, Şükran Atıkan

Suam Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ:** Karsinoid tümörler nöroendokrin kaynaklı düşük dereceli, yavaş büyüyen, malign neoplazmlardır ve iyi diferansiye dokuya sahiptir. En sık yerleşim yeri gastrointestinal sistemdir (% 68-74), ikinci en sık yerleşim yeri solunum sistemidir (% 25). Karsinoid tümörler tüm akciğer tümörlerinin sadece% 1.0-2.0'ını oluşturur. Küçük hücreli akciğer kanserine benzer şekilde, akciğer karsinoid tümörleri bronkopulmoner mukozanın ve submukozal bezlerin nöroendokrin Kulchitsky hücrelerinden köken alır. Mitotik aktivite ve nekroz derecesine bağlı olarak, bunlar tipik karsinoidlere (TC'ler) ve atipik karsinoidlere (AC'ler) ayrılır.

**YÖNTEM:** 2010-2019 yılları arasında hastanemize başvuran karsinoid tümör tanısı alan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Karsinoid akciğer tümörü olan hastalarda kadın erkek oranı 7:12 idi. Yaşları 22 ile 80 arasında değişmektedir (ortalama  $51 \pm 14.6$ ). Histolojik bulgular açısından 19 hastada (12 erkek, 7 kadın, 9 (%47.4) TC, 10 hastada (%52.6) AK saptandı. 15 hasta (%78.9) semptomatikken 4 hasta (%21.1) asemptomatikti. 19 karsinoid tümör vakasının 10'u (% 52.6) sigara kullanıyordu. Tümörler; 7 hastada sağ üst lobda (%36.8), 3 hastada sağ orta lobda (%15.8), 3 hastada sağ alt lobda (%15.8), 4 hastada sol üst lobda (%21.1), 2 hastada sol alt lobda (%10.5) idi. Tümörler bronkoskopi sırasında doğrudan görüldüğünde veya atelektazi veya obstrüktif pnömoni ile ilişkili ise "merkezi" ve tümör endoskopi ile görülmediğinde "periferik" olarak sınıflandırıldı. Serimizde, özetlenen kriterlere göre 12 tümör (% 63.2) merkezi, 7 (% 36.8) periferik olarak kabul edildi. 11 hastada (% 57.9) endobronşiyal lezyon izlendi. Tümörün boyutu, ortalama 38.05 mm, PET SUV tutulum 9.33 idi. TNM ye göre, 5 evre I, 5 evre II, 6 evre III, 3 evre IV hasta vardı. Ki-67 ekspresyonu 6 hastada izlendi. 16 hastaya (% 84.2) cerrahi yöntem uygulandı. 10 hastaya lobektomi, bir hastaya bilobektomi, 4 hastaya pnömonektomi, 1 hastaya wedge rezeksiyon uygulandı. Hastaların 8'ine kemoterapi, 7 sine ise radyoterapi uygulandı. Tanı anından itibaren sağkalım ölçüldü. Hastalarda sağkalım süresi ortalama 34 ay olarak tesbit edildi.

**SONUÇ:** Pulmoner karsinoid tümörler özel bir akciğer nöroendokrin tümörleridir. Diğer akciğer kanseri tipleriyle karşılaştırıldığında, pulmoner karsinoid tümörler daha iyi prognoz ile iyi diferansiye, daha az invaziv ve yavaş büyür. Operatif lenf nodu diseksiyonu ile radikal cerrahi en iyi tedavidir ve tümörü tamamen tedavi edebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer ca, karsinoid tümör, cerrahi



SS-005

**TÜRKİYE'NİN KAPADOKYA BÖLGESİ'NDEN STOCKHOLM'E GÖÇ EDENLERDE  
MEZOTELYOMA: GEN - ÇEVRE ETKİLEŞİMİ**Selma Metintaş<sup>1</sup>, Muzeffer Metintaş<sup>2</sup>, Güntülü Ak<sup>2</sup>, Gunnar Hillerdal<sup>3</sup>, Hirsh Koyi<sup>3</sup><sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Akciğer ve Plevra Kanseri Uygulama ve Araştırma Merkezi; Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Eskişehir, Türkiye<sup>2</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Akciğer ve Plevra Kanseri Uygulama ve Araştırma Merkezi; Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD., Eskişehir, Türkiye<sup>3</sup>Göğüs Hastalıkları Bölümü, Bölge Hastanesi, Gavle, İsveç; Karolinska Enstitüsü, Onkoloji-Patoloji Bölümü, Stokholm, İsveç.

**AMAÇ:** Malign mezotelyoma (MM), görülme sıklığı artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. MM etyolojisinde asbest ve erionit teması bilinen iki önemli etyolojik nedendir. Erionit teması nedeniyle MM, Kapadokya Bölgesinde üç köyde tanımlanmış, iyi bilinen bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmada, Erionit teması nedeniyle yüksek MM hızına sahip olduğu bilinen Nevşehir, Ürgüp, Karain köyü kökenli, 1965 – 2019 yılları arasında Stockholm'de yaşayan göçmenler ile, Stockholm'da doğan 20 yaş üstü çocuklarından oluşan Stockholm-Karain Kohort'da MM riskini, MM olgularının epidemiyolojik ve ailesel özelliklerini, gen - çevre etkileşimi çerçevesinde inceledik.

**YÖNTEM:** Araştırma, bir kohort – saha çalışması olarak gerçekleştirildi. Ortalama standartize edilmiş yıllık mezotelyoma insidans hızı (AAMIR) ve mezotelyoma standart insidans oranı (mSIR) hesaplandı. Mezotelyoma riski ile ilişkili faktörleri belirlemek için Cox regresyon analizi yapıldı.

**BULGULAR:** Stockholm-Karain Kohort 337 kişiden oluşuyordu; 203'ü Karain doğumluydu veya yaşantısı vardı (Erionit ile temaslı), 134'ü Stockholm doğumlu idi (Erionit ile teması yoktu). Kohort'da ortalama yaş 46 (20-94) yıl idi. Kohort'da anılan süre içinde 69 ölüm tespit edildi. Bunların 42'si (% 60.9) MM'ye nedeniydi. Ayrıca yaşayan iki MM hastası vardı. Kırkdört MM hastasının 22'si erikti. MM tanısı alan tüm hastalar Karain doğumluydu veya bir süre Karain yaşantısı vardı, bu nedenle erionit temaslıydı. Kohortu oluşturan 30-49 yaş grubundaki 38 erionit ile temaslı Kohort üyesinin 11'inde (% 29) MM gelişirken, aynı yaş grubundaki 86 erionit ile teması olmamış Kohort üyesi arasında MM vakası yoktu. AAMIR erkekler için 253.9/100.000 kişi-yıl, kadınlar için 350.9/100.000 kişi-yıl olarak bulundu. mSIR erkekler için 71.9, kadınlar için 393.1 idi. Yirmi yılı aşan erionit teması olmak, erionit temaslılarda 40 yaşından büyük olmak artan MM riski ile ilişkili bulundu. Kadın cinsiyet erionit temasında MM için daha riskliydi.

**SONUÇ:** Stockholm – Karain Kohort için gen-çevre etkileşiminde erionit teması olma mezotelyoma için belirleyici risk faktörü idi. Erionit ile temas süresinin uzaması mezotelyoma riskini arttırmaktaydı. Kadın cins daha riskliydi.

**Anahtar Kelimeler:** Mezotelyoma, Epidemiyoloji, Erionit, Çevresel temas, Genetik



**SS-006****PRİMER PULMONER KARSİNOSARKOM OLGULARININ POSTOPERATİF SONUÇLARI VE SAĞKALIM ANALİZLERİ**

Mustafa Vedat Doğru

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

Primer Pulmoner karsinosarkomlar (PPCs) akciğerin nadir görülen malign tümörlerinden olup tüm akciğer malignitelerinin %1'inden daha azını oluşturmaktadırlar. İlk defa 1908 yılında Kika ve ark.'ı az diferansiye küçük hücreli karsinom içeren sarkom olarak tanımlamıştır. Pulmoner karsinosarkomlar orta yaşlı erkeklerde daha sık görülür ve sigara ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Dünya sağlık örgütü bu maligniteyi sarkomatoid karsinomlar alt grubu içerisinde ve küçük hücreli akciğer karsinomundan daha kötü prognozlu neoplazm olarak değerlendirmektedir. Preoperatif tanı koydurucu girişimsel işlemler çoğunlukla yetersizdir, basit iğne aspirasyonu ile tümörün sadece karsinomatöz veya sarkomatöz komponenti olarak değerlendirilebilir. Metastazı olmayan hastalıkta tercih edilecek altın tedavi yöntemi komplet cerrahi rezeksiyon olup bu; aynı zamanda tanı koydurucudur.

Özellikle de opere edilen PPCs olguları literatürde daha nadir olup bu serilerde hasta popülasyonu da düşüktür 2009- 2018 yılları arasında karsinosarkom nedeniyle rezeksiyon 11 hastanın datası retrospektif olarak değerlendirildi. Morbiditeler yatış süresince meydana gelen hemorajiler, uzamış hava kaçağı, atrial fibrilasyon, pnömoni, ARDS (Akut Respiratuar Distres Sendromu), ABY (Akut böbrek yetmezliği), sepsis olarak kabul edildi. Mortalite; yatış süresince veya operasyonu takiben üç ay içerisinde meydana gelen ölümler olarak kabul edildi. Çalışmada 10 erkek (%90.9), 1 kadın (%9.1), ortalama yaşları 59.18±8.86 yıl idi. 9 hastaya (%81.8) lobektomi uygulanırken, 2 hastaya (%18.1) pnöminektomi yapıldı. Ortalama tümör çapı 6.53±5.13 cm (range 2.20-20) idi. Hücre tipi olarak 6 hasta (%54.5) squamöz hücreli karsinom (SqCC), 5 hasta (%45.4) adenokarsinom idi ve ayrıca sarkomatöz komponent olarak 6 hasta (%54.5) iğsi hücreli sarkom, 3 hastada (%27.2) kondrosarkom, 1 hastada (%9.1) osteosarkom, 1 hastada (%9.1) anjiosarkom saptandı. Postoperatif 5 hastada (%45.5) 9 tane komplikasyon meydana geldi.

Ortalama sağkalım 51.1±14,6 ay (%95 CI:10.5-51.5), 5 yıllık sağkalım oranı ise %36.4 idi. Adjuvan tedavi alan hastalarda 5 yıllık sağkalım oranı %50 iken, adjuvan tedavi almayan hastalarda 5 yıllık sağkalım saptanmadı (p=0.006). CCl2 ve altında olan hastalarda 5 yıllık sağkalım oranı %44.4 iken, CCl2 ve üzerinde olan hastalarda 5 yıllık sağkalım saptanmadı (p=0.018). 7 hastada postoperatif dönemde (%63.6) nüks veya metastaz saptandı. 5 yıllık Disease free survival %12.5 olarak saptandı. Cerrahi rezeksiyon halen bu hastalarda en efektif tedavi yöntemidir ve özellikle sağkalıma etki eden en önemli faktör adjuvan tedavi ve komorbidite olarak saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Karsinosarkom, Cerrahi, Sağkalım

Tablo1. Sağkalımı Etkileyen Faktörler

Table 2. Sağkalımı Etkileyen Faktörler

| Variables          |       | 5 Year<br>Survival (%) | Median<br>Survival<br>(Months) | %95<br>(CI) | p-Value |
|--------------------|-------|------------------------|--------------------------------|-------------|---------|
| Age                | <65   | 44.4                   | 57                             | 23-90       | 0.542   |
|                    | >65   | 0                      | 24                             | 5-43        |         |
| CCI                | 0-2   | 44.4                   | 34                             | 31-92       | 0.018   |
|                    | >3    | 0                      | 1                              | 0-5         |         |
| Side               | Right | 33.3                   | 31                             | 0-65        | 0.797   |
|                    | Left  | 40                     | 22                             | 0-61        |         |
| N Status           | pN0   | 40                     | 31                             | 24-85       | 0.353   |
|                    | pN1   | 0                      | 15                             | 15-15       |         |
| T Stage            | 1     | 75                     | 85                             | 37-133      | 0.480   |
|                    | 2     | 0                      | 22                             | 22-22       |         |
|                    | 3     | 0                      | 17.5                           | 0-49        |         |
| Tumor Diameter     | < 7cm | 42.9                   | 34                             | 3-64        | 0.630   |
|                    | > 7cm | 25                     | 15                             | 0-41        |         |
| Adjuvant Treatment | No    | 0                      | 4                              | 0-15        | 0.006   |
|                    | Yes   | 50                     | 34                             | 35-100      |         |

## SS-007

**ADENOKARSİNOM TANILI HASTALARDA CRP/ALBÜMİN ORANININ SAĞKALIM İLE İLİŞKİSİ VE PROGNOSTİK DEĞERİ**

Çise Tüccar, Emine Bahar Kurt

SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ-AMAÇ:** Akciğer kanseri tüm dünyada kansere bağlı ölüm nedenleri içinde ilk sırada yer almaktadır. Akciğer kanseri histopatolojik olarak küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) olarak iki alt gruba ayrılmaktadır. KHDAK'leri arasında dünya genelinde uzun yıllar en sık görülen skuamoz hücreli karsinom (SCC) olarak kabul edilse de, 21. yüzyılda SCC yerini adenokarsinoma bırakmıştır. Kanser gelişiminde ve prognozunda inflamasyonun etkisi bilinen bir gerçektir. Dolayısıyla akciğer kanserinde prognozu en doğru şekilde belirlemek için güvenilir inflamasyon belirteçlerinin bulunması önemlidir. Çalışmamızın amacı günümüzde sıklığı artan adenokarsinomda CRP/albumin oranının (CAR) sağkalım ile ilişkisini ve prognostik faktör olarak kullanılabilirliğini araştırmaktır.

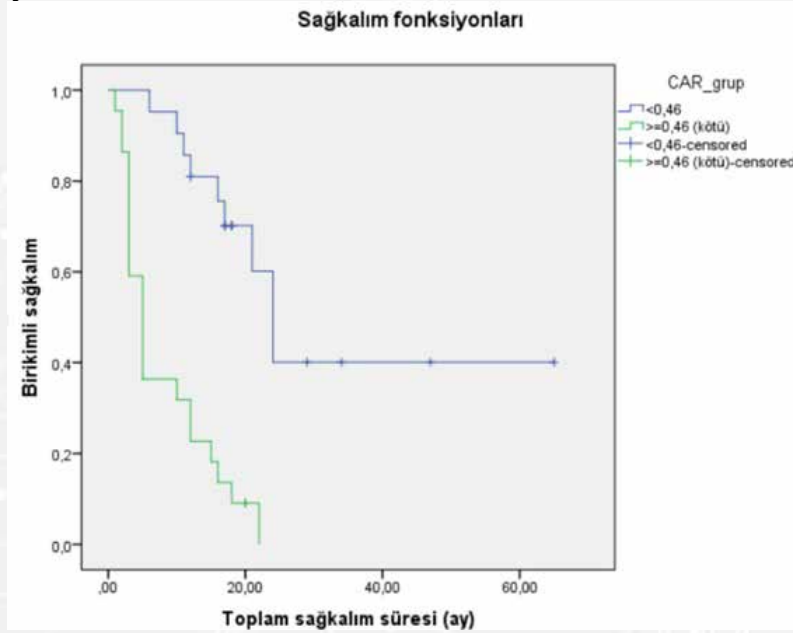
**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Haziran 2014 ve Ekim 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları polikliniklerine müracaat eden ve adenokarsinom tanısı alan hastalar kayıt altına alındı. Retrospektif olarak hastaların demografik bilgileri, radyolojik görüntülemeleri, solunum fonksiyon testleri ve tanı anındaki CRP, albumin, tam kan sayımı, LDH değerleri kaydedildi.

**BULGULAR:** Haziran 2014-Ekim 2019 arasında takip edilen 140 akciğer kanseri tanılı hastanın 28'i KHAK, 69'u SCC ve 43'ü adenokarsinom tanılı idi. Çalışmaya dahil edilen adenokarsinom tanılı hastaların 38'i erkek ve 5'i kadındı. Çalışmamızda sağkalıma dayalı CAR'ın cut off değeri 0,46 olarak belirlendi. Tanı anında  $CAR < 0,46$  olan 21 kişi (%48,8) ve  $CAR \geq 0,46$  olan 22 kişi (%51,2) mevcuttu. Çalışmamızda  $CAR < 0,46$  olan grupta ortalama sağkalım 24 ay,  $CAR \geq 0,46$  olan grupta ise 5 ay olarak saptandı ve CAR yüksek saptanan hastalarda sağkalım süresi belirgin azalmış bulundu ( $p < 0,001$ ). CAR değeri Cox regresyon analizi ile tek başına incelendiğinde ise tanı anında  $CAR \geq 0,46$  olan hastaların  $CAR < 0,46$  olan hastalara göre 6,57 kat daha fazla ölüm riski taşıdığı tespit edildi ( $p < 0,001$ ) ve çoklu analizde de benzer sonuç elde edildi ( $p: 0,009$ ).

**SONUÇ:** Çalışmamız sonucunda adenokarsinomda CAR yüksekliğinin kötü prognozla ve azalmış sağkalım ile ilişkili olduğu gösterildi. Ucuz ve kolay ulaşılabilir bir belirteç olan CAR'ın tanı anında yüksek saptanmasının kötü prognozlu bir hastalık ile karşı karşıya olduğumuz konusunda klinisyen için uyarıcı bir faktör olması gerektiği ve bu hasta grubunda daha agresif tedavi seçeneklerine gidilmesinin hastaların sağkalımına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** adenokarsinom, akciğer kanseri, albumin, CRP, prognostik faktör, sağkalım

Şekil 1



Tablo 1

Tablo 1: Toplam sağkalım için prognostik faktörlerin Cox regresyon analiz sonuçları

| Değişken                                  | Tek değişkenli Cox Regresyon |                  |                   | Çok değişkenli Cox Regresyon |                  |               |
|---|------------------------------|------------------|-------------------|------------------------------|------------------|---------------|
|   | HR                           | %95 GA           | p                 | HR                           | %95 GA           | p             |
| <b>Yaş</b>                                |                              |                  |                   |                              |                  |               |
| <65                                       | 1                            |                  |                   |                              |                  |               |
| ≥65                                       | 0,828                        | (0,402 - 1,704)  | 0,608             |                              |                  |               |
| <b>Cinsiyet</b>                           |                              |                  |                   |                              |                  |               |
| Kadın                                     | 1                            |                  |                   |                              |                  |               |
| Erkek                                     | 1,703                        | (0,586 - 4,948)  | 0,328             |                              |                  |               |
| <b>VKI (kg/m<sup>2</sup>)</b>             |                              |                  |                   |                              |                  |               |
| Hafif kilolu<br>ve Obes<br>(25-29,9, ≥30) | 1                            |                  |                   |                              |                  |               |
| Zayıf ve Normal<br>(<18,5, 18,5-24,9)     | 3,095                        | (1,396 - 6,861)  | <b>0,005*</b>     |                              |                  |               |
| <b>Sigara içme<br/>durumu</b>             |                              |                  |                   |                              |                  |               |
| İçmiyor                                   | 1                            |                  |                   |                              |                  |               |
| İçiyor                                    | 1,009                        | (0,489 - 2,083)  | 0,981             |                              |                  |               |
| <b>Evre</b>                               |                              |                  |                   |                              |                  |               |
| Evre 1                                    | 1                            |                  | <b>0,011*</b>     | 1                            |                  | 0,273         |
| Evre 2                                    | 0,474                        | (0,043 - 5,233)  | <b>0,543</b>      | 0,479                        | (0,043 - 5,285)  | 0,548         |
| Evre 3                                    | 0,231                        | (2,630 - 0,541)  | <b>12,793</b>     | 1,195                        | (0,205 - 6,951)  | 1,195         |
| Evre 4                                    | 5,531                        | (1,261 - 24,253) | <b>0,023*</b>     | 2,362                        | (0,459 - 12,154) | 0,304         |
| <b>FEV1%</b>                              |                              |                  |                   |                              |                  |               |
| 80 ve üzeri                               | 1                            |                  | 0,187             |                              |                  |               |
| 50-79                                     | 2,100                        | (0,923 - 4,779)  | 0,077             |                              |                  |               |
| 30-49                                     | 2,045                        | (0,675 - 6,195)  | 0,260             |                              |                  |               |
| <b>mGPS</b>                               |                              |                  |                   |                              |                  |               |
| 0   | 1                            |                  | <b>0,001*</b>     |                              |                  |               |
| 1   | 2,329                        | (0,824 - 6,583)  | <b>0,111</b>      |                              |                  |               |
| 2   | 6,211                        | (2,364 - 16,314) | <b>&lt;0,001*</b> |                              |                  |               |
| <b>CAR</b>                                |                              |                  |                   |                              |                  |               |
| <0,46                                     | 1                            |                  |                   | 1                            |                  |               |
| ≥0,46                                     | <b>6,870</b>                 | (2,718 - 15,881) | <b>&lt;0,001*</b> | <b>4,016</b>                 | (1,417 - 11,372) | <b>0,009*</b> |
| <b>LDH U/L</b>                            |                              |                  |                   |                              |                  |               |
| <225                                      | 1                            |                  |                   |                              |                  |               |
| ≥225                                      | 1,939                        | (0,915 - 4,107)  | 0,084             |                              |                  |               |
| <b>NLR</b>                                |                              |                  |                   |                              |                  |               |
| <3  | 1                            |                  |                   | 1                            |                  |               |
| ≥3  | 3,981                        | (1,515 - 10,463) | <b>0,006*</b>     | 1,696                        | (0,558 - 5,157)  | 0,352         |
| <b>PLR</b>                                |                              |                  |                   |                              |                  |               |
| <200                                      | 1                            |                  |                   |                              |                  |               |
| ≥200                                      | 1,822                        | (0,883 - 3,758)  | 0,104             |                              |                  |               |

\* : p&lt;0,05, \*\*: p&lt;0,001, GA: Güven aralığı, HR: Hazard Ratio

• PLR: Platelet lenfosit oranı, NLR: Nötrofil/lenfosit oranı, CAR: CRP/albumin oranı, LDH: Laktat dehidrogenaz, mGPS: Modifiye Glasgow Prognostik Skoru



## SS-008

## SOLİTER PULMONER NODÜLE YAKLAŞIMIMIZ, ERKEN CERRAHİ?

Erdem Emre Gülşen<sup>1</sup>, Sevda Şener Cömert<sup>1</sup>, Nesrin Kırıl<sup>1</sup>, Kadir Burak Özer<sup>2</sup>, Recep Demirhan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Soliter pulmoner nodül (SPN), radyolojik olarak çapı 3 cm'den küçük olan akciğer parankimi ile çevrili, eşlik eden patoloji saptanmayan akciğer lezyonu olarak tanımlanmaktadır. Soliter pulmoner nodül yönetiminde ana hedef malign lezyonları benign lezyonlardan ayırabilmektir. Ancak malignite beklentisi yüksek olan hastalarda cerrahi girişim tercih edilir. Çalışmamızda kliniğimizde malignite riski ile cerrahi tedaviye yönlendirdiğimiz olgularımızı değerlendirmeyi amaçladık.

**METOD:** Prospektif olarak planlanan çalışmamıza son 18 ay içerisinde Akciğer Kanseri Olgu Konseyimize cerrahi girişim önerisi ile çıkardığımız ve konseyde değerlendirerek cerrahi tanı ve tedavi kararı verdiğimiz olgularımız dahil edildi. Olguların demografik özellikleri, nodül boyutu, radyolojik özellikleri, yerleşimi, PET-CT bulguları, bronkokopi ve EBUS yapıp yapılmadığı ve sonuçları, cerrahi öncesi takip süresi, cerrahi öncesi tanı için yapılan girişimler ve sonuçları, yapılan cerrahi metodu ve final tanı kayıt altına alındı.

**BULGULAR:** Çalışmamıza alınan 33 olgunun 10(%30.3)'u kadın, 23 (%69.7)'ü erkek; yaş ortalamaları 60.2±7.9 (min:42; maks:77) yıl idi. SPN Soliter pulmoner nodüllerin ortalama çapı 16.5±6.3 (min:7; maks:30) mm ölçüldü. Yerleşimlerine bakıldığında %42.4 sağ üst lob, %30.3 sol üst lob olmak üzere %72.7'sinin üst loblarda yerleşmiş olduğu görüldü. Nodüllerin %75.8'i solid özellikte olup, %39.4'ü spiküler konturlu, %33.3'ü lobüle konturlu idi. Nodüllerin %87.9'unda kalsifikasyon yoktu. Nodüllerin ortalama takip süresi 1.52±3.6 (min:0; maks:15) ay PET-CT incelemesinde nodüllerin ortalama SUVmaks değeri 6.05±6.01 (min:0; maks:22) olarak ölçüldü ve 21 (%63.6) olgunun mediastinal lenf bezlerinde FDG tutulumu yoktu. 27 (%81.8) olguya tanısı olarak cerrahi girişim kararı verilmişti. Olguların %69.7'sinde final tanı malignite iken %30.3'ünde benign idi. Final tanı ile nodülün kenar özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0.021). Ayrıca nodülün SUVmaks değeri ile final tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttu (p=0.048). Yaş, cinsiyet, nodülün lokalizasyonu, kalsifikasyon varlığı ve nodülün yapısı ile final tanı arasında ilişki saptanmadı.

**SONUÇ:** Çalışmamızda soliter pulmoner nodüllerin takip sürelerinin hastanemizde oldukça kısa olduğu, ancak buna karşılık cerrahi sonrası malignite tanısının oldukça yüksek olduğu görüldü. Bunun da en çok nodülün kenar özellikleri ile ön görülebileceği sonucuna varıldı. Bu nedenle SPN değerlendirmesi yaparken nodülün kenar özelliklerinin çok iyi değerlendirilmesi gerekliliğini vurgulamak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** soliter pulmoner nodül, benign, malign, cerrahi

## SS-009

**PULMONER NODÜLLERDE NÖTROFİL/LENFOSİT VE PLATELET/LENFOSİT ORANININ MALİGN/BENİGN AYIRIMINDAKİ DEĞERİ**

Merve Fidan<sup>1</sup>, Mukadder Çalikoğlu<sup>1</sup>, Rabia Kaya<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı

**AMAÇ:** Dünyada ve özellikle bazı granümatöz hastalıkların sık görüldüğü ülkemizde tek veya multipl pulmoner nodül/persistan konsolidasyon etiyojisini belirlemek bazen ciddi sorun olmakta ve ileri invazif işlemler gerektirmektedir. Literatürde malignite ayırıcı tanısında çeşitli laboratuvar parametreleri ile yapılan çalışmalarda sonuçlar çelişkilidir. Biz pulmoner nodüllü olgularda sistemik inflamatuvar marker olarak öngörülen nötrofil/lenfosit ve trombosit/lenfosit oranının pulmoner lezyonların malign-benign ayırımında kullanılıp kullanılmayacağını araştırdık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Bu çalışmada Kliniğimizce 2008-2019 yılları arasında pulmoner nodül/kitle/uzamış konsolidasyon etiyojisi araştırılan ve tanısı cerrahi sonucu patolojik olarak kesinleşen 289 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların Akciğer grafisi, Toraks Bilgisayarlı Tomografisi (BT), bir kısmında tüm vücut PET'si, tanı amaçlı uygulanan cerrahi yöntemi ve patolojik kesin tanısı kaydedildi. Preoperatif nonenfektif dönemde yapılan hemogram incelemesinden nötrofil sayısı, lenfosit sayısı, nötrofil/lenfosit oranı (NLO), ortalama trombosit hacmi (MPV), trombosit/lenfosit oranı analiz edildi. Bu değerler rutin tam kan sayımı raporlarından (otomatik kan sayımı cihazı ile) elde edildi. Veriler non-parametrik testler kullanılarak SPSS veri programı ve Kruskal-Wallis test ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastalarımızın 152'si malign (primer veya metastatik), 137'si benign (Tb, Sarkoidoz, İnterstisyel AC hastalığı, kist hidatik, vb.) patolojiye sahipti; benign karakterli hastalardan 25'inde patolojik tanı tüberküloz (Tb) ile uyumlu idi. Laboratuvar parametrelerinden N/L oranı bakımından malign (Ortalama±S.Sapma 4,32±4,67) ve benign (Ortalama±S.Sapma 3,37±2,89) grup arasında anlamlı fark bulundu (p=0,018). Bu farklılık, malign grubunun Tb ve Tb dışı benign gruplardan farklı olmasından kaynaklanmaktadır (p=0,021, 0,030). P/L bakımından da malign (Ortalama±S.Sapma 176,34±99,16), benign (Ortalama±S.Sapma 162,59±96,6) ve Tb (Ortalama±S.Sapma 133,98±65,46) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,048). Bu farklılık da, malign grubunun Tb grubundan farklı olmasından kaynaklanmaktadır (p=0,024).

**SONUÇ:** Sistemik inflamatuvar marker olarak öngörülen nötrofil/lenfosit ve trombosit/lenfosit oranının, pulmoner lezyonların malign-benign ayırımında diğer tanısız parametrelere yardımcı olarak kullanılabilceği düşüncesindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner nodül, hematolojik marker,

**SS-010****AKCİĞER TUTULUMU OLAN ROMATOİD ARTRİT HASTALARININ TOMOGRAFİDE EN SIK GÖRÜLEN RADYOLOJİK PATERNLERİ VE SFT BULGULARI**

Halil İbrahim Yakar

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Tokat

**GİRİŞ:** Romatoid artrit (RA), büyük ve küçük eklemleri tutan otoimmün sistemik romatizmal bir hastalıktır. Birçok organ tutulumu yapmakla birlikte, akciğer tutulumu oldukça önem arz etmektedir. Çünkü akciğer tutulumu subklinik olabileceği gibi hayatı tehdit edici de olabilir. Bu nedenle RA hastalarının erken radyolojik değerlendirmesi ve tanınması çok önemlidir. RA hastalarında solunum kasları, plevra, akciğer parankim, hava yolları, interstisyel ve kan damarlarının etkilendiği bildirilmiştir. Pulmoner tutulum, RA tanısıyla eş zamanlı olabilir veya bazen hastalığın tipik görünümünden önce pulmoner tutulum olabilir. RA hastalığında pulmoner komplikasyonların prevalansı açıkça belirlenmemiştir ve tutulum sıklığı ileri inceleme yöntemine bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Çalışmamızda RA tanılı hastaların akciğer tutulumu radyolojik olarak en sık hangi özellikler gösterdiğini belirlemeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliniğimize 2016-2020 yılları arasında ayaktan başvuran RA tanısı kesinleşmiş ve radyolojik bulguları akciğer tutulumu lehine kabul edilen 60 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, hastalık süresi, solunum semptomları, solunum fonksiyon testi (SFT) sonuçları ve yüksek rezolüsyonlu akciğer tomografisi (HRCT) bulguları kaydedildi. Mevcut radyolojik bulgulara neden olabilecek enflematuar, enfeksiyöz, granülomatöz, malignensi veya ilaca bağlı akciğer tutulumu olan olgular çalışma dışı bırakıldı.

**BULGULAR:** Yaş ortalaması  $63,6 \pm 11,7$  yıl olan toplam 60 hasta (15 erkek, 45 kadın) çalışmaya dahil edildi. Olguların klinik ve demografik özellikleri, solunum semptomları ve solunum fonksiyon test sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir. Otuz iki (%53,3) hastada en az bir komorbidite vardı. Hiç sigara içmemiş hasta sayısı 45 (% 75) idi. En az bir pulmoner semptomu olan hasta sayısı 23 (% 38,3) idi. SFT sonuçları, 26 hastada (% 43,3) normal sınırlarda saptanırken, 15 (%25) hastada obstruktif bozukluk, 13 (%21,7) hastada restriktif bozukluk, 6 (%10) hastada mix bozukluk olarak değerlendirildi. Radyolojik görüntüleme bulguları Tablo 2'de gösterilmiştir. HRCT'de en sık olarak sırasıyla bronşektazi, kronik fibrotik değişiklikler, pulmoner nodüller, peribronşiyal kalınlaşma, plevral kalınlaşma ve buzlu cam nodülleri görüldü.

**SONUÇ:** RA hastalarında akciğer tutulumu, hastanın yaşam kalitesini ve prognozunu etkilemekle birlikte, tedavi planını etkileyen önemli bir faktördür. Bu nedenle, RA hastalığının tedavi ve takibinde akciğer tutulumu mutlaka akla gelmeli ve akciğer tutulumunun radyolojik özellikleri dikkatle değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit, Akciğer Tutulumu, Radyolojik Bulgular



Tablo 1. Romatoid Artrit Hastalarının Klinik Özellikleri ve SFT bulguları

Tablo 1. Romatoid Artrit Hastalarının Klinik Özellikleri ve SFT bulguları

|                                 |             |
|---------------------------------|-------------|
| Toplam Hasta (n)                | 60          |
| Cinsiyet (E/K)                  | 15/45       |
| Yaş (AO)                        | 63,6 ± 11,7 |
| Hastalık Süresi (yıl)           | 12,7 ± 8,8  |
| Ek Hastalık                     |             |
| - Var                           | 32 (53,3)   |
| - Yok                           | 28 (46,7)   |
| Sigara (n,%)                    |             |
| - İçmemiş                       | 45 (75,0)   |
| - Aktif içici                   | 4 (6,7)     |
| - Bırakmış                      | 11 (18,3)   |
| Pulmoner semptom (n,%)          |             |
| - Var                           | 23 (38,3)   |
| - Yok                           | 37 (61,7)   |
| Semptom (n, %)                  |             |
| - Öksürük                       | 15 (25,0)   |
| - Nefes darlığı                 | 13 (21,7)   |
| - <b>Göğüs Ağrısı</b>           | 5 (8,3)     |
| - Balgam                        | 4 (6,7)     |
| - Wheezing                      | 4 (6,7)     |
| - Hemoptizi                     | 1 (1,7)     |
| SFT                             |             |
| - FVC (lt)                      | 2,37 ± 0,96 |
| - FVC %                         | 82,0 ± 26,7 |
| - FEV1 (lt/sn)                  | 1,85 ± 0,77 |
| - FEV1 %                        | 74,8 ± 21,9 |
| - FEV1/FVC (%)                  | 77,1 ± 12,3 |
| SFT Patern                      |             |
| - Normal                        | 26 (43,3)   |
| - Obstruktif patern             | 15 (25)     |
| - Restriktif patern             | 13 (21,7)   |
| - Miks patern                   | 6 (10)      |
| Kronik Solunum Yetmezliği n (%) | 6 (10)      |

Kısaltmalar: RA: Romatoid Artrit, SFT: Solunum fonksiyon testi, FVC: Zorlu Vital kapasite, FEV1: Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuar Volüm

Tablo 2. Romatoid Artrit Hastalarının HRCT Bulguları

Tablo 2. Romatoid Artrit Hastalarının HRCT Bulguları (n, %)

|  |           |
|--|-----------|
| - Bronşiektazi                               | 30 (50,0) |
| - Kronik Fibrotik Değişiklikler              | 24 (40,0) |
| - Peribronşial Kalınlaşma                    | 22 (36,7) |
| - Pulmoner Nodül                             | 27 (45,0) |
| - Plevral Kalınlaşma                         | 21 (35,0) |
| - Subsegmenter Lineer Atektazi               | 16 (26,7) |
| - Buzlu cam nodül                            | 18 (30,0) |
| - Interlobüler septal kalınlaşma             | 13 (21,7) |
| - Buzlu cam görünümü                         | 12 (20,0) |
| - Mozaik perfüzyon paterni                   | 7 (11,7)  |
| - Pulmoner vasküler genişleme                | 9 (15,0)  |
| - Paratrakeal / subkarinal / prevasküler lap | 8 (13,3)  |
| - Bal peteği görünümü                        | 6 (10,0)  |
| - Mediastinal / hiler lap                    | 8 (13,3)  |
| - Kavite                                     | 6 (10,0)  |
| - Plevral Efüzyon                            | 5 (8,3)   |
| - Inralobüler septal kalınlaşma              | 4 (6,7)   |
| - Nekrobiyotik nodül                         | 3 (5,0)   |
| - Apikobülloz değişiklik                     | 2 (3,3)   |
| - Yamasal İnfiltrat                          | 2 (3,3)   |
| - Retikülomodüler Görünüm                    | 2 (3,3)   |

Toplam 245 radyolojik bulgu izlendi.



**SS-011****SARKOİDOZ HASTALARINDA OBSTRUKTİF HAVA YOLU HASTALIĞI VE PERİFERİK KAN EOSİNOFİLİ SIKLIĞI**

Belal Rabah<sup>1</sup>, Fatma Sema Oymak<sup>1</sup>, Burcu Baran Ketencioğlu<sup>1</sup>, Nuri Tutar<sup>1</sup>, İnci Gülmez<sup>1</sup>, İnsu Yılmaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, Kayseri, Türkiye

**GİRİŞ:** Periferik kan eozinofili (PKE) ve hava yolu obstrüksiyonu bronşiyal astımın sık bilinen özelliklerindedir. Sarkoidozda PKE ile ilişkili bilgi sınırlıdır. Akciğer sarkoidozu sıklıkla hava yollarını etkilediği için bronşiyal astım ile karışmaktadır.

**AMAÇ:** Sarkoidoz hastalarında hava yolu obstrüksiyonunu değerlendirmekle beraber sarkoidoz hastalarında PKE sıklığını saptamaktır. Aynı zamanda anket formu ile astım benzeri klinik tabloyu ve atopi sıklığını saptamaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında yapılmış olup (Etik Kurul onay numarası: 2018/104) polikliniğe başvuran sarkoidoz hastaları üzerinde yapılmıştır. WASOG tanı kriterlerine uyan 18-80 yaş arası hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların periferik kan eozinofil değerleri kaydedilmiştir. Aynı zamanda solunum fonksiyon testi ve European Community Respiratory Health Survey anketini (ECRHS) yaptırarak sonuçları kaydedilmiştir.

**BULGULAR:** Bu çalışmaya 84 (14 erkek ve 70 kadın) sarkoidoz hastası dahil edilmiştir. Mikrolitrede  $\geq 300$  eozinofil olan 26 (%31) hasta bulunmuştur. Eozinofil sayısı ile sarkoidoz evresi arasında anlamlı ilişki izlenmemiştir. Hastaların ortalama FEV<sub>1</sub>/FVC oranı %77.04  $\pm$ 7.29 olarak hesaplanmıştır. FEV<sub>1</sub>/FVC oranı ile sarkoidoz evresi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05). Hastaların ortalama FEV<sub>1</sub> ve FVC yüzdesi sırasıyla %93.97  $\pm$ 18.98 ve %102.89  $\pm$ 18.33 olarak hesaplanmıştır. Sarkoidoz evresi ilerledikçe FEV<sub>1</sub> yüzdesinde anlamlı bir şekilde düşüş izlenmişken (p<0.05) FVC yüzdesinde anlamlı ilişki izlenmemiştir (p>0.05). Sırasıyla 31 (%36.9) hastada obstruktif, 12 (%14.3) hastada restriktif ve 4 (%4.8) hastada mikst akciğer solunum bozukluğu görülmüştür. On yedi (%20.2) hastada bahar nezlesi, egzama ve/veya deri/burun allerjisi izlenmiştir. Sarkoidoz hastaların %28.6'sında astım öyküsü izlenmiştir.

**SONUÇ:** Sarkoidoz hastalarında PKE izlenebilmektedir ve eozinofil değeri sarkoidoz evresinden bağımsızdır. Sarkoidozda endobronşiyal granülomlar hava yollarında daralma, distorsiyon veya tam obstrüksiyona neden olduğu için obstruktif solunum paternine sebep olmaktadır.

**TARTIŞMA:** Bu hastalarda bronş hiperreaktivitesi görüldüğü için astımda sık gördüğümüz öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı, vizing ve bronkospazm ile başvurmaktadır. Bu semptomlarla başvuran hastalar astım tedavisine rağmen yanıt alınmadığında ve/veya lupus pernio, subkutan nodül ve üveit gibi ekstrapulmoner belirtileriyle başvurduğunda sarkoidoz açısından ayrıntılı akciğer görüntülemesine ihtiyaç olacaktır. Sarkoidoz ve Astım'da görülen bu sık ve ortak semptomlar tanıya ulaşmak doktorları zorlamaktadır. Bu semptomları ve bulguları ile başvuran hastalarının ayrıntılı tanısında Sarkoidozu akılda tutmak tanıya ulaşmayı kolaylaştırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Astım, eozinofili, hava yolu obstrüksiyonu, sarkoidoz

**Sarkoidoz evresine göre periferik kan eozinofili, pulmoner fonksiyon ve diffüzyon testleri sonuçları.**

| Değişken                             | Evre 1<br>(26)      | Evre 2<br>(45)       | Evre 3<br>(8)        | Evre 4<br>(5)        | p değeri |
|--------------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|
| Ortalama PKE±SS                      | 280.76<br>±216.20   | 232.66<br>±151.63    | 215.00<br>±117.22    | 370.00<br>±216.79    | >0.05    |
| Ortalama FEV <sub>1</sub> /FVC±SS    | 79.1154<br>±5.92    | 75.0667<br>±7.67     | 81.2500<br>±3.88     | 77.4000<br>±10.13    | >0.05    |
| Ortalama FEV <sub>1</sub> (mL/sn)±SS | 2778.15<br>±878.70  | 2270.44<br>±619.36   | 2273.75<br>±882.20   | 1866.00<br>±216.17   | <0.05    |
| Ortalama FEV <sub>1</sub> (%)±SS     | 101.80<br>±12.65    | 90.55<br>±18.88      | 92.12<br>±30.44      | 87.00<br>±18.34      | <0.05    |
| Ortalama FVC(mL) ±SS                 | 1860.00<br>±6160.00 | 1540.00<br>± 5450.00 | 1890.00<br>± 4400.00 | 1720.00<br>± 2960.00 | >0.05    |
| Ortalama FVC(%) ±SS                  | 108.38<br>±13.83    | 102.00<br>±17.73     | 94.50<br>±28.13      | 98.80<br>±22.92      | >0.05    |
| Ortalama DLCO(%)±SS                  | 96.6538<br>±16.62   | 87.9556<br>±16.77    | 85.8750<br>±28.07    | 56.6000<br>±10.16    | <0.05    |

PKE:periferik kan eozinofili, SS:standart sapma, FEV<sub>1</sub>/FVC: Tiffeneau-Pinelli indeksi, FEV<sub>1</sub>:1.saniyede zorlu ekspiratuvar volüm, FVC: zorlu vital kapasite, DLCO:diffüzyon testi

**PBE, pulmonary function tests and diffusing capacity results according to stage of disease.**

| Variable                           | Stage 1<br>(26)     | Stage 2<br>(45)      | Stage 3<br>(8)       | Stage 4<br>(5)       | P value |
|------------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------|
| Average PBE±SD                     | 280.76<br>±216.20   | 232.66<br>±151.63    | 215.00<br>±117.22    | 370.00<br>±216.79    | >0.05   |
| Average FEV <sub>1</sub> /FVC±SD   | 79.1154<br>±5.92    | 75.0667<br>±7.67     | 81.2500<br>±3.88     | 77.4000<br>±10.13    | >0.05   |
| Average FEV <sub>1</sub> (mL/s)±SD | 2778.15<br>±878.70  | 2270.44<br>±619.36   | 2273.75<br>±882.20   | 1866.00<br>±216.17   | <0.05   |
| Average FEV <sub>1</sub> (%)±SD    | 101.80<br>±12.65    | 90.55<br>±18.88      | 92.12<br>±30.44      | 87.00<br>±18.34      | <0.05   |
| Average FVC(mL) ±SD                | 1860.00<br>±6160.00 | 1540.00<br>± 5450.00 | 1890.00<br>± 4400.00 | 1720.00<br>± 2960.00 | >0.05   |
| Average FVC(%) ±SD                 | 108.38<br>±13.83    | 102.00<br>±17.73     | 94.50<br>±28.13      | 98.80<br>±22.92      | >0.05   |
| Average DLCO(%)±SD                 | 96.6538<br>±16.62   | 87.9556<br>±16.77    | 85.8750<br>±28.07    | 56.6000<br>±10.16    | <0.05   |

PBE: Peripheral blood eosinophilia, SD: Standard deviation, FEV<sub>1</sub>/FVC: Tiffeneau-Pinelli index, FEV<sub>1</sub>: Forced Expiratory Volume in the 1st second, FVC: Forced vital capacity, DLCO: Diffusing capacity

**Astım ve atopi anketi**

| Anket sorulari   | Toplam hasta sayısı<br>n | Toplam hasta yüzdesi<br>% |
|--|--------------------------|---------------------------|
| Daha önce astım tanısı almış   | 24                       | 28.6                      |
| Daha önce astım tanısı aldıysa son 12 ayda atak geçirme öyküsü         | 6                        | 7.1                       |
| Daha önce astım tedavisi alanlar                                       | 18                       | 21.4                      |
| Daha önce astım tedavisi aldıysa halen astım tedavisi alanlar          | 13                       | 15.5                      |
| Son 12 ayda hırıltı/hışıltılı solunum                                  | 21                       | 25.0                      |
| Hırıltı olduğunda nefessiz kalma                                       | 15                       | 17.9                      |
| Grip dönemi dışında hırıltı/hışıltı                                    | 10                       | 11.9                      |
| Son 12 ayda göğüs sıkışma nedeniyle uykudan uyanma                     | 19                       | 22.6                      |
| Son 12 ayda nefes darlığı nedeniyle uykudan uyanma                     | 18                       | 21.4                      |
| Son 12 ayda öksürük nedeniyle uykudan uyanma                           | 17                       | 20.2                      |
| Bahar nezlesi, egzema ve/veya deri/burun allerjisi varlığı             | 17                       | 20.2                      |
| Annede astım varlığı   | 9                        | 10.7                      |
| Annede bahar nezlesi, egzema ve/veya deri/burun allerjisi varlığı      | 1                        | 1.2                       |
| Babada astım varlığı   | 8                        | 9.8                       |
| Babada bahar nezlesi, egzema ve/veya deri/burun allerjisi varlığı      | 1                        | 1.2                       |
| Kardeşlerde astım varlığı  | 7                        | 8.3                       |
| Kardeşlerde bahar nezlesi, egzema ve/veya deri/burun allerjisi varlığı | 2                        | 2.4                       |
| Sigara içme öyküsü   | 14                       | 16.7                      |
| Halen sigara içenler   | 4                        | 4.8                       |



**SS-012****SARKOİDOZ TANISI KONULAN HASTALARIN CİLT BULGULARI YÖNÜYLE  
RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Dursun Türkmen<sup>1</sup>, Talat Kılıç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Malatya

<sup>2</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Malatya

**GİRİŞ:** Sarkoidoz, nedeni bilinmeyen ve genellikle akciğerleri, periferik ve mediastinal lenf nodlarını, dalak, karaciğer, göz, deri ve parotis bezini etkileyebilen, nonkazeifiye granümatöz inflamasyonla karakterize, multisistemik bir hastalıktır. Hastalığın en önemli özelliği spontan remisyon oranının %60-70 olması ve kronik seyirli hastalığın sadece %10-30 oranında gözlenmesidir. Deri belirtileri çok çeşitli olup birçok dermatolojik hastalıkla ayırıcı tanıya girmekte ve tanı için öncelikle sarkoidoz hastalığının akla gelmesi gerekmektedir. Bu retrospektif çalışmanın amacı sarkoidozlu hastalarda deri lezyonlarının sıklığını ve klinik özelliklerini incelemektir.

**METOD:** Hastanemizde son 10 yıl içerisinde sarkoidoz tanısı konulan hasta dosyaları retrospektif olarak incelendi. Tüm hastaların yaş, cinsiyet, tanı aldığı yıl, dermatoloji konsültasyonu veya dermatolojik muayene bulguları kaydedildi.

**BULGULAR:** Sarkoidoz tanısı konan hastaların 30 (%69,8)'u kadın, 13 (%30,2)'ü erkekti. Yaş ortalaması 49,7±12,2 idi (minimum: 20-maksimum: 73). Hastaların %74,4'ünde sarkoidoz tanısı histopatolojik olarak desteklenmişti. Diğer hastalarda klinik ve radyolojik olarak sarkoidoz tanısı konuldu. En sık kullanılan biyopsi yöntemi transbronşiyal biyopsi idi. Tüm hastaların 31 (%72,1)'i dermatolojiye muayene olmuştu. Eritema nodozum dâhil dermatolojik bulgu 8 (%18,6) hastada saptandı. Dermatolojik bulgusu olan sekiz hastaya baktığımızda 4 hastada (%50) önce solunumla ilgili şikâyetlerin başladığı, 3 hastada (%37,5) önce deri bulgularının geliştiği, bir hastada (%12,5) ise tanı esnasında deri bulguları ve solunum şikâyetlerinin beraber başladığı görüldü. Bir hastamızda nadir tutulum bölgelerinden olan kardiyak tutulum mevcuttu. Tüm hastaların genel özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

**TARTIŞMA:** Tüm sarkoidoz vakalarının yaklaşık %25'inde (%9- 37) deri tutulumu gözlenmekte iken hastaların %5,4-13,8'inde sadece deri tutulumu gözlenmektedir. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hastaların %18,6'sında deri bulgusu saptandı. Kutanoz sarkoidoz lezyonları özgün ve özgün olmayan olmak üzere iki sınıfta incelenir. Özgün lezyonlar; makülopapüller, nodüller, plaklar, subkutan nodüller, infiltratif skarlar ve lupus pernio gibi granümatöz lezyonlar olup; özgün olmayan lezyonlar ise eritema nodozum (EN), eritema multiforme, kalsifikasyon ve prurigo gibi reaktif lezyonlardır. Çalışmamızda hastaların 2 (%4,7)'sinde özgün olmayan eritema nodozum tespit edilirken 6 (%14) hastada ise papül yada plak şeklinde özgün cilt bulgusu saptandı.

Sonuç olarak, sarkoidozun en sık başvuru şikâyeti solunumsal olmakla beraber bazı hastalarda ilk başvuru sebebinin cilt lezyonları olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca retrospektif çalışmamızda da görüldüğü gibi bazı hastalarda dermatoloji konsültasyonunun atlanmış olabileceği ve bu konuda duyarlı olunması gerektiği kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** Deri bulguları, eritema nodozum, sarkoidoz



**Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri**

| Demografik özellikler     | Mean±SD                         |           |
|---------------------------|---------------------------------|-----------|
| Yaş                       | 49,9 ± 12,2                     |           |
| Takip süresi              | 4,0 ± 3,1                       |           |
| Özellikler                | Alt grup                        | n(%)      |
| Cinsiyet                  | Kadın                           | 30 (69,8) |
|                           | Erkek                           | 13 (30,2) |
| Deri bulgusu              | Var                             | 8 (18,6)  |
|                           | Yok                             | 35 (81,4) |
| Akciğer parankim bulgusu  | Var                             | 41 (95,3) |
|                           | Yok                             | 2 (4,7)   |
| Akciğer mediasten bulgusu | Var                             | 41 (95,3) |
|                           | Yok                             | 2 (4,7)   |
| Biyopsi yöntemi           | Yok                             | 11 (25,6) |
|                           | TBB                             | 10 (23,3) |
|                           | EBUS                            | 6 (14)    |
|                           | VATS                            | 9 (20,9)  |
|                           | Diğer (cilt, ekstratorasik LAP) | 5 (11,6)  |
|                           | AC+Diğer                        | 2 (4,7)   |

*SD: stansart deviasyon, TBB: transbroşial biyopsi, EBUS: endobronşial ultrasonografi, VATS: video asosiated torasic surgery, AC: akciğer, LAP: lenfadenopati*

## SS-013

## KRONİK EOZİNOFİLİK PNÖMONİLİ HASTALARIMIZIN ÖZELLİKLERİ

Sertan Bulut, Mustafa Engin Şahin, Çiğdem Biber

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi SUAM, Ankara

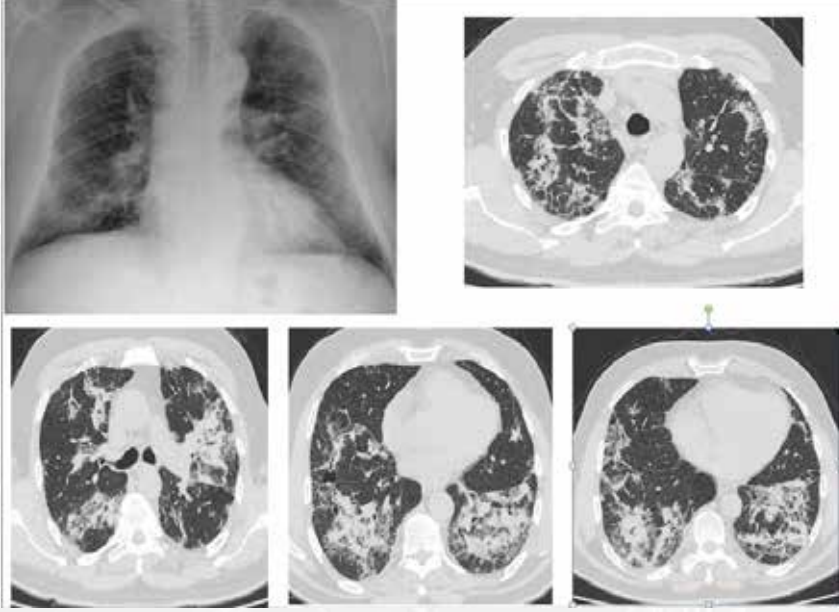
**GİRİŞ-AMAÇ:** Kronik eozinofilikpnömoni; insidansı 23vaka/100.000 gibi nadir görülme nedeni bilinmeyen bir idiopatik interstisyel pnömonidir. Tanı; 2 haftadan fazla devameden semptomlar+mm<sup>3</sup>'te 1000'den fazla eozinofil veya BAL'da %40'dan fazla eozinofil+pulmoner infiltrasyonlar+diğer eozinofilik akciğer hastalıklarının dışlanması ile konulur. Biz çalışmamızda kurumumuzda tanı alan 8 KEP olgumuzun klinik, laboratuvar ve radyolojik özelliklerini literatür verileri ışığında tartışmayı amaçlıyoruz.

**BULGULAR:** Kurumumuzda 2014-2020 tarihleri arasında diğer eosinofili yapan nedenler ve diğer eosinofilik akciğer hastalıkları dışlanarak tanı alan 8 olgumuzu retrospektif olarak çalışmaya aldık. Olgularımızdan 5'i kadın (k/e:1,66 kat) (29-78) ortalama yaş 54,3 olarak bulundu. 6 olgumuz hiç sigara içmemiş ve 2 olgumuz eski içiciydi. Tüm olgularımızın başvuru şikayeti belirgin nefes darlığı ve eşlik eden öksürüktü 6 olgumuzda ek hastalık saptanmazken 1 hastamızda pulmoner emboli geçirme öyküsü ve diğer hastadaysa kalp kapak hastalığı mevcuttu. 7 hasta astım ve 1 hasta KOAH olmak üzere tüm hastalarımız KEP tanısı öncesi (2-15) ortalama: 6,2 yıl inhaler tedaviler ile izlenmekteydi. Hastalarımızın tanı öncesi hastaneye başvurmadan önceki semptom süresi (1-6) ortalama: 3,3 ay olarak bulundu. Laboratuvar verilerinden periferik eozinofil sayısı (0,22-3,48) ortalama  $1,41 \times 10^3 / \mu L$  ve %14,53 olarak bulundu. 2 olgumuzda anemi (%25) ve 4 olgumuzda trombositoz (%50) vardı. SFT incelemesinde 2 olguda obstrüksiyon (%25), 1 olguda restriksiyon (%12,5) ve 1 olguda mixt ve 3 olguda normal olarak gözlemlendi. Difüzyon incelemesinde 3 olgunun (%37) DLCO değerinde düşüklük saptandı. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. 2 olgumuzda tipik KEP radyolojisi, 5 olgumuzda üst-ortalob dominansı varken tüm lobların tutulumu 4 olgumuzda gözlemlendi. Tanı yöntemi olarak 1 olgumuzun periferik eozinofilisi, bilateral infiltrasyonları, pulmoner semptomları ve KEP uyumlu radyolojisi olması sebebiyle BAL ve biyopsi yapılmadan tanı konuldu. Yine 1 diğer hastamızın periferik eozinofili+pulmoner semptomlar+ pulmoner infiltrasyonlar ve BAL eozinofil=%78 olması nedeniyle tanı konuldu. Diğer 6 hastanın FOB işlemi ile BAL değerleri nonspesifik olması sebebiyle 3 olgumuza (%37) transbronşial akciğer bx yapıldı ve diğer 3 olgunun tanı akciğer wedge işlemi ile yapılarak konuldu. Bu 6 olgunun işlemleri sonrasında komplikasyon gözlenmedi. Tüm olgularımıza steroid tedavisi verildi. 15 gün sonrasında SPO<sub>2</sub> (odahavası), SFT, kliniklerinde düzelme ve radyolojilerinde %50'den fazla düzelme saptandı. Sadece 1 olgumuzda tedavinin 4 ayında doz azaltımı sırasında relaps gözlemlendi, tekrar başlangıç dozunun çıkılması ile tekrar klinik-laboratuvar düzelme sağlandı. 3 olgumuzda ise başlangıç tanı tedavilerinden sonraki ilaçsız izlem döneminde nüks gözlemlendi. Hiçbir hastada ölüm gözlenmedi. Olgularımızın birçok özelliği literatür verileri uyumludur. Farklı özellikleri; literatürde periferik eozinofil oranı %30 ve yaş aralığı 30-40, SFT obstrüksiyon oranı %50 iken bizim çalışmamızda sırasıyla %14,53, 54,3 ve %25 olarak gözlemlendi.

**SONUÇ:** Periferik eozinofili, pulmoner semptomlar ve infiltrasyon saptanması durumunda KEP hastalığı da akla gelmeli ve uygun hastalarda tanı yöntemlerinden transbronşial akciğer biyopsisinin BAL işleminin tanısız olmadığı durumlarda öncelikle uygulanabileceğini düşünülüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik Eozinofilik Pnömoni, Pulmoner İnfiltrasyon, Periferik eosinofili, KEP, idiopatik interstisyel Pnömoni

## KEP



## KEP'li olguların HRCT özellikleri

## KEP'li olguların HRCT özellikleri

| olgu | Buzlu cam | konsolidasyon | <u>Plev.efüzyon</u> | <u>nodüller</u> | <u>Bilateral tutulum</u> | <u>Periferik tutulum</u> | <u>bronsektazi</u> | <u>tershalo</u> | <u>tipikKEP görünüm</u> | <u>Lob dominansı</u> | <u>Tüm loblarda infiltrasyon</u> |
|------|-----------|---------------|---------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|----------------------|----------------------------------|
| 1    | var       | var           | yok                 | yok             | var                      | var                      | var                | var             | var                     | Üst-orta             | var                              |
| 2    | var       | var           | yok                 | yok             | var                      | var                      | yok                | yok             | yok                     | Orta-alt             | var                              |
| 3    | var       | var           | yok                 | var             | var                      | var                      | yok                | yok             | yok                     | Üst-orta             | yok                              |
| 4    | var       | var           | yok                 | var             | var                      | yok                      | var                | yok             | yok                     | Üst-orta             | yok                              |
| 5    | var       | var           | yok                 | var             | var                      | var                      | var                | yok             | yok                     | Üst-orta             | var                              |
| 6    | var       | var           | yok                 | var             | var                      | var                      | yok                | yok             | yok                     | Orta-alt             | yok                              |
| 7    | var       | var           | yok                 | yok             | var                      | var                      | yok                | yok             | yok                     | Üst-orta             | yok                              |
| 8    | var       | var           | var                 | yok             | var                      | var                      | var                | yok             | var                     | Orta-alt             | var                              |

**KEP hastalarının demografik ve klinik özellikleri**

|  |   |
|--|---|
| YAŞ ( tanı anındaki)                                 | (29-78) ort:54.3  |
| CİNSİYET   | 5K, 3 E   |
| ŞİKAYET  | NEFES DARLIĞI:8<br>ÖKSÜRÜK:8  |
| SİGARA   | HIÇ İÇMEMİŞ:6<br>BIRAKMIŞ:2   |
| KEP ÖNCESİ TAKİP TANISI                              | ASTİM:7<br>KOAH:1   |
| KEP TANISI ÖNCESİ PULMONER SEMPTOMLARLA İZLEM SÜRESİ | (2-15) ort:6.2 yıl  |
| KEP TANI ÖNCESİ BAŞLANGIÇ PULMONER SEMPTOM SÜRESİ    | (1-6 ) ort: 3.3 ay  |
| STEROİDE YANIT                                       | 8 HASTADA VAR (%100)  |
| TEDAVİ BAŞLANGICINDA DOZ DÜŞÜLMESİ SIRASINDA RELAPS  | 1 HASTADA VAR ( %12)  |
| TEDAVİSİZ İZLEMDE NÜKS                               | 3 HASTADA VAR (%37)   |
| EK HASTALIK  | 1HASTADA PULMONER EMBOLİ<br>1HASTADA KALP KAPAK HAST<br>6 HASTADA EK HASTALIK YOK |

**KEP hastalarının laboratuvar özellikleri**

|  |  |
|--|--|
| LÖKOSİT ( 10e3/ $\mu$ L)                             | ( 7.300 - 1.195) ort: 9,210                        |
| PERİFERİK EOZİNOFİL ( 10e3/ $\mu$ L)                 | ( 0,22 - 3,48 ) ort: 1,41                          |
| PERİFERİK EOZİNOFİL ( %)                             | ( 2,6 - 29,1 ) ort: 14,53                          |
| HEMOGLOBİN (g/dL)                                    | ( 8,2- 15,5 ) ort: 13,1                            |
| HEMOTOKRİT (%)                                       | ( 27 - 47,5 ) ort:                                 |
| TROMBOSİT (10e3/ $\mu$ L)                            | ( 201- 389 ) ort: 39,51                            |
| BUN (mg/dL )<br>KREATİNİN ( mg/dL )                  | (9 - 15 ) ort: 11,62<br>( 0,71 - 1,2 ) ort: 0,83   |
| AST ( IU/L )<br>ALT ( IU/L )                         | ( 11 - 30 ) ort: 19<br>( 6 - 28 ) ort: 16,37       |
| CRP (mg/dL )   | ( 0,1 - 141,96 ) ort: 22,71                        |
| SEDİMENTASYON ( mm/saat )                            | ( 12 - 109 ) ort: 36,87                            |
| TOTAL İGE ( IU/mL )                                  | ( 70 - 933 ) ort: 375                              |
| SPO <sub>2</sub> ( tedavi öncesi ODA havası)         | ( 76 - 93 ) ort:84                                 |
| EJEKSİYON FRAKSİYONU (%)<br>TRANSTORASİK SPAB (mmHg) | ( 45- 60 ) ort:55<br>( 15 - 65 ) ort:32            |
| FEV <sub>1</sub> (litre) (tedavi öncesi)             | ( 0,84 - 2,42 ) ort: 1,54                          |
| FEV <sub>1</sub> (yüzde) (tedavi öncesi)             | ( 45 - 90 ) ort: 62                                |
| SFT (tedavi öncesi)                                  | obstüksiyon: 2 restriksiyon:1<br>mikst: 2 normal:3 |
| DLCO (%) (tedavi öncesi)                             | ( 58 - 122 ) ort: 85                               |
| TRANSBRONŞİYAL BX ile PATOLOJİK TANI                 | 3 hasta  |
| PULMONER WEDGE BX ile PATOLOJİK TANI                 | 3 hasta  |



**SS-014****UIP, NSIP VE KRONİK HP HASTALARINDA KANTİTATİF BT TEKNİĞİ İLE ÖLÇÜLEN PULMONER DAMAR HACİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Atila Gökçek

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Radyoloji Bölümü, Ankara

**GİRİŞ:** Objektif sonuçlar üretmesi nedeniyle kantitatif BT yöntemleri akciğer hastalıklarının değerlendirilmesinde giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Bu çalışmada, biyopsiyle tanı konulmuş 43 UIP, 16 NSIP ve 24 kronik HP olgusunda kantitatif BT ile ölçülen pulmoner damar hacimleri karşılaştırılmıştır.

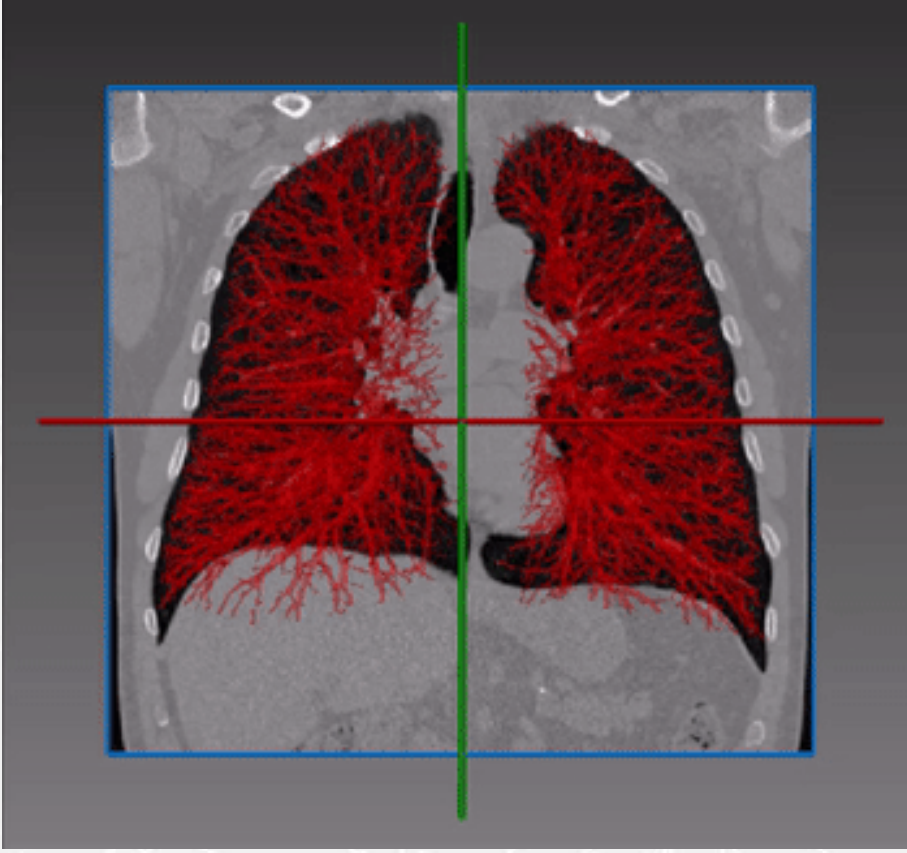
**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Hastanemizde 2010-2020 yılları arasında, akciğer kama biyopsileri sonucunda UIP, NSIP ve KHP tanısı konulmuş olgulardan, biyopsiden önceki 3 ay içinde BT görüntüleri bulunan 83 olguda kantitatif BT analizi gerçekleştirilmiştir. Bu analiz için, Mayo Clinic tarafından geliştirilmiş CALIPER (Computer-Aided Lung Informatics for Pathology Evaluation and Rating) teknolojisi üzerine kurulu Lung Texture Analysis (Imbio, Minneapolis) adlı yazılım kullanılarak, parankim içerisinde yerleşimli damar yapıları (arter ve venler birlikte) otomatik olarak saptanmış, pulmoner damar hacmi (PDH) ölçülmüş, PDH'nin akciğer hacmine oranı hesaplanmıştır. Çalışmaya 2 mm ve daha ince kesitli kontrastsız BT görüntüleri olan hastalar dahil edilmiştir. İstatistiksel karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Olguların yaş ortalaması UIP, NSIP ve KHP gruplarında sırasıyla 55,4(±7,5), 48,2(±13,7) ve 50,6(±13,1) yıl ve kadın/erkek yüzdeleri sırasıyla 35/65, 31/69 ve 58/42 şeklindeydi. Ortalama PDH oranları UIP, NSIP ve KHP gruplarında sırasıyla %5,15(±2,67), %3,71(±1,67) ve %5,42(±1,99) olarak hesaplandı. PDH oranı UIP olgularında NSIP olgularındakinden fazla olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,048). PDH oranı, KHP olgularında da NSIP olgularındakinden fazla olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,009). Ortalama PDH oranı, UIP ve KHP gruplarında yakın düzeyde olup, aradaki fark anlamlı değildi (p=0,299).

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** PDH oranının, IPF'de hastalığın derecesi ile korelasyon gösterdiği, sağkalım süresi için güçlü bir prediktör olduğu, artışının kötü prognoza işaret ettiği ve antifibrotik tedaviyle anlamlı düzeyde değiştiği bildirilmiştir. (1-6) Bağ dokusu hastalığı ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığında da PDH'nin güçlü bir mortalite prediktörü olduğu gösterilmiştir. (7-8) KHP hastalarında PDH oranı %6,5'in üzerindeyse, klinik seyrin ve sağkalım süresinin IPF ile çok benzeştiği saptanmıştır. (9) Bildiğimiz kadarıyla UIP, NSIP ve KHP gruplarında tanı anındaki PDH oranlarının ilk kez karşılaştırıldığı çalışmamızda, UIP ile KHP olgularında PDH'nin NSIP'tekinden fazla olduğunu saptadık. Sadece biyopsi tanıları incelememiz nedeniyle olgu sayımızın sınırlı olması çalışmamızın zayıf yönünü oluşturmakla birlikte, tanıların kesin olması ise güçlü bir yönü olarak değerlendirilebilir. PDH'nin, interstisyel akciğer hastalıklarının ayırıcı tanısında kullanılabilmesi için daha büyük seriler ile çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** hipersensitivite pnömonisi, kantitatif bilgisayarlı tomografi, NSIP, pulmoner damar hacmi, UIP

Figür 1



Buradaki görüntü, kantitatif BT yöntemiyle pulmoner damar hacmi ölçülürken arter ve venlerin bilgisayar tarafından segmentasyonunu imajiner olarak temsil etmektedir.

**SS-015****SARKOİDOZ'DA KOROIDAL VASKÜLER İNDEKS VE KOROID KALINLIĞI**

Nazlı Çetin<sup>1</sup>, Erhan Uğurlu<sup>1</sup>, Gökhan Pekel<sup>2</sup>, Selen Akbulut<sup>2</sup>, Sinan Durmuş<sup>1</sup>, Göksel Altınışik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

<sup>2</sup>Pamukkale Üniversitesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

**GİRİŞ:** Sarkoidoz dünya çapında görülen çok sistemli granümatöz bir hastalıktır. Çoğunlukla akciğerler, gözler ve cilt olmak üzere herhangi bir organı etkileyebilir. Oküler inflamasyonun yaygın nedenlerinden biridir. Sarkoidozda çoğunlukla uvea ve lakrimal sistem olmak üzere tüm oküler yapılar etkilenebilir. Luminal alanın toplam koroid alanına oranı olarak tanımlanan koroidal vasküler indeks (KVİ), koroidin vasküler durumunu değerlendirmek için biyobelirteçlerden biri olarak kullanılır. Bu çalışmada amaç, sarkoidoz hastalarının koroidal vasküler indeksini ve kalınlığını incelemektir. Sarkoidozda oküler tutulum özellikle de koroid tutulumu nadir değildir ve görmeyi tehdit edici olabilir. Bu nedente oküler değişiklikleri erken teşhis etmek önemlidir.

**GEREÇLER ve YÖNTEM:** Kesitsel ve karşılaştırmalı çalışmamıza, kliniğimizde tedavi ve takip edilen sarkoidozlu 31 hasta ile yaş ve cinsiyet uyumlu 31 sağlıklı gönüllü dahil edildi. KVİ, optik koherens tomografi (OKT) görüntülerinde luminal alanın toplam koroid alanına oranı ile hesaplandı. Ön segment incelemesinde, santral kornea kalınlığı, kornea hacmi, ön kamara derinliği, ön kamara hacmi ve iridokorneal açı değerlendirildi. Peripapiller retinal sinir lifi tabakası (RSLT) kalınlığı, koroid kalınlığı ve retinal damar çaplarını ölçmek için spektral alan optik koherens tomografi kullanıldı.

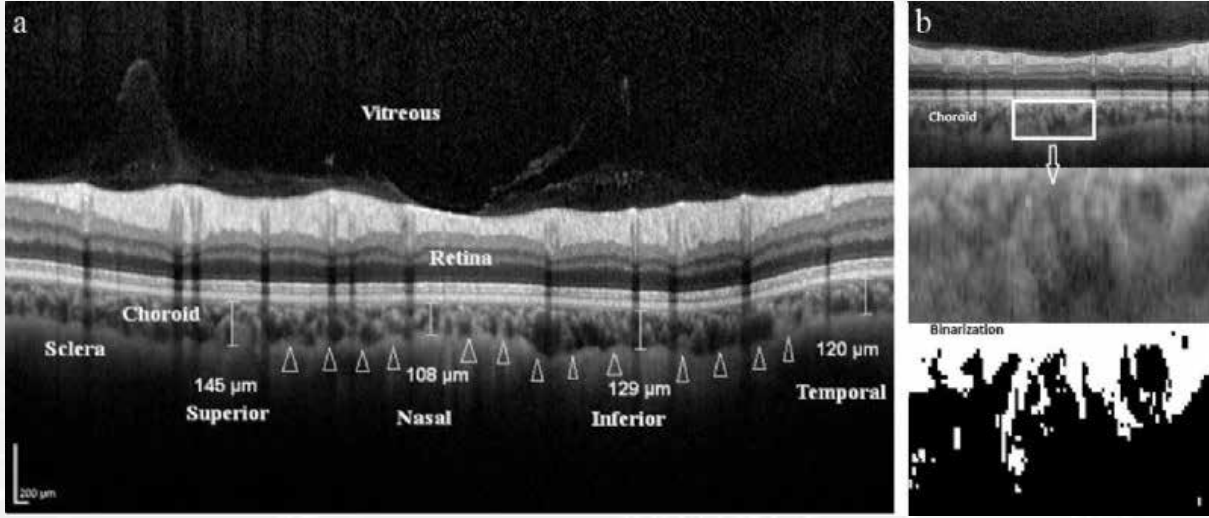
**BULGULAR:** KVİ, sarkoidozlu hastalarda ortalama % 61.6 ve sağlıklı kontrollerde ortalama % 62.4 idi ( $p = 0.69$ ). KVİ ve koroid kalınlığı, sarkoidoz hastaları ( $r = 0.41$ ,  $p = 0.026$ ) ile kontrol grubunda ( $r = 0.51$ ,  $p = 0.006$ ) istatistiksel anlamlı olarak korele bulundu. Hem sarkoidoz hem de kontrol grubu santral kornea kalınlığı, kornea hacmi, ön kamara derinliği, ön kamara hacmi ve iridokorneal açı için benzer ölçüm değerlerine sahipti ( $p > 0.05$ ). Ortalama RSLT, koroid kalınlığı, retinal arteriol ve venül ölçümleri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi ( $p > 0.05$ ).

**SONUÇ ve TARTIŞMA:** Stabil hastalık döneminde, oküler tutulum öyküsü olmayan sarkoidoz hastaları, sağlıklı kontrollere kıyasla benzer oküler ön ve arka segment ölçümlerine sahipti. Yeni bir ölçüm parametresi olan koroidal vasküler indeks de bu gruplar arasında benzer bulundu. Sarkoidoz ile ilişkili aktif inflamasyonlu gözlerde, yeni cihazlarla oküler ölçümleri içeren araştırmalar, konu hakkında daha iyi bir fikir verecektir.

**Anahtar Kelimeler:** koroid kalınlığı, koroidal vasküler indeks, retinal sinir lifi tabakası, retinal damar çapı ölçümleri, sarkoidoz

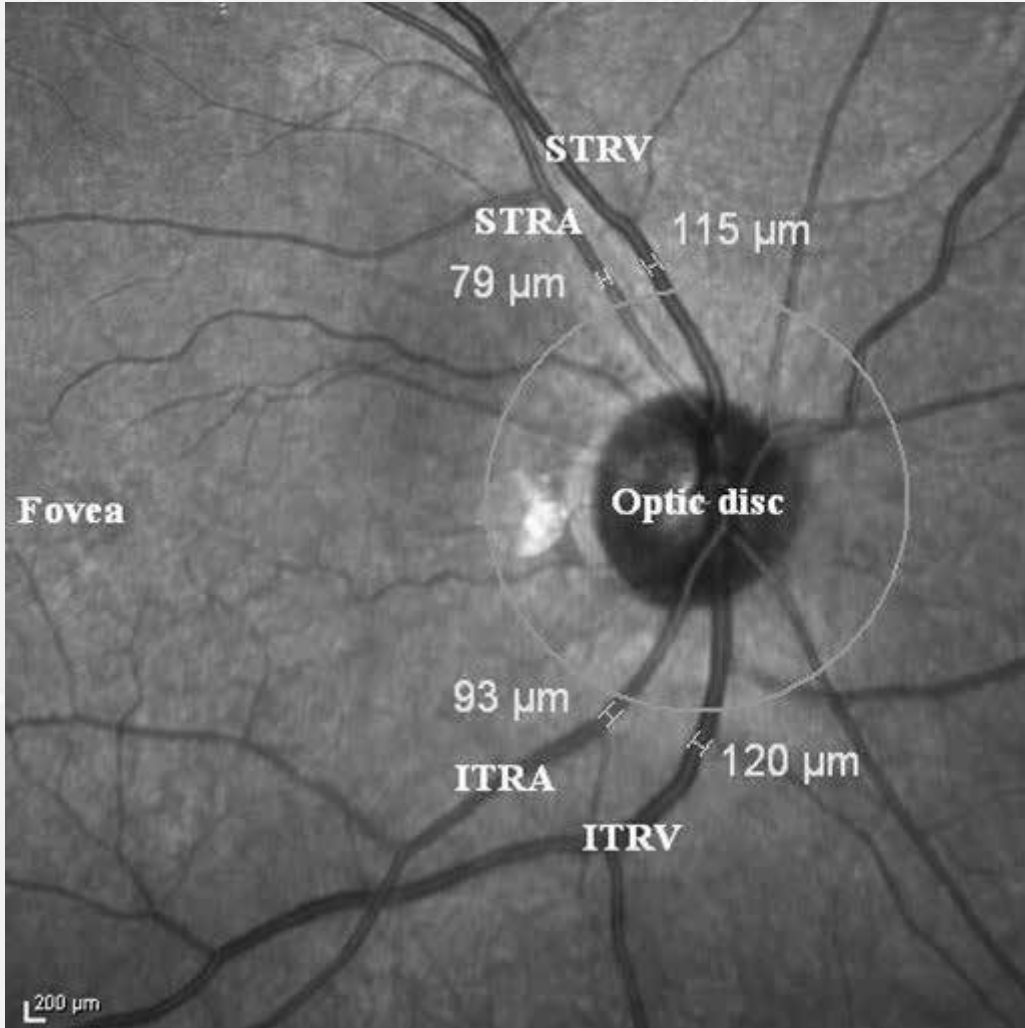


Resim 1



1a) Nazal peripapiller koroid görüntüsünün binarizasyonu gösterilmiştir. 1b) Peripapiller koroid kalınlığı ölçüm ekranı (beyaz ok başları sklera ve koroidin sınırını gösterir).

Resim 2



Retinal damar çapı ölçümleri gösterilmiştir (STRA: superior temporal retinal arteriöl, STRV: superior temporal retinal venül, ITRA: inferior temporal retinal arteriöl, ITRV: inferior temporal retinal venül).



**Tablo 1**

|                           | Sarkoidoz grubu | Kontrol grubu | p de-<br>ğeri |
|---------------------------|-----------------|---------------|---------------|
| Görme keskinliği (logMAR) | 0.006 ± 0.025   | 0.000 ± 0.000 | 0.16          |
| Refraksiyon (SE)          | 0.02 ± 0.90     | 0.23 ± 0.83   | 0.35          |
| IOB (mmHg)                | 14.4 ± 3.2      | 14.8 ± 2.5    | 0.57          |
| Schirmer test (mm)        | 9.2 ± 5.2       | 9.1 ± 4.5     | 0.92          |

*Hastaların bazı klinik özellikleri gösterilmiştir. (IOB: intraoküler basınç, SE: sferik eşdeğer)*

**Tablo 2**

|                          | Sarkoidoz grubu | Kontrol grubu | p de-<br>ğeri |
|--------------------------|-----------------|---------------|---------------|
| İnferior kadran          | 132.3 ± 17.7    | 135.4 ± 15.5  | 0.47          |
| Superior kadran          | 127.6 ± 18.5    | 130.9 ± 15.4  | 0.44          |
| Nazal kadran             | 81.6 ± 17.8     | 86.5 ± 18.4   | 0.30          |
| Temporal kadran          | 71.1 ± 8.1      | 73.5 ± 11.3   | 0.33          |
| Santral kornea kalınlığı | 542.5 ± 34.3    | 535.6 ± 33.7  | 0.43          |
| Kornea hacmi             | 59.2 ± 3.2      | 58.6 ± 3.1    | 0.48          |
| Ön kamara derinliği      | 2.75 ± 0.40     | 2.72 ± 0.33   | 0.78          |
| Ön kamara hacmi          | 145.0 ± 39.5    | 146.3 ± 33.0  | 0.89          |
| İridokorneal açı         | 31.4 ± 6.5      | 32.7 ± 5.2    | 0.41          |

*Sektörel peripapiller retinal sinir lifi tabakası kalınlık ölçümleri ve Pentacam HR ile alınan ön segment ölçümleri gösterilmiştir.*

## SS-016

**AKUT PULMONER EMBOLİ HASTALARINDA SAĞ ATRİYOVENTRİKÜLER OLUK  
EPİKARDİYAL YAĞ DOKUSU KALINLIĞI SAĞ VENTRİKÜLER DİSFONKSİYON İLE  
İLİŞKİLİDİR**

Elif Hande Özcan Çetin<sup>1</sup>, Mehmet Serkan Çetin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi

<sup>2</sup>Etimesgut Devlet Hastanesi

**AMAÇ:** Viserel yağ dokusunun bir komponenti olan epikardiyal yağ dokusu (EYD) çeşitli inflamatuvar özelliklere sahiptir ve geniş bir kardiyovasküler hastalıklar yelpazesine ilişkilendirilmiştir. Akut venöz tromboembolizm spektrumunun en ciddi ucunda olan akut pulmoner emboli (APE) ile inflamasyon belirteçlerinin ilişkisi çeşitli çalışmalarda araştırılmıştır ancak APE ile EYD ile ilişkisi ele alınmamıştır. APE bağlamında, artan EYD'nin sağ ventrikül fonksiyonları üzerinde sağ ventrikül disfonksiyonu (SVD) ile sonuçlanan zararlı etkileri olabilir. APE hastalarının bilgisayarlı tomografik çalışmalarının görüntüleri ile EYD kolaylıkla tanınabilir. Bu çalışmada, kalınlık olarak nicelendirilen EYD'nin APE hastalarında SVD üzerine rolünü araştırmayı amaçladık.

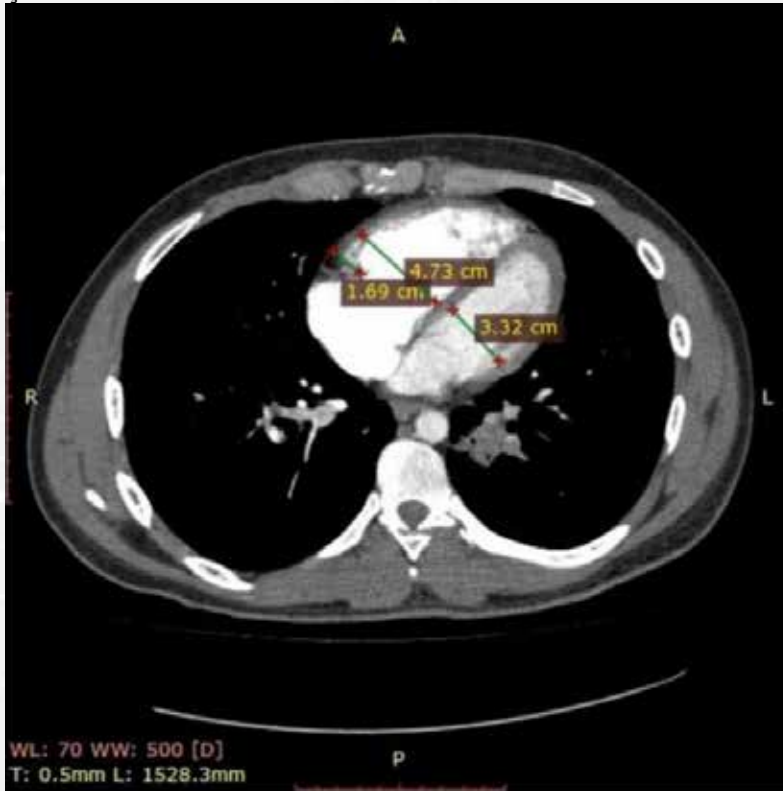
**METOD:** Kesitsel tipteki bu çalışmaya pulmoner bilgisayarlı tomografi anjiyogram uygulanan düşük ile orta riskli 92 APE hastasını dahil ettik. Hastaların basitleştirilmiş pulmoner emboli şiddet indeksi (sPESI) skorları kaydedildi ve Qanadli ve ark. tarafından tanımlanan bilgisayarlı tomografi pulmoner arter tıkanma indeksi (CTPAOI) hesaplandı. EYD kalınlıkları, ilgili aksiyal tomografik görüntülerden sağ ve sol atriyoventriküler ve anterior interventriküler oluk maksimum kalınlıkları olarak ölçüldü. Hastalar, sağ ve sol ventriküler maksimum çap oranının 0.9'un üzerinde olması ile tanımlanan SVD varlığına göre iki gruba ayrıldı.

**BULGULAR:** Tüm EYD kalınlıkları SVD(+) grupta artmış olarak saptandı ve bu artış sağ atriyoventriküler olukta daha belirgindi (3mm). Çok değişkenli regresyon analizinde sadece bazal serum troponin düzeyleri (0.001 ng / mL artış başına OR: 1.006, p = 0.050) ve sağ atriyoventriküler oluk EYD kalınlığı (1 mm artış başına OR: 1.199, % 95 Güven Aralığı 1.024-1.404, p = 0.024) anlamlı saptandı. Sağ atriyoventriküler oluk EYD kalınlığı artan yaş (Pearson r=0.289) ve CTPAOI (r = 0.269) ile orta derecede pozitif korele görüldü. Hastaların % 71.7'sinde sağ ventriküler oluk EYD kalınlığı SVD'yi % 69.1 duyarlılık ve % 65.7 özgüllük ile ayırt etti (EAA 0.717, % 95 CI 0.612-0.823, p = 0.001).

**SONUÇ:** APE'li hastalarda artmış EYD kalınlığı SVD ile ilişkilidir. Bu yeni belirteç APE hastalarının yönetiminde, mortalite riskinin öngörülmesinde değerli bir araç olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** epikardiyal yağ dokusu kalınlığı, pulmoner emboli, sağ ventrikül disfonksiyon

Şekil 1



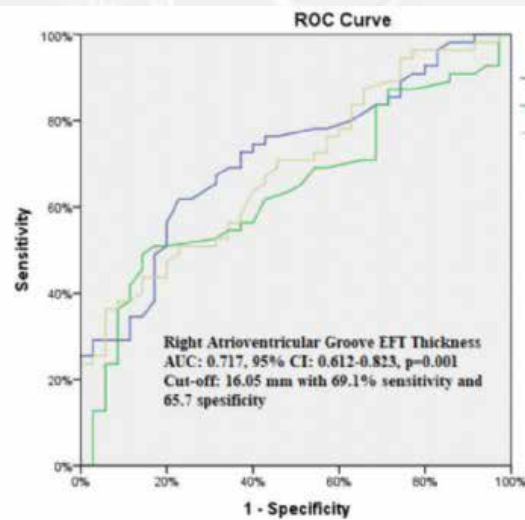
Şekil 2

Table 1. Univariate and Multivariate Regression Analysis Determining the Predictors of RV Dysfunction in Patients with APE

| Variables  | Univariate Analysis  |         | Multivariate Analysis |         |
|--|----------------------|---------|-----------------------|---------|
|  | OR (95% CI)          | P Value | OR (95% CI)           | P Value |
| Age, years   | 1.036 (1.006-1.067)  | 0.019   | 1.011 (0.959-1.065)   | 0.687   |
| Male Sex   | 0.636 (0.272-1.490)  | 0.208   |                       |         |
| Syncope on Admission                               | 4.286 (0.502-36.572) | 0.183   |                       |         |
| Symptom Interval, days                             | 1.014 (0.958-1.071)  | 0.631   |                       |         |
| Previous Pulmonary Embolism                        | 2.692 (0.285-25.109) | 0.385   |                       |         |
| Deep Venous Thrombosis                             | 1.647 (0.688-3.987)  | 0.255   |                       |         |
| Surgery, within the past month                     | 0.583 (0.197-1.727)  | 0.330   |                       |         |
| Trauma, within the past month                      | 0.290 (0.029-2.003)  | 0.171   |                       |         |
| Malignancy   | 0.927 (0.189-4.858)  | 0.369   |                       |         |
| sPESI  | 1.236 (0.827-1.849)  | 0.301   |                       |         |
| Glucose, mg/dl                                     | 1.009 (0.997-1.020)  | 0.143   | 1.009 (0.999-1.029)   | 0.404   |
| Creatinine, mg/dl                                  | 3.331 (0.654-16.973) | 0.148   | 2.790 (0.155-50.144)  | 0.486   |
| Hemoglobin, g/dl                                   | 1.071 (0.875-1.313)  | 0.512   |                       |         |
| D-dimer, ng/mL                                     | 1.006 (1.000-1.001)  | 0.622   |                       |         |
| Fibrinogen, g/l                                    | 0.933 (0.622-1.406)  | 0.747   |                       |         |
| CRP, mg/L  | 0.996 (0.989-1.004)  | 0.302   |                       |         |
| Troponin, per 0.001 ng/mL                          | 1.008 (1.000-1.016)  | 0.054   | 1.006 (1.000-1.012)   | 0.050   |
| sPAP, mmHg   | 1.035 (1.002-1.068)  | 0.039   | 1.029 (0.990-1.070)   | 0.152   |
| CTPAOI   | 1.035 (0.988-1.083)  | 0.150   | 0.952 (0.873-1.038)   | 0.265   |
| Pericardial Effusion, any size                     | 2.182 (0.644-7.389)  | 0.210   |                       |         |
| Pulmonary Infarct                                  | 0.778 (0.329-1.856)  | 0.566   |                       |         |
| Mosaic Attenuation                                 | 2.625 (1.016-6.770)  | 0.046   | 1.180 (0.280-6.901)   | 0.854   |
| Right Atrioventricular Groove EFT thickness, mm    | 1.231 (1.089-1.391)  | 0.001   | 1.199 (1.024-1.484)   | 0.024   |
| Left Atrioventricular Groove EFT thickness, mm     | 1.188 (1.010-1.396)  | 0.038   | N/A*                  |         |
| Anterior Interventricular Groove EFT thickness, mm | 1.416 (1.136-1.765)  | 0.002   | N/A*                  |         |

\*Non-significant. EFT, septal values for right and left atrioventricular and anterior interventricular groove EFT values are 0.137, 0.067 and 0.183. Because of the fact that these parameters were highly correlated (Pearson coefficients were between 0.378 to 0.547) and may therefore arise multicollinearity issues, we only included the parameter of right atrioventricular groove EFT, which represented the highest variance.

Abbreviations: APE, acute pulmonary embolism; CI, confidence interval; CRP, C-reactive protein; CTPAOC, computed tomography pulmonary artery obstruction index; EFT, epicardial fat tissue; N/A, not applicable; OR, odds ratio; RV, right ventricle; sPAP, systolic pulmonary artery pressure; sPESI, simplified pulmonary embolism severity index.



**SS-017****YÜKSEK PRECISE-DAPT SKORU, AKUT PULMONER EMBOLİ HASTALARINDA TÜM NEDENLERE BAĞLI ÖLÜMÜ ÖNGÖRDÜRÜR**

Elif Hande Özcan Çetin, Nezaket Merve Yaman

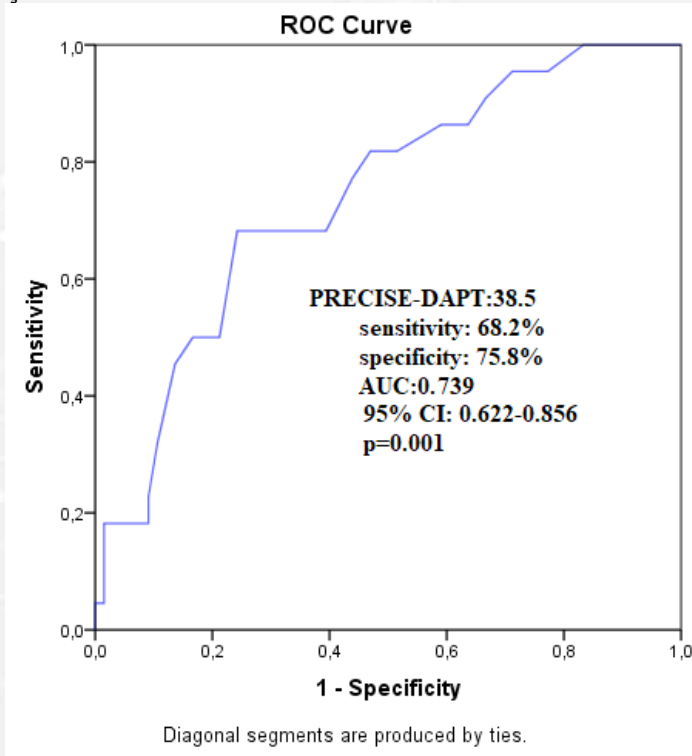
Ankara Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Venöz tromboembolizmin yaşamı tehdit eden prezentasyonu olarak, akut pulmoner emboli (APE) ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Çalışmalar, kimin daha yüksek risk altında olduğunu belirlemek için hastaların risk sınıflandırmasına odaklanmaktadır. Trombotik riskin değerlendirilmesi ve bu riske dayalı olarak antikoagülan ve trombolitik tedaviye başlanması APE hastalarının yönetiminin temel taşıını oluşturur. Bu nedenle, klinik parametreler, laboratuvar biyobelirteçleri, görüntüleme parametreleri ve bu parametrelerden oluşan skorlar dahil olmak üzere birçok prognostik belirteç rapor edilmiştir. Bununla birlikte, yeni belirteçler ve risk skorlarına halen gereksinim vardır. PRECISE-DAPT skoru, PKG uygulanan hastalarda ikili antitrombosit tedavinin optimal süresini değerlendirmek için bir kanama riski skoru olarak ortaya çıktı, ancak son çalışmalar bu skorun trombotik olayları öngörmedeki etkinliğini de gösterdi. Diğer skor sistemlerinde olduğu gibi, daha yüksek kanama riski daha yüksek trombotik riskle birlikte veya tam tersi geçerlidir. PRECISE-DAPT skoru yaş, hemoglobinin, kreatinin, lökosit seviyesi, önceki kanama öyküsü gibi kanama, tromboz ve mortalitenin bilinen öngördücülerinden oluşur. PRECISE-DAPT skoru, kanamaya yatkınlık ve tromboembolik olayların ciddiyetine ilişkin daha fazla bilgi sağlayabilir. Bu çalışmada, PRECISE DAPT skorunun APE'li hastalarda uzun dönem tüm nedenlere bağlı mortaliteyi öngördürmede yararlılığını değerlendirmeyi amaçladık. Bu çalışmaya 88 hasta dahil edildi ve hastalar medyan 1244 gün (min. 1- maks.1793 gün) takip edildi. PRECISE-DAPT skor yaş, hemoglobinin, lökosit, kreatinin ve kanama öyküsü varlığı parametreleri ile hesaplandı. Tüm nedenlere bağlı mortalite gerçekleşen hastalarda PRECISE-DAPT skoru, sağ ventrikül disfonksiyonu sıklığı ve pulmoner arter basıncı daha yüksekti. ROC analizinde, uzun dönem mortaliteyi öngördürmede, PRECISE-DAPT skoru için 38.5 kestirim değerinin %68.2 sensitivite ve %75.8 spesifiteye sahip olduğu görüldü (EAA:0.739, %95 GA: 0.622-0.856). PRECISE DAPT skoru yüksek tertilde olan hastalarda, daha fazla tüm nedenlere bağlı mortalite görülmüştür (Ki-kare: 13.622, p=0.001). Sonuç olarak, PRECISE DAPT skoru APE hastalarında mortalitenin yararlı bir prediktörü gibi görünmektedir. Bu skor, bu hastaların risk sınıflandırmasında değerli bir yere sahip olabilir ve daha yüksek mortalite riski taşıyan hastaların belirlenmesini ile tedavinin bireyselleştirilmesini kullanabilir.

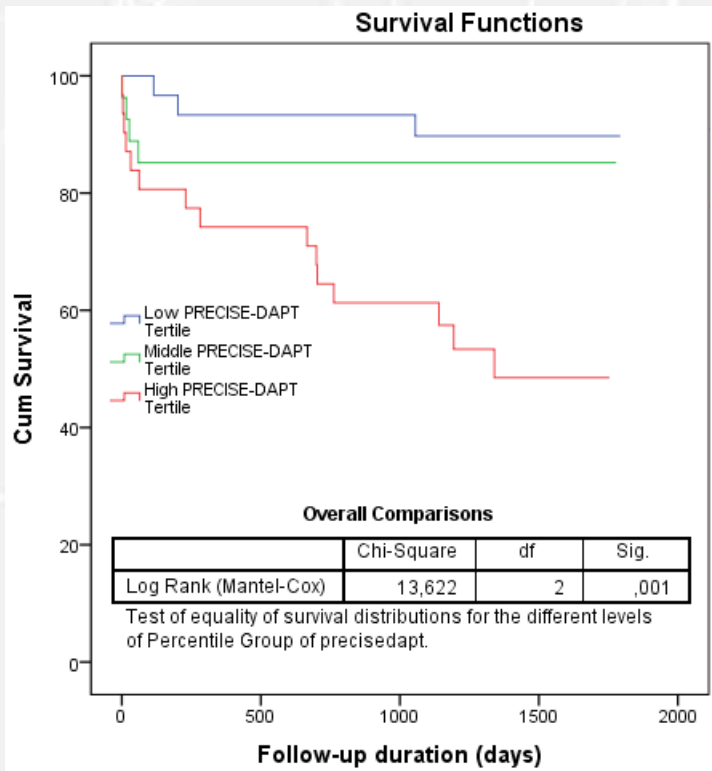
**Anahtar Kelimeler:** akut pulmoner emboli, PRECISE-DAPT, risk skor



Şekil 1



Şekil 2



## SS-018

**İDİOPATİK PULMONER FİBROZİS HASTALARINDA GAP İNDEKSİNİN YÜKSEK ÇÖZÜNÜRLÜKLÜ BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ İLE İLİŞKİSİ**

Özlem Türkoğlu<sup>1</sup>, Oğuzhan Okutan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

**GİRİŞ:** İdyopatik Pulmoner Fibrozis (IPF), tanısı ve takibi görüntüleme yöntemleri, klinik bulgular ve biyopsi eşliğinde konulan akciğerin sessizce ilerleyen kronik hastalıklarındandır. Prognoz takibinin hastalığın tedavisinde faydalar oluşturması, fibrozis şiddetinin radyolojik yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) ile ölçümünü ve klinik olarak uygulanan skor indekslerini önemli hale getirmiştir.

**MATERYAL-METOD:** Ocak 2017- Aralık 2018 yılları arasında IPF tanısı almış, hastaların kayıtları incelendi. IPF hastaları Amerikan Toraks Derneği / Avrupa Solunum Derneği / Japon Solunum Derneği / Latin Amerikan Toraks Derneği (ATS / ERS / JRS / LATS) 2018 klavuzuna göre (kesin UIP, olası UIP, belirsiz UIP, alternatif tanı) deöerlendirildi ve histopatolojik tanı doğrulaması yapıldı. Meslek, ilaç ve çevresel etkenlere bağlı veya herhangi bir kollajen doku bozukluğu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Akciğer parankimi, karinadan ve alt pulmoner venlerden geçen çizgilerle 3 bölgeye ayrıldı. YÇBT paternleri 1 ile 4 arasında puanlandı (1.Normal 2. Retikülasyon 3. Traksiyon bronşektazi 4. Bal peteği. Skor ile her bölgedeki etkilenen parankim yüzdesi belirtildi.Hastaların yaşı, cinsiyeti, GAP skoru kaydedildi. Solunum fonksiyon testi yapıldı. YÇBT paternleri puanla değerlendirildi. Mortaliteyi belirleme indeksi (GAP) indeksi ve zorlu vital kapasite (FVC) solunum fonksiyon testi ile hastaların YÇBT puanlanması kıyaslandı. GAP indeksi ile YÇBT'deki fibrozis skorları arasındaki korelasyonu tespit etmek çalışmanın amacıydı.

**SONUÇLAR:** Kırkdokuz hastanın %61,2'si (n=30) erkekti. Ortalama yaş 72,7±8,4 yıl, ortalama FVC (%)'si 79,2±19,4, DLCO % 54,7±23,8, GAP indeksi 3,7±1,4 ve BT skoru 253,0±86,4 olarak hesaplandı. Erkek cinsiyette GAP indeks ortalaması kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p<0,001). YÇBT Skoru DLCO skoru ile negatif yönde, GAP İndeks ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptandı (p<0,001 p=0,001). GAP Evre I'de kadın cinsiyet yaygın, %FVC değeri daha yüksekti ve ortalama YÇBT puanı GAP Evre II ve III'te görülenden daha düşüktü.HRCT puan ortalaması GAP evre I ile III arasında da anlamlı farklılık göstermekte iken GAP Evre II ile evre III istatistiksel anlamlı farklılık göstermiyordu. DLCO puanı ortalamaları GAP in evreleri ile pozitif yönde anlamlı korelasyon gösteriyordu.

**TARTIŞMA:** IPF hastalarında YÇBT ile değerlendirme DLCO ile mukayese edildiğinde, GAP evre II ile evre III arasındaki anlamlı farkı belirlemede yetersizdir.

**Anahtar Kelimeler:** idyopatik pulmoner fibrozis, bilgisayarlı tomografi, GAP indeks

**SS-019****AKUT PULMONER EMBOLİDE OLASILIKLAR, SKORLAMALAR, RİSK GRUPLAMALARI BİZE NE KADAR YOL GÖSTERİYOR?**

Nesrin Öcal<sup>1</sup>, Yakup Arslan<sup>1</sup>, Deniz Doğan<sup>1</sup>, Hatice Çetinkaya<sup>1</sup>, Derya Kınık<sup>1</sup>, Cantürk Taşçı<sup>1</sup>, Murat Çelik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

**AMAÇ:** Akut pulmoner tromboemboli mortalitesi yüksek ve sık bir klinik tablodur. Postmortem çalışmalar bize pek çok hastanın tanı alamadan öldüğünü göstermektedir. Hastalığın tanısız algoritmalarının iyi yürütülmesi tanıyı hızlandıran ve dolayısıyla sağkalımı arttıran bir noktadır. Bu açıdan çeşitli olasılık, risk ve sağkalım skorlamaları kullanılmaktadır. Bu çalışmada günlük pratiğimizde kullandığımız skorlamaların hasta prognozu üzerine ne kadar etkili olduklarını ve güvenilirliklerini ortaya koymayı hedefledik.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Haziran 2016-haziran 2019 tarihleri arasında göğüs hastalıkları kliniğinde akut pulmoner tromboemboli (PTE) tanısıyla yatırılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik, laboratuvar ve klinik verileri revize edildi. Hastalara ait Well's skoru, PESI, sPESI, 30 günlük erken mortalite risk grubu, tanı yöntemi, Eko bulguları, laboratuvar verileri, yatış süreleri ve sağkalım durumları kayıt altına alındı. Veriler istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Toplam 222 (115 kadın, 107 erkek) hasta. Hastaların yaş ortalaması 66.3 (21-95). Tanıdan sonra ilk 30 günde toplam 19 hastada (%8.6) mortalite izlendi. Sağkalım ve mortalite grupları karşılaştırıldığında Well's skoru, yaş, CK-MB, Troponin-I değerleri mortalite grubunda yüksek olmakal beraber fark anlamlı değildi. Ancak, PESI, sPAB, D-dimer, pro-BNP seviyeleri mortalite grubunda anlamlı seviyede yüksekti ( $p < 0.05$ ). Hasta popülasyonundan toplam 154 hastaya EKO yapılmış. Bu hastalardan; Sağ kalp dilatasyonu olan hasta oranı %60.4 olup sağ kalp dilatasyonu olan ve olmayanların mortalite oranları sırası ile %11.8'e karşılık %1.6 bulundu ( $p = 0.021$ ). Global hipokinezi tespit edilen hasta oranı %10.4'di. Global hipokinezi olan ve olmayanların mortalite oranları sırası ile %25 ve %5.8'di ( $p = 0.007$ ). Venöz Doppler USG tüm hastalarda yapılmış ve Akut DVT oranı %36.9 bulundu. DVT ile mortalite arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi. 30 günlük mortalite risk gruplarına göre mortalite oranları incelendiğinde yüksek risk grubunda %36.8, orta-yüksek risk grubunda %5.1, orta-düşük risk grubunda %7.1, düşük risk grubunda %5.4 mortalite sıklığı saptandı. Mortalite izlenen hastaların ortalama yaşam süresi; Düşük risk grubunda: 29.04 gün (95%CI:28.04-30.04), Orta-düşük risk grubunda: 28.38 gün (95%CI:26.98-29.78), Orta-yüksek risk grubunda: 29.22 gün (95%CI:28.18-30.25), Yüksek risk grubunda: 21.52 gün (95%CI:16.41-26.63) bulundu.

**SONUÇ:** PESI, 30 günlük mortalite sik skoru gibi yaklaşımlar akut PTE'de mortaliteyi öngörmeye faydalı olmakla beraber tek başlarına yeterli değildir. Son ESC klavuzunda EKO ve Pro-BNP kriterleri opsiyonel bırakılmış olmasına rağmen bizim sonuçlarımız her ikisinin de risk değerlendirmesinde çok büyük katkı sağladığını göstermiştir.

**Anahtar Kelimeler:** pulmoner emboli, skor, risk, prognoz, mortalite



## SS-020

## PULMONER EMBOLİ İLE OBSTRÜKTİF SLEEP APNE ARASINDAKİ İLİŞKİ

Özlem Kahya, Sinem Nedime Sökücü, Cengiz Özdemir

İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

**AMAÇ:** Kardiyovasküler hastalıklar, obstrüktif uyku apne sendromunun (OUAS) en önemli komplikasyonlarından biridir. Pulmoner tromboemboli (PTE) miyokard infarktüsü, serebrovasküler olay (SVO)'dan sonra en sık görülen görülen kardiyovasküler hastalıktır. Son zamanlardaki çalışmalarda OUAS ile PTE arasında bir ilişki olduğu, OUAS'ın PTE için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda PTE hastalarında OUAS sıklığını, OUAS'ın PTE şiddeti ile ilişkisini ve PTE hastalarında 1 aylık mortaliteye etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Tek merkezli, prospektif, karşılaştırmalı vaka kontrol yönteminde olan çalışmamıza 01/07/2018-04/01/2020 arasında SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H' de göğüs hastalıkları kliniklerinde yatan, nonmasif PTE tanısı pulmoner bilgisayarlı tomografi (BT)- anjiyografi veya pulmoner ventilasyon perfüzyon sintigrafisi ile kesinleştirilmiş 198 hasta alındı. Hastaların gündüz aşırı uyku hali Epworth anketiyle; OUAS riski Berlin, STOP ve STOP- BANG uyku anketleri ile değerlendirildi. Hastaların tanı anındaki demografik ve klinik verileri, komorbideteleri, PE şiddet indeksi (PESİ), basitleştirilmiş PE şiddet indeksi (SPESİ), WELLS skorları, troponin, D-dimer değerleri, ekokardiyografi (EKO) bulguları incelendi. Epworth, Berlin, STOP, STOP- BANG uyku anketleri açısından yüksek ve düşük riskli hasta grupları PTE parametreleri açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** 198 hastanın 121'i (%61) erkek, ortalama yaşı 58,2±16,3'tü. PE tanılı 198 hastada yapılan anketler sonucunda hastaların 138'inde (%69,6) Berlin, 174'ünde (%87,8) STOP-BANG, 152'sinde (%76, 7) STOP anketi, 127'sinde (%64,1) Epworth anketi yüksek riskli olarak saptandı. Uygulanan logistik regresyon analizi sonucunda, Berlin skoru ile diabetes mellitus(DM), hipertansiyon(HT), kalp yetmezliği, PESİ ve SPESİ skoru, troponin değerleri arasında; Epworth skoru ile WELLS skoru arasında; STOP BANG skoru ile PESİ skoru arasında ve STOP skoru ile HT varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p<0,05). 1 aylık takip süresinde hastalardan 9'u eksitus olup mortalite %4,5 olarak saptandı.

**SONUÇ:** OUAS ve PTE, Virchow triadı olarak adlandırılan vasküler endotelial hasar, venöz staz, hiperkoagülabilitate patofizyolojik mekanizması nedeniyle ilişkilidir. PTE tanılı hastalarda OUAS prevalansını ve gündüz aşırı uyku halini sıklığını normal popülasyona göre artmış bulduk. Çalışmada, OUAS'ın PTE riskini, şiddetini, prognozunu ağırlaştırabildiği ve bunun PESİ, WELLS, SPESİ skorlarıyla, Troponin, PROBNP değerleriyle ilişkili olduğu gösterildi. Aynı zamanda, gündüz aşırı uyku halinin WELLS skoru ile ilişkili olduğu gösterildi. Çalışmamızın sonucu olarak OUAS'ın PTE için bir risk faktörü olabileceği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Obstrüktif uyku apne sendromu, Pulmoner tromboembolizm, Tromboz



## SS-021

## İTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI TANISINDA BRONKOSKOPİK TRANSBRONŞİYAL FORSEPS BİYOPSİ VE KRİYOBİYOPSİNİN TANISAL DEĞERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Burçin Hakoğlu, Ali Kadri Çırak, Serpil Tekgül

SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi SUAM

**GİRİŞ-AMAÇ:** Bu çalışmada interstisyel akciğer hastalığı (İAH) tanısında konvansiyonel transbronşiyal biyopsi (TBB) ile transbronşiyal kriyobiyopsinin (cTBB) tanisal açıdan karşılaştırılması amaçlanmıştır.

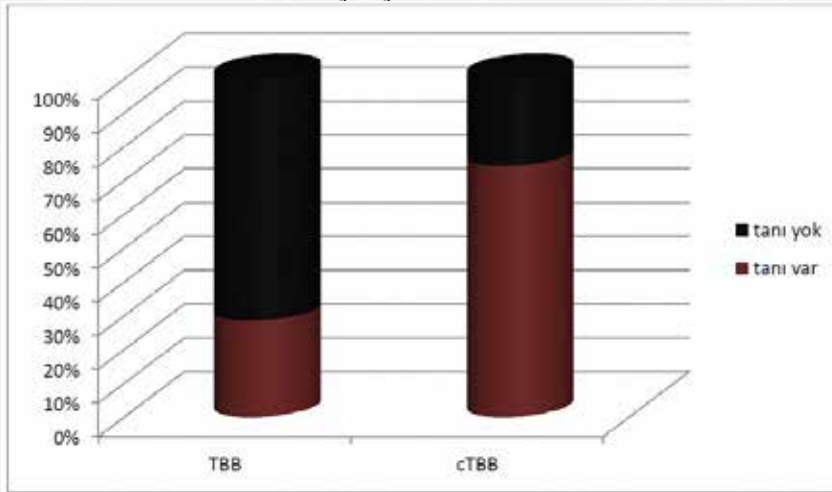
**HASTALAR ve YÖNTEM:** Mayıs 2015-Mayıs 2017 tarihleri arasında polikliniklerimize başvuran, klinik ve radyolojik olarak İAH kuşkulu 18'i erkek, toplam 35 kişi dahil edildi. Yaş ortalaması 56 (SS: 8,8) olarak hesaplandı. Hastaların poliklinik notları, epikrizleri, işlem raporları, radyolojik, laboratuvar ve patolojik sonuçları değerlendirildi. Seçilmiş hastalarda, radyoloji uzman doktorlarının belirlediği alandan, genel anestezi altında, entübasyon tüpü içinden fiberoptik bronkoskop (FOB) veya rijid bronkoskop içinden aynı seansta TBB ve cTBB uygulanmış. FOB içinden gönderilen Olympus marka forseps ve 1,9 mm ERBE marka kriyoprob ile C kollu skopi rehberliğinde subpleval alandan biyopsiler alınmış, kanama kontrolü sonrası işleme son verilmiş. İşlem 8-15 dk sürmüştür. İşlem sonrası post-op yoğun bakımda 1 saat izlenen hastalara kontrol akciğer grafisi çekilmiş. Biyopsi materyali patoloji uzman doktorları tarafından hematoksilen eozin ile boyanarak incelenmiş. İşlem sonrası hastalar komplikasyon durumuna göre ortalama 2.21 gün (1-13 gün) yatış sonrası taburcu edilmiş.

**BULGULAR:** İki hastaya multiple lobdan, 7 hastada sol alt, 22 hastada sağ alt, 4 hastada sağ üst lobdan örnekleme yapılmış. cTBB ile 1-5 (ortanca 3) biyopsi alınmış. Alınan materyal boyutu 3-4 mm ölçülmüş. 25 hastada (%71.4) hafif kanama, 5 hastada (%14.2) orta şiddette kanama izlenmiş. Altı vakada (%17.1) pnömotoraks gelişmiş. TBB ile 10 hastada (%28.6) patolojik tanıya ulaşılmış. Bunların hepsine cTBB materyalinde de aynı tanıları koyulmuş. cTBB ile tanı koyulan 26 hastanın (%74.3) 4'ünde nonspesifik patolojik bulgular mevcut olarak raporlanmış. cTBB ile tanı konan 10 UIP hastasının sadece 1'ine TBB ile tanı koyulabilmiş.

**TARTIŞMA:** Bu çalışmada interstisyel akciğer hastalığı tanısında transbronşiyal kriyobiyopsi (cTBB) ile transbronşiyal forseps biyopsinin tanisal değerleri karşılaştırılmıştır. cTBB, TBB'ye tanisal açıdan anlamlı olarak üstün bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Otuz beş hastanın dahil edildiği çalışmamızda pnömotoraks oranı (%17.1) literatürle benzer oranda izlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** diffüz parankimal akciğer hastalıkları, tanı, kriyobiyopsi, transbronşiyal forseps biyopsi, bronkoskopi

## TBB ile cTBB tanı oranı karşılaştırması



**SS-022****ANTİNÖTROFİLİK STOPLAZMİK OTOANTİKOR İLİŞKİLİ VASKÜLİTLERDE AKCİĞER TUTULUMU VE PROGNOSTİK BELİRTEÇLER**

Serdar Akpınar<sup>1</sup>, Hatice Şahin<sup>2</sup>, Ebru Gök Oğuz<sup>2</sup>, Mehmet Deniz Aylı<sup>2</sup>, Ayşe Kevser Erdöl<sup>1</sup>, Emine Bahar Kurt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ.Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H- Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>SBÜ.Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H- Nefroloji Kliniği

**GİRİŞ:** ANCA ilişkili vaskülitlerin patogenezi ve tedavisinde son zamanlarda ortaya çıkan ilerlemelere rağmen, hastalığın klinik seyri, tutulan organların genişliği ile mortalite ve morbiditeyi öngörmeye henüz yeterli veri bulunmamaktadır. Biz çalışmamızda ANCA ilişkili vaskülitli olan olgularda C- reaktif protein (CRP), CRP/albumin oranı, nötrofil/lenfosit oranıyla, D vitamini ve sistemik inflamatuvar indeks değerlerini hastalık şiddeti ve akciğer tutulumuyla olan ilişkisini araştırmayı amaçladık.

**METOD:** Çalışmaya 2014- 2018 yılları arasında hastanemiz Göğüs hastalıkları ve Nefroloji klinikleriyle, dahili yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş olan, 34 ANCA ilişkili vaskülit olgusu alındı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri arasında; Amerikan romatoloji derneğinin 1990'da yaptığı ve daha sonrasında 2007 yılında Avrupa ilaç ajansının yeniden klasifiye ettiği ve 2012 de modifiye edilen Chapel Hill konsensus konferansı kriterlerine göre GPA, MPA tanılarını karşılayan olgular dahil edildi. Olguların c-ANCA ve p- ANCA değerleri kaydedildi. Ayrıca olguların medikal kayıtları, mortalite, morbiditeler, yoğun bakıma giriş, akciğer tutulumu ile komorbiditeler kaydedildi. Olguların yaş, Crp, albumin, Crp/albumin oranı, D vitamini düzeyleri ile nötrofil/lenfosit oranı ile sistemik inflamatuvar indeks puanları kaydedilerek prognoz üzerindeki etkileri araştırıldı. Crp/albumin oranı hesaplanırken Crp mg/L, albumin ise gr/dl olarak hesaplandı. Sistemik inflamatuvar indeks (Sii) hesaplandı.

**SONUÇLAR:** Çalışmaya alınan 34 olguda hastalık yaygınlığı ve şiddeti, mortalite, morbidite ve yoğun bakıma alınma gibi durumları tahmin etmede biyobelirteçlerin rolü incelendi. Akciğer tutulumu olan 19 olguda nötrofil/lenfosit oranı, D vitamini ve sistemik inflamatuvar indeks düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunamazken (sırasıyla p=0,15, p=0,67, p=0,11), CRP ve CRP/albumin oranı akciğer tutulumu olanlarda anlamlı derecede yüksek bulundu (sırasıyla p=0,049, p=0,045). Ayrıca yoğun bakım ihtiyacı bulunan olgularda Crp/albumin oranı yüksek ve D vitamini düzeyleri anlamlı derecede düşük bulundu (sırasıyla p=0,027, p=0,048). Yoğun bakıma alınan olgularda akciğer tutulumu anlamlı derecede yüksekti (p=0,020). (Çalışmaya hasta alımı devam etmektedir. Bu bildiri de çalışmamızın ön sonuçları paylaşılmıştır.) Sonuç olarak; CRP/albumin oranı, ANCA ilişkili vaskülitlerde hastalık yaygınlığı, akciğer tutulumu, yoğun bakıma alınma ve morbiditenin öngörülmesinde kullanıma uygun bir belirteç olabilir. Bu hasta grubunda akciğer tutulumu ve prognoz tahmininde biyobelirteçlerin rolünü netleştirmek için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** vaskülitler, Antinötrofilik stoplazmik antikor, vaskülitlerde belirteçler

## SS-023

## PLEVRAL EFÜZYONLARDA LOKAL ANESTEZİ ALTINDA TAMAMEN UYANIK TEK PORT VİDEOTORAKOSKOPİK CERRAHİ

Hüseyin Yıldırım, Güven Sadi Sunam

Selçuk Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

**AMAÇ:** Video yardımcı torakoskopi (VATS) son yıllarda göğüs cerrahisi ameliyatlarının çoğunda kullanılmaktadır. Son on yılda, nonentübe VATS (NI-VATS) yaygın olarak kullanılmaktadır ve minimal invaziv prosedürler için giderek daha popüler bir cerrahi teknik haline gelmiştir. Bu çalışmada, sadece lokal anestezi altında, sedasyon veya torasik epidural anestezi olmadan plevral efüzyonlar için hastanın tamamen uyanık olduğu, uniportal lokal anestezi altında VATS (wide awake local anesthesia-VATS-uniportal: WALA-VATS-U) tekniğinin kullanılması amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** 2009-2019 arasında, plevral efüzyonu olan 39 hasta retrospektif olarak incelendi. Cerrahi Teknik: Hastalar yarı Fowler pozisyonuna getirildi. Cilt hazırlandıktan sonra, 10ml izotonik ve 10ml % 0.5 bupivakain solüsyonu hazırlanarak, subdermal ve intramuskuler uygulandı. 15 dakika sonra, 10 mm'lik 0 derece videotorakoskop için toraksa tek bir port insizyonu yapıldı. Plevral boşlukta herhangi bir lezyon varsa plevral sıvı örnekleri ve plevral biyopsiler alındı. Değerlendirme: Yaş, cinsiyet, şikayet, lateralite, efüzyon tipi, sitoloji sonuçları, hastaların komorbiditeleri, hastanede kalış süresi, drene edilen efüzyon miktarı, ameliyat süresi ve patoloji sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Yaş ortalaması 68,05 (48-85) idi. 37 hastada nefes darlığı, 1 hastada öksürük, 1 hastada ise halsizlik ve ateş başlıca şikayetler olarak belirlendi. Çalışmadaki tüm hastalar genel anestezi için American Society of Anesthesiologists (ASA) IV ve üzeri risk olarak değerlendirilen hastalardı. 20 sol ve 19 sağ tarafa WALA-VATS-U uygulandı. Masif plevral efüzyonlu hastalarda drene edilen ortalama sıvı 1311 ml (400-4000 ml) idi. Hastaların hiçbirinde entübasyon gerekmedi, torakotomiye ihtiyaç olmadı. Hastanede kalış süresi ortalama 9,28 gündü (1-23).

**SONUÇ:** Plevral efüzyonların tanı ve tedavisinde uniportal torasik cerrahi yaklaşım idealdir. WALA-VATS-U esnasında kas gevşetici ve sedatiflere ihtiyaç duyulmadığından, özellikle genel anestezi için yüksek risk grubundaki hastalar için, konvansiyonel VATS ve NI-VATS'tan daha güvenli bir tekniktir.

**Anahtar Kelimeler:** lokal anestezi, plevral efüzyon, torakoskopi

## Şekil 1



WALA-VATS-U esnasında hasta, cerrahi ekip ve monitör yerleşimi



**Şekil 1**

|            | Kadın | Erkek | Toplam |
|------------|-------|-------|--------|
| Yaş (ort.) | 66.4  | 68.13 | 67.32  |
| Cinsiyet   | 20    | 19    | 39     |

*Hasta özellikleri***Tablo 2**

| Patoloji sonuçları                   | n  |
|--------------------------------------|----|
| Plevrit / kronik inflamasyon         | 20 |
| Adenokarsinom                        | 9  |
| Mezotelyoma                          | 3  |
| Organize hematoma                    | 2  |
| Nonnekrotizan granümatöz inflamasyon | 1  |
| Yağ nekrozu                          | 1  |
| Lenfoid hücre                        | 1  |
| Küçük hücreli akciğer kanseri        | 1  |
| Renal hücreli karsinom               | 1  |

*Patoloji sonuçları*



**SS-024****MEDİASTİNAL NÖROJENİK TÜMÖRLERDE VATS VE TORAKOTOMİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Ali Bilal Ulaş, Yener Aydın, Atilla Eroğlu

Atatürk Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Erzurum

**AMAÇ:** Mediastinal nörojenik tümörler nöral hücrelerden kaynaklanır ve genellikle posterior mediastende yerleşim gösterirler. Bu çalışmada mediastinal nörojenik tümörlerde torakotomi ve VATS ile tedavi uygulanan olguların sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Tek merkezli, retrospektif çalışmaya Ocak 2000 - Ağustos 2020 tarihleri arasında histopatolojik olarak mediastinal nörojenik tümör tanısı konmuş ardışık 26 olgu (12 erkek, 14 kadın; ort. yaş 39.4 ± 22.3 yıl; dağılım 1-72 yıl) dahil edildi.

**BULGULAR:** Olguların 5'i (%19.2) çocuk iken 21 (%80.8) olgu erişkin yaşta idi. Olguların hepsinde lezyonlar posterior mediastinal yerleşimli idi. On sekiz olguda (%69.2) histopatolojik olarak schwannoma tespit edilmiş olup bu olguların hepsi erişkin hastalar idi. Üç olguda (sırasıyla 3, 6 ve 7 yaş) ganglionörom tespit edildi. İki olguda (2 ve 42 yaş) ganglionörobalastom, tespit edilirken birer olguda paraganglioma (59 yaş), nörofibrom (42 yaş) ve nöroblastom (1 yaş) tespit edildi. Olguların 14'üne torakotomiyle (7 sağ, 7 sol) ve 12 olguya torakoskopik (7 sağ, 5 sol) olarak rezeksiyon uygulandı. VATS yapılan olgulardan birinde (paraganglioma) adezyonlar nedeniyle torakotomiye geçildi. Ortalama tümör boyutu torakotomi grubunda 7.4 ± 1.9 cm (dağılım 5- 12 cm) iken VATS grubunda 4.3 ± 1.9 cm (dağılım 2- 7 cm) idi. Ortalama ameliyat süresi torakotomi grubunda 101.7 ± 27.8 dk (dağılım 70- 150 dk) iken VATS grubunda 77.9 ± 24.3 dk (dağılım 60- 150 dk) idi. Ortalama postoperatif hastane yatış süresi torakotomi grubunda 7.4 ± 4.0 gün (dağılım 3-20 gün) iken VATS grubunda 4.7 ± 1.7 gün (dağılım 2-7 gün) idi.

**SONUÇ:** Mediastinal nörojenik tümörlerin çoğu benign olup tedavisinde cerrahi rezeksiyon gereklidir. Artan tecrübe ile birlikte çoğu olguda torakoskopik olarak rezeksiyon uygulanabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** mediasten, nörojenik tümörler, torakoskopi, torakotomi

## SS-025 KEMİK YOĞUNLUĞUNUN KOSTA KIRIKLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Hüseyin Yıldırım

Selçuk Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Konya

**GİRİŞ:** Toraks travması sonrası en sık karşılaşılan klinik tanı kosta kırığı olup çeşitli travma şekilleri ile ve farklı yaş gruplarında hastane başvuruları olmaktadır. Bu hastaların bazıları normalde kırık oluşturmayacak bir travma sonrası başvurur. Bunun nedeni bu hastalarda kemik yoğunluğunun az olması olabilir, ne var ki kemik yoğunluğu ölçümü için travma hastasında, kolay ve hızlı sonuç veren bir ölçüm yöntemi tanımlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı bilgisayarlı toraks tomografisi (BTT) kullanılarak ölçülen kemik yoğunluğunun, travmanın ve hastaların özellikleri ile ilişkisi olup olmadığının araştırılmasıdır.

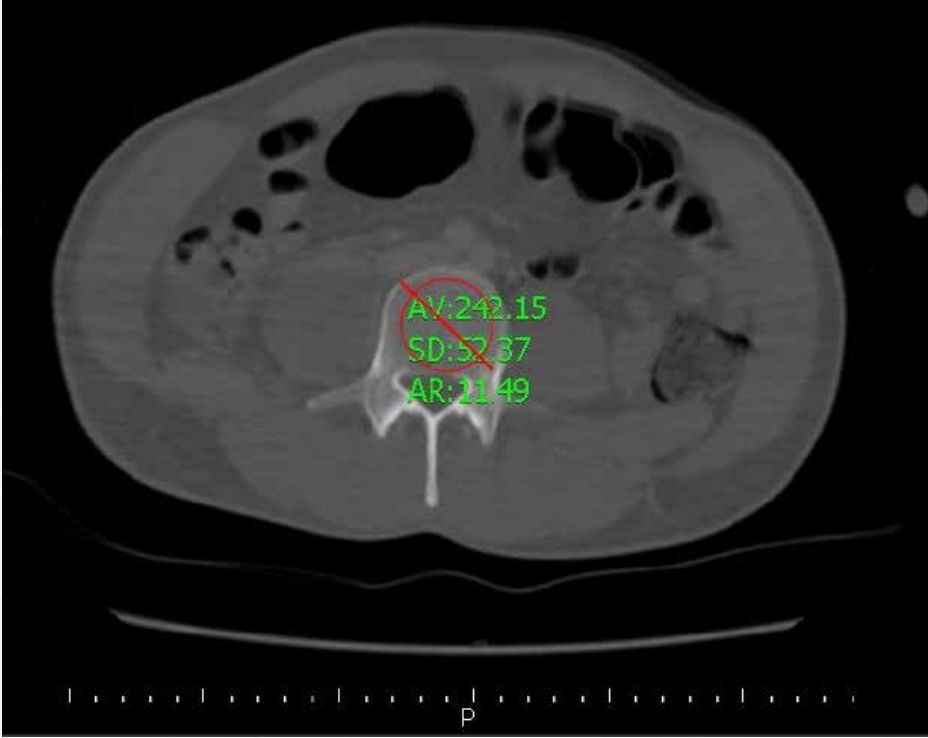
**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Kasım 2017-Ocak 2019 tarihlerinde toraks travması ile başvuran ve kosta kırığı tespit edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Ayaktayken düşme, paramedikal uygulamalar, fiziksel zorlama ile ve öksürük ile kosta kırığı gelişen hastalar minör travma grubuna dahil edildi. Tüm trafik kazaları, yüksekten düşmeler, çarpışma ve ezilme travmaları majör travma grubuna dahil edildi. Başvuru sırasında çekilen BTT'lerinde kesit alanına giren L1, L2 ve L3 lomber vertebralar korpuslarından ölçülen Hounsfield Ünitesi (HU) değerlerinin ortalamaları kaydedildi (Şekil 1). Bulgular SPSS 21.0 kullanılarak t testi ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya yaş ortalaması 49,7 olan 38 hasta (13 kadın, 25 erkek) dahil edildi. Tüm hastaların ortalama HU değeri  $177 \pm 49,8$  idi. Cinsiyete göre HU ölçümleri erkek hastalarda ortalama  $175,9 \pm 53,9$  ve kadın hastalarda  $179,2 \pm 42,5$  olarak bulundu. Cinsiyete göre iki grup arasında istatistiksel olarak kıyaslama yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ). Yaşa göre HU ölçümlerinin ortalaması 50 yaştan küçük olanlarda ( $n=18$ )  $204,4 \pm 43$  ve 50 yaştan büyük olanlarda ( $n=20$ )  $146,7 \pm 38,3$  olarak hesaplandı (Tablo 1). İki grup arasında anlamlı fark olduğu gözlemlendi ( $p < 0,05$ ). Travmanın şiddetine göre minör travma ( $n=13$ ) ve majör travma ( $n=25$ ) ile başvuran hastaların HU değerleri ortalaması sırasıyla  $153,1 \pm 33,9$  ve  $189,5 \pm 52,6$  olarak bulundu (Tablo 2). İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlemlendi ( $p < 0,05$ ).

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** Toraks travmalarında kosta kırığı majör travmalar sonrası rastlanabilecek bir patolojidir. Kemik mineral yoğunluğundaki azlık minör travmalarla dahi kosta kırığına sebebiyet verebilir. Kemik mineral yoğunluğunun 50 yaş üzerindeki hastalarda daha düşük olması, yaşla osteopeni ve osteoporozun gelişmesine bağlanmıştır. Bu çalışmayla ileri yaşlarda ve düşük mineral yoğunluklarında minör travmalar ile kosta kırığı oluşabileceği gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** kaburga kırığı, kemik yoğunluğu, travma

Şekil 1



Lomber vertebra korpusunda, kemik yoğunluğunun Hounsfield ünitesi cinsinden ölçümü

Tablo 1

|   | Yaş   | N  | Mean  | Std. Devi-<br>ation                | Std. Error<br>Mean                 |   |   |                                    |   |   |
|---|---|--|---|------------------------------------|------------------------------------|---|---|------------------------------------|---|---|
| Has-<br>taların<br>kemik<br>mineral<br>yoğun-<br>luğu | 50<br>yaştan<br>küçük                       | 20   | 204.4220  | 43.03974                           | 9.62398                            |   |   |                                    |   |   |
|   | 50 yaş<br>ve üzeri                          | 18   | 146.7239  | 38.39911                           | 9.05076                            |   |   |                                    |   |   |
|   |   | Leve-<br>ne's<br>test for<br>equality<br>of varian-<br>ces | Levene's<br>test for<br>equality<br>of varian-<br>ces | t-test for<br>Equality<br>of Means | t-test for<br>Equality<br>of Means | t-test<br>for<br>Equal-<br>ity of<br>Me-<br>ans | t-test<br>for Equal-<br>ity of<br>Means | t-test for<br>Equality of<br>Means | t-test for<br>Equality of<br>Means                              | t-test for<br>Equality of<br>Means                        |
|   |   | F  | Sig.  | t                                  | df                                 | Sig.<br>(2-tai-<br>led)                         | Mean<br>Diffe-<br>rence                 | Std. Error<br>Difference           | 95%<br>Confi-<br>dence<br>Interval<br>of the<br>Differen-<br>ce | 95% Con-<br>fidence<br>Interval of<br>the Diffe-<br>rence |
|   |   |  |   |                                    |                                    |   |   |                                    | Lower   | Upper   |
| Has-<br>taların<br>kemik<br>mineral<br>yoğun-<br>luğu | Equal<br>vari-<br>ances<br>assu-<br>med     | .932   | .341  | 4.341                              | 36                                 | .000  | 57.69811                                | 13.29267                           | 30.73933  | 84.65689  |
| Has-<br>taların<br>kemik<br>mineral<br>yoğun-<br>luğu | Equal<br>varian-<br>ces not<br>assu-<br>med |  |   | 4.367                              | 35.999                             | .000  | 57.69811                                | 13.21125                           | 30.90442  | 84.49180  |

Yaşa göre kemik yoğunluğunun istatistiksel analizi



Tablo 2

|                                     | Travma tipi                 | N                                       | Mean                                    | Std. Deviation               | Std. Error Mean              |                              |                              |                              |   |   |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|---|
| Has-taların kemik mineral yoğunluğu | Minör                       | 13                                      | 153.1577                                | 33.95671                     | 9.41790                      |                              |                              |                              |   |   |
| Has-taların kemik mineral yoğunluğu | Majör                       | 25                                      | 189.5368                                | 52.69618                     | 10.53924                     |                              |                              |                              |   |   |
|                                     |                             | Levene's Test for Equality of Variances | Levene's Test for Equality of Variances | t-test for Equality of Means | t-test for Equality of Means | t-test for Equality of Means | t-test for Equality of Means | t-test for Equality of Means | t-test for Equality of Means              | t-test for Equality of Means              |
|                                     |                             | F                                       | Sig.                                    | t                            | df                           | Sig. (2-tailed)              | Mean Difference              | Std. Error Difference        | 95% Confidence Interval of the Difference | 95% Confidence Interval of the Difference |
|                                     |                             |   |   |                              |                              |                              |                              |                              | Lower                                     | Upper                                     |
| Has-taların kemik mineral yoğunluğu | Equal variances assumed     | 3.135                                   | .085                                    | -2.250                       | 36                           | .031                         | -36.37911                    | 16.16770                     | -69.16872                                 | -3.58949                                  |
| Has-taların kemik mineral yoğunluğu | Equal variances not assumed |   |   | -2.574                       | 34.120                       | .015                         | -36.37911                    | 14.13408                     | -65.09930                                 | -7.65892                                  |

Travma tipine göre kemik yoğunluğunun istatistiksel analizi

## SS-026

## KLİNİĞİMİZDE TANI KONULAN PULMONER LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZİS OLGULARIMIZ

Leyla Nesrin Acar, S.Ş Erkmn Gülhan, Ebru Sayılır, Seray Hazer, Pınar Bıçakçoğlu, Göktürk Fındık, Koray Aydoğdu, Sadi Kaya

Sbü Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

**GİRİŞ:** Langerhans Hücreli Histiyositozis (LHH), eozinofilik granüloma olarak da bilinen Histiositozis-X başlığı altında toplanan nadir görülen hastalıklardan biridir. Genellikle 3-4. Dekattaki genç erişkin erkeklerde ve sigara içenlerde görülür. Sıklıkla akciğeri tutar (PLHH). Yüksek çözünürlüklü bilgisayar tomografide (YÇBT) üst ve orta zonlarda retikülonodülerin, kistik görünümünün olması karakteristiktir (Resim1). Kesin tanı dokularda immünohistokimyasal olarak S-100 ve CD1a antijen için pozitif boyanan Langerhans hücrelerinin gösterilmesiyle konulur. Hastalığın tedavisinde ilk basamak sigaranın bırakılmasıdır. Nadir görülen hastalık olması nedeniyle kliniğimizde 2010-2019 yılları arasında PLHH tanısı konulan olgularımızı sunduk.

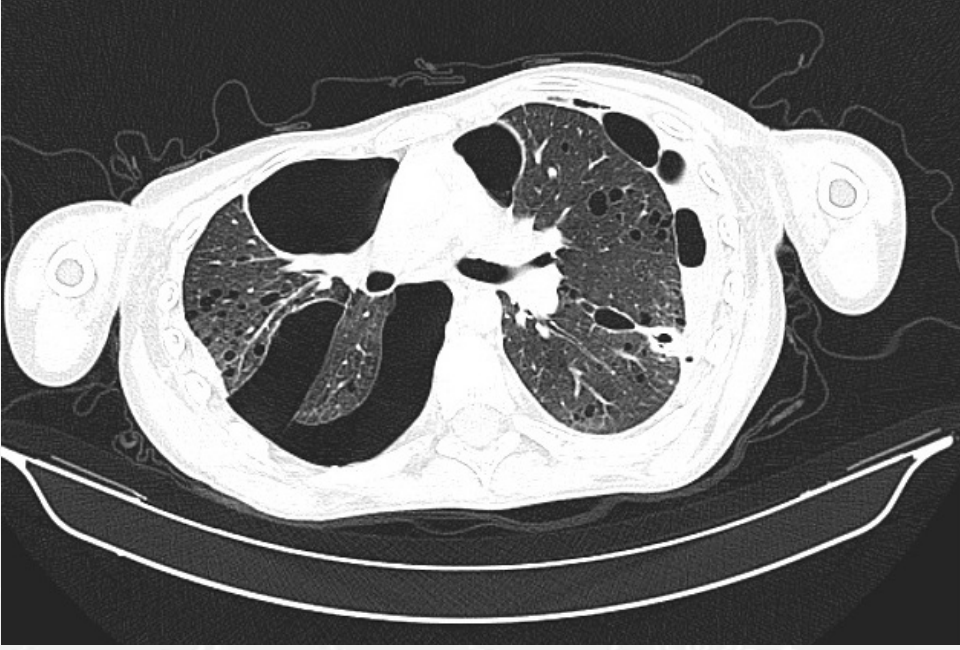
**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Kliniğimizde cerrahi biyopsi ile tanı konulan PLHH olgularımız retrospektif olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, sigara öyküsü, semptom, postoperatif komplikasyon, mortalite değerlendirildi.

**BULGULAR:** Kliniğimizde PLHH tanısı konulan 24 olgusu saptandı. Hastaların 20'si erkek, 4'ü kadın, ortalama yaş 24,34 (16-52) idi. Onbeş olguda sigara öyküsü vardı. Video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) ile 21, mini torakotomi ile cerrahi 3 hastaya uygulandı. İntraoperatif komplikasyon görülmedi. Mortalite saptanmadı. İntertisyel akciğer hastalığı ön tanısı ile 15, nüks pnömotoraks nedeniyle 5, uzamış hava kaçağı nedeniyle 4 olguya cerrahi uygulanması sonucu tanı konuldu. İki olguda bilateral pnömotoraks mevcuttu (Resim2). Postoperatif uzamış hava kaçağı 3 olguda görüldü. Hastalar göğüs hastalıkları kliniği ve çocuk kliniğinde takip, tedavi altına alındılar.

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** LHH etkilenen organ ve dokularda monositik hücreler ve langerhans hücreleri birikimi sonucu oluşan hastalıktır. Sıklıkla akciğeri tutan bir hastalıktır ama deri, lenf nodları, merkezi sinir sistemi gibi birçok doku ve organı tutabilir. Hastalığın kesin insidansı, prevalansı bilinmemektedir. Olguların % 25'i asemptomatiktir. Spontan pnömotoraks %14-50 olguda görülür. YÇBT ile % 84-90 oranında PLHH tanısı konulur. Ancak kesin tanı dokularda immünohistokimyasal olarak S-100 ve CD1a antijen için pozitif boyanan Langerhans hücrelerinin gösterilmesiyle konulur. Elektron mikroskobu ile "Birbeck granülleri"nin gösterilmesi en spesifik tanı yöntemidir. Hastalığın tedavisinde ilk basamak sigaranın bırakılmasıdır. Progresif, sistemik semptomu olan hastalarda steroid kullanılabilir. Vinblastin metotreksat, siklofosamid, etoposid gibi sitotoksik ilaçlar multiorgan tutulumu olan veya steroide yanıt vermeyen progresif hastalığı olan olgularda kullanılır. Sigaranın bırakılması prognozu olumlu etkiler. PLHH nadir görülen bir hastalıktır ve özellikle sigara öyküsü olan, YÇBT'de kistler gözlenen genç hastalarda, pnömotoraks ile başvuran olgularda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Langerhans Hücreli Histiyositozis, akciğer, cerrahi, tanı

Resim1



YÇBT üst ve orta zonlarda retikülonodüller, kistik görünüm

Resim2



PA AC grafi bilateral pnömotoraks



**SS-027****SPONTAN PNÖMOTORAKS SIRASINDA RADYOLOJİK OLARAK HESAPLANAN COLLINS VOLÜMÜ REKÜRRENSİ ÖNGÖREBİLİR Mİ?**

Servet Özdemir, Necati Çitak

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bakırköy / İstanbul

**GİRİŞ:** Spontan pnömotoraks sonrası rekürrens gelişimine pnömotoraks volümünün etkisini araştıran çalışma sayısı çok azdır. Bu çalışmada pnömotoraks volüm ölçümünde kullanılan Collins yönteminin rekürrens öngörme yeteneği ve rekürrens gelişimini etkileyen diğer faktörler araştırılmıştır.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** 2012-2015 yılları arasında spontan pnömotoraks tanısı ile yatırılan 157 hasta demografik özellikleri ve radyolojik görünümleri açısından retrospektif olarak incelenmiştir. Collins volümünün rekürrens gelişimini öngörme yeteneği ROC analizi ile değerlendirilmiş ve eğrinin altında kalan alan (AUC=area under curve) hesaplanmıştır. Rekürrens gelişim riskini belirlemek için Odds Ratio'lar (OR) hesaplanmıştır.

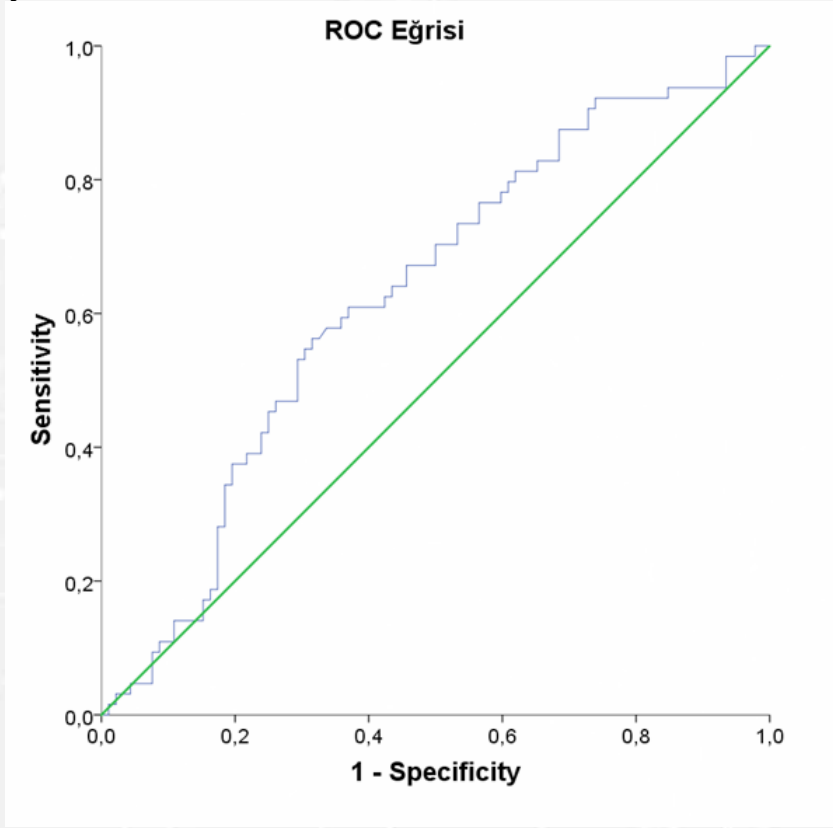
**BULGULAR:** Yaş ortalaması 24,7 yıl olan hastaların çoğunluğu erkek idi (n=141, %90,4). Hastaların %71,8'i sigara içiyordu (içenler için ortalama 7,9 paket/yıl). Tüm hastalar için Collins volümünün ortalama  $46,6 \pm 31,0\%$  olduğu hesaplandı. Ortalama 1330,9 gün takip edilen hastaların %41'inde (n=64) rekürrens gelişmişti. Rekürrens ortalama 251,2 günde gerçekleştiği görüldü (aralık 4-1292 gün). Rekürrens gelişimini cinsiyet (p=0,932), yaş (p=0,444), ilk ataktan önce sigara içiyor olma (p=0,704), içilen sigara paket/yıl sayısı (p=0,847) ve pnömotoraks tarafı (p=0,267) etkilemez iken bül/blep varlığı (p<0,001, OR=3,62), Collins volümünün (p=0,007, OR=2,89) ve ilk ataktan sonra sigaraya devam etmenin (p=0,02, OR=2,17) rekürrens gelişimini etkilediği görüldü. ROC ile yapılan analizde Collins volümünün rekürrens gelişimini öngörme yeteneğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0,005, AUC=0,627; 95% CI: 0,546-0,703) (Şekil 1). Yapılan analizde rekürrens gelişimi için Collins volümü eşik değerinin %42,6 olduğu hesaplandı (sens. 56,2%, spes. 68,4%). Bu eşik değeri kullanılarak yapılan karşılaştırmada yüksek Collins volümüne sahip olanlarda (>42,6%, n=65) rekürrens gelişme oranı %55,4 iken düşük Collins volümüne sahip olanlarda ( $\leq 42,6\%$ , n=91) bu oran %30,8 idi (p=0,002). Çoklu değişken analizde de bül/blep sahip olmanın (p=0,002, OR=3,08), yüksek Collins volümüne sahip olmanın (p=0,002, OR=3,01) ve ilk ataktan sonra sigaraya devam etmenin (p=0,02, OR=2,27) rekürrens gelişimini artıran bağımsız risk faktörleri olduğu görülmüştür.

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** Spontan pnömotoraks nedeniyle başvuran hastalara ilk ataktan sonra sigarayı bırakmaları konusunda eğitim verilmelidir. İlk atakta yüksek pnömotoraks volümüne sahip olan ve de toraks tomografisinde bül/blep olanların rekürrens açısından yakın takibe alınması önerilir. Spontan pnömotoraks sırasında radyolojik olarak hesaplanan Collins volümü rekürrens öngörebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Spontan pnömotoraks, rekürrens, pnömotoraks volümü, collins yöntemi



Şekil 1.



*Collins volümünün rekürrens gelişimini öngörme yeteneğinin ROC analizi ile değerlendirilmesi*

## SS-028

**GERİATRİK HASTALARDA KÜÇÜK HÜCRELİ OLMAYAN AKCİĞER KANSERİNDE GÖĞÜS DUVARI REZEKSİYONUNUN UZUN DÖNEM SONUÇLARI**

Celal Buğra Sezen<sup>1</sup>, Süleyman Anıl Akboğa<sup>2</sup>, Abdullah İrfan Taştepe<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Kayseri Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Kayseri

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ-AMAÇ:** Akciğer kanseri günümüzde global bir sorun haline gelmiştir. Geriatrik yaş grubundaki T3 ve T4 akciğer kanserlerinde hastalar ve doktorlar cerrahiden ziyade onkolojik tedavi yaklaşımlarını tercih etmektedirler. Bizim bu çalışmadaki amacımız 70 yaş ve üzerinde küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle toraks duvar rezeksiyonu yapılan hastaların uzun dönem sağkalım sonuçlarını ve morbiditeye etki eden prognostik faktörleri değerlendirmektedir.

**YÖNTEM:** Küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle toraks duvar rezeksiyonu operasyonu yapılan 18 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** On altı erkek, iki kadın hastanın yer aldığı çalışmada hastaların ortalama yaşı 74,28±3,81 yıl idi. En sık yapılan operasyon sağ üst lobektomi idi(%55,6, n=10). Dokuz hastada(%50) komplikasyon saptandı. En sık saptanan komplikasyon aritmi şikayeti idi. Dört hastada (%22) mortalite saptandı. Ortalama iki yıllık sağ kalım oranı %77,9, beş yıllık sağ kalım oranı %41,4 idi. Lenf nodu durumu, adjuvan tedavi olması ve tümörün evresi sağ kalımı etkileyen prognostik faktörlerdir (p=0,001).

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Yaş tek başına operasyon için kriter olmamalıdır. Özellikle seçilmiş hastalarda tedavi amacıyla anatomik rezeksiyon önerilmelidir. Bu hastalarda uzun dönem sağ kalım izlenebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Toraks duvar rezeksiyonu, geriatrik torasik cerrahi, küçük hücreli dışı akciğer kanseri, ileri evre tümör

**Sağ kalımı etkileyen faktörlerin karşılaştırılması**

| Yaş Grupları                  | Ortalama Sağ Kalım (Ay Olarak) Ortalama±SS | %95 Cl    | 2 Yıllık Sağ Kalım | 5 Yıllık Sağ Kalım | P     |
|-------------------------------|--|-----------|--------------------|--------------------|-------|
| Yaş Grupları                  |  |           |                    |                    |       |
| Yaş(70-74) (n=10)             | 48.8±8.4                                   | 32.1-65.4 | 78.8               | 39.4               | 0.90  |
| Age≥75(n=4)                   | 35.2±10.0                                  | 15.4-55.0 | 50                 | 0                  | 0.90  |
| Rezeksiyon Tipi               |  |           |                    |                    |       |
| Lobektomi (n=11)              | 48.1±8.4                                   | 31.6-64.6 | 81.8               | 43.6               | 0.59  |
| Pnömonektomi(n=3)             | 25.5±0.3                                   | 24.8-26.1 | 50                 | NS                 | 0.59  |
| Neoadjuvan Tedavi(n=3)        | 16±7.6                                     | 1.0-30.9  | 33.3               | 0                  | 0.03  |
| Adjuvan Tedavi(n=1)           | 56.6±7.5                                   | 7.5-41.8  | 90                 | 27                 | 0.03  |
| Histopatoloji                 |  |           |                    |                    |       |
| Adenokarsinom (n=5)           | 37.5±5.5                                   | 27.3-47.6 | 100                | 25                 | 0.22  |
| Skvamöz Hücreli Karsinom(n=7) | 60±10.5                                    | 39.9-80.1 | 85                 | 64.3               | 0.22  |
| N Durum                       |  |           |                    |                    |       |
| N0(n=6)                       | 43.6±10.9                                  | 22.1-65.1 | 66.7               | 33.3               | 0.001 |
| N1(n=7)                       | 48±5.0                                     | 38.1-57.8 | 100                | 60                 | 0.001 |
| N2(n=1)                       | 6  | 6-6       | 0                  | 0                  | 0.001 |
| Evre                          |  |           |                    |                    |       |
| 2B(n=5)                       | 50.2±10.8                                  | 29.0-71.3 | 100                | 40                 | 0.001 |
| 3A(n=8)                       | 43.3±6.1                                   | 31.2-55.4 | 87.5               | 52.5               | 0.001 |
| 3B(n=1)                       | 6  | 6-6       | 0                  | 0                  | 0.001 |

NS:Anlamlı Değil SS:Standart Sapma N:Lenf Nodu

**Toraks duvarı rezeksiyonu ile birlikte yapılan rezeksiyon tipi**

| Rezeksiyon Tipi   | n(%)     |
|-------------------|----------|
| Sağ Üst Lobektomi | 10(55.6) |
| Sağ Alt Lobektomi | 1(5.6)   |
| Sol Üst Lobektomi | 3(16.7)  |
| Sol Alt Lobektomi | 1(5.6)   |
| Sol Pnömonektomi  | 3(16.7)  |



## SS-029

**BRONŞİYAL SLEEVE REZEKSİYONLAR-ERKEN DÖNEM KOMPLİKASYONLAR-104 OLGUNUN ANALİZİ**

Volkan Erdoğan, Özkan Saydam, Muzaffer Metin

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Zeytinburnu/İstanbul

**GİRİŞ:** Bronşiyal sleeve rezeksiyonlar pnömonektomi operasyonuna alternatif, parankimin korunması amacıyla yapılan cerrahi tekniklerdir. Bu çalışmada, bronşiyal sleeve rezeksiyonların erken dönem komplikasyonlarını inceledik.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ocak 2011 ile Ocak 2017 arasında akciğer kanseri nedeniyle bronşiyal sleeve rezeksiyon yapılan 104 olguyu retrospektif olarak inceledik. Yapılan rezeksiyonun detayları, tümör çapları, ortalama hastanede yatış süresi ve postoperatif erken dönem komplikasyon detayları, hastane arşivinden dökümente edildi.

**BULGULAR:** Yüzdört olgunun 97'si (%93,2) erkek, 4'ü (%6,8) kadın olguydu. Hastaların yaş ortalaması 57,4+/-9,5 (16-80) idi. Olguların 8'inde (%7,7) tanı adenokarsinom, 83'ün de (%80) skuamöz hücreli karsinom, 13'ünde (%12,3) farklı histolojilerdi. Dört olguda (%3,8) double sleeve, 2 olguda (%2) karinal sleeve, 98 olguda (%94,2) standart sleeve lobektomi uygulandı. Rezeksiyonların büyük bir kısmı sağ hemitorakstaydı (n=70, %67,3). Sleeve üst lobektomi/bilobektomi 60 (%57,7) olguda yapılırken, alt lobektomi/bilobektomi 35 (%42,3) olguda uygulandı. Sleeve lobektomi yapılan olgularda ortalama tümör çapı 4 cm (0-15 cm) olarak görüldü. Olguların ortalama hastanede yatış süresi 6,4 gündü (3-15 gün). Üç olgu (%2,8) neoadjuvan tedavi sonrası olguları. Toplam 22 (%21,1) olguda postoperatif erken dönem komplikasyon görüldü (Uzamış hava kaçağı n=8, atelektazi, n=3, bronkoplevral fistül n= 3, atrial fibrilasyon n=3, cerebral hava embolisi n=1, hemoraji n=2, nozokomiyal pnömoni n=1, yara yeri enfeksiyonu n=1). Minimal invaziv veya invaziv müdahale gerektiren 7 olgumuz (%6,7) oldu. Postoperatif erken dönem komplikasyonlar ile, hastaların yaşı, tümör tipi, ameliyat tarafı, lokalizasyonu ve tümör çapı arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

**SONUÇ:** Bronşiyal sleeve rezeksiyonlar, kabul edilebilir erken dönem morbiditeler ile güvenle tercih edilebilecek parankim koruyucu cerrahi yöntemleridir.

**Anahtar Kelimeler:** Bronşiyal sleeve lobektomi, erken dönem komplikasyonlar, parankim koruyucu cerrahi

## SS-030

**UNİPORTAL VİDEOTORAKOSKOPİK LOBEKTOMİ UYGULANAN HASTALARIMIZIN ERKEN DÖNEM POSTOPERATİF SONUÇLARI VE SİSTEMİK İNFLAMASYON SKORLAMA SİSTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Burcu Ancın, Serkan Uysal, Erkan Dikmen, Rıza Doğan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

**GİRİŞ-AMAÇ:** Uniportal videotorakoskopik cerrahi (u-VATS), büyük insizyonlar ile yapılan operasyonların yaklaşık 4 cm'lik tek bir küçük insizyonla yapılmasını sağlayan, daha az invaziv bir yaklaşımdır. Sistemik İnflamasyon Skoruması (SIS), rutin klinik uygulamada kolay ve ucuz bir şekilde ölçülebilen bir skorlama sistemi olup üç laboratuvar parametresinden oluşur. Bunlar; serum albümin seviyesi, lenfosit sayısı ve monosit sayısıdır. Bu gibi biyobelirteçler, hekimlerin hasta değerlendirmelerine yardımcı olmak için kullanılabilir düşük maliyetli ve kolay elde edilir objektif bilgiler sağlayabilmektedir. Çalışmamızda; uniportal videotorakoskopik yöntem ile lobektomi uyguladığımız hastaların postoperatif erken dönem sonuçlarını incelemeyi ve bu sonuçların sistemik inflamasyon skorlama sistemi ile değerlendirmeyi hedefledik.

**YÖNTEM:** Mart 2018-Mart 2020 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde uniportal videotorakoskopik lobektomi operasyonu yapılan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların cinsiyetleri, yaşları, sigara kullanım alışkanlıkları, vücut kitle indeksleri, preoperatif lenfosit, nötrofil, monosit ve platelet sayıları, preoperatif albumin değeri, ek hastalıkları, ameliyat süreleri, yoğun bakımda kalış süreleri, göğüs tüpü sayısı ve kalış süreleri, hava kaçağı, drenaj miktarları ve postoperatif komplikasyon varlıkları retrospektif olarak incelenmiştir.

**BULGULAR:** Uniportal VATS lobektomi uygulanan 42 hasta sistemik inflamasyon skoruna göre üç gruba ayrıldı. Ameliyat öncesi albümin  $\geq 4$  gr/dl ve lenfosit monosit oranı  $\geq 3.4$  olan hastalar SIS-0, albümin  $< 4$  gr/dl veya lenfosit monosit oranı  $< 3.4$  olan hastalar SIS-1 ve albümin  $< 4$  gr/dl ve lenfosit monosit oranı  $< 3.4$  olan hastalar SIS-2 olarak sınıflandırıldı. Postoperatif komplikasyon gelişme oranının SIS-2 olan hastalarda SIS-1 ve SIS-0 olanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi. Postoperatif drenaj miktarının SIS-2 grubunda diğer gruplara göre anlamlı daha yüksek olduğu görüldü. Göğüs tüpü kalış süresinin SIS-2 olan hastalarda daha uzun olduğu görülmüştür. Ayrıca hastanede kalış süreleri SIS-2 olanlarda diğer gruplara göre daha uzundur. Diğer parametreler ile SIS grupları arasında anlamlı fark görülmemiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Uniportal videotorakoskopik yöntem ile lobektomi operasyonu yapılan ve preoperatif sistemik inflamasyon skorlama puanı yüksek olan hastaların postoperatif komplikasyon gelişme oranlarının, drenaj miktarlarının, göğüs tüpü kalış sürelerinin ve hastanede kalış sürelerinin daha uzun olduğu bulunmuştur. Sistemik İnflamasyon Skoruması Sistemi, uniportal videotorakoskopik lobektomi operasyonu yapılan hastalarda basit, etkili ve rutin olarak kullanılabilir bir risk sınıflandırma yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** uniportal videotorakoskopik lobektomi, sistemik inflamatuvar skorlama sistemi, göğüs cerrahisi

## SS-031

**COVID-19 PNÖMONİ/ARDS TANILI VE YOĞUN BAKIMINDA İNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON DESTEĞİ SAĞLANAN HASTALARDA PNÖMOTORAKS GELİŞİMİ**

Servet Özdemir<sup>1</sup>, Deniz Özel Bilgi<sup>2</sup>, Selçuk Köse<sup>1</sup>, Oya Gülsüm Hergünel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği İstanbul  
<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği İstanbul

**GİRİŞ:** İnvaziv mekanik ventilasyon desteği, COVID-19 Pnömoni/ARDS tanısını takiben yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Bununla birlikte, COVID-19 tedavisinde invaziv mekanik ventilasyon kullanımıyla ilişkili komplikasyonlara ilişkin veriler sınırlıdır. Pnömotoraks, COVID-19 tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar arasındadır. Biz Yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) pnömonisi nedeniyle yoğun bakım ünitesinde invaziv mekanik ventilasyon desteği olan hastalarda pnömotoraks prevalansını ve risk faktörlerini değerlendirmek istedik.

**Gereçler ve YÖNTEM:** 11 Mart 2020 ile 30 Nisan 2020 tarihleri arasında Türkiye'de COVID-19 Pnömoni/ARDS tanısı alan ve yoğun bakım ünitesinde tedavi gören 107 hastada pnömotoraks prevalansı retrospektif olarak incelendi. Hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri: COVID-19 Pnömoni/ARDS tanısı olması, yoğun bakım ünitesinde tedavi kabulü ve invaziv mekanik ventilasyon desteği gereksinimi. COVID-19 Pnömoni/ARDS tanısı ile yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda klinik ve radyolojik bulguları değerlendirilerek göğüs cerrahi tarafından pnömotoraks tanısı konulan hastalara göğüs tüpü takıldı.

**BULGULAR:** Hastalar 19-92 yaş arasındaydı ve 37'si (% 34,6) kadındı. Entübe edilen hastaların sekizinde (% 7,5) pnömotoraks gelişti. Pnömotorakslı hastaların 4'ünde (% 50), olmayanların 68'inin (% 68,7) mortalite gelişti. Komorbid hastalıkların varlığının ikili lojistik regresyon analizinde (P = 0,88), pozitif uç ekspiratuar basınç (P = 0,50), uyumluluk (P = 0,60), tepe basıncı (P = 0,81) ve Horowitz indeksi (P = 0,27) pnömotoraks riskini artırmada istatistiksel olarak anlamlı etkiler göstermedi. (Tablo 1) Mekanik ventilasyon uygulaması sonrası ortaya çıkan pnömotorakslardan 5'inde (% 62,5) sağ akciğerde, 2'sinde sol akciğer (%25) ve 1'inde bilateral (% 12,5) olarak görüldü.

**Sonuç ve TARTIŞMA:** Bu çalışmada, COVID-19 ile ilişkili pnömoni / ARDS tanısı konulduktan sonra invaziv mekanik ventilasyon ile tedavi edilen hastalarda pnömotoraks gelişme riskinde anlamlı bir artış veya azalma gözlemlenmedi. Çalışmamız, COVID-19 pnömonisi dışındaki hastalıklar için tedavi edilen hastalarda gözlemlenenlere benzer özellikler gösterdi. Bu nedenle, COVID-19 pnömonisi olan hastalarda invaziv mekanik ventilasyon desteği sırasında pnömotoraks gelişimi diğer hastalıklarla ilişkili olandan farklı bir risk oluşturmaz. Buna göre, invaziv mekanik ventilasyon, diğer hastalarda olduğu gibi COVID-19 pnömoni/ARDS olan hastalarda da uygun ventilasyon modları ve basınçlarında güvenle kullanılabilir. Yoğun bakım ünitesinde COVID-19 nedeniyle invaziv mekanik ventilasyona ihtiyaç duyan hastaların takibinde pnömotoraks riskinin dikkate alınması, iyileştirilmiş tedavi sonuçları sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, ARDS Pnömotoraks, invaziv mekanik ventilasyon



## Pnömotoraksı olan ve olmayan hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması.

|                            | Pnömotoraks Var<br>(n=8) | Yok<br>(n=99)            |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                            | Median (Minimum-Maximum) | Median (Minimum-Maximum) |
| Yaş                        | 61 (41-69)               | 60 (19-92)               |
| Tedavi süresi (Gün)        | 27,5 (7-42)              | 10 (1-39)                |
| Komplians                  | 33 (19-38)               | 33 (10-60)               |
| Peak Basınç                | 26,5 (24-32)             | 27 (18-38)               |
| Horowitz index             | 140,5 (85-200)           | 167 (37-380)             |
| PEEP Basınç                | 10 (6-12)                | 9 (5-12)                 |
| PEEP Üstü Basınç           | 14 (12-20)               | 17 (10-29)               |
| Cinsiyet                   | n (%)                    | n (%)                    |
| Erkek                      | 8 (100,0)                | 62 (62,6)                |
| Kadın                      | 0 (0,0)                  | 37 (37,4)                |
| Ventilasyon Modu           |                          |                          |
| CPAP                       | 1 (12,5)                 | 1 (1,0)                  |
| PCV                        | 4 (50,0)                 | 89 (89,9)                |
| PRVC                       | 3 (37,5)                 | 2 (2,0)                  |
| PSV                        | 0 (0,0)                  | 2 (2,0)                  |
| SIMV                       | 0 (0,0)                  | 5 (5,1)                  |
| ECMO                       |                          |                          |
| VAR                        | 1 (12,5)                 | 2 (2,0)                  |
| YOK                        | 2 (87,5)                 | 97 (98,0)                |
| MORTALİTE                  |                          |                          |
| VAR                        | 4 (50,0)                 | 68 (68,7)                |
| YOK                        | 4 (50,0)                 | 31 (31,3)                |
| TRAKEOTOMİ                 |                          |                          |
| VAR                        | 3 (37,5)                 | 11 (11,1)                |
| YOK                        | 5 (62,5)                 | 88 (88,9)                |
| Ek hastalık (Kororbidite ) |                          |                          |
| VAR                        | 6 (75,0)                 | 76 (76,8)                |
| YOK                        | 2 (25,0)                 | 23 (23,2)                |

## SS-032

## ÇOCUKLUK ÇAĞI SARKOMLARINDA PULMONER METASTAZEKTOMİ

İlteriş Türk<sup>1</sup>, Neriman Sarı<sup>2</sup>, Funda Demirağ<sup>3</sup>, Pınar Bıçakçioğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sbü Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Pediatrik Onkoloji Kliniği

<sup>3</sup>Sbü Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, Patoloji Kliniği

**GİRİŞ:** Çocukluk çağı neoplazmları akciğere sık metastaz yaparlar. Metastatik hastaların tedavisinde kemoterapi ve radyoterapi ile birlikte akciğer metastazlarına yönelik cerrahi yaklaşımlar da kabul görmektedir. Bu çalışmada, çocukluk çağı sarkomlarının tedavisinde pulmoner metastazektomi cerrahisi sonuçlarımızın değerlendirilmesi amaçlandı.

**MATERYAL-METOD:** Ocak 2012 ile Ekim 2019 arasında kemik ve yumuşak doku sarkomları ile takipli ve akciğer metastazları nedeniyle pulmoner metastazektomi operasyonu uygulanmış 14 hastanın verileri; demografik özellikler, primer tümör histolojileri, medikal ve cerrahi tedavi sonuçları, komplikasyonlar, hastanede yatış ve göğüs tüpü kalış süreleri ile sağkalım açısından retrospektif olarak incelendi.

**SONUÇLAR:** Dokuzu erkek 5'i kadın olan hastaların ortalama yaşları 14.07 (3-18) idi ve 14 hastaya toplam 24 metastazektomi operasyonu uygulandı. (2 hasta üçer kez, 6 hasta ikişer kez ve 6 hasta da birer kez opere edildi.) Primer patoloji 5 (%35.7) hastada osteosarkom, 5 (%35.7) hastada ewing sarkomu, 3 (%21.4) hastada sinoviyal sarkom ve 1 (%7.2) hastada rabdomyosarkomdu. Hastaların %57.1'inde tanı anında pulmoner metastaz saptanmıştır. Tüm hastalar opere edilmiş ve kemoterapi almış, hastaların %28.5'i pulmoner radyoterapi görmüştür. Hastaların 10'unda (%71.4) kemoterapiye tam yanıt alınırken 4 hasta kemoterapiye kısmi yanıt vermiştir. Kısmi yanıt alınan bir hasta kemoterapi tedavisini tamamlamamıştır. Operasyon tekniği olarak 10 hastada kas koruyucu minitorakotomi, 4 hastada posterolateral torakotomi kullanılmış olup nodül eksizyonunda genellikle hassas koter tekniği ile wedge rezeksiyon uygulanmıştır. Bir hastada 6 cm'lik metastatik lezyon nedeniyle sol alt lobektomi uygulanmıştır. Tüm operasyonlarda eksize edilen 296 nodülün 288'i metastaz olarak raporlanmıştır (%97.3). İlk operasyonların sonrasında ortalama dren kalış süresi 3.9 gün, ikinci operasyonlardan sonra 4.4 gün ve üçüncü operasyon uygulanan hastada ise 6 gün olarak hesaplanmıştır. Komplikasyon olarak bir hastada sekonder dren gereksinimi ve bir hastada da uzamış hava kaçağı görüldü.

**TARTIŞMA:** Preoperatif bilgisayarlı toraks tomografilerinde saptanan nodüllerden çok daha fazlasının operasyonlarda eksize edildiği dikkat çekmiştir. Nodüllerin sıklıkla milimetrik olduğu düşünüldüğünde, pulmoner metastazektomilerde video yardımcı torasik cerrahi (VATS) gibi endoskopik girişimler yerine palpasyona olanak tanıyan torakotomilerin tercih edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Daha geniş örneklemli çalışmalarda da gösterildiği gibi, tüm nodüllerin eksizyonu mümkün olmasa dahi özellikle osteosarkomlarda pulmoner metastazektomi sağkalımı arttırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** kas koruyucu minitorakotomi, pulmoner metastazektomi, sarkom

Rabdomyosarkom sağ akciğer metastazı





## SS-033

**İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARINDA TANISAL AMAÇLI VATS OLGULARINDA PEROPERATİF BEKLENMEDİK TORAKOTOMİYE DÖNÜŞ BAŞARISIZLIK MI?**

Mustafa Vedat Doğru, Celal Buğra Sezen

SBÜ Yedkiüle Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi SUAM

İntertisyelAkciğerhastalıkları(ILD),tedaviseçenekleriveprognozdafarklılıklargösteren,heterojenbirakciğerparankim bozukluğudur.Bunedenleayrırcitanıyulaşmakoldukçaönemlidir.Heterojenbirgruphastalıkolmasınedeniyleklinikve radyolojikdeğerlendirmeleriletanıkonulmasıoldukçazordur.Görüntüleme yöntemleri ve solunum fonksiyon testleri sonucundaILD şüphededilen hastalarda kesin tanıya ulaşabilmek için invaziv yöntemlere gereksinim duyulmaktadır. Cerrahi akciğer biyopsi diffuz intertisyel akciğer hastalığında detaylı tanı için önerilen altın standart yöntemdir. Videotorakoskopik yardımcı cerrahi (VATS) iseILD tanısı koymada güvenilir ve efektif bir yöntemdir. VATS cerrahisinin açık cerrahi yaklaşıma oranla daha az ağrı, kısa yatış süresi, pulmoner fonksiyonların korunması ve daha az morbidite gelişmesi gibi avantajları bulunmaktadır. Ancak tüm bu avantajlarının yanında torakoskopik cerrahide eğitim sürecinde toraktomiye dönülme oranları da sık olarak izlenmektedir. Küçük insizyonlar ve kısıtlı kamera açıları nedeniyle torakoskopik cerrahide teknik zorluklar gelişebilmektedir. IAH'da torakoskopik yaklaşımdan toraktomiye dönülme ile ilgili literatürde yayın bulunmamakla birlikte torakotomiye dönme oranı akciğer kanserlerinde %2,5-20 arasında değişmektedir. Bizim bu çalışmadaki amacımız, kliniğimizde intertisyel akciğer hastalıkları nedeniyle tanisal VATS yapılan hastalar ile torakoskopik başlayıp toraktomiye dönülen (CThx) hastaların preoperatif risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve komplikasyonlarının karşılaştırılmasıdır. Ocak 2010 ile Aralık 2019 tarihleri arasında, intertisyel akciğer hastalığı nedeniyle VATS yapılan 183 hasta çalışmada değerlendirilmiştir. 188 hastanın 98'i erkek (%52.1), 90'ı kadın cinsiyette (%47.9) te idi. Hastaların 159'ünde (%84.6) VATS ile operasyon yapılırken, 29 hastaya (%15.4) torakotomi ile operasyon yapıldı.VATS ve torakotomi grupları arasında tuberkülöz öyküsü dışında demografik özellikler açısından anlamlı fark saptanmadı. Grup T'de intraoperatif cerrahi süresi 76.67±9.77 iken, Grup V'de cerrahi süresi 33.70±11.52 dk idi. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark vardı(p<0.001). 5 hastada (%2.7) postoperatif ilk 30 günde mortalite meydana gelmiştir.Torakotomi yapılan 1 hastada (%3.4) ve VATS yapılan 4 hastada (%2.5) mortalite gelişmiştir (p=0.774). Bu çalışma neticesinde geçirilmiş tuberkülöz öyküsü bulunan hastalarda VATS operasyonundan açık torakotomiye geçiş oranları daha yüksek ve anlamlı bulunmuş olsa da postoperatif gelişen morbidite mortalite oranlarına bakılarak gereklilik halinde torakotomiye dönüş başarısızlık olarak değerlendirilmemeli. Deneyimli merkezlerde iyi bir preoperatif değerlendirme sonrası bu hastalara öncelikli olarak VATS denenmeli, gereklilik halinde torakotomiye geçmekten çekinilmemeli.

**Anahtar Kelimeler:** interstisyel akciğer hastalığı, VATS, conversion thoracotomy,



## Gruplara göre Demografik Özelliklerin karşılaştırılması

| Tablo 1 Gruplara Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması |       |             |       |             |      |          |
|---|-------|-------------|-------|-------------|------|----------|
| Değişkenler   |       | Group T     |       | Group V     |      | p-Değeri |
|   |       | n           | %     | n           | %    |          |
| Yaş (Yıl) Mean±StD  |       | 51.21±12.27 |       | 53.18±13.20 |      | 0.306    |
| Yaş   | <65   | 27          | 93.1  | 132         | 83.0 | 0.167    |
|   | >65   | 2           | 6.9   | 27          | 17.0 |          |
| Cinsiyet  | Erkek | 13          | 44.8  | 85          | 53.5 | 0.392    |
|   | Kadın | 16          | 55.2  | 74          | 46.5 |          |
| Sigara  | Yok   | 18          | 62.1  | 89          | 56.0 | 0.542    |
|   | Var   | 11          | 37.9  | 70          | 44.0 |          |
| CCI   | 0     | 11          | 37.9  | 82          | 51.6 | 0.177    |
|   | >1    | 18          | 62.1  | 77          | 48.4 |          |
| Taraf   | Sağ   | 24          | 82.8  | 128         | 80.5 | 0.776    |
|   | Sol   | 5           | 17.2  | 31          | 19.5 |          |
| Geçirilmiş Tbc Öyküsü   | Yok   | 22          | 75.9  | 147         | 92.5 | <0.014   |
|   | Var   | 7           | 24.1  | 12          | 7.5  |          |
| Tanı  | Yok   | 0           | 0.0   | 4           | 2.5  | 0.388    |
|   | Var   | 29          | 100.0 | 155         | 97.5 |          |
| Dren Kalış Süresi   |       | 3.00±2.09   |       | 2.40±1.48   |      | 0.072    |
| Yatış Süresi  |       | 4.51±3.61   |       | 3.55±2.01   |      | 0.077    |

CCI Charlson Comorbidity Index, StD Standart Deviation, cThx Conversion toraktomi

## Gruplara göre Demografik Özelliklerin karşılaştırılması

## SS-034

**KLİNİK VE RADYOLOJİK AÇIDAN YENİ TİP KORONAVİRÜS (COVID-19) ENFEKSİYONU DÜŞÜNDÜREN VE PLEVRAL EFÜZYON NEDENİYLE ELE ALINAN OLGULARIN AYNI DÖNEMDEKİ DİĞER PLEVRAL EFÜZYON OLGULARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Gizem Özçibık, Akif Turna

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** COVID-19 yeni tanımlanan bir pandemi etkenidir ve hastalarda, hafif akut solunum yolu enfeksiyonundan ağır solunum yetmezliğine kadar değişken klinik durumlara neden olabilir. Plevral efüzyon mevcudiyeti, COVID-19 kliniğinde nadir görülen bir durum olmasına rağmen dispne semptomunu artırmaktadır, kötü prognoz ile ilişkisi gösterilmektedir.COVID-19 plevral efüzyon birlikteliği klinik olarak şiddetli grupta sınıflandırılmaktadır.Çalışmamızda klinik ve radyolojik olarak COVID-19 tanısı koyulan, ancak Covid-19 RNA'sı saptanamayan hastalarda izlenen plevral efüzyonları diğer sebeplerle izlenen plevral efüzyonları, drenaj miktarları ve biyokimyasal parametreler açısından karşılaştırmayı hedefledik.

**HASTALAR VE YÖNTEMLER:** Onbir Mart-31 Mayıs 2020 tarihleri arasında plevra efüzyonu olan, klinik ve radyolojik olarak COVID-19 tanısı konulan, RT-PCR testi negatif izlenen ve COVID-19 'e yönelik tedavi verilen ve plevral efüzyon eşlik eden 8 hasta ile aynı dönemde diğer etkenler nedeni plevral efüzyonu bulunan 18 hasta drenaj miktarları, biyokimyasal değerleri, klinikleri ve sağkalımları açısından değerlendirildi.

**BULGULAR:** Klinik ve radyolojik olarak COVID-19 tanısı konulan hastalarda, Covid-19 dışındaki nedenler ile plevra efüzyonu gelişmiş hastalara göre drenaj miktarı istatistiksel olarak anlamlı derecede az izlenirken (p=0.004), üre (p=0.005), kreatinin (p=0.026), LDH (p=0.019), nötrofil yüzdesi (p=0.047), fibrinojen değerleri (p=0.047) ise istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulundu. Bununla birlikte, kan CRP'si, AST, ALT, D-dimer, ferritin, INR, APTT, PT, albumin, total protein ölçümlerinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark izlenmedi.

**TARTIŞMA:** Klinik ve radyolojik olarak COVID-19 uyumlu hastalarda(Grup 1) drenaj miktarlarının anlamlı derecede az olması, özellikle pandemi sürecinde ve klinik şüphe durumunda COVID-19'a bağlı plevra efüzyonu olasılığını akla getirmelidir.Diğer sebeplere eşlik eden plevral efüzyonu grubunda(Grup 2) yüksek drenaj miktarlarının malignite öyküsü olan hastalar ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Covid-19'a bağlı plevra efüzyonu olan hastalarda LDH, nötrofil, fibrinojen düzeyi gibi yangı ile ilgili parametreler yüksek bulunmakta bu hastalarda böbrek fonksiyonları olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu çok yeni hastalığın plevrada yarattığı inflamasyon ve/veya infeksiyon ile ilgili ileri çalışmalara gerek bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** SARS-CoV2 (COVID-19), Plevral Efüzyon, Etiyoloji

**Demografik Veriler**

| Yaş                          | Grup 1* (n=8) | Grup 2** (n=18) |
|------------------------------|---------------|-----------------|
| Ortalama (Aralık)            | 68 (39-88)    | 64 (47-85)      |
| Ortanca                      | 72            | 58              |
| Kadın                        | 2 (%25)       | 7 (%38)         |
| Erkek                        | 6 (%75)       | 11 (%61)        |
| YBÜ                          | 4 (%50)       | 5 (%28)         |
| Hemodiyaliz                  | 4 (%50)       | 0               |
| Dispne                       | 8 (%100)      | 18 (%100)       |
| Eşlik eden malignite varlığı | 1 (%13)       | 12 (%67)        |
| Antibiyoterapi               | 7*** (%88)    | 4 (%23)         |

\*Grup 1: Klinik ve radyolojik olarak COVID uyumlu plevral efüzyon grubu \*\*Grup 2: Diğer nedenlerle gelişmiş plevral efüzyon grubu \*\*\*Güncel COVID-19 tedavi rehberlerine ek olarak

**İstatistiksel Veriler**

| Parametre (birim)        | Grup 1* (n=8) | Grup 2** (n=18) | p de-<br>ğeri |
|--------------------------|---------------|-----------------|---------------|
| Drenaj miktarı (mL)      | 1450 ± 790    | 4060 ± 2210     | 0.004         |
| Hemoglobin (g/dL)        | 10.3 ± 1.4    | 11.0 ± 2.2      | 0.567         |
| Hematokrit (%)           | 31.9 ± 4.0    | 34.0 ± 6.7      | 0.644         |
| Platelet (103/μL)        | 281.1 ± 128.8 | 348.9 ± 165.4   | 0.397         |
| Lenfosit Sayısı (103/μL) | 1.18 ± 1.0    | 1.3 ± 0.7       | 0.338         |
| Lenfosit Yüzdesi (%)     | 10.8 ± 6.0    | 16.5 ± 10       | 0.16          |
| Nötrofil Sayısı (103/μL) | 8.1 ± 2.7     | 6.5 ± 3.2       | 0.102         |
| Nötrofil Yüzdesi (%)     | 81.6 ± 8.4    | 71.1 ± 10.7     | 0.047         |
| Lökosit (103/μL)         | 10.1 ± 3.5    | 9.0 ± 3.3       | 0.216         |
| CRP (mg/L)               | 108.9 ± 65.0  | 89.6 ± 101.7    | 0.238         |
| Albumin (gr/dL)          | 3.03 ± 0.4    | 3.32 ± 0.7      | 0.367         |
| LDH (IU/L)               | 392.3 ± 115.3 | 296.1 ± 164.9   | 0.019         |
| Üre (mg/dL)              | 124.7 ± 74.3  | 45.7 ± 26.7     | 0.005         |
| Kreatinin (mg/dL)        | 3.3 ± 3.5     | 1.0 ± 0.5       | 0.026         |
| D-Dimer (mg/L)           | 4.5 ± 3.9     | 6.8 ± 15.2      | 0.09          |
| Ferritin (ng/mL)         | 557.5 ± 573.7 | 203.3 ± 278.5   | 0.08          |
| Fibrinojen (mg/dL)       | 513.9 ± 216.4 | 279.0 ± 299.0   | 0.047         |
| Sağkalım (gün)           | 72.3 ± 8.9    | 63.6 ± 9.4      | 0.289         |
| 30 günlük mortalite      | %25           | %27.7           | 0.882         |

\*Grup 1: Klinik ve radyolojik olarak COVID uyumlu plevral efüzyon grubu \*\*Grup 2: Diğer nedenlerle gelişmiş plevral efüzyon grubu Değerler; Ortalama ± Standart Sapma olarak ifade edilmiştir.

## SS-035

## BİR PANDEMİNİN İNFLUENZA ÜZERİNE ETKİSİ: ARKADAŞ MI DÜŞMAN MI?

Dorina Esendağlı<sup>1</sup>, Çiğdem Erol<sup>2</sup>, Şule Akçay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları, Ankara

**GİRİŞ:** 2019 aralık ayından itibaren SARS-CoV-2'ye bağlı gelişen ve COVID-19 hastalığı olarak bilinen tüm dünyaya hızla yayılan bir pandemi ile karşı karşıyayız. Öte yandan influenza gibi mevsimsel enfeksiyonların da aynı zaman diliminde yine artması beklenmektedir. Bazı viral enfeksiyonlar bir başka enfeksiyona zemin hazırlarken bazı durumlarda koruyucu da olabilmektedir. Pandemi sürecinde alınan önlemlerin ise diğer virüslerin de bulaşını engellemesi beklenmektedir. Bu çalışmada son iki yılda influenza sıklığının araştırılması ve karşılaştırılması hedeflenmiştir.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Başkent Hastanesi'nde ocak - haziran 2019 ve ocak - haziran 2020 periyotlarına ait influenza enfeksiyonu şüphesi nedeniyle yapılan antijen ve PCR testlerinin sonuçları retrospektif olarak karşılaştırılmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmaya 2019 yılına ait 1097 hasta ve 2020 yılına ait 968 hastanın verisine ulaşıldı. Test sayısı 2019 yılında toplam 1134 iken (1080 antijen ve 54 PCR) 2020'de ise 1205 test (813 antijen ve 392 PCR) olarak hesaplanmıştır. 2019 yılında sadece 37 hastada hem antijen hem PCR bakılırken 2020'de 237 hastada her ikisi bakılmıştır. İnfluenza antijeninin pozitif saptandığı oran 2019 yılında %21.9 iken 2020 yılında %12.8 olarak tespit edildi. PCR pozitif sonuçları ise 2020 yılında toplam bakılan PCR bir önceki yılına göre 7 kat daha fazla olsa da sayı olarak benzer olduğu görüldü 23 ve 27. İnfluenza alt tiplerine bakıldığında influenza B antijeninin pozitifliği hastaların %24.9'dan %43.3'e yükseldiği, influenza A ise %72.6'dan %53.8'e düştüğü dikkat çekti. Hem influenza A hem influenza B antijeni pozitif olan hastaların oranları her iki yıl için benzer bulundu (%2.5 ve %2.8). Hastaların aşılama durumları ile bilgilere ulaşamadı.

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** Bu çalışmada kış ve ilkbahar aylarına ait son iki yılın tek merkez influenza verileri analiz edilmiştir. 2020 yılında COVID 19 pandemisinin de eşlik ettiği bir dönemde influenzanın bir önceki yılına göre daha az tespit edildiği saptanmıştır. Pandemi sürecinde uygulanan hijyen, sosyal mesafe ve maske kullanımının böyle bir sonuca yol açmış olabilir ancak ilginç bir şekilde influenza A azalırken influenza B'nin artması bir viral etkileşimin sonucu mu yoksa aşılama veya influenzanın ugradığı mevsimsel değişimine bağlı mı? Bu konuda ışık getirecek ve gelecek sonbahar/kış döneminde yapılacak olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** influenza, SARS-CoV-2, PCR, antijen



## SS-036

**TÜRKİYE'DE TEDAVİ EDİLEN 565 HASTADA SİGARA İÇME VE KOMORBİDİTELER COVID-19 AĞIRLIĞI VE MORTALİTESİ İLE İLİŞKİLİDİR: RETROSPEKTİF GÖZLEMSEL BİR ÇALIŞMA**

Tayfun Çalışkan, Bengü Şaylan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2.Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**AMAÇ:** COVID-19 olan hastalarda sigara içme oranı ve komorbiditelerin sıklığını araştırmayı ve sigara kullanımı ve komorbiditeler ile hastalık ağırlığı ve mortalite arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM-GEREÇLER:** Hastalar klinik ve yoğun bakım (YBÜ) grubu olmak üzere iki gruba ayrıldı. Ayrıca hastalar, sağ kalanlar ve ölenler olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar sigara içme, yaş ve komorbiditeler açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** İleri yaş (Olasılık oranı (OR), 1,061;% 95 güven aralığı (CI): 1,041-1,082; p <0,0001), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) (OR, 2,775;% 95 CI: 1,128-6,829; p = 0,026) ve koroner arter hastalığı (KAH) (OR, 2,696;% 95 CI: 1,216-5,974; p = 0,015) yoğun bakım ünitesine (YBÜ) başvuru ile anlamlı derecede ilişkili idi. Aktif sigara kullanımı (OR, 5,101;% 95 CI: 2,382-10,927; p <0,0001) ve eski sigara kullanımı (OR, 3,789;% 95 CI: 1,845-7,780; p <0,0001) YBÜ'ne kabul için risk faktörleridir. İleri yaş (OR; 1,082;% 95 CI: 1,056-1,109; p <0,0001), KOAH (OR, 3,213;% 95 CI: 1,224-8,431; p = 0,018), KAH (OR, 6,252;% 95 CI: 2,171-18,004; p = 0,001) ve konjestif kalp yetmezliği (KKY) (OR, 5,917;% 95 CI 1,069-32,258; p = 0,042) mortalite ile anlamlı derecede ilişkili idi. Aktif sigara kullanımı (OR, 13,014;% 95 CI: 5,058-33,480; p <0,0001) ve eski sigara kullanımı (OR, 6,507;% 95 CI 2,731-15,501; p <0,0001) mortalite için risk faktörleridir.

**SONUÇ:** Sigara, ileri yaş, KOAH ve KAH, COVID-19 olan hastalarda YBÜ'ne yatış ve mortalite için risk faktörleridir. KKY, YBÜ'ne kabul için bir risk faktörü değildir; ancak, mortalite için bir risk faktörüdür.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara kullanımı, Mortalite, COVID-19, Komorbidite, Ağırlık

Tablo 1

| TABLE 1. SMOKING STATUS AND COMORBIDITIES OF THE STUDY GROUPS |                          |                     |         |                             |                               |         |
|---|--------------------------|---------------------|---------|-----------------------------|-------------------------------|---------|
|   | Clinic (N= 474)<br>N (%) | ICU (N=91)<br>N (%) | p       | Survivors (N= 490)<br>N (%) | Non-survivors (N=75)<br>N (%) | p       |
| Current smoker  | 96 (20.3)                | 22 (24.2)           |         | 97 (19.8)                   | 21 (28.0)                     |         |
| Former smoker   | 45 (9.5)                 | 34 (37.4)           | <0.0001 | 48 (9.8)                    | 31 (41.3)                     | <0.0001 |
| Never smoked  | 333 (70.3)               | 35 (38.5)           |         | 345 (70.4)                  | 23 (30.7)                     |         |
| Age, median (IQR)   | 44 (26-57)               | 69 (58-79)          | <0.0001 | 44 (27-57)                  | 70 (62-80)                    | <0.0001 |
| COPD  | 12 (2.5)                 | 25 (27.5)           | <0.0001 | 12 (2.4)                    | 25 (33.3)                     | <0.0001 |
| Asthma  | 17 (3.6)                 | 4 (4.4)             | 0.761   | 17 (3.5)                    | 4 (5.3)                       | 0.506   |
| Diabetes  | 49 (10.3)                | 23 (25.3)           | <0.0001 | 54 (11.0)                   | 18 (24.0)                     | 0.004   |
| Dementia  | 7 (1.5)                  | 5 (5.5)             | 0.030   | 7 (1.4)                     | 5 (6.7)                       | 0.013   |
| CAD   | 22 (4.6)                 | 20 (22.0)           | <0.0001 | 24 (4.9)                    | 18 (24.0)                     | <0.0001 |
| Hypertension  | 81 (17.1)                | 47 (51.6)           | <0.0001 | 88 (18.0)                   | 40 (53.3)                     | <0.0001 |
| Chronic renal failure   | 6 (1.3)                  | 6 (6.6)             | 0.006   | 7 (1.4)                     | 5 (6.7)                       | 0.013   |
| CHF   | 9 (1.9)                  | 5 (5.5)             | 0.059   | 9 (1.8)                     | 5 (6.7)                       | 0.027   |
| Arrhythmia  | 8 (1.7)                  | 6 (6.6)             | 0.015   | 8 (1.6)                     | 6 (8.0)                       | 0.006   |

ICU: Intensive care unit; IQR: Interquartile range; COPD: Chronic pulmonary obstructive disease; CAD: Coronary artery disease; CHF: Congestive heart failure.

Tablo 2

| Risk factor           | For ICU admission    |         | For mortality         |         |
|-----------------------|----------------------|---------|-----------------------|---------|
|                       | OR (%95 CI)          | P-value | OR (%95 CI)           | P-value |
| Former smoker         | 3.789 (1.845-7.780)  | <0.0001 | 6.507 (2.731-15.501)  | <0.0001 |
| Current smoker        | 5.101 (2.382-10.927) | <0.0001 | 13.014 (5.058-33.480) | <0.0001 |
| Age                   | 1.061 (1.041-1.082)  | <0.0001 | 1.082 (1.056-1.109)   | <0.0001 |
| COPD                  | 2.775 (1.128-6.829)  | 0.026   | 3.213 (1.224-8.431)   | 0.018   |
| Diabetes              | 1.152 (0.553-2.396)  | 0.706   | 1.037 (0.445-2.421)   | 0.932   |
| Dementia              | 1.249 (0.315-4.952)  | 0.751   | 1.762 (0.408-7.607)   | 0.448   |
| CAD                   | 2.696 (1.216-5.974)  | 0.015   | 6.252 (2.171-18.004)  | 0.001   |
| Hypertension          | 1.571 (0.818-3.016)  | 0.175   | 1.458 (0.690-3.079)   | 0.323   |
| Chronic renal failure | 3.685 (0.983-13.811) | 0.053   | 3.982 (0.939-16.891)  | 0.061   |
| CHF                   | NA                   | NA      | 5.917 (1.069-32.258)  | 0.042   |
| Arrhythmia            | 1.649 (0.446-6.097)  | 0.453   | 2.804 (0.689-11.412)  | 0.150   |

ICU: Intensive care unit; OR: Odds ratio; CI: Confidence interval; COPD: Chronic pulmonary obstructive disease; CAD: Coronary artery disease; CHF: Congestive heart failure; NA: Not applicable.



## SS-037

**TÜRKİYE'DE FAVİPİRAVİR İLE TEDAVİ EDİLEN COVID-19 HASTALARINDA MORTALİTE RİSK FAKTÖRLERİ: BİR RETROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMA**

Bengü Şaylan, Tayfun Çalışkan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2.Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**AMAÇ:** Favipiravir, COVID-19 tedavisinde kullanılan ilaçlardan biridir ve kullanan hastalarda mortaliteyi etkileyen faktörler üzerine bir çalışma bulunmamaktadır. Biz favipiravir ile tedavi edilen hastalarda mortalite risk faktörlerini araştırmaya amaçladık.

**YÖNTEMLER:** Bu çalışma COVID-19 için üçüncü basamak bir referans hastanesinde retrospektif gözlemsel bir çalışma olarak yapıldı. Ardışık olarak favipiravir ile tedavi edilen 148 COVID-19 hastasının klinik ve laboratuvar verileri değerlendirildi.

**BULGULAR:** Ölenlerin ve sağ kalanların yaş ortalaması sırasıyla  $67,3 \pm 13,3$  ve  $57,3 \pm 16,4$  idi ( $p < 0,0001$ ). Sigara içme oranı ölenler grubunda %44,4 ve sağ kalanlar grubunda %9,1 idi ( $p = 0,01$ ). İleri yaş (Olasılık oranı (OR) 1,04, %95 güven aralığı (GA) 1,016-1,069), sigara içme (OR 5,76, %95 GA 1,84-18,03), bir veya daha fazla komorbidite varlığı (OR 4,43, %95 GA 1,79-10,91), koroner arter hastalığı (KAH) (OR 2,66, %95 GA 1,06-6,72), aritmi (OR 3,4, %95 GA 1,78-9,82) ve konjestif Kalp Yetmezliği (KKY) (OR 14,4, %95 GA 2,9-71,43) istatistiksel olarak anlamlı şekilde mortalite ile ilişkilidir ( $p < 0,05$ ). Favipiravirin yanında Lopinavir / ritonavir (OR 8,1, %95 GA 3,32-19,74) ve C vitamini (OR 3,41, %95 GA 1,58-7,38) ile tedavi ölenlerde daha yüksekti. Favipiravir tedavisi sağ kalanlarda ölenlere göre daha erken başlanmıştır (sırasıyla  $3,1 \pm 2,2$  ve  $4,7 \pm 3,4$  gün  $p = 0,006$ ).

**SONUÇ:** İleri yaş, sigara kullanımı, bir veya daha fazla komorbidite varlığı, KAH, aritmi ve KKY mortalite ile ilişkili bulundu. Favipiravir ile birlikte lopinavir / ritonavir ve C vitamini kullanımı ölenlerde daha yüksekti. Favipiravir ile oksijen saturasyonu seviyeleri artmış ve C-reaktif protein, laktat dehidrojenaz seviyeleri azalmıştır. Hayatta kalanlarda favipiravir daha erken başlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, Favipiravir, Mortalite, Komorbidite

Tablo 1

| Variable                        | Non-survivors (N=38) |                |         | Survivors (N=110) |                |         |
|---------------------------------|----------------------|----------------|---------|-------------------|----------------|---------|
|                                 | Pre-treatment        | Post-treatment | p*      | Pre-treatment     | Post-treatment | p*      |
| WBC (K/mm <sup>3</sup> )        | 10.1±14.3            | 14.83±9.9      | 0.19    | 11.6±48.9         | 10.7±39.9      | 0.88    |
| Lymphocyte (K/mm <sup>3</sup> ) | 0.9±0.5              | 1.057±0.9      | 0.99    | 1.7±3.4           | 2.6±9.7        | 0.2     |
| Neutrophil (K/mm <sup>3</sup> ) | 7.6±4.4              | 12.89±9.2      | <0.0001 | 5.5±5.9           | 4.5±2.7        | 0.09    |
| Platelet (K/mm <sup>3</sup> )   | 229.7±121.7          | 265.6±280.6    | 0.42    | 209.2±80.9        | 333.7±143.1    | <0.0001 |
| CRP (mg/L)                      | 137.5±73.3           | 117.9±87.3     | 0.27    | 69.5±63.9         | 28.6±46.3      | <0.0001 |
| Ferritin (mg/L)                 | 1274.1±1766          | 5326.46±1030   | 0.02    | 1533.4±4936       | 2206.9±1147    | 0.45    |
| D-dimer (µg/L)                  | 3408.2±5028          | 6223.9±8006    | 0.06    | 1170.4±2258       | 1017.7±1377    | 0.55    |
| LDH (U/L)                       | 790.2±350            | 1048.4±829     | 0.06    | 633.8±825         | 439.4±161      | 0.01    |
| ALT (IU/L)                      | 30.6±19              | 63.38±68       | 0.006   | 43.0±73           | 72.4±76        | <0.0001 |
| AST (IU/L)                      | 38.3±23              | 99.21±124      | 0.004   | 66.0±325          | 54.0±191       | 0.36    |
| Total bilirubin (mg/dL)         | 0.7±0.5              | 3.004±8.8      | 0.11    | 1.2±5             | 5.1±20.5       | 0.049   |
| Direct bilirubin (mg/dL)        | 0.3±0.2              | 0.933±1.43     | 0.01    | 0.3±0.2           | 0.5±1.1        | 0.2     |
| SpO <sub>2</sub> (%)            | 82.95±9.35           | 76.39±1136     | 0.003   | 90.28±3.72        | 95.05±2.75     | <0.0001 |
| Fibrinogen (µmol/L)             | 647.8±160.4          | 576.37±222.28  | 0.03    | 612.83±17.7       | 605.72±193     | 0.75    |

Tablo 2

| Table 2. The risk factors associated with mortality |                 |                |                |       |
|---|-----------------|----------------|----------------|-------|
| Variable  | Odds Ratio (OR) | Lower (%95 CI) | Upper (%95 CI) | p*    |
| Age   | 1.04            | 1.016          | 1.069          | △0.05 |
| Smoking   | 5.76            | 1.84           | 18.03          | △0.05 |
| <b>Comorbidities</b>                                |                 |                |                |       |
| CAD   | 2.66            | 1.06           | 6.72           | △0.05 |
| Arrhythmia  | 3.4             | 1.78           | 9.82           | △0.05 |
| CHF   | 14.4            | 2.9            | 71.43          | △0.05 |
| Comorbidity (≥ 1)                                   | 4.43            | 1.79           | 10.91          | △0.05 |
| <b>Laboratory parameters</b>                        |                 |                |                |       |
| Lymphocyte  | 0.098           | 0.03           | 0.29           | △0.05 |
| Radiological involvement                            | 3.12            | 1.31           | 7.43           | △0.05 |
| SpO <sub>2</sub>                                    | 0.75            | 0.67           | 0.836          | △0.05 |
| <b>Treatment Department</b>                         |                 |                |                |       |
| Clinic + ICU  | 34.7            | 9.43           | 127.94         | △0.05 |
| ICU   | 390             | 37.69          | 4035.3         | △0.05 |
| <b>Treatments used with favipiravir</b>             |                 |                |                |       |
| Lopinavir-Ritonavir                                 | 8.1             | 3.32           | 19.74          | △0.05 |
| Vitamin C   | 3.41            | 1.58           | 7.38           | △0.05 |



## SS-038

## COVID-19 KONTROLÜNDE BÜYÜK PROBLEM; ARTAN SAĞLIK ÇALIŞANI BULAŞI

Buğra Kerget<sup>1</sup>, Ferhan Kerget<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzurum

<sup>2</sup>Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana bilim Dalı, Erzurum

**GİRİŞ:** Aralık 2019 tarihinde Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan SARS-CoV-2 (Covid-19) kısa süre içinde iki milyonu aşkın insanı enfekte etti. Sağlık hizmetlerinde SARS-CoV-2 bulaşı için spesifik risk faktörleri hakkında çok az şey bilinmektedir. Çalışmamızda hastanemizde COVID-19 ile mücadele eden sağlık personelinin zamanla riskli temas, enfeksiyon ve hidroklorokin profilaksisine cevap durumlarını değerlendirmeyi amaçladık.

**MATERYAL-METOD:** Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 17 Mart 2020 tarihinde yurtdışı kaynaklı olarak ilk Covid-19 vakası tespit edildi. Hastanemizde ilk sağlık hizmeti ilişkili SARS-CoV2 bulaşı 23 Mart 2020 tarihinde acil serviste çalışan ve bulaş kaynağı bilinmeyen tıbbi sekreterde tespit edildi. Çalışmamıza 23 Mart- 1 Mayıs 2020 tarihleri arasında COVID-19 hastası ile riskli temas etmiş 15 doktor, 156 hemşire, 84 temizlik personeli ve 2 tıbbi sekreter olmak üzere 257 sağlık personeli dahil edildi.

**SONUÇLAR:** Hemşireler en fazla ilk iki hafta içerisinde (n:69) riskli temasa maruz kalmışken, temizlik görevlileri 2-4. haftalar arasında (n:41), doktorlar ise 4. haftadan sonra (n:14) riskli temasa maruz kaldılar. Yüksek riskli temasa en fazla 4. haftadan sonraki dönemde maruz kalındı. Yüksek riskli temasa maruz kalan ve ilk real-time PCR testi negatif olan 38 personele hidroklorokin tedavisi uygulandı. Tedaviyi tamamlayan 35 personelde 7.gündereal-time PCR testi negatif iken kullanmayan 3 personelde 3. günde semptomları olması üzerine yapılan real-time PCR sonucu pozitif gözlemlendi.

**TARTIŞMA:** Uzun süreli pandemi yönetiminde fiziksel ve mental yorgunluk haftalar geçtikçe yükselmektedir. Bu nedenle sağlık personelinin verimli çalışması ve uzun süre görevde kalması için sık değişimler olumlu sonuçlar doğuracaktır. Yüksek riskli temasa maruz kalan sağlık personelinde real-time PCR negatif ise profilakside hidroklorokin kullanılması da bu savaşın en önemli neferlerinin sağlıklı ve uzun süre görevde kalmasında etkili olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, sağlık çalışanı, hidroklorokin, profilaksi, PCR

## SS-039

**POZİTİF VE NEGATİF RT-PCR'LI HASTANEDE YATAN COVID-19 ŞÜPHELİ HASTALARDA KLİNİK, TORAKS BT VE KLİNİK BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI**

Gokhan Perincek<sup>1</sup>, Canver Önal<sup>2</sup>, Sema Avcı<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kars Harakani Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Kars

<sup>2</sup>Kars Harakani Devlet Hastanesi, Radyoloji, Kars

<sup>3</sup>Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp, Uşak

**GİRİŞ:** COVID-19 ilk kez Çin'de rapor edilen şiddetli akut solunum yolu sendromu koronavirüsü 2'nin sebep olduğu enfeksiyöz bir hastalıktır. Blu çalışmanın amacı RT-PCR analizine göre hastanede yatan COVID-19 şüpheli hastalarda klinik özellikler, toraks BT bulguları ve laboratuvar bulgularını karşılaştırmaktır.

**YÖNTEM:** Negatif ve pozitif gruplar arında demografik veriler, komorbidite, semptomlar ve bulgular, laboratuvar sonuçları ve toraks BT buluları karşılaştırıldı. Çalışmaya 292 COVID-19 şüpheli (134 kadın, 158 erkek) dahil edildi. Tüm istatistiksel hesaplamalar SPSS 23.0 ile yapıldı.

**BULGULAR:** Olguların 158'i (%54.1) erkek ve 134'ü (%45.9) kadındı. Yaş aralıkları 50.46± 20.87 ortalaması ile 17'den 95'e değişmekteydi. Tüm hastaların %86.3'ünde bir semptom veya bulgu tespit edildi. 278 hastanın toraks BT görüntüleri analiz edildi. Negatif RT-PCR sonuçlu hastaların %43.9'unda ve pozitif RT-PCR'lı hastaların %59.2'sinde toraks BT negatifti. Negatif RT-PCR analizli hastaların %20'sinde ve pozitif RT-PCR'lı hastaların %22.4'ünde atipik veya belirsiz toraks BT bulguları tespit edildi. ALP, bilirubin, CRP, eozinofil sayısı, glukoz, CK-MB kütle ve laktat pozitif RT-PCR'ı olan hastalarda önemli derecede düşüktü. LDH, lipaz, MCV, monosit, nötrofil sayısı, NLR, trombosit, pO<sub>2</sub>, pro-BNP, prokalsitonin, INR, protrombin zamanı, sodyum, troponin T, üre ve WBC pozitif RT-PCR sonucu olan hastalarda anlamlı derecede düşüktü.

**SONUÇ:** COVID-19 tanısı hastanın hikayesi, tipik semptomları veya klinik bulgularına dayanmaktadır. Toraks BT, RT-PCR ve laboratuvar anormallikleri hastalığın tanısını daha da güçlendirmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, toraks bilgisayarlı tomografi, RT-PCR

**Figür 1**

60-year-old male complaining of dry cough, tiredness. Chest CT images revealed bilateral-multilobar, multiple peripheral GGOs in both lungs. Findings were typical for COVID-19. (RT-PCR test was positive)

**Figür 2**

55-year-old male presented with dry cough, fever. Chest CT sequential images revealed bilateral-multilobar, basal dominant, peripheral GGOs. Images were typical for COVID-19. (RT-PCR test was positive)



## SS-040

## YETİŞKİNLERDE İNFLUENZA VİRÜSLER VE SARS-COV-2: ' BENZERLİKLER VE FARKLILIKLAR'

Şerife Torun<sup>1</sup>, Çağrı Kesim<sup>2</sup>, Berna Botan Yıldırım<sup>1</sup>, Aynur Süner<sup>3</sup>, Özgür Özen<sup>4</sup>, Şule Akçay<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Konya

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji ABD, Konya

<sup>3</sup>Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ABD, Konya

<sup>4</sup>Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji ABD, Ankara

<sup>5</sup>Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Ankara

**GİRİŞ:** Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2), Aralık ayından beri daha çok solunum yollarını etkileyerek, tüm dünyada mortaliteyle sonuçlanabilen pandemiye neden olmuştur. Biz bu çalışmada SARS-CoV-2 yi daha iyi anlamak için aynı sezonda solunum yolu enfeksiyonuna yol açan influenza virüslerle benzer ve farklı yönlerini ortaya koymak amaçladık.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** H1N1 influenzalı tanılı 77 hasta, influenza B tanılı 78 hasta ve COVID-19 tanılı 31 hasta olmak üzere toplamda 186 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastane verilerinden, demografik bulgular, kronik hastalıklar, laboratuvar verileri, akciğer radyografisi ve göğüs tomografi bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** COVID-19 hastalarında ortalama yaş ve erkek cinsiyet influenza gruba göre daha yüksekti (55 yaş,  $p < 0,05$  ve %61 erkek  $p < 0,05$ ) H1 N1 influenza, influenza B ve COVID-19 hastaları arasında en yaygın kronik hastalıklar hipertansiyon ve diyabetti. Platelet (PLT) ve alanin amino transferaz (ALT) değerleri COVID-19 hastalarında belirgin yüksekti ( $p < 0,05$ ). Radyolojik olarak, bilateral distribüsyon (%74,2), non-spesifik distribüsyon (%58,1), Konsolidasyonlu buzlu cam (%51,6), yama görüntüsü (%25,8), interstisiyel değişikliklerle buzlu cam görüntüsü (%22,6) ve halo işaret (%22,6) COVID-19 hastalarında belirgindir ( $p < 0,05$ ).

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** COVID-19 hastalarında PLT seviyeleri influenza hastalarından daha yüksek olduğu için, bu hastalara erken evrede antikoagülan terapi başlanması düşünülebilir ve yüksek ALT değerlerinden dolayı, tedavide kullanılacak ilaçların muhtemel karaciğer toksisitesi açısından daha fazla dikkatli olmak gerekebilir. İnfluenza virüsler ve SARS-CoV-2 i aynı dönemde ve aynı hastada tespit etmediğimizden belirgin radyolojik belirtileri olan hastalarda tek bir virüse odaklanmak faydalı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, H1N1 influenza, influenza B

**SS-041****OLASI VE KESİN COVID-19 VAKALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN, KLİNİK, TORAKS BT VE LABORATUVAR BULGULARININ RETROSPEKTİF OLARAK KARŞILAŞTIRILMASI**

Nazlı Çetin<sup>1</sup>, Erhan Uğurlu<sup>1</sup>, Nilüfer Yiğit<sup>1</sup>, Furkan Ufuk<sup>2</sup>, Hüseyin Gökhan Yavaş<sup>2</sup>, Seçim Kolak<sup>1</sup>, Beyza Şahin<sup>3</sup>, Ahmet Çalışkan<sup>4</sup>, Neşe Dursunoğlu<sup>1</sup>, Sevin Başer<sup>1</sup>, Göksel Altınışik<sup>1</sup>, Serkan Değirmencioglu<sup>5</sup>, Selma Tekin<sup>6</sup>, Sibel Pekcan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

<sup>2</sup>Pamukkale Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

<sup>3</sup>Pamukkale Üniversitesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Denizli

<sup>4</sup>Pamukkale Üniversitesi, Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

<sup>5</sup>Pamukkale Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Denizli

<sup>6</sup>Pamukkale Üniversitesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, Denizli

**GİRİŞ:** Kısa sürede küresel olarak yayılan COVID-19'da kesin tanı, hastanın nazofarenksinden veya orofarenksinden alınan sürüntü örneklerinde Real Time Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction(RT-PCR) yöntemi kullanılarak SARS Co-V-2'nin saptanmasıyla konur. Ancak literatürde, RT-PCR testinin COVID-19 tanısında yüksek özgüllüğüne rağmen düşük duyarlılığa sahip olduğunu gösteren birçok çalışma vardır. Bu nedenle bazı vakalar klinik ve bilgisayarlı tomografi(BT) bulgularına göre olası vaka olarak kabul edilerek tedavi edilir. Kliniğimizde yatan hastalar arasında olası ve kesin vakaları inceleyerek bu iki grubun sosyodemografik, klinik, göğüs BT ve laboratuvar bulguları arasındaki farkları belirlemeyi amaçladık.

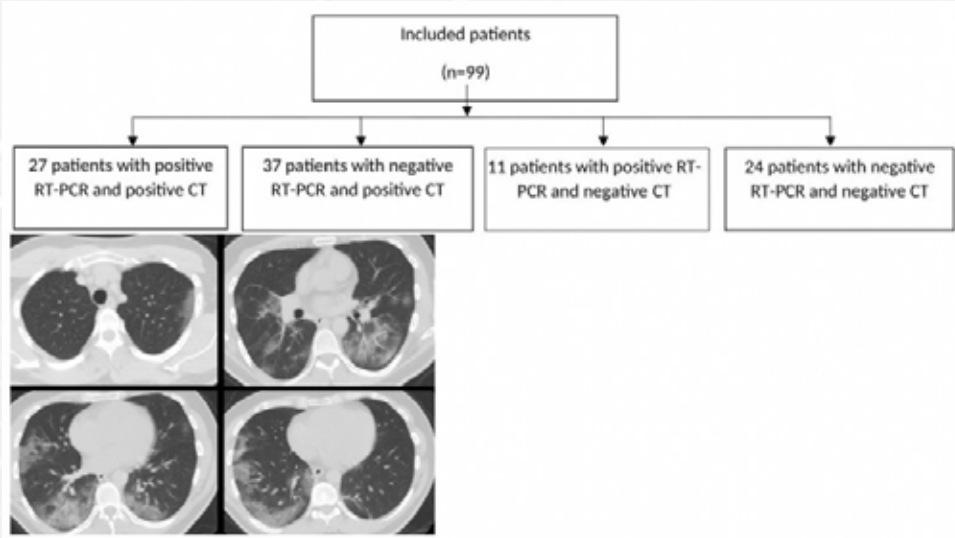
**GEREÇLER ve YÖNTEM:** İlk vaka tarihimiz 13 Mart ile 5 Mayıs 2020 arasında olası ya da kesin COVID-19 ile göğüs hastalıkları servisinde yatan tüm hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların toraks BT bulguları, klinik bilgi ve PCR sonuçlarına karşılaştırılan iki farklı radyolog tarafından CO-RADS sınıflamasına göre ayrı ayrı yorumlandı, daha sonra ortak değerlendirme ile konsensüs sağlandı. Laboratuvar bulguları, toraks BT skorlaması ve klinik yakınmalar kullanılarak çoklu lojistik regresyon yöntemi ile modeller geliştirildi. Modellerin PCR sonuçlarını tahmin düzeyini incelemek için ROC analizi yapıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 38 RT-PCR pozitif, 62 RT-PCR negatif olmak üzere toplam 99 hasta dahil edildi. Nötrofil/lenfosit oranı(NLR) ve lenfosit sayısı RT-PCR pozitif hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktü(sırasıyla p = 0.038, p = 0.041). Benzer şekilde, pozitif hastalarda CRP değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlemlendi(p = 0.029). RT-PCR(+) hastalar ile RT-PCR(-) olan ancak CO-RADS evrelemesine göre COVID-19 pozitif toraks BT bulguları olan hastalar karşılaştırıldığında, RT-PCR(-) olup toraks BT bulguları pozitif olan grupta WBC, LDH ve CRP düzeyi değerlerinin yüksek olduğu gözlemlendi. ROC analizi ile incelenen modellerde RT-PCR sonucunu tahmin etmede en yüksek AUC değeri WBC, LDH, CRP, toraks BT skorlaması ve öksürük şikayeti ile oluşturulan modelde görüldü.(AUC=0.725, 95% CI: 0.619-0.830)

**SONUÇ ve TARTIŞMA:** RT-PCR'da SARS-CoV-2'nin izolasyonu haricinde COVID-19 hastalığının kesin tanısı konulamamaktadır. RT-PCR yönteminin duyarlılığının düşük olması nedeniyle vakalar atlanabilir, karantina ve izolasyon gibi yöntemler aksayabilir. Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında RT-PCR pozitifliği beklemeden klinik bulgular eşliğinde, toraks BT bulguları(CO-RADS'a göre evre 4-5) ile WBC, CRP ve LDH yükseklikleri varsa COVID-19 ihtimalinin artacağı bulunmuştur. Daha büyük verilerle benzer parametreler kullanılarak çeşitli modellemeler yapılarak, RT-PCR'a gerek kalmadan hastalığın olası tanısı konulabilir.

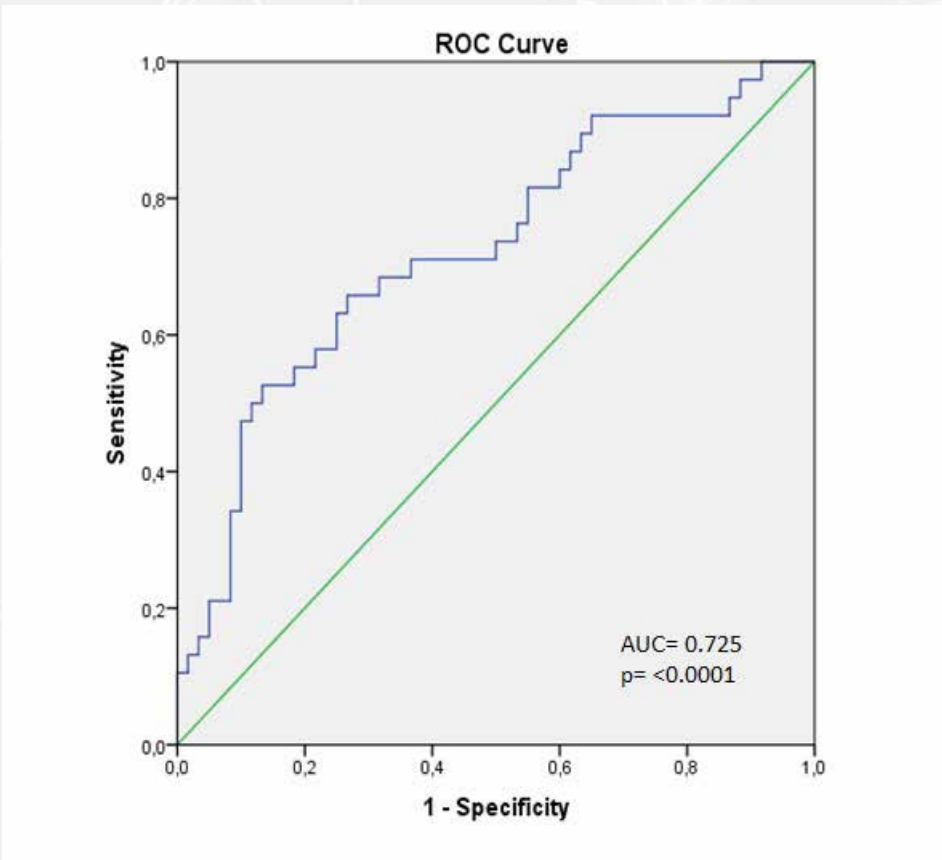
**Anahtar Kelimeler:** CO-RADS, Probable COVID-19, RT-PCR, SARS-CoV-2

Resim 1



Hastalarımızın Toraks Bt ve RT-PCR değerlendirmelerini gösteren akış şeması, Toraks BT'si CO-RADS 5 olarak değerlendirilen hastanın BT kesitleri; bilateral, yamalı subplevral buzlu cam opasiteleri

Resim 2



WBC, LDH, CRP, toraks BT skoru ve öksürük parametreleri kullanılarak geliştirilen modelin ROC eğrisi



Tablo 1

|   |
|---|
| PCR pozitif PCR negatif p değeri<br>(n=38) (n=61)   |
| Yaş, yıl (ortanca-aralık) 50,5 (19-99) 48 (20-87) 0,892   |
| Cinsiyet, n (%)<br>Kadın 12 (31,58) 24 (39,34) 0,435<br>Erkek 26 (68,42) 37 (60,66)   |
| Sigara, n (%)<br>İçmemiş 21 (55,26) 32 (52,46) 0,171<br>Bırakmış 13 (34,21) 14 (22,95)<br>İçici 4 (10,53) 15 (24,59)  |
| Komorbiditeler, n (%)<br>Diyabet 6 (15,79) 12 (19,67) 0,626<br>Kardiyovasküler hastalık 9 (23,68) 9 (14,75) 0,263<br>Kronik akciğer hastalığı 6 (15,79) 19 (31,15) 0,087<br>Malignite 2 (5,26) 6 (9,84) 0,707<br>Sinir sistemi hastalığı 0 5 (8,2) 0,153<br>Hipertansiyon 9 (23,68) 21 (34,43) 0,258<br>Romatolojik hastalık 1 (2,63) 1 (1,64) 1<br>İmmüsupresyon 1 (2,63) 5 (8,2) 0,402  |
| Belirti ve yakınmalar<br>Öksürük 29 (76,32) 51 (83,61) 0,370<br>Kırgınlık 24 (63,16) 31 (50,82) 0,230<br>Ateş 23 (60,5) 25 (41) 0,05<br>Dispne 6 (42,11) 34 (55,74) 0,187<br>Miyalji 12 (31,58) 15 (24,59) 0,448<br>Balgam 8 (21,05) 14 (22,95) 0,825<br>Baş ağrısı 8 (21,05) 9 (14,75) 0,419<br>Bulantı-kusma 6 (15,79) 5 (8,2) 0,326<br>İshal 5 (13,16) 7 (11,48) 1<br>Tat ve koku kaybı 3 (7,89) 7 (11,48) 0,737<br>Burun akıntısı 2 (5,26) 0 0,145<br>Baş ağrısı 2 (5,26) 5 (8,2) 0,704<br>Baş dönmesi 0 2 (3,28) 0,522   |
| Laboratuvar parametreleri<br>Hemoglobin K/uL 13,95 (9,3-16,9) 13,4 (4,4-17,2) 0,194<br>Lökosit K/uL 5,83 (3,36-16,41) 9,4 (1,14-30,11) <0,001<br>Lenfosit K/uL 1,43 (0,33-3,78) 1,59 (0,41-10,64) 0,041<br>NLR 2,46 (0,1-24,24) 3,92 (0,28-36,64) 0,038<br>LDH U/L 214 (136-417) 244,5(128-840) 0,06<br>CRP mg/L 18,23 (0,35-213,5) 38,83 (0,62-400) 0,029<br>Procalcitonin ng/mL 0,07(0,02-1,26) 0,07 (0,02-8,7) 0,774<br>Ferritin ug/L 160,8 (5,61 - 1698) 154 (4,89 - 1731) 0,478<br>D-dimer ng/mL 251 (28 - 1972) 287 (79 - 8160) 0,09<br>Troponin ng/L 4,26 (1,07 - 63,75) 4,93 (3 - 86,28) 0,505<br>25-OH-Vitamin D ug/L 12,87 (3 - 100) 11,45 (5,03 - 100) 0,949 |

Demografik ve klinik özellikler, laboratuvar parametreleri

Tablo 2

Özellikler PCR pozitif PCR negatif, BT CO-RADS 4/5 p değeri  
(ortanca-aralık) (n=38) (n=61)

|  |                     |                     |       |
|--|---------------------|---------------------|-------|
| Hemoglobin K/uL                          | 13,95 (9,3-16,9)    | 13,5 (4,4-17,2)     | 0,464 |
| Lökosit K/uL                             | 5,83 (3,36-16,41)   | 8,97 (1,14-30,11)   | 0,001 |
| Lenfosit K/uL                            | 1,43 (0,33-3,78)    | 1,55 (0,41-3,34)    | 0,081 |
| NLR                                      | 2,46 (0,1-24,24)    | 4,25 (0,94-36,64)   | 0,068 |
| LDH U/L                                  | 214 (136-417)       | 267 (128-840)       | 0,033 |
| CRP mg/L                                 | 18,23 (0,35-213,5)  | 69,73 (2,17-362,29) | 0,004 |
| Procalcitonin ng/mL                      | 0,07(0,02-1,26)     | 0,06 (0,02-5,19)    | 0,413 |
| Ferritin ug/L                            | 160,8 (5,61 - 1698) | 186 (13,48 - 1731)  | 0,778 |
| D-dimer ng/mL                            | 251 (28 - 1972)     | 309 (91 - 2567)     | 0,065 |
| Troponin ng/L                            | 4,26 (1,07 - 63,75) | 4,64 (3 - 86,28)    | 0,733 |
| 25-OH-Vitamin D ug/L                     | 12,87 (3 - 100)     | 13,22 (5,03 - 100)  | 0,495 |
| İlk PCR ile şikayetler arası zaman (gün) | 3 (0-16)            | 4 (0-16)            | 0,153 |

*PCR pozitif hastalar ile PCR negatif ancak BT pozitif (CO-RADS 4/5) hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması*

**SS-042****COVID-19 NEDENİYLE İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALARIN KAN GRUPLARI VE SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gokhan Perincek

Kars Harakani Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Kars

**GİRİŞ:** COVID-19 ilk kez Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan ve şiddetli akut respiratuar sendrom coronavirus 2'nin neden olduğu enfeksiyöz bir hastalıktır. Hastalığın şiddeti asemptomatikten ciddi pnömoni, solunum yetmezliği ve ölüme kadar değişmektedir. Son zamanlarda bu hastalıkla ilişkili olan ve hastalığın etkilediği parametrelerin tespit edilmesi hız kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 şüphesi nedeniyle ikinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran ve yatışı planlanan hastalardaki kan grupları ve sonuçlarını değerlendirmektir.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Bu prospektif kesitsel çalışma Kafkas Üniversitesi Etik Kurulundan onay alındıktan sonra 05.03.2020-07.05.2020 tarihleri arasında Kars Harakani Devlet Hastanesinde yapıldı. Bu tarihler arasında acil servise başvuran ve COVID-19 açısından şüpheli kabul edilen 416 hastadan nazofarengeal örnek alındı veya toraks BT planlandı ve hastaneye yatışı yapıldı. Hastalar RT-PCR sonucuna ve toraks BT bulgularına göre gruplandırıldı. Demografik veriler, sigara içme durumu, eşlik eden hastalıklar, semptomlar, bulgular, laboratuvar sonuçları ve toraks BT bulguları değerlendirildi.

**BULGULAR:** 416 hastanın yaş ortalaması 44.99'du. Hastalara ait kan parametreleri; hemoglobin 14.22±2.13, albümin 41.96±4.61, ALT 22.41±22.16, beyaz küre sayısı 9.05±5.06, trombosit sayısı 234.32±84.37, kreatinin 1.02±1.18, eozinofil sayısı 0.18±0.58, AST 28.10±40.74, c-reaktif protein 31.57±55.1, d-dimer 935.63±1410'du. Tüm şüpheli hastalar arasında hastalar kan gruplarına göre A RH- (n=5), A RH+ (n=46), O RH- (n=3), O RH+ (n=40), AB RH+ (n=9), B RH- (n=7) ve B RH+ (n=30) idi. Toraks BT bulgularına göre COVID-19 bulguları tespit edilen hastalar arasında B RH+ (n=14), A RH+ (n=16), A RH- (n=3), O RH+ (n=15), O RH- (n=2), AB RH+ (n=6) ve B RH- (n=4)'tü.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Toraks BT bulgularına göre pozitif saptanan olgular arasında en sık görülen kan grubu sırasıyla A RH+, B RH+ ve O RH+'ti fakat şüpheli olarak hastaneye yatırılan hastaların tamamından kan grubu örneği alınmaması çalışmanın en büyük kısıtlılığıdır. Literatüre bakıldığında A kan grubu subtiplerinin COVID-19 açısından en riskli olduğu ve O kan grubu subtiplerinin en az risk altında olduğu gösterilmiştir ve çalışmamız literatür ile uyumlu görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, kan grubu, laboratuvar



## SS-043

## İMMÜN KOMPETAN HASTALARDA PULMONER ASPERGİLLOZİS

Sibel Kara<sup>1</sup>, Ebru Oruç<sup>2</sup>, Zuhal Ekici Ünsal<sup>1</sup>, Hikmet Eda Alışkan<sup>3</sup>, Şule Akçay<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları ABD, Adana

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Enfeksiyon Hastalıkları ABD, Adana.

<sup>3</sup>Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi Mikrobiyoloji ABD, Adana

<sup>4</sup>Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Ankara.

**GİRİŞ:** Pulmoner aspergillozis (PA) sıklıkla immün yetmezlikli hastalarda görüldüğü immün kompetan hastalarda da ortaya çıkabilen bir dizi klinik hastalığı tanımlar. Bu çalışmanın amacı immün kompetan hastalarda pulmoner aspergillozisin hastalık paternlerini, demografik ve klinik özelliklerini, tedavi yöntemlerini ve prognozunu araştırmaktır.





**GEREÇ VE YÖNTEM:** PA tanısı alan immün kompetan hastaların retrospektif bir analizi yapıldı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, radyolojik bulguları, tanı ve tedavi yöntemleri ve prognozları kaydedildi.

**BULGULAR:** Total 11 hastanın 9'u KPA (Kronik Pulmoner Aspergillozis) [4 KKPA (Kronik Kaviter Pulmoner Aspergillozis), 1 KFPA (Kronik Fibroze Pulmoner Aspergillozis), 2 Aspergilloma, 2 Aspergillus nodülü] diğer 2'si İPA tanısı aldı. Hastaların 8'i kadın, 3'ü erkek ve yaş ortalaması 61 (53±69)'di. Sigara içme oranı % 81'di. En sık komorbidite Diabetes mellitus (%45.4) idi ve toplamda ise hastaların %72.7'sinde koah-astım, tüberküloz, bronşektazi gibi kronik akciğer hastalığına sahipti. Öksürük, balgam ve hemoptizi (sırası ile % 90, %72.7, %45.4) en sık görülen semptomdu. Sekiz (% 72.7) hastaya vorikonazol, diğer 3 (%27.2)'üne cerrahi tedavi yapılmıştı. 1 hasta postoperatif kaybedilmişti.

**SONUÇ:** Hastaların çoğunluğu orta yaşlı, kadın ve sigara içmişti ve tamamı DM ve kronik akciğer hastalığı gibi bir komorbiditeye sahipti. En sık belirti prodiktif öksürük ve hemoptizi idi. Tedavide vorikonazol ve gerektiğinde cerrahi idi. Prognoz oldukça iyiydi. İmmün kompetan hastalarda pulmoner aspergillozis bir tanı seçeneği olarak akıldan tutulması gerektiğine dikkat çekmek istiyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner aspergillozis, İmmün kompetan hasta, hastalık paternleri, demografik, klinik özellikler, prognoz

## Pulmoner Aspergillozun farklı hastalık tiplerine sahip hastaların Toraks BT görüntüleri

| Hastalık tipleri                            |  |
|---|--|
| Aspergilloma                                |  <p>60 yaşında kadın hasta. Geçirilmiş akciğer TB öyküsü mevcut. 4 aydır artan öksürük, balgam ve tekrarlayan hemoptizi yakınması mevcuttu. Toraks BT'de sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte yaklaşık 3 cm çapa ulaşan bir kavitenin oluşmaya başladığı ve konsolidasyonun ince bir hava halkası ile ayrılmaya başladığı görülüyor (Hilal belirtisi). Uygulanan wedge rezeksiyon ile patolojide Aspergillus hifaları saptandı.</p> |
| Kronik kaviter pulmoner aspergilloz (KKPA); |  <p>55 yaşında erkek Komorbiditesi :DM , RA,KOAH. 5 aydır öksürük,halsizlik, tekrarlayanhemoptizisi var.Toraks BT'de sağ akciğer üst lob apikoposterior segmentte en geniş yerinde aksiyel çapı 97 mm duvarı ince irregülerinde fungus topu olan kaviter lezyon, sol akciğerde amfizemmevcuttu.Masif hemoptizi nedeni ile sağ üst lobektomi uygulandı ve patolojide Aspergillus hifaları saptandı.</p>                                      |
| İnvazif pulmoner aspergilloz (İPA)          |  <p>57 yaşında erkek. KOAH, KBY ,DM'si olan hasta hemoptizi ile başvurdu. Toraks BT' de sağ akciğer üst lob posterior segmentte içinde fungus topu ve hilal belirtisi olan kalın ve düzensiz duvarlı kaviter lezyon mevcuttu. Bronkoskopik lavaj( BL) kültürde aspergillus fumigatus üredi. BL galaktomanan pozitif aynı zamanda hemoptizi artışı için sağ üst lobektomi patolojide aspergillus hifaları saptandı.</p>                     |
| Aspergillus nodülü                          |  <p>59 y erkek, DM'i var ve sigara içicisi, 5 aydır kuru öksürük yakınması vardı .Toraks BT' de sağ akc üst lop anterior segmentte 23x18 mm spikülo konturlu çekintiler nodüler lezyon mevcuttu. Tam amaçlı wedge rezeksiyon sonucu patolojide aspergillus hifaları saptandı.</p>   |

## SS-044

**PANDEMİNİN ERKEN EVRESİNDE İZMİR'DE BİR 3. BASAMAK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE KORONAVİRÜS HASTALIĞI BELİRTİLERİ OLAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KLİNİK DURUMU**

Filiz Güldaval<sup>1</sup>, Ceyda Anar<sup>2</sup>, Mine Gayaf<sup>1</sup>, Melih Büyüksirin<sup>1</sup>, Gülru Polat<sup>1</sup>, Gülistan Karadeniz<sup>1</sup>, Aylin Alpözen<sup>1</sup>, Aysu Ayrancı<sup>1</sup>, Zeynep Akyel<sup>1</sup>, Fatma Üçsular<sup>1</sup>, Özgür Batum<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

**AMAÇ:** Hastanesinde COVID-19'lu sağlık çalışanlarının klinik özelliklerini ve sonuçları hakkındaki verileri araştırmak ve raporlamaktır.

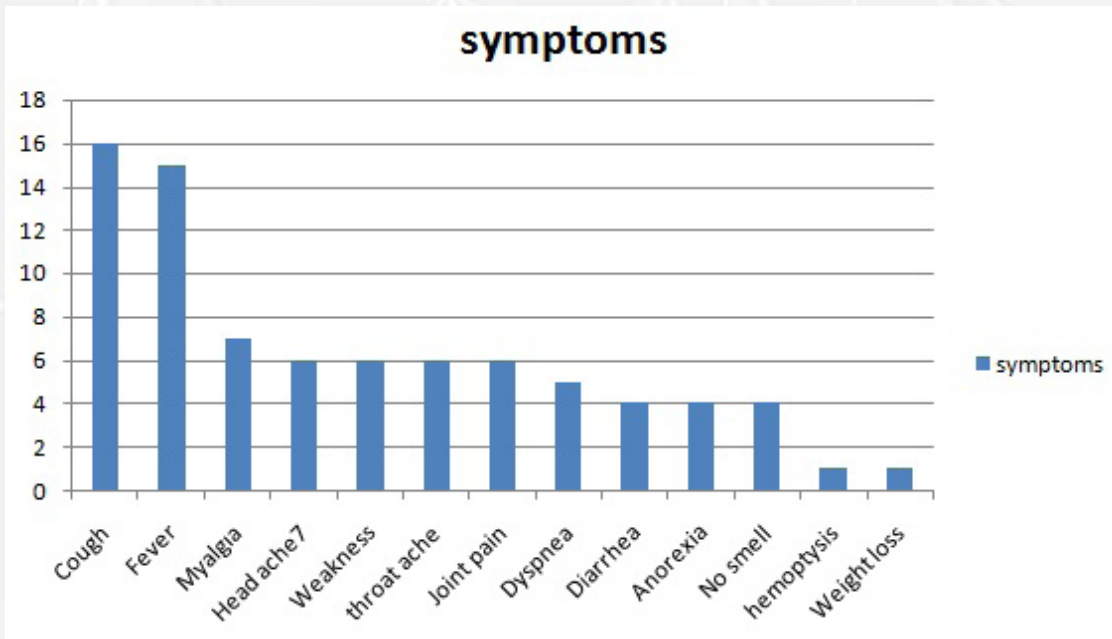
**METHOD:** Bu, doğrulanmış COVID-19 hastalarından bir 3. basamak eğitim araştırma hastanesinden toplanan kesitsel veriler kullanılarak yapılan tek merkezli, retrospektif, tanımlayıcı, gözlemsel bir çalışmadır. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, mortalite oranları ve hastaneye yatışla ilişkili faktörleri analiz edildi.

**BULGULAR:** Çalışmada PCR (RT-PCR) ile doğrulanan 49 pozitif sağlık çalışanı vardı. Ortalama yaş  $40.0 \pm 8.45$  (% 75.5 kadın) idi. En sık görülen semptomlar öksürük (% 32.7), ateş % 30.6, miyalgi (% 14.3) idi. Hastaların % 32.7'sinde ek hastalık mevcuttu. Bu sağlık çalışanlarının çoğunu hemşireler (% 53.1) ve doktorlar (% 18.4) oluştururken geri kalanın 14'ü (% 28.6) temizlik personeli ve idari personeldi. Nötrofil lenfosit ve trombosit değerleri hastanede yatan hastalarda istatistiksel olarak daha düşüktü. Akciğer grafisinde infiltrasyon varlığı ile hastanın semptomu ve hastalığın şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı (sırasıyla p: 0.002 ve 0.009).

**SONUÇ:** Sonuç olarak SARS-CoV-2 oldukça bulaşıcıdır. Yatan hastalar ve sağlık çalışanlarının enfeksiyon riski yüksektir. Türkiye'de tek bir merkezden koronavirüs bulaşmış sağlık çalışanlarının özelliklerini sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** koronavirüs, Sağlık çalışanı, semptomlar

figür 1



sağlık çalışanların semptomları



## SS-045

## ABO KAN GRUPLARININ SARS-COV 2 ENFEKSİYONU GELİŞİMİNE VE HASTALIK SEYRİNE ETKİSİ

Elif Torun Parmaksız<sup>1</sup>, Ergün Parmaksız<sup>2</sup>, Coşkun Doğan<sup>1</sup>, Nesrin Kırıl<sup>1</sup>, Ali Fidan<sup>1</sup>, Sevda Cömert<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** SARS-CoV-2, 2019 küresel pandemik koronavirüs hastalığının (COVID-19) etken maddesidir. Covid 19 enfeksiyonuna yatkınlığı ve hastalığın şiddetini ve sonuçlarını farklı ABO kan gruplarına göre araştırmayı amaçladık.

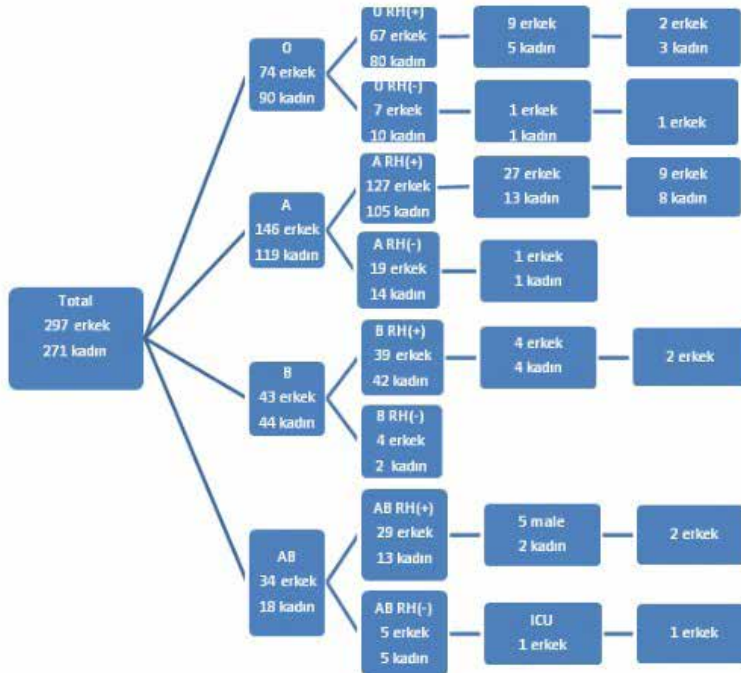
**YÖNTEMLER:** Covid-19 enfeksiyonu ile başvuran toplam 568 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, klinik özellikleri, radyolojik ve laboratuvar bulguları, ABO ve RH kan grupları ve sonuçları kaydedildi.

**BULGULAR:** 297 erkek (% 52.3) ve 271 kadın (% 47.7) olgunun yaş ortalaması  $58.11 \pm 17.14$  (19-95) idi. Covid hastalarının ABO kan gruplarına göre dağılımı şu şekildedir: A %46.7(n=164), O %28.9(n=265), B %15.3(n=87) ve AB %9.2(n=52). Hipertansiyon tüm kan gruplarında en sık eşlik eden hastalıktı. Hastanede kalış süresi A kan grubunda daha uzun, yoğun bakım ünitesi(YBÜ) kabul oranları A ve AB kan grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

**SONUÇLAR:** Kan grubu O hastaları daha düşük risk altındayken, bir kan grubuna SARS-CoV-2 daha sık bulaşma eğilimindedir. ABO ve Rh kan grupları, SARS-CoV-2 enfeksiyon duyarlılığı ve ölüm riskini tahmin etmek için bir biyobelirteç olarak düşünülebilir.

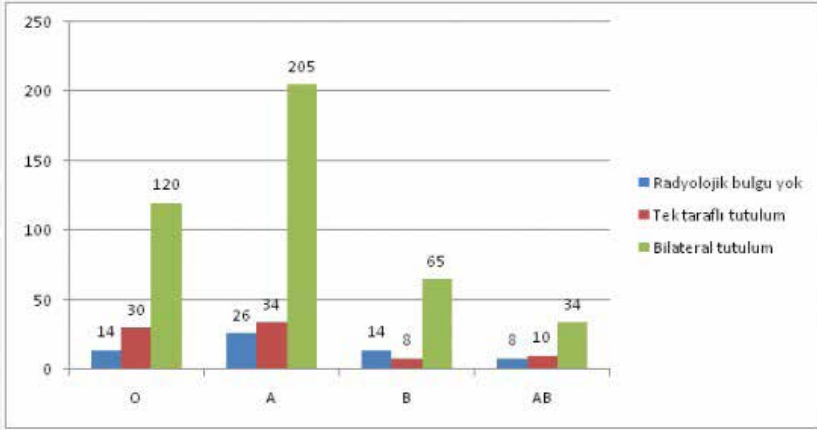
**Anahtar Kelimeler:** Covid 19, kan grubu, SARS-CoV-2

Figür 1



Kadın ve erkek olgularda kan gruplarına göre YBÜ'ye giriş ve ölüm sayılarını gösteren akış şeması

Figür 2



Farklı ABO kan gruplarındaki radyolojik bulgular

Tablo 1

|                             | O           | A           | B           | AB          | p      |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Yaş                         | 59.40±17.63 | 58.45±16.67 | 55.56±17.72 | 56.52±16.84 | 0.33   |
| Lökosit sayısı              | 7174.02     | 7542.26     | 7126.44     | 6621.15     | 0.55   |
| Lenfosit sayısı             | 1366.67     | 1408.48     | 1339.08     | 1473.46     | 0.75   |
| LDH                         | 277.37      | 307.84      | 281.13      | 272.02      | 0.37   |
| D-dimer                     | 1670.69     | 2141.43     | 1543.00     | 918.13      | 0.16   |
| Kreatinin                   | 1,16        | 1,01        | 1,95        | 0,82        | 0.20   |
| Ferritin                    | 283,04      | 349,46      | 481,49      | 294,62      | 0.41   |
| Hastanede kalış süresi(gün) | 7,26        | 8,28        | 6,37        | 7,52        | 0.10   |
| YBÜ yatışı(n-%)             | 16(9,8)     | 42(15,8)    | 8(9,2)      | 8(15,4)     | <0.001 |

Kan gruplarına göre hasta verilerinin karşılaştırılması

Tablo 2

|                                   | A        | A-dışı    | p    | OR   | %95 GA    |
|-----------------------------------|----------|-----------|------|------|-----------|
| Sayı                              | 265      | 303       |      |      |           |
| Yaş                               | 58.45    | 57.81     |      |      |           |
| Erkek/kadın                       | 146/119  | 151/152   | 0.23 | 1.23 | 0.88-1.71 |
| Hipertansiyon(n-%)                | 87(32.8) | 124(40.9) | 0.05 | 0.70 | 0.50-0.99 |
| DM(n-%)                           | 61(23.0) | 72(23.8)  | 0.84 | 0.95 | 0.65-1.41 |
| Obstrüktif akciğer hastalığı(n-%) | 36(13.6) | 34(11.2)  | 0.44 | 1.24 | 0.75-2.05 |
| Kardiyovasküler hastalık(n-%)     | 52(19.6) | 52(17.2)  | 0.51 | 1.17 | 0.77-1.80 |
| Kronik böbrek yetmezliği          | 13(4.9)  | 16(5.3)   | 1.00 | 0.92 | 0.43-1.96 |
| Malignite(n-%)                    | 29(10.9) | 18(5.9)   | 0.03 | 1.94 | 1.05-3.59 |
| Lökosit sayısı                    | 7542     | 7065      | 0.23 |      |           |
| Lenfosit sayısı                   | 1408     | 1377      | 0.64 |      |           |
| LDH                               | 307.84   | 277.52    | 0.07 |      |           |
| D-dimer                           | 2141.43  | 1510.00   | 0.06 |      |           |
| Kreatinin                         | 1.01     | 1.33      | 0.28 |      |           |
| Ferritin                          | 349.46   | 337.43    | 0.86 |      |           |
| Hastanede kalış süresi(gün)       | 8.28     | 7.05      | 0.02 |      |           |

A ve A-dışı kan gruplarının özelliklerinin karşılaştırılması



## SS-046

**IL-21, COVID-19 PNÖMONİSİ İLE HOSPİTALİZE EDİLEN OLGULARDA TANISAL VE PROGNOSTİK ÖZELLİK GÖSTEREN BİR BİYOBELİRTEÇ MİDİR?**

Nilüfer Aylin Acet Öztürk<sup>1</sup>, Ahmet Ursavaş<sup>1</sup>, Aslı Görek Dilektaşlı<sup>1</sup>, Ezgi Demirdöğen<sup>1</sup>, Funda Coşkun<sup>1</sup>, Dane Ediger<sup>1</sup>, Esra Uzaslan<sup>1</sup>, Diğdem Ermiş<sup>2</sup>, Mert Karaca<sup>2</sup>, Eray Orkun Terzi<sup>1</sup>, Merve Bayram<sup>1</sup>, Dilara Ömer<sup>1</sup>, Büşra Yiğitliler<sup>1</sup>, Ahmet Yurttaş<sup>1</sup>, Shahriyar Maharramaov<sup>1</sup>, Gamze Çelik<sup>1</sup>, Barbaros Oral<sup>2</sup>, Mehmet Karadağ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi İmmunoloji Bilim Dalı

**GİRİŞ:** IL-21 -zincirli sitokin ailesinin bir üyesi olup aktive CD4+ T hüceler, NK T hücre ve Th17 hücreleri tarafından üretilmektedir. IL-21 anitiviral immunitenin oluşturulması ve sürdürülmesinde etkinlik göstermektedir. Serum IL-21 düzeyinin akut solunumsal viral enfeksiyonlarda sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. COVID-19 olgularında klinik kötüleşmenin ön görülmesi, hastaların tedavi ve takiplerinin bu bilgiye göre düzenlenmesi açısından önem arz etmektedir.

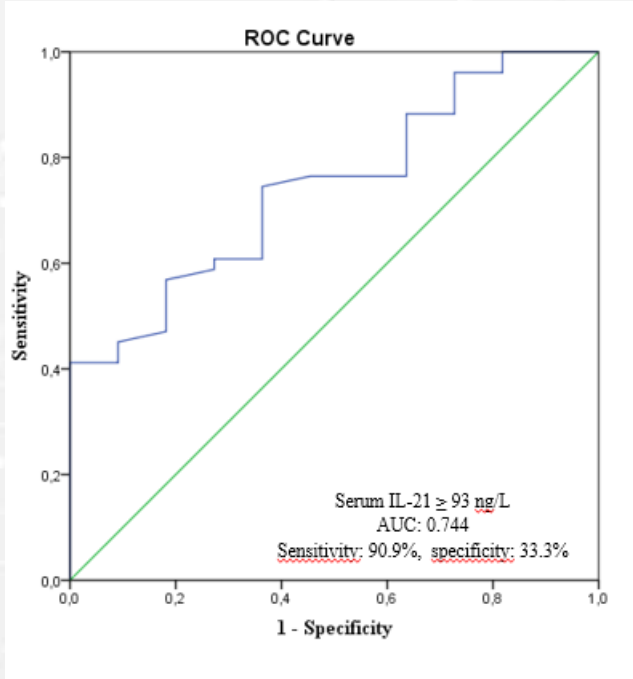
**METOD:** Üçüncü basamak bir sağlık kuruluşuna 15 Mayıs - 15 Haziran 2020 tarihleri arasında başvurarak COVID-19 ön tanısı ile hospitalize edilen olgular ile COVID-19 dışı pnömoni ön tanısı ile interne edilen olgular sırasıyla vaka-kontrol çalışmasna dahil edilmişlerdir.

**BULGULAR:** Çalışmaya 62 hasta dahil edilmiştir. Çalışma popülasyonu 51(82.2%) COVID-19 ve 11(18.8%) COVID-19 dışı pnömoni olgusu içermektedir. COVID-19 olgularında COVID-19 dışı pnömoni olgularıyla karşılaştırıldığında, serum IL-21 düzeyi anlamlı düzeyde yüksek (105.0 [93.9-210.7]vs92.0[47.6-100.8], p=0.01) ve serum CRP konsantrasyonu anlamlı olarak düşük (6.2[IQR 25-75:2.0-25.4]vs20.6[IQR 25-75:9.3-95.9],p=0.01) saptanmıştır. COVID-19 olgularının COVID-19 dışı pnömoni olgularından ayırımında kullanılmak üzere yapılan ROC analizinde serum IL-21 için cut-off değeri of 93 ng/L olarak hesaplanmış olup 90.9% sensitivite, 33.3% spesifite, 22.7% pozitif prediktif değer ve 94.4%negatif prediktif değere sahip olduğu gözlenmiştir. COVID-19 olgularında içinde 10(19.6%) olgunun klinik ve radyolojik olarak progresyon gösterdiği izlenmiştir. Klinik kötüleşme izlenen COVID-19 olgularında serum IL-21 düzeyi için belirlenen 160 ng/L sınır değerinin 80% sensitivite, %60.9 spesifite, %33.3 pozitif prediktif değer ve 92.5% negatif prediktif değere sahip olduğu saptanmıştır. Klinik kötüleşme ile ilişkilendirilen risk faktörlerinin çok değişkenli analizleri sonucunda IL-6 ve IL-21 düzeyi bağımsız risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Serum IL-6 düzeyinin  $\geq 3.2$  pg/mL oluşu klinik kötüleşme için 8.07 (95% CI:1.37-47.50,p=0.04) kat risk artışı ile ilişkilendirilmiş olup for serum IL-21düzeyinin  $\geq 106$ ng/L oluşu 6.24 (95%CI:1.04 - 37.3,p=0.02) kat risk artışı ile ilişkilendirilmiştir.

**SONUÇ:** Çalışmamız güncel literatürde COVID olgularında IL-21 düzeyini değerlendiren ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır. Çalışmamız serum IL-21 düzeyinin hem COVID-19 olgularının ayırımında hem de prognozun ön görülmesinde kullanılabileceğini göstermektedir.

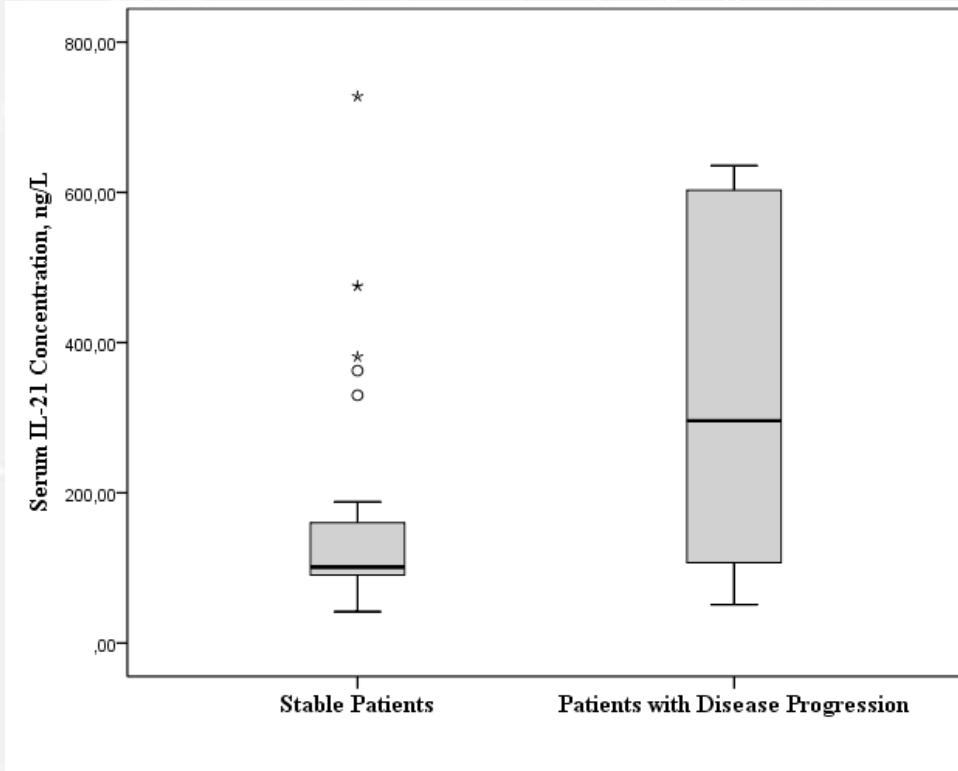
**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, pnömoni, ayırı tanı, prognoz, IL-21

Figür-1



Serum IL-21'in COVID-19 ve COVID-19 dışı pnömoni olgularının ayırımında diagnostik değeri

Figür-2



Stabil seyreden ve progresyon izlenen COVID-19 olgularında serum IL-21 düzeyi

Tablo-1

|                       | OR   | 95% CI      | p-value |
|-----------------------|------|-------------|---------|
| Yaş                   | 1.02 | 0.96-1.08   | 0.43    |
| Lenfosit sayısı       | 1    | 0.99-1.00   | 0.95    |
| Üre                   | 0.99 | 0.96-1.01   | 0.55    |
| İmmünyüpresyon        | 2.35 | 0.25-19.4   | 0.42    |
| IL-6 $\geq$ 3.2 pg/mL | 8.07 | 1.37 - 47.5 | 0.04    |
| IL-21 $\geq$ 106 ng/L | 6.24 | 1.04 - 37.3 | 0.02    |

*COVID-19 olgularında klinik kötüleşme ile ilişkili parametrelerin çoklu regresyon analizi*



SS-047

**COVID-19 DIŞI ATIPIK PNÖMONİ VE COVID-19 PNÖMONİ OLGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI**Muzaffer Onur Turan<sup>1</sup>, Şebnem Karasu<sup>2</sup>, Atilla Hikmet Çilengir<sup>2</sup>, Bünyamin Sertoğullarından<sup>1</sup><sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, İzmir<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Radyoloji Anabilim dalı, İzmir

**GİRİŞ:** Subakut başlangıç tablosu, akciğer dışı organ tutulumu gibi özelliklere seyredabilen atipik pnömoniler toplumda nadir olarak görölmektedir. COVID-19, toplumda yeni tanımlanmış bir mikroorganizma olduğu için atipik pnömoni yapan diğer etkenlerle aralarındaki farklar henüz tam olarak ifade edilmemiştir. Bu çalışmada, geçmişteki atipik pnömoni vakalarıyla COVID-19 pnömonisi olgularının radyolojik ve klinik karşılaŐtırılmasının yapılması amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Son 2 yıllık dönemde, toraks bilgisayarlı tomografisinde atipik pnömoni ile uyumlu radyolojik bulguları olan hasta grubundan; klinik olarak atipik pnömoni tanısı almış hastalar "COVID-19 dışı atipik pnömoni" (non-COVID) grubu, hastanemizde Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) testi ile "kesin COVID-19" tanısı konularak göğüs hastalıkları bölümünce takip edilen hastalar ise "COVID-19 pnömoni" (COVID) grubu olarak çalışmaya dahil edildi. Bu iki grup arasında; demografik bilgiler, başvuru semptomları, radyolojik bulgular, laboratuvar verileri ve klinik seyir retrospektif olarak incelendi.

**SONUÇLAR:** Atipik pnömoni tanılı (non COVID) 46, COVID-19 tanısı olan 131, toplam 177 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 54.22 16.90 olup, 94 erkek (%53.1) ve 83 kadın (%46.9) mevcuttu. Komorbid hastalıklar olguların %54.8'inde bulunmakta olup, hipertansiyon ve diyabet en sık görölen hastalıklardı. COVID grubu yaş ortalaması (52.68 16.31), non-COVID grubuna göre (58.61 17.92) anlamlı olarak daha düşüktü (p=0.040). Radyolojik karşılaştırmada, COVID grubunda buzlu cam dansitesi varlığı ve periferik tutulum anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0.017 ve 0.019). Ateş ve halsizlik COVID (p<0.001 ve p=0.040), nefes darlığı ve gastrointestinal Şikayetler (bulantı, kusma gibi) ise non-COVID grubunda (p<0.001 ve p=0.031), anlamlı olarak daha yüksek oranda bulunan başvuru semptomlarıydı. Vital bulgulardan hipotansiyon varlığı COVID olmayan hasta grubunda istatistiki açıdan anlamlı olarak daha sık görölmekteydi (p=0.010). Nötropeni varlığı COVID (p=0.027), anemi ise non-COVID grubunda (p=0.001) hemogramda gözlenen patolojik bulgulardı. Biyokimyasal testlerde, COVID hasta grubunda karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk anlamlı olarak yüksek bulunmuşken (p<0.001), diğer atipik pnömonili hastalarda böbrek fonksiyon testlerinde bozulma, C-reaktif protein ve prokalsitoninde yükselme daha yaygın olarak gözlendi (p=0.003, 0.042 ve 0.023). Prognoz açısından her iki pnömoni grubunda anlamlı fark bulunmadı (p=0.556).

**TARTIŞMA:** COVID-19 pandemisiyle birlikte, viral suŐların rol oynadığı atipik pnömoni vakalarında artış görölmüŐtür. Özellikle diğer atipik pnömoni etkenlerinin de sık olarak göröldüğu kiŐ aylarında, çalışmamızda tespit edilen semptomatik, laboratuvar ve radyolojik farklılıkların ayırıcı tanı ve tedavi yaklaşımı açısından yönlendirici olacağı düşünölmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Atipik pnömoniler, ayırıcı tanı, COVID-19

## SS-048

**COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Muzaffer Onur Turan<sup>1</sup>, Nilgün Yılmaz Demirci<sup>2</sup>, Güntülü Ak<sup>3</sup>, Şule Akçay<sup>4</sup>, Ülkü Aka Aktürk<sup>5</sup>, Semra Bilaçeroğlu<sup>6</sup>, Funda Coşkun<sup>7</sup>, Oğuz Köktürk<sup>2</sup>, Arzu Mirici<sup>8</sup>, Cengiz Özdemir<sup>9</sup>, Nazan Şen<sup>10</sup>, Ülkü Yılmaz<sup>11</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, İzmir

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Ankara

<sup>3</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Eskişehir

<sup>4</sup>Başkent Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Ankara

<sup>5</sup>Süreyyapaşa Atatürk EAH, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, İstanbul

<sup>6</sup>İzmir Dr. Suat Seren Göğüs hastalıkları hastanesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, İzmir

<sup>7</sup>Uludağ Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Bursa

<sup>8</sup>Canakkale 18 Mart Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Canakkale

<sup>9</sup>Yedikule EAH, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı İstanbul

<sup>10</sup>Başkent Üniversitesi, Turgut Noyan EAH, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Adana

<sup>11</sup>Ankara Atatürk Göğüs hastalıkları ve cerrahisi EAH, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Ankara

**GİRİŞ:** COVID-19, 2019 Aralık ayında Çin'in Vuhan kentinde ilk olarak tanımlanmış, Mart 2020'den itibaren ülkemizde de görülmeye başlanan, bulaştırcılığı yüksek bir viral enfeksiyondur. COVID-19 enfeksiyonu açısından en çok risk altında olan grupların başında sağlık çalışanları yer almaktadır. Bu durumun, sağlık çalışanlarında endişe, stres ve depresyona yol açabileceği düşünülmüştür.

**MATERYAL-METOD:** COVID-19 pandemisi ile ilgili sağlık çalışanlarının görüşlerini ve bu hastalığın sağlık çalışanlarında ruhsal açıdan bıraktığı etkileri sorgulayan bir anket çalışması planlanmıştır. Çalışmaya, Nisan 2020'de web tabanlı olarak paylaşılan "Sağlık Çalışanlarına Yönelik COVID-19 Değerlendirme Anketi"ni dolduran sağlık çalışanları dahil edildi. Ankette demografik bilgiler, COVID-19 ile ilgili kişisel görüş ve tecrübeler ve Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği'ne ait sorular yer aldı.

**BULGULAR:** Nisan-Mayıs 2020 tarihleri arasında 193 erkek, 107 kadın olmak üzere toplam 300 sağlık çalışanı ankete katıldı. Katılımcıların %82'si doktor, %11'i hemşire, %7'si diğer sağlık çalışanları idi. Ankete katılanların %96,5'inin çalıştığı kurumda COVID-19 acil/poliklinik hizmeti verilmekteyken, Koronavirüs hastasını doğrudan takip eden sağlıkçı oranı %73 idi. Katılımcıların %45,6'sı COVID-19 hastasından sürüntü örneği alma, entübasyon gibi hastayla yakın temas kurulan işlem tecrübesi yaşadığını tariflerken, %17,8'i COVID hastası ile maskesiz olarak yakın temas öyküsü olduğunu bildirmiştir. Sağlık görevlileri, olası/kesin COVID-19 hastası ile temas sırasında en çok tıbbi maskeyi her durumda kullandıklarını belirtirken (%91,2), önlük, eldiven, N95 maske, tulum ve siperlik sırasıyla diğer sık kullanılan ekipmanlar arasındaydı. Sağlık çalışanlarının %30,2'si Koronavirüs varlığı açısından kendilerinden sürüntü örneği alındığını, %6,6'sı ise COVID-19 tanısıyla tedavi aldıklarını, yani Koronavirüs hastalığını bizzat geçirdiklerini ifade etmişlerdir.

COVID-19 nedeniyle %77,2 katılımcı kaygı ve korku hissi duyduğunu ifade ederken, %4'ü psikolojik destek aldığını belirtti. HADS skorlarına göre; sağlık çalışanlarının %44,6'sı anksiyete, %68,2'si depresyon açısından risk altında idi. Elli yaş altı olmak ve COVID-19 hastasını bizzat takip etmek sağlık çalışanlarında anksiyete, kadın cinsiyet (sırasıyla p=0,010 ve 0,0046), 50 yaşından küçük olmak ve komorbidite varlığı ise depresyon açısından bağımsız risk faktörleri olarak bulundu (sırasıyla p=0,028, 0,026 ve 0,024).

**SONUÇ:** Ciddi risk altında hizmet veren sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu olumsuz koşulların, kendilerinde yüksek oranda kaygı ve korkuya neden olduğu ortaya çıkmıştır. Üçte ikisinden fazlası depresyon açısından risk altında olan sağlık çalışanlarının pandemi süresince çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve ihtiyaç halinde psikolojik destek alması konusunda gereğinin yapılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, COVID-19, depresyon, sağlık çalışanları

## SS-049

**MERKEZİMİZDE PANDEMİNİN İLK ÜÇ AYINDA İZLENMİŞ COVID-19 OLGULARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE HASTALIK SEYRİ**

Aycan Yüksel, Esen Sayın Gülensoy, Evrim Eylem Akpınar, Nalan Ogan

Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

**GİRİŞ:** Türkiye'de ilk COVID-19 vakası, DSÖ tarafınca hastalığın pandemi olarak ilan edildiği 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür. 11 Ağustos 2020 tarihi itibarı ile ülkemizde toplam 243.193 olgu saptanmıştır.

**YÖNTEM:** Mevcut çalışmada, Ankara'daki akademik bir sağlık kuruluşunda pandeminin ilk üç ayında izlenmiş COVID-19 hastalarının demografik özellikleri, komorbiditeleri, başvuru laboratuvar bulguları ve tedavi sonuçları sunulmaktadır. Çalışma, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dr. Rıdvan Ege Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiş, 11 Mart-11 Haziran 2020 tarihleri arasında izlenen COVID-19 olguları çalışmaya dahil edilmiştir.

**BULGULAR:** Dahil edilen 51 hastanın ortalama yaşı 57 (min:22, maks:93) ve %62,7'si erkektir. Hastaların yarısından çoğunda hiç sigara öyküsü bulunmazken %25,5'inin aktif içici olduğu ve %15,7'sinin ise sigarayı bırakmış olduğu bulunmuştur. En sık izlenen komorbid hastalıklar arasında hipertansiyon (%33,3), aterosklerotik kalp hastalığı (%27,5) ve diyabet (%19,6) yer almıştır. Başvuru semptomları arasında en sık öksürük (%52,9), ateş (%45,1), dispne (%37,3), halsizlik (%37,3) ve sırt ağrısı (%21,6) bulunmaktadır. Başvuru sırasında ortalama oda havasında saturasyon değeri %90 (min:%45, maks:%98), ortalama lenfosit sayısı 1700/mm<sup>3</sup> (min:300, maks:4200), ortalama CRP 59 mg/L (min:0,01, maks:420), D-dimer 355 µg/L (min:67, maks:2103), LDH 258 U/L (min:125, maks:837) idi. Olguların %64,7'sinde pnömoni, %19,6'sında solunum yetmezliği, %9,8'sinde ise çoklu organ yetmezliği mevcuttu. Pnömonisi olan olguların %63,3'ünde bilateral infiltrasyonlar izlendi. Hastaların %16,7'sinde çift taraflı, %3,3'ünde tek taraflı plevra sıvısı saptandı. Hastaların %54,9'unun ilk PCR testi pozitif olarak sonuçlanmakla beraber semptomların başlangıcı ile ilk pozitif PCR örnek arasında geçen sürenin ortalama değeri 7 (min:2, maks:18) gündür. 13 hastanın (%25,4) COVID-19 tanılı bireyle temas öyküsü mevcut olup bu hastaların yarısından çoğu (n:8) ev içi temaslı idi. Sadece bir olgu sağlık çalışanı (diş hekimi) idi. Hastanede kalış süresinin ortalama 6,7±3,7 gün olduğu görülmüştür. Takiplerde %31,4'ünde solunum yetmezliği gelişmiştir, %4,2'sine serviste non-invaziv mekanik ventilasyon uygulanırken %6,3'ü entübe edilmiştir. 20 Haziran 2020 verilerine göre, hastaların %75'i taburcu edilmiş, %6,8'i eksitus olmuş, %18,1'inin başka bir bölüme devredildiği gözlenmiştir.

**Sonuçlar ve TARTIŞMA:** Pandeminin ilk üç ayındaki COVID-19 hastaların özelliklerinin ve erken dönem sonuçlarının incelendiği çalışmada, önceki çalışmalara benzer şekilde, erkeklerde daha sık gözleendiği, hipertansiyonun en sık komorbid durum olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza hasta alınmasına devam edilmekte olup ilk üç ay ve normalleşme sürecindeki COVID-19 olgularının klinik özelliklerinin ve sonuçlarının kıyaslanması planlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, komorbidite, pandemi, PCR



**SS-050****COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE KARANTİNA UYGULAMALARI NON-COVID TOPLUM KÖKENLİ PNÖMONİ NEDENLİ HASTANE YATIŞLARINI ETKİLEDİ Mİ?**Melahat Uzel Şener, Ayperi Öztürk, Zeynep Tilbe Saymaz, Aydın Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H, Göğüs Hastalıkları, Ankara

**GİRİŞ:** Aralık 2019'dan buy ana tüm dünyada yaşanan Covid pandemisi nedeniyle her ülke kendi karantina ve sosyal izolasyon kurallarını belirledi. Ülkemizde de belirlenen karantina kurallarının bahar aylarında hastane yatışı gerektiren toplum kökenli pnömoniler üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

**MATERİAL-METOD:** 11 mart-31 Mayıs arasında 2019 ve 2020 yıllarında toplum kökenli Pnömoni nedeniyle hastane yatışı yapılan hastalar karşılaştırıldı. Yaş, komorbid hastalık, yoğun bakım ihtiyaçları ve mortalite oranları değerlendirildi.

**BULGULAR:** 2019 yılında 168, 2020'de 63 hasta TKP nedeniyle hastaya yattı. Yaş ortancaları arasında fark saptanmadı ( $p=0,080$ ). 65 yaş ve üzeri oranı 2019'da 66.3% ( $n = 118$ ) iken 2020'de 50.8% ( $n = 32$ ) idi., 2020'de hipertansiyon, coroner arter hastalığı, kronik obstruktif akciğer hastalığı ve kronik böbrek hastalığı oranları daha düşüktü. ( $p < 0.001$ ,  $p=0.033$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ; respectively). Chest X-ray değerlendirildiğinde 2020'de daha az bilateral infiltrasyon saptandı ( $p<0,001$ ). 2019 ve 2020 arasında yoğun bakım ve mortalite oranları arasında fark saptanmadı (10.1% / 12.0%,  $p = 0.060$ ; 19.1% / 14.3%;  $p = 0.390$ ; respectively). Karantina uygulamalarının psikososyal, çevresel, ekonomik birçok sonucu olduğu ortadadır ancak bu çalışmada gösterildiği gibi toplumda gelişen pnömoni başvurusunda azalma sağlamış olabilir

**Anahtar Kelimeler:** toplum kökenli pnömoni, karantina, non-COVID, pandemi

Tablo 1

| Parameters                        |                         | Year          |               | Chi-square test<br>p-value |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------|---------------|----------------------------|
|                                   |                         | 2019<br>n (%) | 2020<br>n (%) |                            |
| Gender                            | Male                    | 120 (67.4)    | 42 (66.7)     | 0.913                      |
|                                   | Female                  | 58 (32.6)     | 21 (33.3)     |                            |
| Age (year)                        | Med (IQR)               | 70 (58-78)    | 65 (53-76)    | 0.080*                     |
|                                   | Min-max                 | 18-91         | 21-90         |                            |
| Age groups                        | < 65                    | 60 (33.7)     | 31 (49.2)     | 0.029                      |
|                                   | ≥ 65                    | 118 (66.3)    | 32 (50.8)     |                            |
| COMORBIDITIES                     |                         | 159 (89.3)    | 52 (82.5)     | 0.161                      |
| Comorbid diseases                 | HT                      | 95 (53.4)     | 15 (23.8)     | <0.001                     |
|                                   | DM                      | 50 (28.1)     | 15 (23.8)     | 0.511                      |
|                                   | CAD                     | 56 (31.5)     | 11 (17.5)     | 0.033                      |
|                                   | COPD                    | 122 (68.5)    | 18 (28.6)     | <0.001                     |
|                                   | Malignancy              | 30 (16.9)     | 8 (12.7)      | 0.437                      |
|                                   | CKD                     | 31 (17.4)     | 0 (0)         | <0.001                     |
|                                   | Rheumatological         | 5 (2.8)       | 0 (0)         | 0.330**                    |
|                                   | CHF                     | 38 (21.3)     | 6 (9.5)       | 0.037                      |
|                                   | Other                   | 16 (9)        | 26 (41.3)     | <0.001                     |
| Chest X-ray signs                 | Minimal infiltration    | 5 (2.8)       | 18 (28.6)     | <0.001                     |
|                                   | Unilateral infiltration | 29 (16.3)     | 31 (49.2)     |                            |
|                                   | Bilateral infiltration  | 144 (80.9)    | 14 (22.2)     |                            |
| Other chest X-ray signs           |                         | 131 (73.6)    | 38 (60.3)     | 0.048                      |
| Other chest X-ray signs           | Pleural fluid           | 51 (28.7)     | 14 (22.2)     | 0.323                      |
|                                   | Cavity                  | 7 (3.9)       | 7 (11.1)      | 0.055**                    |
|                                   | Bronchiectasis          | 56 (31.5)     | 12 (19)       | 0.060                      |
|                                   | Mass                    | 36 (20.2)     | 6 (9.5)       | 0.054                      |
|                                   | Atelectasis             | 61 (34.3)     | 10 (15.9)     | 0.006                      |
|                                   | Pneumothorax            | 0 (0)         | 1 (1.6)       | 0.261**                    |
|                                   | Nodules                 | 0 (0)         | 1 (1.6)       | 0.261**                    |
| Intensive care unit               |                         | 18 (10.1)     | 12 (19)       | 0.065                      |
| Result                            | Discharge with survival | 144 (80.9)    | 54 (85.7)     | 0.391                      |
|                                   | Mortality               | 34 (19.1)     | 9 (14.3)      |                            |
| Agent isolated (If culture exist) |                         | 25 (34.2)     | 3 (10.3)      | 0.015                      |

Med: Median; Min: Minimum; Max: Maximum; IQR: Interquartile range; HT: Hypertension; DM: Diabetes mellitus; CAD: Coronary artery disease; COPD: Chronic obstructive pulmonary disease; CKD: Chronic kidney disease; CHF: Congestive heart failure  
\*Mann Whitney-U test  
\*\*Fisher Exact test

Tablo 2

|            |      |          | Year          |               | Chi-square<br>p-value |
|------------|------|----------|---------------|---------------|-----------------------|
|            |      |          | 2019<br>n (%) | 2020<br>n (%) |                       |
| Age groups | < 65 | Survival | 54 (90.0)     | 30 (96.8)     | 0.415                 |
|            |      | Mortal   | 6 (10.0)      | 1 (3.2)       |                       |
|            | ≥ 65 | Survival | 90 (76.3)     | 24 (75.0)     | 1.000                 |
|            |      | Mortal   | 28 (23.7)     | 8 (25.0)      |                       |

**SS-051****HASTANEDE YATARAK TEDAVİ GÖREN SARS-COV-2 İLE ENFEKTE HASTALARDA KOMORBİTE SIKLIĞININ HASTALIĞIN AĞIRLIĞI VE PROGNOZU ÜZERİNE ETKİSİ**

Nesrin Kırıl, Ali Fidan, Ersin Demirer, Coşkun Doğan, Elif Torun Parmaksız, Sevda Şener Cömert

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

**GİRİŞ:** COVID-19 hastalığının enfekte kişilerde ateş,kuru öksürük,nefes darlığı,yorgunluk semptomları ve lenfopeniye neden olabileceği, daha ciddi vakalarda viral pnömoniye neden olan enfeksiyonların ciddi akut solunum sendromuna(SARS) ve hatta ölüme yol açabileceği bildirilmiştir.Komorbiditelerin COVID-19'a sık eşlik ettiği gösterilmiştir olup komorbiditelerin olumsuz sonuçlar için risk faktörü olabileceği de düşünülmektedir.Çalışmamızın amacı, COVID-19 tanısı ile kliniğimize yatırılan vakalarda eşlik eden hastalıkların prevalansını,komorbiditelerin hastalığın ağırlığı ve prognozu üzerine etkisini saptamaktır.

**METOD:** Retrospektif, epidemiyolojik, tek merkezli çalışmamıza, 15 Mart-15 Haziran 2020 tarihleri arasında SARS-CoV-2 ile enfekte olup hastaneye yatırılan,üst solunum yolundan boğaz ve burun sürüntü örnekleri kullanılarak RT-PCR(Reverse transkripsiyon-polimeraz zincir reaksiyonu) testi ile ve/veya korona virüsü pnömonisi ile uyumlu akciğer görüntüleme özelliğine göre klinik olarak teşhis edilen vakalar alındı.Vakaların demografik bilgileri, klinik özellikleri, toraks bilgisayarlı tomografisi(BT) ve laboratuvar sonuçları, tedavileri ve nihai sonuçları (taburculuk, yoğun bakıma gidiş veya ölüm) kaydedildi. Hastalığın şiddeti,T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından COVID-19 (SARS-CoV2 Enfeksiyonu) Rehberine göre tanımlandı.Hastalığın ağırlığı ve prognoz ile komorbiditelerin arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** COVID19 tanısı alan toplam 258 hasta çalışmamıza dahil edildi. 140 (%54.3) hasta komorbiditesi olan 118 (%45.7) hasta komorbiditesi olmayan hasta olarak kategorize edildi.Toplam 140(%54.3) hastada altta yatan komorbidite mevcuttu. En yaygın saptanan komorbidite hipertansiyon(%32.9) ve diyabet(%22.1) idi.Komorbiditesi olan ve olmayan hastalar arasında ağır pnömoni oranları (sırasıyla %41.4 ve %34.7 p=0.271) arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı.Tek tek ek hastalıkların ağır pnömoni varlığı ile ilişkisine bakıldığında ağır pnömoni gelişimi hipertansiyon varlığında(%47.0 vs % 34.1 ),kalp yetmezliği varlığında(%66.6 vs. %36.2) ve immün supresyon varlığında(%69.2 vs. %37.0) anlamlı düzeyde yüksek bulundu(p<0.05).Ek hastalıklardan HT, KKY, DM ve KBY varlığında ölüm oranları istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu.Adı geçen ek hastalığı sırasıyla olanlarda ve olmayanlarda ölüm oranları HT için %11.7 vs %4.0(p=0.019),KKY için %22.2 vs %5.4(p=0.022),DM için %14.0 vs %4.4(p=0.029),KBY için %33.3 vs %5.6(p=0.016) bulundu.

**SONUÇ:**Çalışmamızda komorbiditesi olan hastalarda hastalığın daha ağır seyrettiği,YBÜ'ne yatış ve ölüm gibi olumsuz sonuçların daha fazla görüldüğü saptanmıştır.Bu nedenle hastaların anamnezleri alınırken ek hastalıklarının dikkatli sorgulanması önem taşımaktadır.Bu yaklaşım daha ağır seyredebilecek hastaları erken tespit etmemize,tedavi planını ve yatış kararını düzenlememize yardımcı olacaktır.Çalışmamızdan ayrıca, komorbiditesi olan bireylerin enfeksiyondan daha iyi korunması gerektiği sonucu çıkmaktadır.Buradan, toplumun bilinçlendirilmesiyle birlikte komorbiditesi olan bireylerin gelecekteki muhtemel SARS-CoV-2 aşılama programlarına dahil edilmeleri gerektiği sonucu çıkarılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** SARS-Cov-2, komorbidite, prognoz, pnömoni



## SS-052

**COVID-19 HASTALARINDA OBEZİTESİ OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

Meltem Ağca, Nazlı Hüma Teke

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

**GİRİŞ:** Dünya Sağlık Örgütü, SARS-CoV-2'nin sebep olduğu Covid-19 salgınına 11 Mart 2020 tarihinde pandemi ilan etmiştir. Hastalığın ileri yaş, hipertansiyon, diyabet, kardiovasküler hastalıklar gibi kronik hastalığı olanlarda şiddetli seyrettiği bildirilmiş olup obezite ile ilişkisine dair farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bu çalışmada COVID-19 ile ve obezite arasındaki ilişki araştırıldı.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 17.03.2020 ile 15.04.2020 tarihleri arasında 18 yaş ve üzeri polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) pozitif olan, beden kitle indeksi (BKİ) bilgisine ulaşılan 123 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar BKİ < 24,9 kg/m<sup>2</sup> olanlar normal ve zayıf (obez olmayan), BMI ≥ 25 olanlar fazla kilolu ve obez olarak ikiye ayrıldı. İki grup arasında demografik özellikler, kronik hastalıklar ve klinik sonuçları karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Hastaların yaklaşık yarısı (n=61, %49,6) kadın olup, ortalama yaş 52,5±17,1, ortanca BKİ 25,3 kg/m<sup>2</sup> (16-42) idi. Tüm hastalarda BKİ dağılımı; normal kilolu (n=53, %43), fazla kilolu (n=48, %39), hafif obez (n=14, %11), orta derecede obez (n=6, %5), morbid obez (n=2, %2) şeklinde idi (Şekil 1). Hastalar fazla kilolu-obez ve obez olmayanlar olanlar iki gruba ayrıldığında ilk grupta yer alanlar, obez olmayanlara göre anlamlı oranda daha fazla idi (n=68, %55 vs n=55, %45; p =0.001). İki grup arasında yaş, komorbidite ve hastanede yatış süreleri açısından anlamlı bir fark yok iken, kadın cinsiyet obez olan grupta anlamlı oranda daha fazla idi (p 0.003) (Şekil 2). Hastaneden eve taburcu olan hasta sayısı 100 (%81), yoğun bakım ünitesine (YBÜ) transfer olan hasta sayısı ise 23 (%19) idi. Yirmiüç hastanın 13'ü obez, 10'u obez değildi. İki grup karşılaştırıldığında YBÜ transfer açısından arada anlamlı bir fark bulunmadı (p= 0.89). YBÜ'nde takip ve tedavi edilen hastalardan obez grupta 6(5 kadın, 1 erkek), obez olmayan grupta ise 2(1 kadın, 1 erkek) hasta ex oldu.

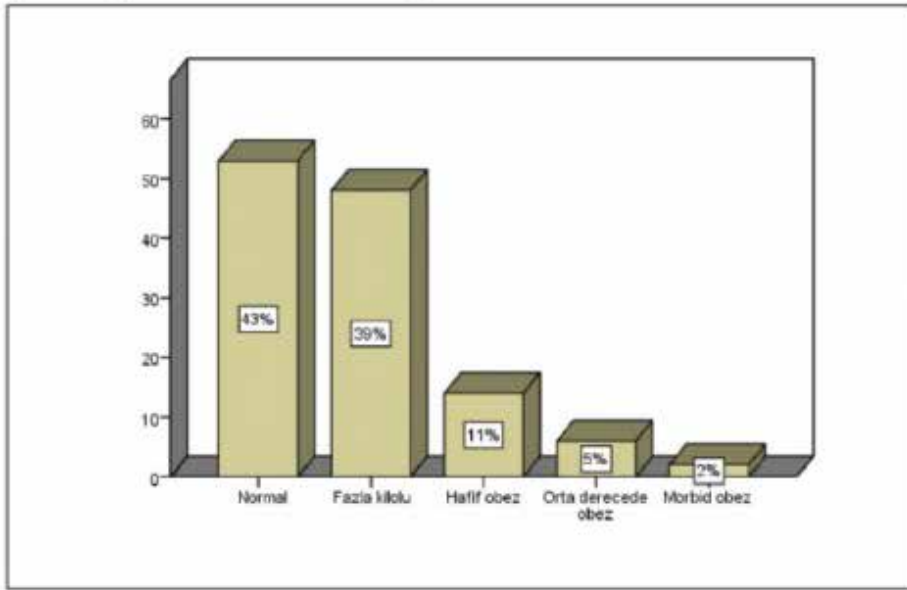
**TARTIŞMA:** COVID-19 hastalarında fazla kilo ve obezite, normal kiloya göre anlamlı oranda daha fazla olup, bu hastaların çoğunluğunu kadın cinsiyet oluşturmaktadır. Obez grubu ile obez olmayan grup arasında yoğun bakım ihtiyacı açısından fark bulunmadı.

**SONUÇ:** BKİ ≥25 kg/m<sup>2</sup> olan COVID-19 kadın hastaların daha yakın takip ve izolasyonu gerekebilir. Bu sonuçların daha geniş hasta sayısı ile desteklenmesi uygundur.

**Anahtar Kelimeler:** beden kitle indeksi, COVID-19, obezite

Şekil 1

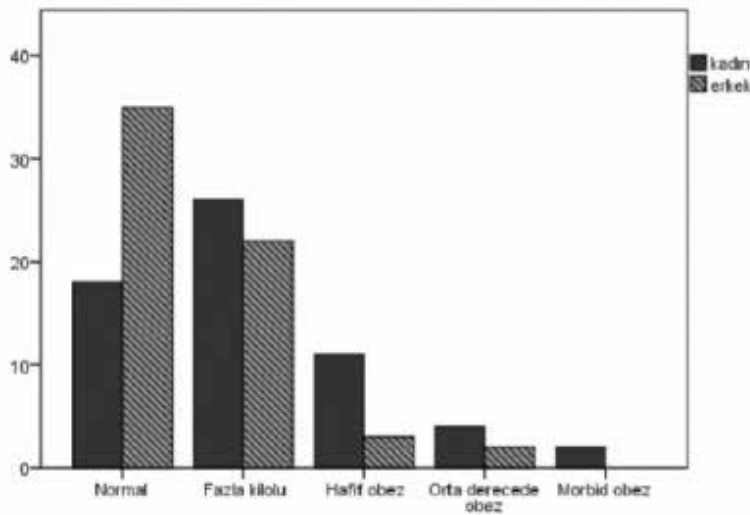
Şekil 1. PCR(+) COVID-19 hastalarında BKİ'nin dağılımı



Normal kilolu 18.5 - 24.9  
Fazla kilolu 25.0 - 29.9  
Hafif obez 30.0 - 34.9  
Orta derecede obez 35.0 - 39.9  
Morbid obez > 40.0

Şekil 2

Şekil 2. PCR(+) COVID-19 hastalarında cinsiyete göre BKİ'nin değerlendirilmesi



Normal kilolu 18.5 - 24.9  
Fazla kilolu 25.0 - 29.9  
Hafif obez 30.0 - 34.9  
Orta derecede obez 35.0 - 39.9  
Morbid obez > 40.0

Tablo 1

|  | Total<br>(n=123) | Fazla kilolu ve<br>obez*<br>(n=68) | Obez olma-<br>yan**<br>(n=55) | p       |
|--|------------------|------------------------------------|-------------------------------|---------|
| Yaş (yıl)  | 52.5 (17.18)     | 54.4 (14.9)                        | 50.4 (19.2)                   | 0.19 a  |
| Cinsiyet, n(%)   |                  |                                    |                               | 0.003b  |
| Kadın  | 62(50)           | 42 (34)                            | 19 (15)                       |         |
| Erkek  | 62(50)           | 26(21)                             | 36(29)                        |         |
| Boy(cm)  | 1.67(1.50-1.90)  | 1.65(1.50-1.84)                    | 1.73(1.53-1.90)               | 0.001 c |
| Kilo(kg)   | 74 (46-114)      | 80(60-114)                         | 70(46-90)                     | 0.001   |
| Beden kitle İndeksi(kg/m <sup>2</sup> )  | 25.3(16-42)      | 27.3(25-42.2)                      | 23.5(16-33)                   | 0.001   |
| Komorbidite, n (%)   |                  |                                    |                               | 0.28c   |
| Var  | 59(48)           | 36(29)                             | 23(19)                        |         |
| Yok  | 64(52)           | 32(26)                             | 32(26)                        |         |
| Komorbidite hastalıkları   |                  |                                    |                               |         |
| Hipertansiyon  | 35(28)           | 18(15)                             | 15(12)                        | 0.58    |
| Diabet   | 22(18)           | 13(11)                             | 8(7)                          | 0.30    |
| Koroner arter hastalığı  | 11(9)            | 4(3)                               | 7(6)                          | 0.22    |
| Kalp yetmezliği  | 3(2)             | 1(0.8)                             | 2(1)                          | 0.59    |
| Kronik böbrek yetmezliği   | 1(0.8)           | 1(0.8)                             | -                             | 0.36    |
| Kronik akciğer hastalığı   | 20(16)           | 11(9)                              | 8(6)                          | 0.41    |
| Yatış süresi   | 7 (1-150)        | 7(1-150) )                         | 6(1-45)                       | 0.87    |
| * ≥ 25; ** 18.5-24.9 aStudent t test, b Chi-Square test, c Mann-Whitney U test |                  |                                    |                               |         |

Hastaların demografik, beden kitle indeksi, komorbidite hastalıkları



## SS-053

## COVID-19 KONUSUNDA BİLİMSEL YAYINLAR: TÜRKİYE'DEN BİR BAKIŞ

Sibel Günay, Ayşegül Karalezli

Ankara Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

**GİRİŞ:** Korona virüs hastalığı-2019 (COVID-19), ciddi akut solunum sendromu koronavirüs -2 (SARS-CoV-2) tarafından tetiklenen bir enfeksiyon hastalığıdır. COVID-19 salgını ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Hubei Eyaletinin başkenti Wuhan'da tespit edildi ve tüm dünyaya hızla yayıldı. 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ tarafından salgın ilan edildi. Hastalığın tanısının konulduğu ilk zamandan beri etkeni, genetik yapısı, klinik özellikleri ve tedavisi gibi pek çok konuda yayınlar yapıldı. Biz de, üzerinden 9 ay gibi kısa bir süre geçmesine rağmen bilimsel dergilerde, sempozyumlarda ve kitap bölümlerinde çok fazla yer kaplayan bu hastalık konusunda dünyadan ve ülkemizden yapılan yayınları değerlendirdik.

**YÖNTEM:** Literatürün en geniş özet ve atıf veritabanı olan Elsevier's Scopus (<http://www.scopus.com/>) kullanarak 2019-2020 arasındaki tüm yayınları "makale başlığı, özet, anahtar kelimeler" içerisinde ("SARS Cov-2", "COVID-19", "COVID 19", "NCOV-2019", "NCOV 2019") anahtar kelimeleri kullanılarak tarandı.

**BULGULAR:** Toplam 37645 belge bulundu. Bu yayınların yıllara göre dağılımı; 2019'da 27, 2020'de 37590 ve 2021'de 28 adet idi. En çok yayın yapan yazar "Wiwantitkit, V" idi. Yazıların 19.158'i araştırma makalesi, 7544'ü editöre mektup, 4.070'i derleme türünden idi. Yayınlandığı dergilere bakıldığında en fazla yayının (N=480) "Journal Of Medical Virology"de yayınlandığı görüldü. En çok yayın yapan ilk üç ülke A.B.D., Çin ve İtalya idi. Türkiye yayın sıralamasında 665 yayınlı 14. Sırada idi. Türkiye'den en çok yayın yapan ilk üç yazar; Erkan Cüre (N=15) (iç hastalıkları), Medine Cüre (N=14) (tıbbi biyokimya) ve Ümit Türsen (N=9) (dermatoloji) idi. Türkiye'den yayınların 342'si araştırma makalesi 148'i editöre mektup ve 121'i derleme türünde idi. Türkiye'den en çok yayının basıldığı dergiler sırasıyla; "Dermatologic Therapy" (N=32), "Turkish Journal Of Medical Sciences" (N=24) ve "Gazi Medical Journal" (N=18) idi. En çok yayının yapıldığı kurum "İstanbul Üniversitesi" idi.

**SONUÇ:** Tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisinde vaka sayısı olarak dünyada 17. sırada yer alan ülkemizin yayınlanan makaleler konusunda dünya sıralamasında 14. sırada olması Türkiye'nin bilimsel çalışmalarda etkinliği konusunda önemlidir. Ayrıca yazarların branşlarına bakıldığında enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları ve acil tıp uzmanları gibi pandemide en yoğun görev alan branşların yayın sayısında ilk sıralarda yer almayıp tıbbi biyokimya ve dermatoloji gibi pandemi sürecinde primer görev almayan branşların çok yayın yapmış olması düşündürücüdür. Acaba, bu süreçte bu branşların iş yoğunluğu yayın yapılmasını ikinci plana atmış olabilir mi?

**Anahtar Kelimeler:** Bilimsel Çalışma, COVID-19, SARS-COV-2

## SS-054

**COVID-19 PNÖMONİSİ TANISI İLE YATAN HASTALARDA 30 GÜNLÜK MORTALİTEYİ TAHMİN ETMEDE PSI VE CURB-65 SKORLARININ PERFORMANSI**

Celal Satıcı<sup>1</sup>, Mustafa Asim Demirkol<sup>1</sup>, Elif Sargin Altunok<sup>2</sup>, Bengül Gursoy<sup>1</sup>, Mustafa Alkan<sup>2</sup>, Sadettin Kamat<sup>1</sup>, Berna Demirok<sup>2</sup>, Cemile Dilsah Surmeli<sup>1</sup>, Mustafa Calık<sup>3</sup>, Zuhâl Cavus<sup>4</sup>, Sinem Nihal Esatoglu<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Göğüs Hastalıkları, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>Acil Tıp, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

<sup>4</sup>Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

<sup>5</sup>Romatoloji, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

**AMAÇ:** Çalışmanın amacı, COVID-19 hastalarında 30 günlük mortaliteyi tahmin etmede CURB-65'in ve pnömoni şiddet indeksinin (PSI) yararlılığını analiz etmek ve daha yüksek mortalite ile ilişkili diğer faktörleri belirlemektir.

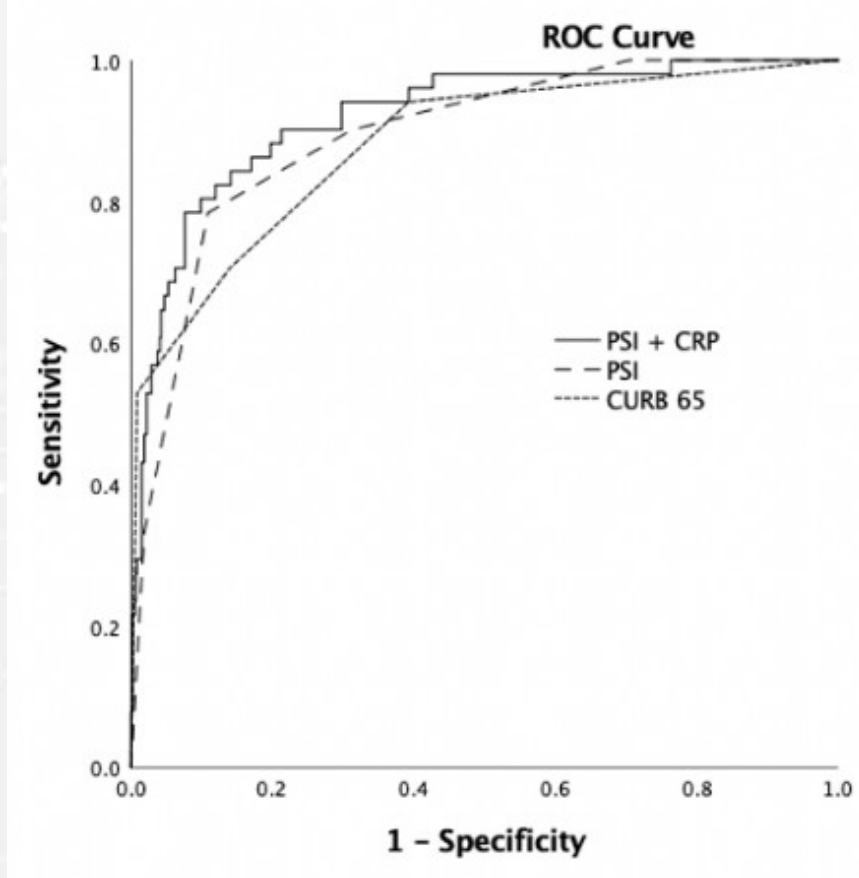
**METOD:** İstanbul'daki bir pandemi hastanesinde, laboratuvarca doğrulanmış 681 COVID-19 hastasını içeren retrospektif bir çalışma gerçekleştirildi. Hastaların temel özellikleri, vital bulgular ve laboratuvar parametreleri hakkındaki veriler elektronik tıbbi kayıtlardan elde edildi. Prognostik ölççeklerin discriminatory ability'lerini ölçmek için ROC analizi kullanıldı ve eğri altında kalan değerleri hesaplandı. Diğer bağımsız prediktörleri belirlemek için univariate ve multivariate lojistik regresyon analizleri yapıldı.

**BULGULAR:** Yüksek CRP seviyeleri, artmış mortalite riski ile ilişkilendirilmiştir (OR: 1.015,% 95 CI: 1.008–1.021; p < 0.001). PSI, CURB-65'ten önemli ölçüde daha iyi performans gösterdi (AUC: 0,91,% 95 CI: 0,88–0,93 vs AUC: 0,88,% 95 CI: 0,85–0,90; p = 0.01) ve CRP seviyelerinin PSI'ya eklenmesi, mortaliteyi tahmin etmede istatistiksel olarak PSI performansı'na anlamlı katkı sağlayamamıştır (AUC: 0.91,% 95 CI: 0.88–0.93 vs AUC: 0.92,% 95 CI: 0.89–0.94; p = 0.29).

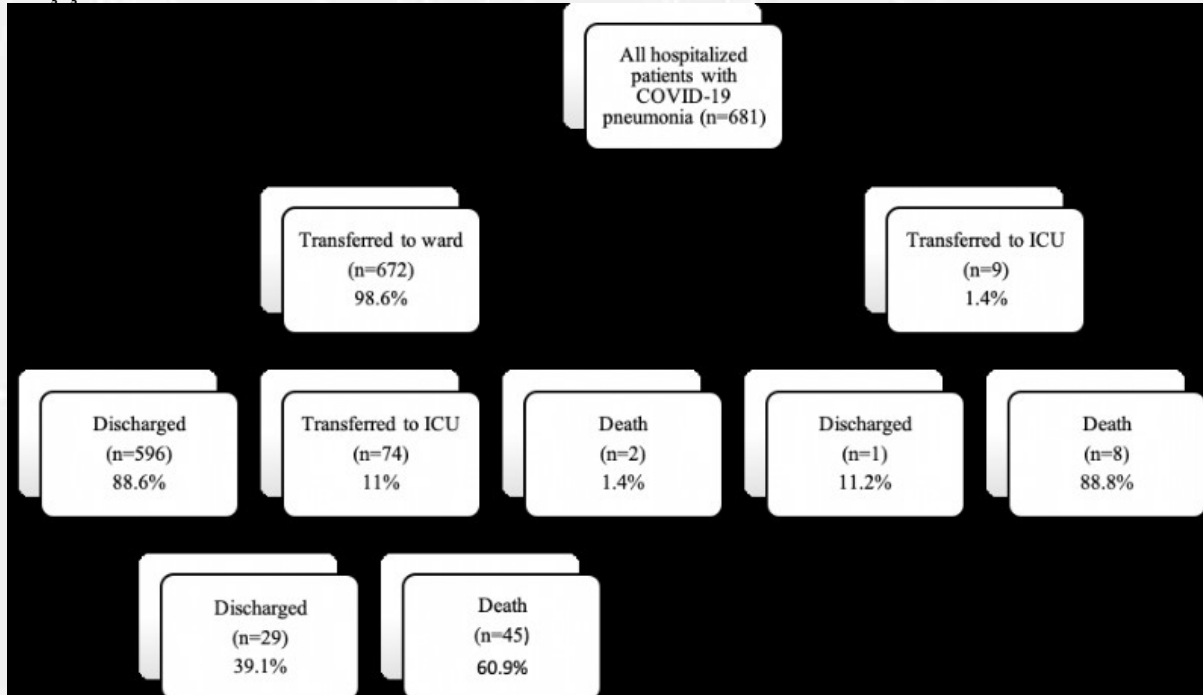
**SONUÇ:** COVID-19 ile hastanede yatan büyük bir hasta grubunda, mortaliteyi tahmin etmede PSI'nın CURB-65'ten daha iyi performans gösterdiğini gördük. CRP seviyelerinin PSI'ya eklenmesi 30 günlük mortaliteyi öngörmeye istatistiksel olarak anlamlı katkı sağlamadı.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, Pnömoni, CURB-65, PSI, Prognoz, Mortalite

30 günlük mortaliteyi tahmin etmede PSI, CURB-65 ve PSI+CRP' nin ROC eğrileri



Akış şeması





**Table 1. Discriminative accuracy of CURB-65 and PSI in predicting 30-day mortality**

| Value % (95 % CI) | CURB-65*   | PSI        |
|-------------------|------------|------------|
| Sensitivity       | 73 (59-83) | 80 (67-90) |
| Specificity       | 85 (82-88) | 89 (86-91) |
| PPV               | 31 (26-36) | 39 (33-45) |
| NPV               | 97 (96-98) | 98 (97-99) |
| AUC               | 79 (72-86) | 85 (78-90) |

## SS-055

## YAŞLI VE GENÇ HASTALARDA COVID-19 KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE HASTALIK SEYRİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Aycan Yüksel, Esen Sayın Gülensoy, Evrim Eylem Akpınar, Nalan Ogan

Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:** Yaşlı hastalarda COVID-19'un daha ağır seyrettiği düşünülmektedir. Gençlerde hastalık şiddetinin daha hafif olduğu algısı korunma önlemleri konusunda farkındalıklarının azalmasına yol açmaktadır. COVID-19 prognozunun yaş ile ilişkisinin tanımlanması önemlidir, çünkü bu durum hospitalizasyon ve tedavi kararını etkilemektedir. Fakat yaş ve COVID-19 ilişkisi ile ilgili çalışma sonuçları tutarsızdır. Bu nedenle, bu çalışmada, 60 yaşından genç COVID-19 hastaları ile 60 yaş ve üzerindeki hastaların klinik özellikleri, laboratuvar verileri ve mortalite oranlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** 11 Mart-11 Haziran 2020 tarihleri arasında Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dr. Rıdvan Ege Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran 51 COVID-19 hastası çalışmaya alınmıştır. 60 yaşından genç olgularla (n:27) 60 yaş ve üzerindeki hastaların (n:24) demografik verileri, başvuru semptomları, klinik özellikleri, hastalık ağırlık dereceleri, laboratuvar ve radyolojik sonuçları, mortalite oranları karşılaştırılmıştır.

**BULGULAR:** Komplike olmayan hastalık gençlerde daha sık (%29,6'ya karşın %8,3) görülme eğiliminde olsa da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Her iki grup arasında pnömoni sıklığı açısından fark bulunmamakla beraber ağır pnömoni yaşlılarda (%33,3) 60 yaşından küçük olgulardan (%7,4) daha sık izlenmiştir (p=0,03). 60 yaşın altındaki grupta hiç sepsis görülmezken diğer gruptaki hastaların %16,7'sinde sepsis saptanmıştır (p=0,04). Dispne ve bilinç değişikliği semptomları yaşlılarda gençlere göre anlamlı olarak daha sıklıkla, diğer semptomlar açısından iki grup arasında fark yoktu. Başvuru sırasında, yaşlılarda gençlere kıyasla oda havasında oksijen saturasyonu daha düşük izlenirken (%92'ye karşın %96; p<0,001), solunum sayısı daha yüksekti (24/dk'ya karşın 20/dk; p=0,003). CRP, D-Dimer, kreatinin, hs-troponin ve laktat yaşlılarda gençlere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek izlendi (tablo 1). Hipertansiyon, diyabet ve kalp yetmezliği 60 yaş ve üzerinde daha sık izlendi. Akciğer grafisinde yaşlı hastaların %79,2'sinde, gençlerin ise %40,7'sinde anormallik saptandı (p=0,01). Tomografik bulguların sıklığı açısından her iki grup arasında anlamlı fark yoktu. 60 yaşın altındaki hastaların %80'i taburcu edildi, bu grupta hiç mortalite görülmedi. 60 yaş ve üzerindeki hastaların ise %70,8'i taburcu edilirken %12,5'i mortal seyretti.

**TARTIŞMA:** 2020 yılı Ağustos ayı ortası itibarı ile COVID-19 için terapötik bir ilaç ya da aşı bulunmamaktadır, tek etkili yöntem hastalıktan korunmaktır. Çalışmamız sonucunda 60 yaş ve üzeri COVID-19 hastalarında ağır pnömoni ve mortalite oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu nedenle bu kırılgan hasta popülasyonunda hastalıktan korunma önlemleri büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, yaş, mortalite

**Yaşlı ve genç COVID-19 hastalarının başvuru anında vital bulguları ve laboratuvar sonuçları**

|                                | <60 yaş (n:27)    | ≥60 yaş (n:24)    | P      |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|--------|
| Oda havasında SaO <sub>2</sub> | %96 (62-98)       | %92 (45-98)       | <0.001 |
| Vücut sıcaklığı                | 36.6 (36.2-38.4)  | 37 (36.2-38)      | 0.167  |
| Kalp hızı                      | 85 (70-140)       | 91 (45-155)       | 0.364  |
| Solunum sayısı                 | 20 (18-31)        | 24 (18-38)        | 0.003  |
| Sistolik kan basıncı           | 120 (100-130)     | 120 (90-180)      | 0.465  |
| Diastolik kan basıncı          | 75 (60-90)        | 75 (50-90)        | 0.824  |
| Lökosit sayısı                 | 5685 (2610-20170) | 9615 (4350-23700) | <0.001 |
| Nötrofil sayısı                | 3100 (1300-14700) | 7450 (3300-21500) | <0.001 |
| Hemoglobin                     | 14.3 (11.7-17.3)  | 13.5 (9.1-18.1)   | 0.118  |
| Trombosit sayısı               | 189 (123-371)     | 254 (99-589)      | 0.03   |
| CRP                            | 5.2 (0.01-226)    | 59 (0.01-407)     | 0.001  |
| D-Dimer                        | 105 (67-907)      | 252 (68-2103)     | 0.003  |
| BUN                            | 11 (5-63)         | 18 (10-102)       | <0.001 |
| Kreatinin                      | 0.78              | 1.01              | 0.014  |
| Sodyum                         | 140 (134-143)     | 140 (118-168)     | 0.895  |
| Potasyum                       | 4.1 (3.2-5.1)     | 4.5 (3.3-5.8)     | 0.025  |
| ALT                            | 20 (11-297)       | 24 (6-264)        | 0.716  |
| AST                            | 20 (13-219)       | 20 (8-223)        | 0.681  |
| Total bilirubin                | 0.6 (0.3-12.6)    | 0.8 (0.4-2.8)     | 0.043  |
| Direkt bilirubin               | 0.2 (0.1-7.8)     | 0.3 (0.1-1.2)     | 0.006  |
| Total protein                  | 7.2 (5.3-8.2)     | 7 (4-8.2)         | 0.34   |
| Albümin                        | 4 (2.2-4.8)       | 3.3 (1.9-4.3)     | 0.008  |
| Hs-Troponin                    | 1.6 (0.3-17.4)    | 10.1 (1.2-1123)   | 0.001  |
| Fibrinojen                     | 362 (149-468)     | 361 (203-647)     | 0.412  |
| Laktat dehidrogenaz            | 204 (125-518)     | 225 (169-837)     | 0.268  |
| Ferritin                       | 143 (34-2000)     | 223 (24-2000)     | 0.402  |
| Laktat                         | 0.8 (0.7-2.8)     | 1.8 (0.7-9.8)     | 0.03   |

Sonuçlar ortanca (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.



## SS-056

## COVID-19'UN KLİNİK, LABORATUVAR VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİ VE MORTALİTEYE ETKİ EDEN FAKTÖRLER: TÜSAD TÜRKİYE ÇALIŞMASI

Muzaffer Onur Turan<sup>1</sup>, Arzu Mirici<sup>2</sup>, Serap Duru Akçalı<sup>3</sup>, Pakize Ayşe Turan<sup>4</sup>, Özgür Batur<sup>5</sup>, Zühal Ekici Ünsal<sup>6</sup>, Nalan Işık Kabakoğlu<sup>7</sup>, Nalan Ogan<sup>8</sup>, Şerife Torun<sup>9</sup>, Aysun Şengül<sup>10</sup>, Güntülü Ak<sup>11</sup>, Şule Akçay<sup>12</sup>, Berna Kömürcüoğlu<sup>5</sup>, Nazan Şen<sup>6</sup>, Pınar Mutlu<sup>2</sup>, Ülkü Yılmaz<sup>13</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, İzmir

<sup>2</sup>Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Çanakkale

<sup>3</sup>Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları bölümü, Ankara

<sup>4</sup>Menemen Devlet Hastanesi, Göğüs hastalıkları bölümü, İzmir

<sup>5</sup>İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ, Göğüs hastalıkları bölümü, İzmir

<sup>6</sup>BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ADANA DR.TURGUT NOYAN UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ Göğüs hastalıkları bölümü, Adana

<sup>7</sup>İZMİR BORNOVA DR. TÜRKAN ÖZİLHAN DEVLET HASTANESİ Göğüs hastalıkları bölümü, İzmir

<sup>8</sup>Ufuk Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Ankara

<sup>9</sup>Konya Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Göğüs hastalıkları bölümü, Konya

<sup>10</sup>Sakarya Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Sakarya

<sup>11</sup>ESKİŞEHİR OSMANGAZİ Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Eskişehir

<sup>12</sup>Başkent Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Ankara

<sup>13</sup>Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları bölümü, Ankara

**GİRİŞ:** 2019 sonunda Çin'de etiyojisi bilinmeyen pnömoni olgularında etken olarak yeni bir Coronavirus tipi izole edilmiş ve neden olduğu hastalık "Koronavirüs Hastalığı 2019"(COVID-19) olarak adlandırılmıştır. Türkiye'de Mart 2020'de görülmeye başlanan bu virüs, 250.000'in üzerinde kişiyi enfekte etmiş, 6.000'in üzerinde kişinin yaşamını yitirmesine yol açmıştır. Bu çalışmada Türkiye'nin değişik bölgelerinde hospitalize edilerek izlenen COVID-19 hastalarının klinik özelliklerinin, uygulanan tedavi seçeneklerinin ve hastalık seyrinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Bu çalışmaya, Türkiye'de 10 değişik merkezde, COVID-19 tanısıyla hastaneye yatırılıp ilgili merkezlerdeki göğüs hastalıkları uzmanlarınca takibi yapılan, nazo-orofaringeal sürüntü örneğinde reverse transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi pozitif olan hastalar dahil edilmiştir. Bu hastalarda; demografik bilgiler, COVID-19 olası risk faktörleri, komorbid hastalıklar, başvuru semptomları, laboratuvar ile radyolojik bulgular, uygulanan tedaviler, klinik seyir ve mortalite verileri retrospektif olarak kaydedildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 925 hastanın 528'i erkek (%57.1) ve 397'si kadın (%42.9) olup, yaş ortalaması 53.4±27.9 idi. COVID-19 olgusu ile temas öyküsü hastaların %47.2'sinde mevcuttu (%40.1: aile içi temas). Hastaların 51.8'inde en az bir komorbid hastalık mevcuttu; hipertansiyon (%29.5) ve diyabetes mellitus (%17.9) en sık görülen komorbiditelerdi. COVID-19 hastalarının %14.1'i asemptomatik iken, öksürük (%61), halsizlik (%49.3) ve ateş (%43.4) en sık görülen başvuru semptomlarıydı. CRP (%67.9) ve LDH yüksekliği (%41.8) ve lenfopeni (%29.8) en sık gözlenen laboratuvar bulgularıydı. Yatırılan COVID-19 hastalarının %79.5'inde pnömoni mevcuttu; %87.6'sında radyolojik olarak tipik COVID-19 görünümü, %97.2'sinde buzlu cam alanları vardı. Ortalama yatış süresi 10.1±6.2 gün idi. Hidroksiklorokin (%94.6) ve azitromisin (%54.5) COVID-19 tedavisinde en sık kullanılan moleküllerdi. Hastaların %10.1'inin yoğun bakım ünitesinde izlem öyküsü mevcutken, mortalite oranı %6.4 olarak tespit edildi. Mortalite gelişen hastaların yaş ortalaması sağ kalımı devam eden hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (70.3±16.4 vs. 50.3±17.0; p<0.001). Çoklu regresyon analizinde, yaşın 65'in üstünde olması (p<0.001), ateş olması (p=0.026), hipokalemi (p=0.005), D-dimer değerinin 1000 ng/mL'in üstünde olması (p=0.002) ve ağır pnömoni varlığının (p=0.010) mortalite ile anlamlı ilişkisi bulunmaktaydı.

**SONUÇ:** Çalışmamız, Türkiye'de devam eden pandemi sürecinde COVID-19 hastalarının genel özelliklerini yansıtan, çok merkezli ilk çalışmalardan birisidir. Hastaların başvuru şikayetleri, laboratuvar ve radyolojik özellikleri açısından yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Özellikle yaşlı, ateşi olan, serum potasyum düzeyi düşük, D-dimer düzeyi yüksek, ağır pnömoni varlığı olan hastalarda mortalite gelişimi açısından dikkatli olunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, klinik özellikler, mortalite

**SS-057****COVID-19 ENFEKSİYONU VE COVID-19 PNOMONİSİ VAKA SERİSİ: ÖN RAPOR**

Kerem Ensarioğlu<sup>1</sup>, Ayşe Kevser Erdöl<sup>1</sup>, Emine Bahar Kurt<sup>1</sup>, İrfan Şencan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Covid-19 (Sars-Cov-2), 2019 yılının sonunda Çin'in Wuhan bölgesinde başlayıp, kısa sürede Çin'in diğer eyaletlerine ve sonra başta Avrupa kıtası olmak üzere tüm dünyaya yayıldı ve etkilenen ülkelerin sağlık sistemlerinde problemlere sebep oldu. Covid-19 ile enfekte hastalar, hafif gribal semptomlarla iyileşebildiği gibi progresse olup ciddi solunum problemleri yaşayabilirler. Özellikle hipertansiyon, diyabet ve kronik solunum problemleri gibi komorbiditelerinin prognoza etkisi olduğu bir çok çalışma ile ortaya konulmuş, yatış süresi, yoğun bakım ihtiyacı ve ölümlerin bu hastalarda daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Bu ön raporda hastaların özgeçmişleri, tedavi bilgileri, takip sonuçları ve rutin kan tetkikleri üzerinden, hastaların demografik datası ve hastalık sürecine etki eden parametrelerin araştırılması planlanmıştır.

Bu çalışmada 11 Mart -31 Mayıs 2020 tarihleri arasında Göğüs Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları ve Bulaşıcı Hastalıkları servisinde olmak üzere Covid-19 ve Covid-19 pnömonisi ile takip edilen 182 hasta değerlendirildi. Hastaların 30 tanesinin yeterli kayıtları olmaması sebebiyle çalışmadan çıkarıldı. Pnömoni hastalarda pnömoni skorlarının prognoza etkisi karşılaştırıldı. Skor değerlendirilmesinde, CURB 65, Pneumonia Severity Index (PSI) ve MuLBSTA skorlaması kullanıldı.

152 hastanın; 69'u erkek ve 83'si kadın, ortalama yaş 50 idi. Hastaların %23 öksürük, %15 nefes darlığı ve %21 ateş, temel başvuru şikayet sebebidir. Tüm hastaların %53'ünde öksürük, %30'inde nefes darlığı ve %41'inde ateş görülmekteydi. Ek hastalık olarak, %27 hipertansiyon ve %15 diyabet görülmektedir. Tedavi olarak 131 hastaya hidroklorin, 64 hastaya azitromisin ve 57 hastaya favipiravir verilmişti. Pnömoni 86 hastada görüldü ve %84'ü yaygın tutulum (bilateral ve birden fazla lob) olarak değerlendirildi.

Ortalama yatış 11 gün, ateşi olan hastalarda ateş yanıtı 3,8 gün ve ortalama tedavi süresi 5,8 gündü. Sekiz hastaya progresyon sebebiyle ek tedavi verilmiş fakat yoğun bakım ihtiyacı olmamış iken 19 hasta ise progresse olmuş ve yoğun bakıma gönderildi. Bu hastaların 9'u exitus olmuştu. Mortalite oranı yoğun bakımdaki pnömonilerde %47 ve tüm pnömoni vakalarında %10'du. Skorların sonuçlarında mortalite için CURB-65 1 (%2.7), PSI 58 (%0.6-0.9) ve MuLBSTA 7 (%7.03) olarak izlendi. Mortalite öngörmede MuLBSTA'nın gerek total pnömoni için, gerek de yoğun bakımdaki hastalar için üstün olduğu görüldü.

Bu ön rapordan sonra istatistiksel çalışmalarla MuLBSTA'nın bu etkisinin değerlendirilmesi ve sonrasında MuLBSTA'ya eklenebilecek diğer prognostik faktörlerin geliştirilmesi planlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** CURB-65, Covid, Mulbsta, Pnömoni, PSI, Skor



## SS-058

**COVID-19 NEDENİYLE HASTANEEYE YATIRILARAK TEDAVİ EDİLEN HASTALARDA YOĞUN BAKIM İHTİYACINI ÖNGÖREN FAKTÖRLER**

Bilge Yılmaz Kara

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

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Coronavirüs-19 hastalığı (Covid 19) dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen ve mortal seyrebilen bir pandemidir. Ülkemizde de binlerce insan enfekte olmuş, bunların bir kısmında hastaneye yatış ve yoğun bakım ünitesinde takip ihtiyacı gelişmiştir. Bu nedenle çalışmamızda; hastanemizde Covid-19 nedeniyle yatırılarak tedavi edilen hastaların takibinde yoğun bakım ihtiyacı gelişip gelişmeyeceğini öngören faktörleri araştırdık.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Mart-Haziran 2020 tarihleri arasında hastanemizde yatırılarak tedavi edilen PCR ve/veya hızlı antikor testi ile Covid-19 tanısı doğrulanmış olan, 16-90 yaş arası semptomatik hastalar çalışmaya alındı. PCR ve antikor testi negatif olanlar ve ayakta takip edilen hastalar çalışmadan dışlandı. Hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenerek demografik, klinik, laboratuvar ve görüntüleme verilerine ulaşıldı.

**BULGULAR:** Çalışmamıza 56 hasta (E/K: 31/25; yaş: 58,1±16,6 yıl) alındı. Hastalara ait başlangıç demografik, klinik, laboratuvar, görüntüleme verileri ve prognoz bilgileri Tablo 1'de gösterilmiştir. 9 hastanın takipte yoğun bakım ihtiyacı gelişti. Yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların olmayanlara göre daha yaşlı, daha fazla sigara içmiş ve modifiye Charlson komorbidite indeksi daha yüksek hastalar olduğu; başvuruda öksürük ve dispne şikayetlerinin daha fazla olduğu, biyokimyasal incelemede; serum LDH, mutlak nötrofil sayısı, NLR ve CRP değerlerinin istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu ve başlangıç toraks BT tutulum derecesinin daha ağır olduğu gözlemlendi (Tablo 2). Yoğun bakımda kalış süresi ile korelasyon gösteren faktörler: yaş, sigara içme derecesi, modifiye Charlson komorbidite indeksi, başvuruda öksürük ve dispne varlığı, serum LDH, mutlak nötrofil sayısı, NLR, CRP yüksekliği ve toraks BT'deki tutulum derecesi olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Çoklu değişkenli regresyon analizinde; sigara içme ve toraks BT'deki tutulumun derecesi ve serum LDH yüksekliğinin yoğun bakım ihtiyacını bağımsız olarak predikte eden faktörler olduğu saptandı (tablo 4).

**SONUÇ:** Covid-19 tanısı ile hastanede yatarak tedavi edilen hastalardan yaşlılar, komorbiditesi fazla olanlar, yoğun sigara kullanım öyküsü olanlar, başvuruda akciğer tutulum bulgusuna ait semptomları (öksürük, dispne) olanlar, serum LDH, mutlak nötrofil sayısı, NLR, CRP'si yüksek olanlar ve toraks BT görüntülemesinde yaygın tutulum bulguları olanlar yoğun bakım ihtiyacı açısından daha yakın takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, modifiye Charlson indeksi, NLR, yoğun bakım

Tablo 1 - 2

| Parametre            | Ortalama |      | SD   | Minimum | Maksimum |
|----------------------|----------|------|------|---------|----------|
|                      | Ortalama | SD   |      |         |          |
| Yaş (yıl)            | 58,1     | 16,6 | 20   | 16      | 90       |
| Ortalama (SD)        | 58,1     | 16,6 |      |         |          |
| Erkek (n)            | 31       | 5,9  | 5,9  | 16      | 89       |
| Kadın (n)            | 25       | 10,8 | 10,8 | 16      | 89       |
| ERK (n)              | 56       | 13,8 | 13,8 | 16      | 89       |
| Yaş (yıl) (ortalama) | 58,1     |      |      |         |          |
| Yaş (yıl) (SD)       | 16,6     |      |      |         |          |
| Yaş (yıl) (Minimum)  | 16       |      |      |         |          |
| Yaş (yıl) (Maksimum) | 90       |      |      |         |          |
| <b>Tablo 2</b>       |          |      |      |         |          |
| Parametre            | Ortalama |      | SD   | Minimum | Maksimum |
|                      | Ortalama | SD   |      |         |          |
| Yaş (yıl)            | 58,1     | 16,6 | 20   | 16      | 90       |
| Ortalama (SD)        | 58,1     | 16,6 |      |         |          |
| Erkek (n)            | 31       | 5,9  | 5,9  | 16      | 89       |
| Kadın (n)            | 25       | 10,8 | 10,8 | 16      | 89       |
| ERK (n)              | 56       | 13,8 | 13,8 | 16      | 89       |
| Yaş (yıl) (ortalama) | 58,1     |      |      |         |          |
| Yaş (yıl) (SD)       | 16,6     |      |      |         |          |
| Yaş (yıl) (Minimum)  | 16       |      |      |         |          |
| Yaş (yıl) (Maksimum) | 90       |      |      |         |          |
| <b>Tablo 3</b>       |          |      |      |         |          |
| Parametre            | Ortalama |      | SD   | Minimum | Maksimum |
|                      | Ortalama | SD   |      |         |          |
| Yaş (yıl)            | 58,1     | 16,6 | 20   | 16      | 90       |
| Ortalama (SD)        | 58,1     | 16,6 |      |         |          |
| Erkek (n)            | 31       | 5,9  | 5,9  | 16      | 89       |
| Kadın (n)            | 25       | 10,8 | 10,8 | 16      | 89       |
| ERK (n)              | 56       | 13,8 | 13,8 | 16      | 89       |
| Yaş (yıl) (ortalama) | 58,1     |      |      |         |          |
| Yaş (yıl) (SD)       | 16,6     |      |      |         |          |
| Yaş (yıl) (Minimum)  | 16       |      |      |         |          |
| Yaş (yıl) (Maksimum) | 90       |      |      |         |          |



Tablo 1. Tüm hastaların başlangıç demografik, klinik, laboratuvar, görüntüleme verileri ve prognoz bilgileri Tablo 2. Yoğun bakım ihtiyacı olan ve olmayan hastaların başlangıç demografik, klinik, laboratuvar, görüntüleme verilerinin ve prognoz bilgilerinin karşılaştırılması

Tablo 3- 4

Tablo 3. Yoğun bakım yatış süresi ile korelasyon gösteren faktörlerin analizi

| Parametre                  | R      | p      |
|----------------------------|--------|--------|
| <b>Demografik</b>          |        |        |
| Yaş                        | 0,995  | <0,001 |
| Cinsiyet                   | 0,009  | 0,949  |
| BKI                        | -0,050 | 0,716  |
| Sigara (paket/yıl)         | 0,265  | 0,049  |
| Modifiye Charlson indeksi  | 0,267  | 0,046  |
| <b>Klinik</b>              |        |        |
| Ateş                       | -0,007 | 0,960  |
| Dişare                     | 0,011  | 0,935  |
| Öksürük                    | 0,330  | 0,013  |
| Balgam                     | 0,094  | 0,491  |
| Dispne                     | 0,308  | 0,021  |
| <b>Laboratuvar</b>         |        |        |
| Üre (mg/dl)                | -0,017 | 0,899  |
| Kreatinin (mg/dl)          | -0,094 | 0,492  |
| LDH (IU/L)                 | 0,437  | 0,005  |
| AST (IU/L)                 | 0,157  | 0,249  |
| ALT (IU/L)                 | 0,069  | 0,514  |
| Albümin (gr/dl)            | -0,301 | 0,079  |
| Lökosit (µL)               | 0,193  | 0,154  |
| Nötrofil (µL)              | 0,339  | 0,011  |
| Lenfosit (µL)              | -0,119 | 0,382  |
| Hemoglobin (gr/dl)         | -0,070 | 0,509  |
| Hematokrit (%)             | -0,139 | 0,305  |
| Platelet (µL)              | 0,033  | 0,808  |
| NLR                        | 0,339  | 0,011  |
| PLR                        | 0,192  | 0,155  |
| CRP (mg/L)                 | 0,403  | 0,002  |
| <b>Görüntüleme</b>         |        |        |
| Toraks BT tutulum derecesi | 0,346  | 0,009  |

BKI: beden/kitle indeksi, LDH: laktat dehidrogenaz, AST: aspartat aminotransferaz, ALT: alanin aminotransferaz, NLR: mutlak nötrofil/mutlak lenfosit oranı, PLR: mutlak trombosit/mutlak lenfosit oranı, CRP: C reaktif protein, Toraks BT: toraks bilgisayarlı tomografisi

Tablo 4. Yoğun bakım ihtiyacını bağımsız olarak predikte eden faktörlerin regresyon analizi ile araştırılması

| Parametre                      | Beta değeri | P değeri | %95 Güven Aralığı (Alt – Üst) |
|--------------------------------|-------------|----------|-------------------------------|
| Yaş (yıl)                      | 0,160       | 0,290    | -0,003 – 0,011                |
| Sigara (paket/yıl)             | 0,364       | 0,012    | 0,001 – 0,009                 |
| Modifiye Charlson indeksi      | -0,051      | 0,844    | -0,109 – 0,090                |
| Öksürük                        | 0,242       | 0,084    | -0,026 – 0,401                |
| Dispne                         | -0,097      | 0,573    | -0,343 – 0,193                |
| Toraks BT tutulum derecesi     | 0,378       | 0,004    | 0,038 – 0,187                 |
| Nötrofil (10 <sup>3</sup> /µL) | 0,197       | 0,185    | 0,000 – 0,001                 |
| LDH (IU/L)                     | 0,355       | 0,015    | 0,001 – 0,002                 |
| NLR                            | -0,231      | 0,108    | -0,035 – 0,004                |
| CRP (mg/L)                     | -0,007      | 0,972    | -0,003 – 0,002                |

Toraks BT: toraks bilgisayarlı tomografisi, LDH: laktat dehidrogenaz, NLR: mutlak nötrofil/mutlak lenfosit oranı, CRP: C reaktif protein

Tablo 3. Yoğun bakım yatış süresi ile korelasyon gösteren faktörlerin analizi Tablo 4. Yoğun bakım ihtiyacını bağımsız olarak predikte eden faktörlerin regresyon analizi ile araştırılması

## SS-059

## COVID-19'DA RADYOLOJİK TUTULUMUN YAYGINLIĞI İLE YOĞUN BAKIM İHTİYACI VE MORTALİTE HIZI İLİŞKİSİ

Yusuf Aydemir<sup>1</sup>, Yasemin Gündüz<sup>2</sup>, Mehmet Köroğlu<sup>3</sup>, Oğuz Karabay<sup>4</sup>, Hamad Dheir<sup>5</sup>, Aysun Şengül<sup>1</sup>, Selçuk Yaylacı<sup>6</sup>, Havva Kocayigit<sup>6</sup>, Ali Fuat Erdem<sup>6</sup>, Özlem Aydemir<sup>3</sup>, Ertuğrul Güçlü<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

<sup>3</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

<sup>4</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya

<sup>5</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya

<sup>6</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Sakarya

**AMAÇ:** Covid 19 salgınında, hastaların bir kısmı ağır seyretmekte ve yoğun bakım (YB) desteği gerektirmektedir. Salgının yaygın olduğu dönemlerde, birçok ülkede YB kapasitesinin zorlandığı ve aşıldığı görülmüştür. Mortalite hızı yüksek ve YB ihtiyacı olabilecek hastaları önceden öngörebilmek, kısıtlı kapasitenin verimli kullanımı ve tedavi başarısı açısından çok önemlidir. Çalışmamızda ilk başvuru esnasında; PCR ile eşzamanlı çekilen Toraks BT deki radyolojik tutulumun yaygınlığının, hastalığın progresyonunu, YB transferi ve mortalite hızını göstermedeki değerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**METOD:** Çalışmaya; olası vaka tanımına uyan, eşzamanlı toraks BT çekilen ve PCR testi pozitif çıkan ardışık 477 hasta dahil edildi. Hastaların toraks BT'leri radyolojik lezyonların yaygınlığı açısından 4 gruba ayrıldı. Herhangi bir viral pnömoneye ait lezyon olmayan hastalar, 0. grup, tek taraflı, minimal bir segment veya lob ile sınırlı lezyonu olanlar 1. grup, birkaç lobu veya segmenti tutan ancak 3'den az lezyonu olanlar 2. grup, yaygın bilateral lezyonu olanlar ise 3. grup olarak belirlendi. Bu gruplar ile hastaların yoğun bakım transfer ihtiyacı ve mortalite hızları karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** PCR testi pozitif çıkan ardışık 477 hastanın, 387'sinde BT de covid uyumlu lezyon saptanmıştır. Akciğer tutulum oranı % 81 olarak bulunmuştur. Radyolojik lezyonu olan hastaların % 42'sinde hafif, % 13'ünde orta, % 35'inde ise ağır tutulum gözlenmiştir. YB'a transfer gerektiren 47 hastanın 45'inde radyolojik lezyon vardı. Başlangıç BT tutulumu yaygınlığı ile yoğun bakıma transfer arasında anlamlı ilişki bulundu. İlaveten radyolojik lezyonun yaygınlığı ile YB transferi arasında da anlamlı ilişki belirlendi ( $p < 0,001$ ). Radyolojik lezyon yaygınlığı arttıkça yoğun bakım transfer hızı artmış bulundu. (Tablo 1). BT tutulumu yaygınlığı ile mortalite arasında anlamlı ilişki bulundu. Radyolojik tutulumu olmayan 90 hastanın hiçbiri ex olmaz iken, ex olan 33 hastanın tamamında radyolojik tutulum vardı. İlaveten radyolojik lezyonun yaygınlığı ile mortalite arasında da anlamlı ilişki belirlendi ( $p < 0,001$ ). Radyolojik lezyon yaygınlığı arttıkça mortalite hızı artmış bulundu. Hafif pnömone hastalarda mortalite 3,1 iken, yaygın pnömone hastalarda 12,5 bulundu. (Tablo 2)

**SONUÇ:** Sonuç olarak, çalışmamızda, başlangıç radyolojik yaygınlık değerlendirmesinin, yoğun bakım ihtiyacı, mortalite hızları ile güçlü ilişkisi gösterilmiş olup, sonuçlarımızın progresse olabilecek hastaları öngörmede, klinisyenlere yardımcı olarak, pandemi yönetiminde, sağlık sisteminin başarısını arttırmaya önemli katkı sağlayacağına inanıyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, Radyolojik yaygınlık, Yoğun Bakım İhtiyacı, Mortalite hızı, Öngörü değeri

**Radyolojik lezyon yaygınlığı ile yoğun bakım ihtiyacı arasındaki ilişki**

|                       | YB ihtiyacı yok | YB transferi var (%) | p değeri |
|-----------------------|-----------------|----------------------|----------|
| BT lezyonu            |                 |                      | 0,005    |
| Yok n:90              | 88              | 2 (2,2)              |          |
| Var n: 387            | 342             | 45 (11,6)            |          |
| BT lezyonu yaygınlığı |                 |                      | <0,001   |
| 0 (no lesion) n:90    | 88              | 2 (2,2)              |          |
| 1 (mild) n:162        | 153             | 9 (5,6)              |          |
| 2 (moderate) n:89     | 77              | 12 (13,5)            |          |
| 3 (severe) n:136      | 112             | 24 (17,7)            |          |

**Radyolojik lezyon yaygınlığı ile mortalite arasındaki ilişki**

|                       | Survival | Non-survival (%) | p değeri |
|-----------------------|----------|------------------|----------|
| BT lezyon             |          |                  | 0,001    |
| yok n:90              | 90       | -                |          |
| var n: 387            | 354      | 33 (8,5)         |          |
| BT lezyonu yaygınlığı |          |                  | <0,001   |
| 0 (Lezyon yok) n:90   | 90       | -                |          |
| 1 (hafif) n:162       | 157      | 5 (3,08)         |          |
| 2 (orta) n:89         | 78       | 11 (12,35)       |          |
| 3 (ağır) n:136        | 119      | 17 (12,5)        |          |



## SS-060

## COVID-19'DA RADYOLOJİK TUTULUMUN YAYGINLIĞI İLE LABORATUVAR DEĞERLERİNİN İLİŞKİSİ

Yusuf Aydemir<sup>1</sup>, Yasemin Gündüz<sup>2</sup>, Mehmet Köroğlu<sup>3</sup>, Oğuz Karabay<sup>4</sup>, Hamad Dheir<sup>5</sup>, Aysun Şengül<sup>1</sup>, Selçuk Yaylacı<sup>6</sup>, Havva Kocayigit<sup>6</sup>, Ali Fuat Erdem<sup>6</sup>, Özlem Aydemir<sup>3</sup>, Ertuğrul Güçlü<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

<sup>3</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

<sup>4</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya

<sup>5</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya

<sup>6</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Sakarya

**AMAÇ:** COVID-19'un, ileri yaşlı ve comorbiditesi olan hastalarda ağır seyrettiği bilinmektedir. Önceki çalışmalarda elde edilen verilere göre; LDH, D-Dimer, CRP, Ferritin, ALT yüksekliği ve lenfosit düşüklüğü, ağır hastalığı tahmin edebilecek belirteçler olarak görülmektedir. Çalışmamızda ilk başvuru esnasında çekilen toraks BT deki radyolojik tutulumun yaygınlığının, eşzamanlı alınan laboratuvar testleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**METOD:** Çalışmaya; olası vaka tanımına uyan, eşzamanlı toraks BT çekilen ve PCR testi pozitif çıkan ardışık 477 hasta dahil edildi. Hastaların toraks BT'leri radyolojik lezyonların yaygınlığı açısından 4 gruba ayrıldı. Herhangi bir viral pnömونيye ait lezyon olmayan hastalar, 0. grup, tek taraflı, minimal bir segment veya lob ile sınırlı lezyonu olanlar 1. grup, birkaç lobu veya segmenti tutan ancak 3'den az lezyonu olanlar 2. grup, yaygın bilateral lezyonu olanlar ise 3. grup olarak belirlendi. Bu gruplar ile hastaların laboratuvar değerleri karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 49,2 idi. %54,9'u erkek idi. Hastaların %81,1'inde toraks BT'de Covid-19 uyumlu lezyon vardı. Radyolojik lezyonları olan ve olmayan hasta grupları karşılaştırıldığında, pnömوني olan grupta, D-Dimer, Ferritin, LDH, CRP, ALT, CK, Sedimentation değerleri anlamlı yüksek; Lymphocyte ve PLT değerleri anlamlı düşük bulundu (Tablo 1). Covid-19 pnömونisinin yaygınlığı ile laboratuvar parametrelerinin ilişkisini değerlendirmek için, gruplar ayrı ayrı karşılaştırıldı. ALT, CK, LDH, CRP, Ferritin ve Sedim değerlerinin radyolojik tutulum ile doğru orantılı olarak arttığı, lenfosit değerinin ise azaldığı belirlendi (Figür 1, Tablo 2)

**SONUÇ:** Sonuç olarak, çalışmamızda, başlangıç radyolojik yaygınlık değerlendirmesinin, laboratuvar parametreleri ile güçlü ilişkisi gösterilmiş olup, sonuçlarımızın progresse olabilecek hastaları öngörmede, klinisyenlere yardımcı olarak, pandemi yönetiminde, sağlık sisteminin başarısını artırmaya önemli katkı sağlayacağına inanıyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, Radyolojik yaygınlık, Laboratuvar değerleri

## Radyolojik yaygınlık seviyesi ile laboratuvar parametrelerinin ilişkisi

|          | GROUP 0<br>(No pneumonia group)<br>n:90 | GROUP 1<br>(mild pneumonia group)<br>N:162 | GROUP 2<br>(moderate pneumonia group)<br>N:89 | GROUP 3<br>(Severe Pneumonia group)<br>n:136 | p value<br>0 vs 3 | p value<br>1 vs 3 | p value<br>2 vs 3 | p value<br>0 vs 1 |
|----------|---|--|---|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Age      | 37,86                                   | 44,76                                      | 52,66   | 59,72  | <0,001            | <0,001            | 0,001             | 0,002             |
| ALT      | 22,36                                   | 32,81                                      | 34,31   | 36,93  | <0,001            | 0,226             | 0,493             | 0,001             |
| CK       | 90,43                                   | 132,01                                     | 174,16  | 189,23                                       | 0,006             | 0,128             | 0,776             | 0,05              |
| LDH      | 195,8                                   | 234,06                                     | 233,7   | 331,85                                       | <0,001            | <0,001            | <0,001            | <0,001            |
| CRP      | 12,32                                   | 16,78                                      | 42,73   | 70,25  | <0,001            | <0,001            | 0,002             | 0,309             |
| D-Dimer  | 274,3                                   | 510,5                                      | 1176,5  | 1000,9                                       | 0,001             | 0,027             | 0,178             | 0,013             |
| Ferritin | 120,1                                   | 182,8                                      | 315   | 551,4  | <0,001            | <0,001            | 0,001             | 0,09              |
| Sedim    | 17,45                                   | 20,1                                       | 45,47   | 60,69  | 0,001             | 0,001             | 0,2               | 0,57              |
| Lymph    | 1,83                                    | 1,74                                       | 1,44  | 1,41   | <0,001            | <0,001            | 0,774             | 0,39              |

**Radyolojik lezyon varlığı ile laboratuvar değerleri arasındaki ilişki**

|                | No pneumonia group<br>n:90 | Pneumonia group<br>n:387 | p value |
|----------------|----------------------------|--------------------------|---------|
| Yaş            | 37,86                      | 51,83                    | <0,001  |
| ALT            | 22,36                      | 34,6                     | <0,001  |
| CK             | 90,43                      | 162,3                    | <0,001  |
| LDH            | 195,8                      | 276,2                    | <0,001  |
| CRP            | 12,32                      | 41,45                    | <0,001  |
| Lactat         | 1,62                       | 1,72                     | 0,191   |
| D-Dimer        | 274,34                     | 978,36                   | <0,001  |
| Ferritin       | 120,1                      | 345,7                    | <0,001  |
| Sedimentation  | 17,45                      | 34,7                     | 0,001   |
| WBC            | 6,70                       | 6,15                     | 0,055   |
| Haemoglobuline | 13,6                       | 13,5                     | 0,559   |
| PLT            | 211,37                     | 191,55                   | 0,015   |
| Lymphocyte     | 1,83                       | 1,56                     | 0,002   |

**Radyolojik yaygınlık seviyesi ile laboratuvar parametrelerin korelasyonu**

|               | r       | p      |
|---------------|---------|--------|
| Sedim         |         | <0,001 |
| Yaş           | 0,452   | <0,001 |
| LDH           | 0,447   | <0,001 |
| CRP           | 0,417   | <0,001 |
| Ferritin      | 0,345   | <0,001 |
| Lemfo-<br>sit | - 0,225 | <0,001 |
| ALT           | 0,163   | <0,001 |
| D-Dimer       | 0,123   | 0,009  |
| CK            | 0,120   | 0,012  |

## SS-061

**KORONAVİRÜS HASTALIĞI (COVID-19)NIN KLİNİK VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİ: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA ÖN SONUÇLAR**

Nilgün Yılmaz Demirci<sup>1</sup>, Asiye Uğraş Dikmen<sup>2</sup>, Cantürk Taşçı<sup>3</sup>, Deniz Doğan<sup>3</sup>, Yakup Arslan<sup>3</sup>, Nesrin Öcal<sup>3</sup>, Mustafa Taşar<sup>4</sup>, Uğur Bozkurt<sup>4</sup>, Cumhuri Artuk<sup>5</sup>, Gülden Yılmaz<sup>5</sup>, Zehra Karacaer<sup>5</sup>, İsmail Yaşar Avcı<sup>5</sup>, Günay Tuncer Ertem<sup>6</sup>, Fatma Şebnem Erdiñç<sup>6</sup>, Sami Kınıklı<sup>6</sup>, Şerife Altun Demircan<sup>6</sup>, Elif Ergün<sup>7</sup>, Pınar Nercis Koşar<sup>7</sup>, Ayşe Esra Karakoç<sup>8</sup>, Atıla Gökçek<sup>9</sup>, Melike Badođlu<sup>10</sup>, Sevtap Gülgösteren<sup>10</sup>, Şükran Atıkcın<sup>10</sup>, Şule Akçay<sup>11</sup>, Çiğdem Erol<sup>12</sup>, Koray Hekimoğlu<sup>13</sup>, Mahi Nur Cerit<sup>14</sup>, Gonca Erbaş<sup>14</sup>, Selçuk Özger<sup>15</sup>, Gülendın Bozdayı<sup>16</sup>, Esin Şenol<sup>15</sup>, Ahmet Selim Yurdakul<sup>1</sup>, Aydın Yılmaz<sup>10</sup>

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

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

<sup>3</sup>SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>4</sup>SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

<sup>5</sup>SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

<sup>6</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Kliniği

<sup>7</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

<sup>8</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Mikrobiyoloji

<sup>9</sup>SBÜ Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bölümü

<sup>10</sup>SBÜ Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>11</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>12</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>13</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

<sup>14</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

<sup>15</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>16</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**GİRİŞ-AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı, SARS-CoV-2 koronavirüsünün neden olduğu hastalığın (COVID-19) klinik ve radyolojik [akciğer grafisi, bilgisayarlı tomografi (BT)] parametrelerin özelliklerini ve ilişkilerini araştırmaktır.

**MATERYAL-METOD:** Çalışmaya Ankara' daki beş büyük merkezde pandemi döneminde takip ve tedavi edilen 1214'ü kliniği hafif, 349' u kliniği ağır toplam 1563 hasta dahil edildi. Klinik parametreler, akciğer grafisi ve BT görüntüleri retrospektif olarak kaydedildi. Hastalık şiddeti ile ilişkili risk faktörleri analiz edildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen hastaların 638(%40,8)' i kadın, 925(%59,2)' i erkekti, ortalama yaşı 51±18,3 iken kliniği ağır olguların yaş ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü (p<0,001). Kliniği ağır olgularda Diabetes Mellitus, Hipertansiyon(HT), kalp hastalığı, kronik böbrek hastalığı, immünsüpresyon, aktif sigara içimi insidansı daha yüksekti (p<0,000). Başvuru semptomu olarak öksürük ve nefes darlığı insidansı kliniği ağır hastalarda daha yüksekti(p<0,003). BT bulgularından bilateral olma, buzlu cam görünümü, konsolidasyon, kaldırım taşı görünümü, hava bronkogramı, halo belirtisi, subplevral kövilineer çizgilenme, plevral kalınlaşma insidansı kliniği ağır olgularda daha yüksekti (p<0,000). Lojistik regresyon analizinde klinik faktörlerden yaş, nefes darlığı olması, HT, kalp hastalığı olması, lenfopeni olması, CRP yüksekliği ağır hastalık için risk faktörleri olarak belirlendi. Radyolojik bulgulardan ise BT' de üst loblarda olma, halo belirtisi ve mikronodüller ağır hastalık özelliğiydi.

**SONUÇ:** Kliniği hafif hastalar ile ağır hastalar arasında klinik semptomlar, laboratuvar incelemeleri ve BT bulguları açısından önemli farklılıklar vardır. Hastalığın ağırlığı ile ilgili birçok faktör klinisyenlerin zaman kazanmasına, hastanın ağırlığını belirlemesine ve prognozu değerlendirmesine yardımcı olabilir. Bununla birlikte, ülkemizde COVID-19' lu hastaların klinik özellikleri ve risk faktörlerini değerlendiren oldukça geniş ölçekte yapılmış ilk çalışmadır.

**Anahtar Kelimeler:** SARS-CoV-2, COVID-19, pnömoni, risk faktörleri



## SS-062

## COVID-19'DA KOMORBİDİTELERİN SIKLIĞI VE HASTALIK SEYRİNE ETKİSİ

Esen Sayın Gülensoy<sup>1</sup>, Aycan Yüksel<sup>1</sup>, Evrim Eylem Akpınar<sup>1</sup>, Nalan Ogan<sup>1</sup>, Aslıhan Alhan<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İstatistik Ana Bilim Dalı

**GİRİŞ:** Aralık 2019 da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan yeni tip coronavirus enfeksiyonu birçok ülkeye yayıldı. 17 Ağustos' da tüm dünyada 21.715.048 vaka, 775.989 ölüm bildirildi. Farklı ülkelerden olgu serilerinde COVID-19 hastalarında görülen komorbiditelerle ilgili değişken sonuçlar elde edildi. Bu çalışmanın amacı ülkemizde olgu hızının en yüksek olduğu illerden biri olan Ankara'da bir üniversite hastanesinde yatarak izlenen COVID-19 olgularında komorbidite sıklığını ve bunların hastalık seyrine etkisini değerlendirmektir.

**YÖNTEM:** 26 Mart- 01 Temmuz 2020 tarihleri arasında yatırılarak takip edilen 52 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların % 74.5'i PCR pozitif iken, %25.5'i klinik ve radyolojik olarak yüksek olasılıklı Covid 19 olarak kabul edildi. Hastalar sağlık bakanlığı rehberi doğrultusunda hafif seyirli ve ağır seyirli olarak gruplandı. Hastaların komorbiditeleri, klinik ve laboratuvar bulguları dosyalarından kaydedildi.

**BULGULAR:** Ortalama yaş 57.63±18.73 yıldı. 19 hasta (%37.3) kadındı. Ağır seyreden vakalar çalışma popülasyonunun %19.6'sını oluşturuyordu. 34 kişi (%66.7) kilolu, ileri obez, morbid obez olarak değerlendirildi. 14 kişinin (%27.5) aterosklerotik kalp hastalığı, 17 kişinin (%33.3) hipertansiyonu, 10 kişinin (%19.6) diyabeti mevcuttu. Astım, hipertansiyon, diyabetes mellitus, aterosklerotik kalp hastalığı, KOAH, kronik karaciğer hastalığı, obezite ile hastalık şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Kalp yetmezliği olan tüm olgularda (n=4), olmayan olgulara göre hastalığın ağır seyrettiği gösterildi (p=0.001). Ağır seyreden hasta grubunda eşlik eden komorbidite sayısı anlamlı olarak daha fazla bulundu (p=0.004). Ağır seyreden hastaların %90'ının iki ve daha fazla komorbiditesi mevcuttu. (Çalışmaya hasta alımı devam etmektedir. Bu bildiri de çalışmanın ön sonuçları sunulmuştur.)

**TARTIŞMA:** Çalışmamızda daha önceki çalışmalar ile uyumlu olarak ağır hastalarda eşlik eden komorbidite sayısının daha fazlaydı. Literatürde daha geniş popülasyona ulaşılan çalışmalarda hipertansiyon, diyabet, KOAH, kardiyovasküler hastalık ve serebrovasküler hastalık, COVID-19 hastaları için başlıca risk faktörleri olarak bulunmuştur. Bu çalışmada hastalık seyrini anlamlı derecede olumsuz etkileyen tek komorbidite kalp yetmezliği idi. Olgu sayısının az olması sonuçları etkilemiş olabilir.

Sonuç olarak; komorbidite sayısı, özellikle kalp yetmezliği varlığı Covid 19 tanısı alan hastaların takibinde yüksek riskli grup için uyarıcı olabilir. Bu hastaların yakın ve dikkatli izlemi hastalık prognozuna katkı sağlayabilir. Covid 19 da komorbiditelerin hastalık seyrine etkisini netleştirmek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, komorbidite, prognoz

## SS-063

**COVID-19 TANISI İLE TEDAVİ ALAN HASTALARIN TORAKS TOMOGRAFİ GÖRÜNTÜLERİNİN PROGRESYON VE REGRESYON SÜRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Feyza Sönmez Topçu<sup>1</sup>, Şirin Yurtlu Temel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstinye Üniversitesi LIV hastanesi,Radyoloji Kliniği / İstanbul

<sup>2</sup>İstinye Üniversitesi,Tıp Fakültesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı / İstanbul

**GİRİŞ:** Tüm dünyayı etkisi altına alan Çin'in Wuhan kentinde 31 aralık 2019 da saptanan SARS-Cov-2 virüsü akciğere olan tropizmi ile pnömoni tablosuna neden olabilmektedir. Tanısal olarak kullanılan r-PCR testlerinin sonuçlanma süresinin uzunluğu ve düşük başarı oranı nedeniyle klinisyenler tarafından sıklıkla Toraks Tomografisi değerlendirme için kullanılmaktadır. COVID-19 tomografik bulguları tanımlanmış ve esas olarak viral pnömonilerde izlenen buzlu cam görünümünün alt loblarda subplevral yerleşimleri ortak kabul görmüştür.Diğer tomografi bulguları ise çoğunlukla konsolidasyonlar, bant atelektaziler ve pulmoner emboli gelişen hastalarda emboli bulgularıdır. Biz hastalarımızda toraks tomografi görünümünde progresyon, regresyon sürelerini inceledik.

**GEREÇLER VE BULGULAR:** Hastanemizde 15 mart -10 hariran 2020 tarihleri arasında covid 19 tanısı ile tedavi gören,30 gün içerisinde en az 2 kez toraks tomografisi çekilen 228 hastanın radyolojik görünümü retrospektif olarak incelendi. Tomografi görüntüleri bir radyolog ve bir göğüs hastalıkları uzmanı tarafından bağımsız olarak değerlendirildi. Fikir birliği olan 214 hastanın tomografileri normal, tek akciğer fokal buzlu cam, tek akciğer multifokal buzlu cam, bilateral multifokal buzlu cam, konsolidasyon, bant atelektaziler ve bunların birliktelikleri olarak sınıflandırılıp;ikinci tomografileri progresyon,regresyon,stabil ve normale dönmüş olarak kategorize edildi.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 50 (18-87) ve % 63'ü (135) erkek idi. 117 (%54,6) hastada çekilen 2. Tomografilerinde radyolojik regresyon, 84 (%39,2)hastada progresyon, 11 (%5,1)hastada stabil görünüm ve 2 (%0,9) hastada ise tam radyolojik düzelme izlendi. Progresyon medyan süresi 6 (1-26), regresyon medyan süresi 10 (2-30), stabil kalanlarda medyan süre 11 (1-21) gün ve normale dönen iki hastanın çekilen ikinci tomografi süresi ise 7,10 gün idi. Radyolojik görünüm değişiklikleri incelendiğinde Buzlu cam görünümü olan 80 (%95,2) hastada progresyon, ise 107 (%91,4) hastada ise regresyon izlendi. Konsolidasyon izlenen 65 (%55,5) hastada regresyon; 22 (%26,1) hastada ise progresyon saptandı.

**TARTIŞMA:** COVID-19 hastalarında oluşan pnömonide izlenen buzlu cam görünümü 6. Günde çekilen tomografide progresyon yönünde bilgi vermektedir. Regresyon ise 10. Günden sonra beklenmelidir. Tanı sırasında toraks tomografisinde buzlu cam izlenen hastalarda progresyon ve regresyon benzer oranlarda görülmekte; konsolidasyon izlenen hastalarda ise nadiren progresyon görülmektedir. Pandemi döneminde tanısal değeri yüksek olan toraks tomografisi hastanın tanı sırasındaki tetkik sonuçlarına ve klinik seyrine göre klinisyen tarafından gerekli görüldüğünde doğru zamanda çekilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, bilgisayarlı tomografi, pnömoni

## SS-064

**3.BASAMAK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE COVID19 PNÖMONİLİ HASTALARIN TEDAVİSİNDE FAVİPİRAVİR VE TOCİLİZUMAB SONUÇLARI**

Burcu Arpınar Yiğitbaş, Hatice Kutbay Özçelik, Özkan Devran, Nazan Beyhan, Gizem Köybaşı, Ayşe Filiz Arpaçaç Koşar

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ:** COVID19 pandemisi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de geniş çaplı salgına ve ölümlere sebep olmuştur. Hastalığın ölüm oranı %12 olarak düşünülmeyle birlikte YBÜ'ne alınan hastaların ölüm oranları oldukça yüksektir. Bu infeksiyon hakkında bilgimiz arttıkça yeni tedavi yöntemleri de gündeme gelmektedir. Çalışmamızda YBÜde Favipiravin ve Favipiravin + Tocilizumab alan hastaları karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**METOD:** Çalışmamız Mayıs ve Haziran aylarında YGHH YBÜnde yatıp Favipiravir veya Favipiravir + Tocilizumab alan hastaların klinik ve laboratuvar bulguları retrospektif olarak hastane veri tabanından çıkarılmıştır. Hastaların laboratuvar ve demografik verileri SPSS programı kullanılarak analiz edilmiş olup normal dağılım göstermemesi nedeniyle medyan ve çeyrekler arası değerler ile sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. İki grup arasındaki farklılıklar Ki-kare ve Mann Whitney U testi ile araştırılmış olup Giriş ve Çıkış laboratuvar değerleri arasındaki farklılıklar Wilcoxon Rank Testi ile analiz edilmiştir. Hastaların hastane içi ölüm oranları ve sağkalım eğrileri Kaplan Meier yöntemi ile değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Favipiravir grubunda (1.grup) 34 hasta Favipiravir +Tocilizumab alan grupta (2.grup) 19 hasta bulunmaktadır. Her iki grubun cinsiyet, BMI ve ölüm oranlarında farklılık saptanmamıştır. Hastaların Giriş ve çıkış AKG, Giriş ve Çıkış hemogram değerleri arasında da farklılık belirlenmemiştir. Hastalara klinik durum ve takip eden hekimin uygun gördüğü zamanlarda immün plasma verilmiş olup olup plasma verilen hastalar 2.grupta daha çoğunlukta olarak saptanmıştır. YBÜ'den taburcu olan hastalardan 2.gruptaki hastaların CRP ve Fibrinojen değerlerinin 1.gruptan anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır (p:0.006 ve p:0.017). Tüm hastalar gözönüne alındığında YBÜ sonrası pCO<sub>2</sub> değerlerinin daha yükseldiği, pH ve pO<sub>2</sub> değerlerinde de düşüme kaydedildiği gözlenmiştir. Hastaların her iki tedavi sonrası hemoglobin, lenfosit ve nötrofil değerlerinde düzelmeye sağlandığı ancak WBC, albümin, AST, ALT, BUN ve Kreatinin değerlerinde ise kötüleşme görüldüğü saptanmıştır.

**SONUÇ:** Ağır COVID-19 pnömonili hastaların tedavisinde YBÜ'nde kullanılan favipiravir ve tocilizumab tedavilerinin tartışılmalı yanları mevcuttur. Ancak bu ilaçlar dışında yeni bir tedavi de henüz söz konusu değildir. Çalışmamızda her iki ilacı kullanılan hastaların arasında belirgin bir özellik göze çarpmamış olup hastaların tedavi sonrası karaciğer fonksiyon testleri ve böbrek fonksiyon testlerindeki bozulmanın hastalığın yarattığı sitokin fırtınasının yanısıra bu ilaçların yan etkilerine de bağlanabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızın hem tek merkezli olması hem de hasta sayılarının az olması nedeniyle bu konuda yapılacak çok merkezli çalışmaların gerekliliğine inanmaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** COVID19, Pandemi, Sitokin Fırtınası

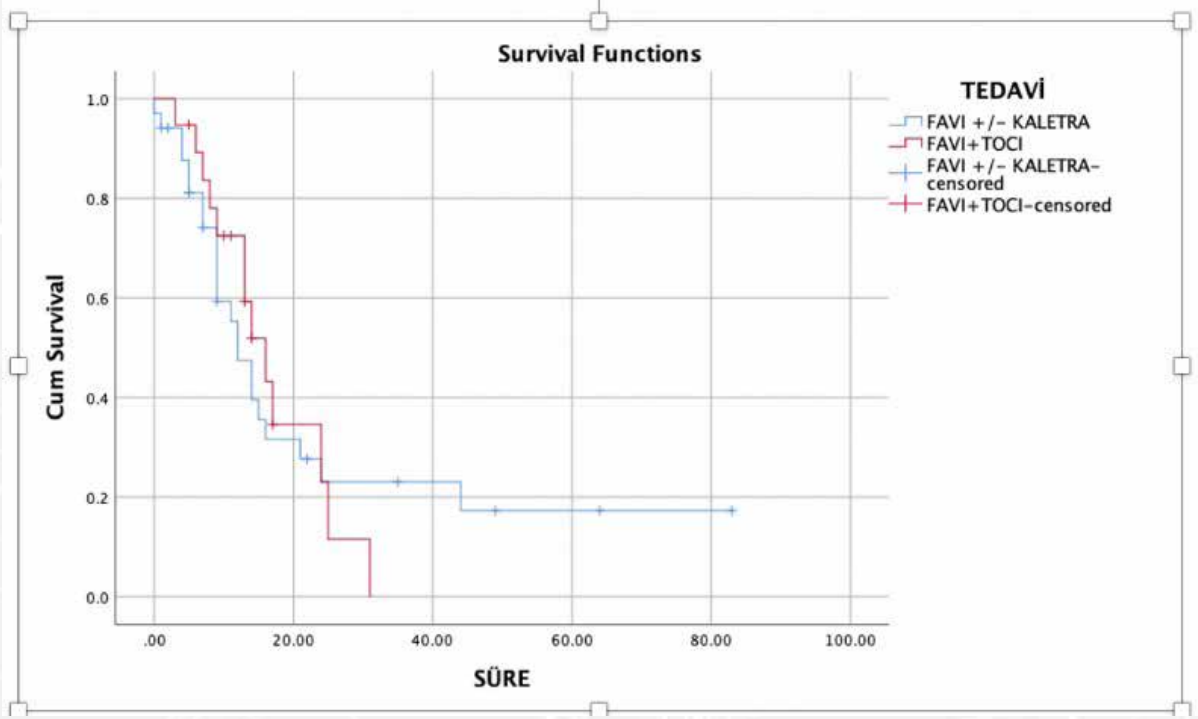


Grafik 1: Hastaların demografik ve laboratuvar bulgularının karşılaştırılması

|                              | Toplam hasta sayısı | Yaş ort. ± Sd | Yaş = TOB   | p değeri |
|------------------------------|---------------------|---------------|-------------|----------|
| Üst solunum yolu enfeksiyonu | 44 (26.5)           | 74 (65.8)     | 14 (31.8)   | 0.521    |
| Yakın                        | 11 (24.1)           | 8 (69.5)      | 5 (22.7)    |          |
| Uz                           | 33 (62.4)           | 67 (56.3)     | 9 (27.3)    | 0.388    |
| AKB                          | 27 (40.1)           | 26 (45.4)     | 28 (13.2)   | 0.529    |
| Kronik akciğer hastalığı     | 24 (25.7)           | 15 (62.5)     | 9 (37.5)    | NA       |
| AKB                          | 14 (34.7)           | 11 (78.5)     | 5 (21.4)    |          |
| Obstrüktif akciğer hastalığı | 12 (32.4)           | 10 (83.3)     | 7 (58.3)    |          |
| DM                           | 10 (20.5)           | 7 (70.0)      | 3 (30.0)    |          |
| Malnütrisyon                 | 10 (20.5)           | 9 (90.0)      | 1 (10.0)    |          |
| COVID                        | 9 (19.3)            | 5 (55.6)      | 1 (22.2)    |          |
| Genel Fizyolojik             | 9 (19.3)            | 3 (33.3)      | 1 (25.0)    |          |
| İzlem                        | 3 (7.1)             | 3 (100.0)     | 0 (0.0)     |          |
| BPH                          | 2 (2.2)             | 1 (50.0)      | 1 (50.0)    |          |
| Üst solunum yolu enfeksiyonu | 2 (2.2)             | 1 (50.0)      | 1 (50.0)    |          |
| AKB                          | 2 (2.2)             | 0 (0.0)       | 1 (50.0)    |          |
| TBC                          | 2 (2.2)             | 1 (50.0)      | 1 (50.0)    |          |
| Diğer                        | 5 (11.4)            | 4 (80.0)      | 1 (20.0)    |          |
| Toplam                       | 95 (100.0)          | 69 (72.6)     | 26 (27.3)   |          |
| İstatistiksel analiz         | 6 (13.2)            | 4 (66.7)      | 2 (33.3)    | 0.381    |
| İstatistiksel analiz         | 47 (100.0)          | 30 (63.8)     | 17 (36.2)   |          |
| İstatistiksel analiz         | 9 (19.3)            | 10 (111.1)    | 9 (100.0)   | 0.794    |
| TEKAR                        | 34 (35.8)           | 12 (35.3)     | 17 (50.0)   | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 12 (35.3)           | 12 (100.0)    | 7 (58.3)    | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 19 (24.9)           | 4 (21.1)      | 17 (88.9)   | 0.001    |
| Plazma                       | 30 (46.9)           | 28 (93.3)     | 7 (23.3)    | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 14 (21.2)           | 14 (100.0)    | 13 (92.9)   | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 16 (24.2)           | 22 (69.2)     | 13 (81.3)   | 0.784    |
| İstatistiksel analiz         | 18 (27.4)           | 17 (94.4)     | 6 (33.3)    |          |
| İstatistiksel analiz         | 7 (10.7)            | 7 (100.0)     | 7 (100.0)   | 0.322    |
| İstatistiksel analiz         | 14 (21.2)           | 14 (100.0)    | 14 (100.0)  | 0.679    |
| İstatistiksel analiz         | 16 (24.2)           | 16 (100.0)    | 16 (100.0)  | 0.128    |
| İstatistiksel analiz         | 26 (39.6)           | 26 (100.0)    | 22 (84.6)   | 0.124    |
| İstatistiksel analiz         | 30 (46.9)           | 30 (100.0)    | 26 (86.7)   | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 7 (10.7)            | 7 (100.0)     | 7 (100.0)   | 0.007    |
| İstatistiksel analiz         | 14 (21.2)           | 14 (100.0)    | 14 (100.0)  | 0.791    |
| İstatistiksel analiz         | 16 (24.2)           | 16 (100.0)    | 16 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 18 (27.4)           | 18 (100.0)    | 18 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 20 (30.3)           | 20 (100.0)    | 20 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 22 (33.3)           | 22 (100.0)    | 22 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 24 (36.4)           | 24 (100.0)    | 24 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 26 (39.6)           | 26 (100.0)    | 26 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 28 (42.3)           | 28 (100.0)    | 28 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 30 (46.9)           | 30 (100.0)    | 30 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 32 (48.5)           | 32 (100.0)    | 32 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 34 (51.5)           | 34 (100.0)    | 34 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 36 (53.8)           | 36 (100.0)    | 36 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 38 (56.9)           | 38 (100.0)    | 38 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 40 (60.6)           | 40 (100.0)    | 40 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 42 (63.6)           | 42 (100.0)    | 42 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 44 (66.7)           | 44 (100.0)    | 44 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 46 (69.5)           | 46 (100.0)    | 46 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 48 (72.6)           | 48 (100.0)    | 48 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 50 (75.6)           | 50 (100.0)    | 50 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 52 (78.8)           | 52 (100.0)    | 52 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 54 (81.9)           | 54 (100.0)    | 54 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 56 (84.9)           | 56 (100.0)    | 56 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 58 (88.2)           | 58 (100.0)    | 58 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 60 (90.6)           | 60 (100.0)    | 60 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 62 (93.6)           | 62 (100.0)    | 62 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 64 (96.7)           | 64 (100.0)    | 64 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 66 (98.9)           | 66 (100.0)    | 66 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 68 (100.0)          | 68 (100.0)    | 68 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 70 (100.0)          | 70 (100.0)    | 70 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 72 (100.0)          | 72 (100.0)    | 72 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 74 (100.0)          | 74 (100.0)    | 74 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 76 (100.0)          | 76 (100.0)    | 76 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 78 (100.0)          | 78 (100.0)    | 78 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 80 (100.0)          | 80 (100.0)    | 80 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 82 (100.0)          | 82 (100.0)    | 82 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 84 (100.0)          | 84 (100.0)    | 84 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 86 (100.0)          | 86 (100.0)    | 86 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 88 (100.0)          | 88 (100.0)    | 88 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 90 (100.0)          | 90 (100.0)    | 90 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 92 (100.0)          | 92 (100.0)    | 92 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 94 (100.0)          | 94 (100.0)    | 94 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 96 (100.0)          | 96 (100.0)    | 96 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 98 (100.0)          | 98 (100.0)    | 98 (100.0)  | 0.001    |
| İstatistiksel analiz         | 100 (100.0)         | 100 (100.0)   | 100 (100.0) | 0.001    |

Kısmi p değeri sağ ve yüzde, normal dağılım testleri ve p değeriyle karşılaştırılmıştır. T-testi testleri için p değeri ve Mann-Whitney U testi de değerlendirilmiştir.

Grafik 2: Kaplan Meier Sağkalım Eğrisi



## SS-065

## KOAH DEĞERLENDİRME TESTİ (CAT) ANKSİYETE DEPRESYON DEĞERLENDİRMESİNDE KULLANILABİLİR Mİ?

Nurgül Bozkurt

Akdeniz Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

**GİRİŞ:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığında(KOAH) nefes darlığı sebebiyle gelişen hareket kısıtlılığı zamanla sosyal izolasyona hatta anksiyete/depresyona dönüşebilir. Bulgular KOAH'ın bulguları ile karışabildiği için KOAH'lılarda anksiyete/depresyon geç farkedilebilir, tedavi gecikebilir. Tedavi edilmeyen anksiyete/depresyon ise KOAH'da hastane başvurularını kalış süresini artırabilir, yaşam kalitesini bozabilir. COPD Assessment Test(CAT) KOAH hastalarında sınıflama için yapılması önerilen bir testtir. Kliniğimizde yürütülen KOAH izlem çalışması(AKİZ) kapsamında yapılan CAT ve Hastane Anksiyete Depresyon(HAD) skorları arasında yüksek korelasyon saptanmıştır ve "CAT testi KOAH'lı hastanın anksiyete/depresyon durumunu değerlendirmede kullanılabilir mi?" sorusunu akla getirmiştir. Bu çalışmada CAT testi ile anksiyete/depresyon ilişkisi araştırılmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Eylül-2019 Mart-2020 tarihleri arasında göğüs hastalıkları kliniğine başvuran 151 KOAH'lı çalışmaya alınmıştır. Hastalara rutin olarak CAT ve kişinin psikiyatrik durumunu değerlendirmek için HAD testleri uygulanmıştır. Veriler SPSS-15,0 programında analiz edilmiştir. Verilerin karşılaştırmasında X<sup>2</sup>, ANOVA ve t testleri kullanılmıştır. HAD ve CAT puanları arasında ilişki korelasyon analizi ile araştırılmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmaya 23'ü kadın(%15,2), 128'i erkek(%84,8) 151 KOAH'lı alınmıştır. Hastalarımızın yaş ortalaması 66,1±9,5'dir ve ortalama 7 yıllık KOAH hastalarıdır. HAD'a göre hastaların anksiyete skoru 4,7±4,0 depresyon skoru 5,0±3,5 olarak bulunmuştur. HAD'a göre vakaların %7,9'unda depresyon, %8,6'ında anksiyete, %12,9'unda anksiyete/depresyondan en az birisi vardır. Hastaların CAT puanı 11,98 ± 8,01'dir. Anksiyete/depresyon skorları ile CAT puanı arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde yüksek korelasyon saptanmıştır(Depresyon: r=0,38; p<0,00), (Anksiyete: r=0,37; p<0,00). HAD sınıflamasına göre CAT puanları Tablo-1'de verilmiştir. Anksiyete/depresyonu olmayanlarda CAT puanı ortalama 11 düzeyinde iken anksiyete/depresyonu olanlarda anlamlı yükselme ile 20'nin üzerine çıkmaktadır(p<0,001). Anksiyete/depresyon bulunmayan grubun CAT puanı cut-off değer olarak kabul edilmiştir. CAT puanı ≥11 olanlar esas alındığında HAD'a göre depresyon ön tanısı alan kişilerin %91'inin ve anksiyete ön tanısı alan kişilerin %92'sinin bu grubun içinde yer aldığı saptanmıştır.

**SONUÇ ve TARTIŞMA:** KOAH'ta anksiyete/depresyon en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır. Analiz sonuçlarımıza göre KOAH sınıflaması için rutinde uygulanan CAT testinin aynı zamanda kişinin anksiyete/depresyon durumunda bir sorun olup olmadığı belirlemeye yardımcı olabileceği görülmektedir. Vakalarımızın yaklaşık yarısını(%48) oluşturan CAT puanı 11 ve üzeri olan kişiler riskli kişiler olarak kabul edilip, bu grupta anksiyete/depresyon vakalarının aranması tarama işini kolaylaştıracaktır. Bu sayede varsa eşlik eden anksiyete/depresyon vakaları daha kolay saptanıp tedavi edilebilecek ve bu durum KOAH'lılarda hastane acil başvurularını, hastanede kalış sürelerini azaltıp yaşam kalitesini olumlu etkileyebilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** KOAH, CAT, hastane anksiyete depresyon skoru

## KOAH'lı hastaların HAD sınıflamasına göre CAT puanları

|           |           | CAT puanı     | istatistiksel değerlendirme |
|-----------|-----------|---------------|-----------------------------|
|           | Genel     | 11,98 ± 8,01  |                             |
| Depresyon | Normal    | 11,30 ± 7,28  | 0,001                       |
|           | Sınırdaki | 14,21 ± 9,68  |                             |
|           | Anormal   | 20,45 ± 9,19  |                             |
| Anksiyete | Normal    | 11,48 ± 7,30  | 0,000                       |
|           | Anormal   | 22,41 ± 10,20 |                             |

HAD değerlendirmesi: Depresyon için 0-7 normal, 8-10 sınırdaki, >10 anormal; Anksiyete 0-10 normal, >10 anormal



## SS-066

**HİPONATREMİ BİR YIL İÇİNDE YENİLEYEN KOAH ALEVLENMESİ İÇİN BAĞIMSIZ BİR BELİRTEÇTİR**

Fatma Tokgöz Akyıl, Seda Tural Önür, Sedat Altın

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

**GİRİŞ:** Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) alevlenmeleri hastalığın morbidite ve mortalitesini artırırken acil servis başvurularının önemli bir nedenini oluşturur. Hiponatreminin birçok hastalıkta morbidite, mortalite ve artan sağlık giderleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Güncel çalışmalarda KOAH alevlenmelerinde saptanan hiponatreminin, yatış süresi, yeniden alevlenme ve mortaliteyi öngördüğü raporlanmıştır. Çalışmanın amacı acil servise başvuran KOAH hastalarında sodyum ve diğer laboratuvar parametrelerinin 12 ay içinde yeniden acil servis başvurusu ile ilişkisini araştırmaktır.

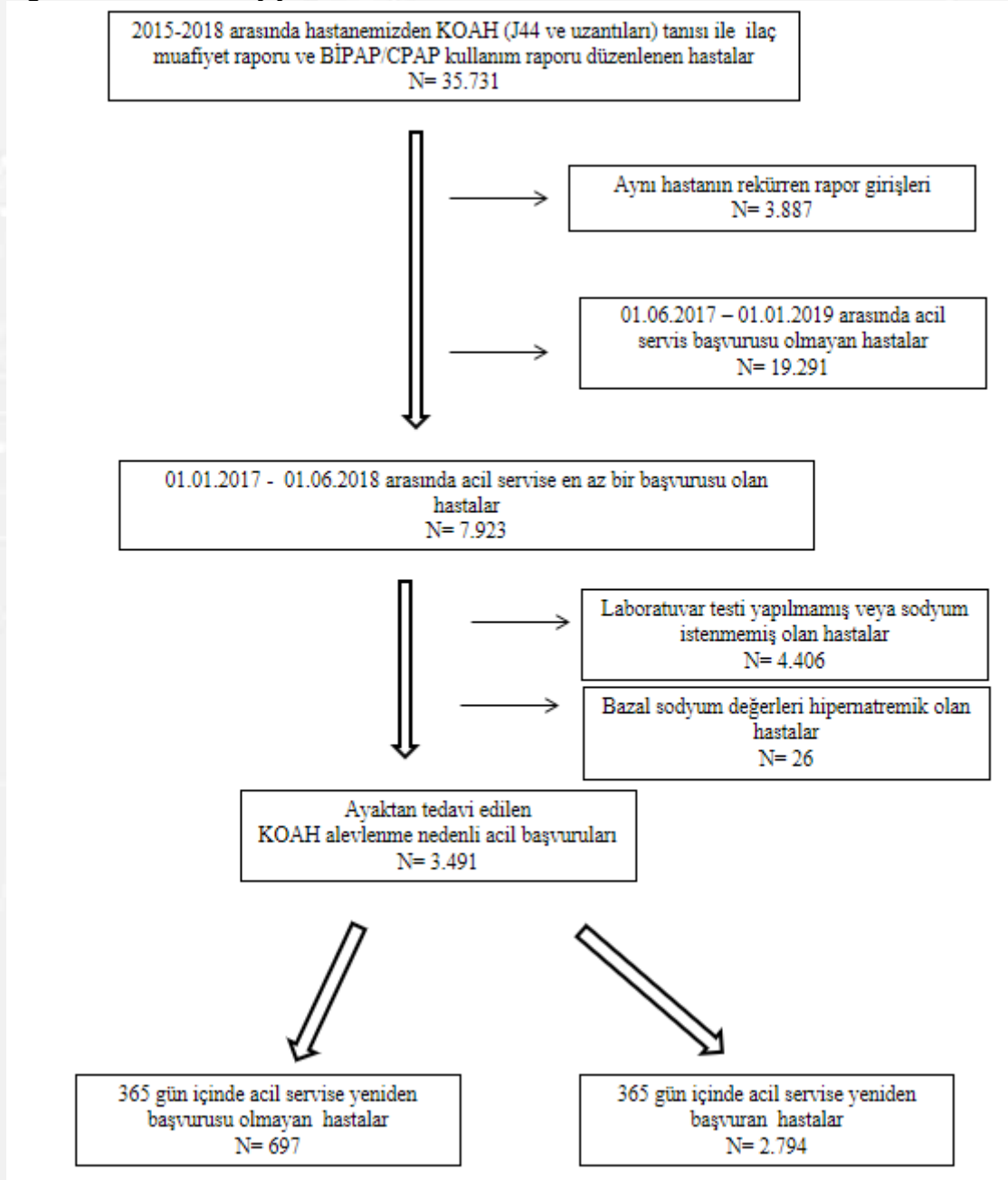
**MATERYAL-METOD:** Çalışmaya 1.1.2015-1.1.2018 yılları arasında hastanemizde KOAH tanısıyla ilaç muafiyet raporu düzenlenen, 1.1.2017-1.6.2018 arasında acil servise en az bir başvurusu olan ve laboratuvar parametrelerine ulaşılabilen, bazal sodyum değerleri hipernatremik olmayan hastalar dahil edildi(Figür 1). Hastaların demografik özellikleri, ilk acil servis başvurusu bazal alınarak laboratuvar parametreleri ve bu başvurudan 365 gün içindeki yeniden acil servis başvuruları kaydedildi. Hastalar sodyum değerine göre hiponatremik (<135mEq/L) ve normonatremik (135-145mEq/L) olarak sınıflandırıldı. Hiponatremik ve normonatremik hastaların özellikleri karşılaştırıldı. Bir yıl içinde, yeniden acil servis başvurusu ile ilişkili faktörler Cox regresyon analizi ile, tek yönlü analizlerde  $p<0,1$ 'in altındaki parametreler ile acil servis başvuruları için bağımsız belirteçler araştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 3491 hastanın yaş ortalaması  $66\pm 12$  (35-99) ve 2470'i (%71) erkekti. Hastaların 1229'u (% 35) evde uzun süreli oksijen tedavisi (USOT); 278'i (%8) non-invaziv ventilasyon (NIV) raporu düzenlenmiş hastalardı. Hastaların 2794'ü (%80) 365 gün içinde yeniden acil servise başvurmuştu (median 60, 1-364 gün). Yeniden acil servis başvurusu ile ilişkili faktörlerin tek yönlü analizlerinde erkek cinsiyet, USOT kullanmak, hiponatremi, tam kan sayımında monosit, red blood cell (RBC), NIV tedavisi ve C-reaktif protein (CRP) değerleri arasında ilişki olduğu belirlendi ( $p<0,1$ , Tablo 1). Çok yönlü analizlerde bu parametrelerden; USOT kullanmak (HR:0,802 CI:0,742-0,866,  $p<0,0001$ ), erkek cinsiyet (HR:0,911 CI:0,838-0,991,  $p=0,031$ ) ve hiponatremi (HR:0,836 CI:0,765-0,914  $p<0,0001$ ) değerleri bir yıl içinde yeniden başvurunun bağımsız belirteçleri olarak saptandı. Hiponatremik ve normonatremik hastaların sırasıyla median 44 ve 67 gün idi. Yeniden başvuru süreleri erkek ve kadın hastalarda sırasıyla 55 ve 71 gün, USOT kullanan ve kullanmayanlarda sırasıyla 50 ve 68 gün idi.

**SONUÇ:** Bu çalışmada KOAH hastalarının sık acil servis başvurularında hiponatremi bağımsız bir risk faktörü olarak ortaya konulmuş, ek olarak erkek hastalarda ve USOT kullananlarda yeniden acil servis başvurularının daha erken olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** KOAH, oksijen tedavisi, sodyum

Figür 1: Hastaların Akış Şeması



Tablo 1: Yenileyen acil servis başvurusu ile ilişkili faktörlerin tek yönlü analiz sonuçları

|                             | HR    | CI (%95)    | P       |
|-----------------------------|-------|-------------|---------|
| Yaş                         | 0,997 | 0,994-1,000 | 0,098   |
| Erkek cinsiyet              | 0,898 | 0,827-0,975 | 0,01    |
| Evde NIV kullanımı          | 0,882 | 0,771-1,009 | 0,067   |
| Evde USOT kullanımı         | 0,789 | 0,731-0,852 | <0,0001 |
| D-dimer                     | 0,998 | 0,970-1,027 | 0,888   |
| AST (U/L)                   | 0,998 | 0,998-1,001 | 0,548   |
| CRP (mg/L)                  | 1,000 | 1,000-1,001 | 0,081   |
| LDH (U/L)                   | 1,000 | 1,000-1,000 | 0,613   |
| Hiponatremi                 | 0,830 | 0,762-0,904 | <0,0001 |
| Kreatinin (mg/dl)           | 1,003 | 0,975-1,028 | 0,837   |
| Lökosit (/mm <sup>3</sup> ) | 1,004 | 0,997-1,011 | 0,262   |
| RBC                         | 1,057 | 1,003-1,115 | 0,039   |
| Hemoglobin (g/dl)           | 1,011 | 0,987-1,022 | 0,109   |
| MCV                         | 0,997 | 0,992-1,004 | 0,351   |
| MCH                         | 0,989 | 0,977-1,002 | 0,109   |
| Platelet                    | 1,000 | 1,000-1,001 | 0,203   |
| MPV                         | 1,014 | 0,970-1,045 | 0,537   |
| Monosit                     | 1,010 | 1,010-1,184 | 0,027   |
| Nötrofil                    | 1,005 | 0,997-1,013 | 0,256   |
| Nötrofil/Lenfosit oranı     | 1,000 | 0,995-1,005 | 0,939   |
| Eozinofil                   | 1,003 | 0,927-1,084 | 0,647   |
| Bazofil                     | 0,708 | 0,174-2,885 | 0,630   |



## SS-067

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN VE AYAKTAN TEDAVİ DÜZENLENEN KOAH ALEVLENMELERİNDE AMPİRİK ANTİBİYOTİK SEÇİMİ**

Fatma Tokgöz Akyıl, Seda Tural Önür, Sedat Altın

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

**GİRİŞ:** Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) alevlenmelerinde önerilen bazı yaklaşımlar olsa da kılavuzlarda net olarak önerilen bir antibiyotik bulunmamaktadır. Bu çalışmada üçüncü basamak bir göğüs hastalıkları hastanesi acil servisinde ayakta tedavi düzenlenen KOAH alevlenme hastalarında seçilen antibiyotik tedavi rejimleri değerlendirilmiş ve bu rejimlerin bir yıl içinde tüm nedeni yeniden acil başvuruları ile ilişkisi araştırılmıştır.

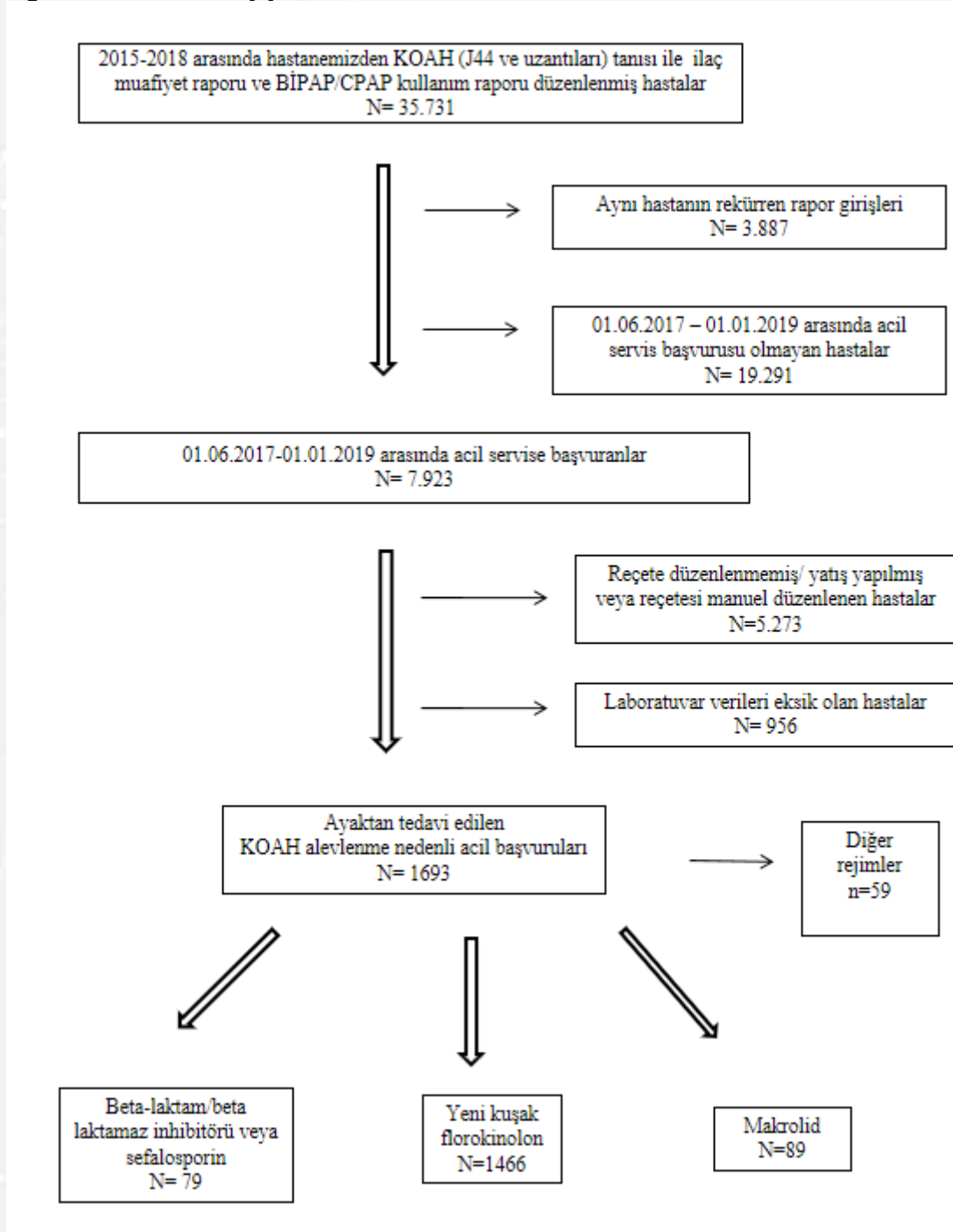
**MATERYAL-METOD:** Çalışma retrospektif, tek merkezli bir çalışma olup hastanemizden takipli KOAH hastaları arasından 1.1.2017-1.6.2018 arasında acil servise en az bir başvurusu olan ve elektronik reçete düzenlenen hastalar dahil edildi (Figür 1). Kullanılan antibiyotik rejimlerine göre BL/S (-laktam/-laktamaz inhibitörü veya sefalosporinler), makrolidler (azitromisin, klaritromisin, eritromisin) veya yeni kuşak florokinolonlar (FQ) (levofloksasin, moksifloksasin ve gemifloksasin) olmak üzere üç grupta incelendi, diğer antibiyotikler analiz dışı bırakıldı. Ampirik antibiyotik seçiminde etkili parametreler ve antibiyotik seçiminin takip eden aylarda yeniden acil başvurusu ile ilişkisi analiz edildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 1693 hastanın yaş ortalaması  $65 \pm 11$  ve %26'sı (n=430) kadındı. 590 hasta (%35) uzun süreli oksijen tedavisi (USOT), 139'u (%8) non-invaziv ventilatör (NIV) kullanmaktaydı. Antibiyotik seçimleri tanımlanan 3 grupta yer alan 1634 hastanın rejimleri; 79'unda(%5) BLM/S, 89(%5)'unda makrolidler ve 1466(%87)'sında FQ idi. İlk grupta tercih edilen antibiyotikler sefuroksim (n=73, %93) ve amoksisilin klavunat (n=6, %7); makrolidler ise klaritromisin (n=34,%38) ve azitromisin (n=55,%62) idi. Yeni kuşak FQ'lardan moksifloksasin (n=739, %50), gemifloksasin (n=726, %50) ve levofloksasin (n=1) tercih edilmişti. Makrolidler daha genç, hemoglobin değerleri daha yüksek hastalarda, florokinolonlar lenfosit değerleri daha düşük hastalarda tercih edilmişti. Hastaların %17'si ilk 30 gün içinde, %75'i 365 gün içinde yeniden acil servise başvurmuştu. Seçilen antibiyotik rejimleri, 30 gün içinde yeniden acil başvurusu ile ilişkisiz iken 60 gün ve sonrasındaki başvuruların FQ ve makrolid başlanan hastalarda daha sık olduğu saptandı (Tablo 1).

**SONUÇ:** Göğüs hastalıkları hastanesi acil servisine başvuran KOAH hastalarının ayakta düzenlenen tedavilerinde büyük oranda yeni kuşak FQ (en sık moksifloksasin ve gemifloksasin) tercih edilmektedir. BLM/sefalosporin tercih edilen hastalarda 60 gün ve sonrasındaki acil başvuruları daha düşük oranda saptanmış olsa da, hastaların komorbid durumları ve diğer faktörlerin de araştırıldığı daha ileri araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Beta laktam, kinolon, KOAH

Figür 1: Hastaların Akış Şeması



Tablo 1: En sık ampirik antibiyotik tedavilerinin klinik ve laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması

|                                 | BLM/S<br>(N=79) | Makrolid<br>(N=89) | Yeni kuşak FQ<br>(N=1466) | Toplam    | P       |
|---------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|-----------|---------|
| Yaş (yıl)                       | 68±11           | 61±12              | 65±11                     | 65±11     | 0,003   |
| Kadın cinsiyet (n, %)           | 28 (35)         | 25 (28)            | 377 (26)                  | 430 (26)  | 0,149   |
| USOT (n,%)                      | 21 (26)         | 26 (29)            | 527 (36)                  | 574 (35)  | 0,115   |
| NIV (n, %)                      | 6 (8)           | 5 (6)              | 122 (8)                   | 133 (8)   | 0,653   |
| AST (U/L)                       | 22,3            | 23,3               | 23,7                      | 23,7      | 0,878   |
| CRP (mg/dl)                     | 60              | 52                 | 70                        | 68,4      | 0,102   |
| LDH /U/L)                       | 232             | 238                | 240                       | 240       | 0,880   |
| Sodyum (mEq/L)                  | 137             | 136                | 136                       | 136       | 0,154   |
| Kreatinin (mg/dl)               | 0,76            | 0,98               | 1,32                      | 1,16      | 0,207   |
| Lökosit (/mm <sup>3</sup> )     | 11,1            | 11,5               | 11,5                      | 11,5      | 0,755   |
| Hemoglobin (g/dl)               | 13,6            | 14,1               | 13,4                      | 13,4      | 0,01    |
| MCV                             | 87,2            | 86,4               | 86,8                      | 86,8      | 0,757   |
| Platelet                        | 259             | 250                | 267                       | 266       | 0,182   |
| Lenfosit                        | 2,0±1,1         | 2,1±1              | 1,8±1,1                   | 1,9±1,1   | 0,011   |
| Nötrofil                        | 7,8±4,2         | 8±5,5              | 8,4±4,3                   | 8,4±4,4   | 0,444   |
| Eosinofil                       | 0,24            | 0,25               | 0,20                      | 0,21      | 0,138   |
| Nötrofil/Lenfosit               | 6,3             | 5,4                | 6,4                       | 6,3       | 0,421   |
| 30 günde yeniden başvuru (n,%)  | 7 (9)           | 12 (14)            | 252 (17)                  | 271 (17)  | 0,110   |
| 60 günde yeniden başvuru (n,%)  | 10 (13)         | 19 (21)            | 377 (26)                  | 406 (25)  | 0,024   |
| 90 günde yeniden başvuru (n,%)  | 15 (19)         | 30 (34)            | 481 (33)                  | 526 (32)  | 0,036   |
| 180 günde yeniden başvuru (n,%) | 21 (27)         | 44 (49)            | 732 (50)                  | 797 (49)  | <0,0001 |
| 365 günde yeniden başvuru (n,%) | 45 (57)         | 66 (74)            | 1107 (76)                 | 1218 (75) | 0,001   |



SS-068

**KOAH'LI HASTALAR COVID-19 PANDEMİSİNDEN NASIL ETKİLENDİ?**Nurgül Bozkurt (0000-0002-2340-1830)

Akdeniz Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

**GİRİŞ:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH) hastaları Covid-19 pandemi döneminde riskli grupların başında gelmektedirler. Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi KOAH izlem(AKİZ) projesi kapsamında izlediğimiz KOAH vakalarımızın Covid-19 salgın döneminde nasıl etkilendiği ve pandemi dönemi kurallarına uyumu araştırılmıştır.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Kliniğimizde AKİZ projesi kapsamında takip ettiğimiz hastalarımıza telefonla ulaşarak Covid-19 pandemisi döneminde oluşan yakınmaları, sağlık kurumuna başvuruları, maske kullanımı vb. bilgilerini içeren anket uygulanmıştır. Ayrıca olağandışı/travma dönemlerinde oluşan stres durumunu ölçmede kullanılan The Peritraumatic Distress Inventory(PTI) indeksinin (toplam skorla en fazla korelasyon gösteren) altı sorusu da ankette yer almıştır. Veriler SSPS 15.0 programında analiz edilmiştir.

**BULGULAR:** Ankete katılan 101 KOAH hastasının (90 erkek,11 kadın) yaş ortalaması 64.9'dur. Vakalarımızın %58'i 65 yaş üzeri gruptadır. Vakalarımızın %82,2'sinin pandemi döneminde herhangi bir yakınması olmamıştır. On sekiz kişide(%17,8) salgın döneminde çeşitli yakınmalar gelişmiştir. Yakınmalar arasında ilk üç sırayı nefes darlığı(%50) ve üşüme-titreme(%33) ve boğaz ağrısı(%22,2) almaktadır. Yakınması olan 18 hastanın 14'ü salgından çekindiğinden sağlık kuruluşuna gitmemiş, dört vaka ise(%22,8) sağlık kurumuna gitmiş ancak Covid-testi yapılmamıştır. Vakalardan sadece biri hastanede yatarak tedavi görmüştür. KOAH'lıların pandemi dönemindeki davranışları değerlendirildiğinde; %33,7'si evinden hiç dışarı çıkmadığını, dışarı çıkanların ise %89,6'sı her zaman,%6'sı sıklıkla maske taktığını belirtmiştir. Hastalarımızın %76,7'si maske temininde sorun yaşamamışlardır. Salgın döneminde oluşan hareketsiz yaşam ve kısıtlamalar beraberinde kilo problemine yol açmıştır. Vakalarımızın %47,5'inde, 65 yaş üstü grubun ise %51'inde kilo artışı gözlenmiştir( $P>0.05$ ). Hastalarımızın %29,7'si halen sigara içmektedir. Sigara içenlerin üçte biri olumlu bir gelişme olarak salgın döneminde içtiği sigara miktarını azaltmıştır. KOAH'lıların Covid-19 pandemisinden etkilenme durumunu belirleyebilmek için PTI'nin 6 sorusu sorulmuştur. Hastalarımızın %22,7'si ciddi düzeyde hastalığa yakalanma korkusu yaşamış, %21,8'i yakınlarının sağlığı/güvenliği konusunda endişe duymuşlardır. Vakalarımız arasında ölüm korkusu yaşayanların oranı %9, kendini çaresiz hissedenlerin oranı %6, kendini pandemi öncesine göre daha sinirli/öfkeli hissedenlerin oranı %7'dir.

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** KOAH Covid-19 için riskli grupların başında gelmektedir. Hastalarımızın genel olarak kurallara uyumları oldukça iyi düzeydedir. Üçte biri evinden hiç dışarı çıkmamış, dışarı çıkanların %95,5'i maske kullanımına dikkat etmiştir. Covid-19'a yakalanan olmamıştır. Pandemi sırasında hastalarımızın yaklaşık yarısında kilo artışı gözlenmiştir. Sigara içenlerin üçte biri içtikleri sigara miktarını azaltmışlardır. KOAH'lıların %22,7'sinin ciddi düzeyde "Covid-19'a yakalanma" ve %9'unun "ölüm korkusu" yaşadığı, %7'sinin pandemi öncesine göre daha sinirli/öfkeli oldukları ortaya çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** KOAH, Covid-19, pandemi, etkilenim, Peritraumatic Distress Inventory

## KOAH'lıların bazı özelliklere göre dağılımı

|                                 |   | n   | %     |
|---------------------------------|---|-----|-------|
| cinsiyet                        | erkek                                   | 90  | 89,1  |
|                                 | kadın                                   | 11  | 10,9  |
|                                 | toplam                                  | 101 | 100,0 |
| Pandemi döneminde               | yakınması olan                          | 18  | 17,6  |
|                                 | evden dışarı çıkmayan                   | 34  | 33,7  |
| Pandemi döneminde               | sürekli/sıklıkla maske kullanan         | 64  | 95,5  |
|                                 | maske temininde sorun yaşamayan         | 77  | 76,2  |
|                                 | maske temininde sıklıkla sorun yaşayan  | 10  | 9,9   |
| Pandemi döneminde               | kilo alan                               | 48  | 47,5  |
|                                 | içtiği sigarayı azaltan                 | 11  | 36,7  |
|                                 | içtiği sigarayı arttıran                | 5   | 16,7  |
| Pandemiden dolayı ciddi düzeyde | hastalığa yakalanma korkusu yaşayan     | 23  | 22,7  |
|                                 | ölüm korkusu yaşayan                    | 9   | 8,9   |
|                                 | kendini daha sinirli/öfkeli hissedenden | 7   | 6,9   |
|                                 | kendini çaresiz hissedenden             | 6   | 5,9   |

**SS-069****SIK ATAK NEDENİYLE HASTANEYE YATAN KOAH'LI HASTALARIN P. AERUGINOSA VE A. BAUMANİ ENFEKSİYONLARI AÇISINDAN ANALİZİ**

Melih Büyüksirin, Filiz Güldaval, [Aysu Ayrancı](#)

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

KOAH hastalarının sık atak geçirme ve bu nedenle sık antibiyotik kullanımı ve hastaneye yatış gereksinimi daha dirençli bakterilerle enfeksiyon sıklığını arttırmaktadır. Bu çalışmada etken patojenlerin yüksek atak hızı ve yıllık hastaneye yatış sayısı üzerinde etkisi olup olmayacağı araştırılmıştır. Bu çalışmada 2013-2018 yılları arasında hastanemize KOAH akut alevlenme tanısı ile yatan ve herhangi bir solunum yolu örneğinde bir patojen üreyen 195 hastanın yıllık atak sayıları ve hastaneye yatış sayıları incelenmiştir. Bu hastalardan 214 bakteri izole edilmişlerdir. Hastaların ortalama atak sayısı 4.5 ve son bir yılda hastaneye yatış sayısı 2.3 olarak saptanmıştır. Yıllık atak sayısı beş ve son bir yıl içinde hastaneye yatış sayısı üçün üzerinde olan hastalar incelendiğinde A. baumannii üreyen hastaların %35'inin, P. aeruginosa üreyen hastaların % 29'unun son bir yıl içinde beşten fazla atak geçirdiği görülmüştür. Diğer üreme tespit edilen hastaların %19'u beşten fazla atak geçirmiştir. A. baumannii üreyen hastaların %47'si ve P. aeruginosa üreyenlerin %25'i son bir yıl içinde üçten fazla hastaneye yatmıştır. Diğer üreme olan hastalarda bu oran % 9 olarak bulunmuştur. Beş ve beşten fazla atak kaydedilmiş olan hastalarda P. aeruginosa üreme oranı %37, A. baumannii üreme oranı %7.5 olarak bulunmuştur. Yılda 3 ve üzerinde hastaneye yatırılan olgularda ise P. aeruginosa üreyen olgu oranı %38, A. baumannii üreme oranı %11.5 olarak saptanmıştır. Tüm P. aeruginosa üreyen olguların ortalama yıllık atak ve hastaneye yatış sayısı ortalaması sırasıyla 5.5 ve 2.6; A. baumannii üreyen olguların ise 4.5 ve 2.7 olarak saptanmıştır. Diğer etkenlerin neden olduğu olgularda ortalama atak sayısı 4.1, yıllık yatış ortalaması 1.9 olarak bulunmuştur. Hastaneye sık yatan ve sık atak geçiren hastalarda A. baumannii ve P. aeruginosa'nın daha sık etken olabileceğini düşünerek etken patojenin öngörülebilmesi ampirik antibiyotik tedavisini planlaması için hastanın geçmiş atak ve hastaneye yatış öyküsünün ayrıntılı alınması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** KOAH, Atak, Bakteriyel Enfeksiyon,



**SS-070****KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE İKİLİ GÖREV KAS KUVVETİ ÜRETİMİNDE SEMPTOMLARIN BİLİŞSEL VE MOTOR PERFORMANSLARA ETKİSİ**

Ismail Ozsoy<sup>1</sup>, Gulsah Ozsoy<sup>1</sup>, Caner Karartı<sup>2</sup>, Buket Buyukturan<sup>2</sup>, Fidan Yılmaz<sup>2</sup>, Oznur Buyukturan<sup>2</sup>, Arzu Erturk<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Konya, Türkiye

<sup>2</sup>Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Kırşehir

<sup>3</sup>Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

**GİRİŞ:** Günlük hayatta, konuşurken ya da düşünürken yürümek gibi bir seferde birden fazla görev yapmak zorunda kalırız. Bu, ikili görev olarak adlandırılır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireyler, ikili görev sırasında motor ve / veya bilişsel bir dezavantaj sergileyebilir. Bununla birlikte, KOAH hastalarında ikili görevi araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Çalışmanın amacı, KOAH'lı bireylerde ikili görev kas kuvveti üretiminde semptomların bilişsel ve motor performanslar üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Bu kesitsel çalışmaya KOAH'lı klinik olarak stabil otuz hasta katıldı. Tüm katılımcıların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Pulmoner fonksiyonlar bir spirometre kullanılarak değerlendirildi. KOAH Değerlendirme Testi (The COPD Assessment Test: CAT) semptomları değerlendirmek için kullanıldı. Kas kuvveti üretimi (bir izokinetik kuvvet dinamometresi ile diz ekstansiyon kas kuvveti değerlendirilerek) bilişsel bir görevle ve bu görev olmadan gerçekleştirildi. Çift Görev Maliyeti (Dual-Task Cost: DTC) hesaplandı.

**BULGULAR:** Otuz KOAH'lı bireyden (% 93 erkek) elde edilen veriler analiz edildi. CAT skoru, DTC Bilişsel ile anlamlı bir korelasyona sahipti ( $r = 0,474$  ve  $p = 0,008$ ). CAT skoru ile DTC Motor arasında korelasyon yoktu ( $p > 0,05$ ). Ek olarak, doğrusal regresyon analizi, CAT puanının, varyansın % 19,7'sini açıklayan DTC Bilişsel'in bağımsız bir öngörücüsü olduğunu gösterdi.

**SONUÇ:** Çalışma sonuçları, KOAH'lı bireylerde semptom şiddetinin, ikili görev kas gücü üretiminde bilişsel performansları etkilediğini göstermektedir. Yalnızca motor performansla odaklanmak yerine KOAH hastalarında bu dezavantajı dikkate alarak ikili görevin etkilerini araştırarak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** ikili görev, KOAH, KOAH Değerlendirme Testi

## SS-071

## KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA COVID-19

Aydın Kant<sup>1</sup>, Şenol Çomoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trabzon Vakfıkebir Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Trabzon

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalarda COVID-19 hastalığı mortalite açısından yüksek riske sahiptir. Bu risk eşlik eden diğer hastalıkların varlığı ile daha da artmaktadır. Çalışmamızda KOAH'lı hastalarda COVID-19'un şiddetinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**METOD:** Çalışma 01 Nisan 2020- 01 Temmuz 2020 tarihleri arasında çalışmaya giren iki merkezde retrospektif vaka-kontrol çalışması olarak yapıldı. Vaka grubuna öncesinde KOAH tanısı olan COVID-19 rtRT-PCR pozitif hastalar alındı. Kontrol grubuna ise vaka grubuna alınan hastalardan bir önce ve bir sonra başvuran COVID-19 rtRT-PCR pozitif olan ve öncesinde KOAH tanısı olmayan hastalar alındı.

**BULGULAR:** 72 KOAH'lı hasta vaka grubuna, 133 hasta kontrol grubuna alındı. KOAH ile yaş ( $r=0,190$ ;  $p=0,006$ ), Charlsoncomorbidite indeksi (CMI) ( $r=0,460$ ;  $p<0,001$ ), nefes darlığı şikayeti varlığı ( $r=0,214$ ;  $p=0,002$ ) ve YBÜ ihtiyacı ( $r=0,159$ ;  $p=0,022$ ) arasında pozitif korelasyon vardı. KOAH'lı hasta grubunda yaş ve CMI kontrol grubuna göre yüksek olup, nefes darlığı şikayeti ve yoğun bakım ihtiyacı da daha fazla idi. KOAH'lı hastalarda hipertansiyon, koroner arter hastalığı da daha fazla görülmekteydi. Mortalite oranları benzerdi. Vaka ve kontrol grubunun demografik, klinik ve laboratuvar bulgularının analizi tablo 1'de verilmiştir (Tablo 1).

**TARTIŞMA:** COVID-19 hastalığı KOAH'lı hasta grubunda yoğun bakım ihtiyacı daha fazla olmakta olup bu hastaların kliniği daha ciddi seyredebilmektedir. Bu hasta grubunun COVID-19 korunma yöntemlerine daha sıkı uyum sağlaması önem arz etmektedir. COVID-19 tanısı konan KOAH'lı hastalarında yoğun bakım ihtiyacı gösterebileceği akıld tutularak takip edilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, KOAH, Hipertansiyon

## Vaka ve kontrol grubunun demografik, klinik ve laboratuvar bulgularının analizi

|                      | KOAH (+)<br>n=72 | KOAH (-)<br>n=133 | p      |
|----------------------|------------------|-------------------|--------|
| Yaş                  | 60,9±14,0        | 55,5±11,8         | 0,007  |
| Cinsiyet (erkek)     | 52               | 68                | 0,003  |
| CMI                  | 3,4±2,0          | 1,6±1,7           | <0,001 |
| Hipertansiyon        | 37               | 40                | 0,003  |
| Diyabetes Mellitus   | 17               | 25                | 0,430  |
| KAH                  | 16               | 11                | 0,005  |
| Malinite             | 1                | 3                 | 0,561  |
| CO-RADS              | 4,1±1,3          | 3,9±1,6           | 0,713  |
| Asemptomatik         | 10               | 17                | 0,823  |
| Semptom süresi (gün) | 3,0±1,7          | 4,1±3,1           | 0,136  |
| Ateş                 | 26               | 61                | 0,163  |
| Öksürük              | 42               | 85                | 0,356  |
| Nefes darlığı        | 35               | 36                | 0,002  |
| Miyalji              | 9                | 27                | 0,154  |
| Baş ağrısı           | 5                | 10                | 0,880  |
| Halsizlik            | 16               | 32                | 0,767  |
| WBC                  | 6251±2459        | 6541±3168         | 0,750  |
| Platelet             | 184670±49200     | 217080±68303      | 0,453  |
| CRP                  | 26,7±38,1        | 26,0±36,9         | 0,982  |
| YBÜ ihtiyacı         | 13               | 10                | 0,023  |
| Mortalite            | 8                | 8                 | 0,194  |



## SS-072

**INTREPID: OLAĞAN KLİNİK PRATİKTE GÜNDE BİR KEZ TEK İNHALER İLE UYGULANAN FLUTİKAZON FUROAT/UMEKLİDİNYUM/VİLANTEROL ÜÇLÜ TEDAVİSİNİN ÇOKLU İNHALER İLE UYGULANAN ÜÇLÜ TEDAVİYE GÖRE KLİNİK ETKİNLİĞİ**

David M. G. Halpin<sup>1</sup>, Sally Worsley<sup>2</sup>, Afisi S. Ismaila<sup>3</sup>, Afisi S. Ismaila<sup>4</sup>, Jamila Astrom<sup>5</sup>, Kai Michael Beeh<sup>6</sup>, Dimitra Brintziki<sup>7</sup>, Valentina Di Boscio<sup>8</sup>, Janwillem Kocks<sup>9</sup>, Janwillem Kocks<sup>10</sup>, Janwillem Kocks<sup>11</sup>, Jose M. Marin<sup>12</sup>, Maggie Tabberer<sup>7</sup>, Neil G. Snowise<sup>8</sup>, Neil G. Snowise<sup>13</sup>, Chris Compton<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Exeter Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp ve Sağlık Akademisi, Exeter Üniversitesi, Exeter, İngiltere

<sup>2</sup>GlaxoSmithKline, Stevenage, Hertfordshire, İngiltere

<sup>3</sup>GlaxoSmithKline, Collegeville, PA, A.B.D

<sup>4</sup>McMaster Üniversitesi, Hamilton, ON, Kanada

<sup>5</sup>GlaxoSmithKline, Värmdö, Stockholm, İsveç

<sup>6</sup>INSAF Solunum Araştırmaları Enstitüsü, Wiesbaden, Almanya

<sup>7</sup>GlaxoSmithKline, Stockley Park West, Uxbridge, Middlesex, İngiltere

<sup>8</sup>GlaxoSmithKline, Brentford, Middlesex, İngiltere

<sup>9</sup>Genel Pratisyenler Araştırma Enstitüsü, Groningen, Hollanda

<sup>10</sup>Groningen Üniversitesi, Groningen Üniversite Tıp Merkezi, GRIAC Araştırma Enstitüsü, Groningen, Hollanda

<sup>11</sup>Gözlemsel ve Pragmatik Araştırma Enstitüsü, Singapur

<sup>12</sup>Miguel Servet Üniversite Hastanesi, Zaragoza, İspanya

<sup>13</sup>King's College, Londra, İngiltere

**GİRİŞ:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalarda çoklu inhaler kullanımı, tek inhaler ile olan tedaviye kıyasla daha fazla hata ve daha düşük uyum ile ilişkilidir, bu durum daha kötü tedavi sonuçlarına yol açabilmektedir. KOAH'da tek inhalere karşı çoklu inhaler tedavisinin sağlık durumu üzerine etkisine ilişkin gerçek dünya etkinlik verileri eksiktir. Çoklu inhaler ile uygulanan üçlü tedaviye (MITT; inhale kortikosteroid+uzun etkili muskarinik antagonist+uzun etkili 2-agonist [İKS+LAMA+LABA] kombinasyonu) göre tek inhaler ile uygulanan flutikazon furoat/umeklidinyum/ vilanterol (FF/UMEC/VI) üçlü tedavisinin KOAH Değerlendirme Testi (CAT) kullanılarak ölçülen sağlık durumu üzerine etkisini, beş Avrupa ülkesindeki olağan klinik pratikte 24 hafta boyunca değerlendirdik.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Randomize, açık etiketli bir faz IV etkinlik çalışması olan INTREPID (NCT03467425) için randomizasyondan önce  $\geq 16$  hafta süreyle ELLIPTA dışı idame tedavisini (MITT veya ikili tedavi ve üçlü tedaviye yükseltme için belgelenmiş klinik endikasyon) sürekli alan, CAT skoru  $\geq 10$  olan ve son 3 yılda  $\geq 1$  orta/ağır alevlenme yaşayan KOAH hastaları dahil etmiştir. Girişimleri en aza indirmek ve olağan klinik pratiği yansıtmak üzere, ticari çalışma ilacı reçetelenmiş ve yalnızca 2 çalışma viziti zorunlu tutulmuştur. Primer sonlanım noktası 24.haftada CAT yanıtına (CAT skorunda başlangıca göre  $\geq 2$  birim azalma) sahip olan hastaların oranı olarak belirlenmiştir. Sekonder sonlanım noktaları 24.haftada 1 saniyedeki zorlu ekspiratuar volümde (FEV1) başlangıca göre değişim ve inhalasyon tekniğinde  $\geq 1$  kritik hata yapan hastaların oranı olarak belirlenmiştir. Güvenlilik açıklayıcı biçimde değerlendirilmiştir. (GSK sponsorluğunda, 206854/NCT03467425)

**BULGULAR:** Tedavi amaçlı popülasyon 3092 hastadan oluşmuştur (FF/UMEC/VI N=1545; MITT N=1547). 24.haftada FF/UMEC/VI ile CAT yanıtına sahip olma oranı MITT'ye göre anlamlı şekilde daha yüksekti (olasılık oranı 1.31;  $p < 0.001$ ) (Tablo). 24.haftada FF/UMEC/VI, FEV1'de başlangıca göre değişimi MITT'ye göre 50 mL iyileştirmiştir ( $p < 0.001$ ) (Tablo). Toplamda, 38/653 FF/UMEC/VI ile tedavi edilen hasta (%6) ve 7/230 MITT ile tedavi edilen hastada (%3) 24.haftada inhalasyonda  $\geq 1$  kritik hata mevcuttu ( $p = 0.103$ ). Güvenlilik profilleri kohortlarda benzerdi ve yeni güvenlilik bulguları saptanmamıştı. Randomize tedavi sırasında pnömoni ciddi advers olayları FF/UMEC/VI ve MITT kohortlarında sırasıyla 26 (%2) ve 30 (%2) ortaya çıkmıştır.

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** Olağan klinik pratikte tek inhalerle uygulanan FF/UMEC/VI tedavisiyle, MITT'ye göre sağlık durumunda iyileşmeler olan hasta sayısında anlamlı artış ve solunum fonksiyonunda daha fazla faydayı, benzer güvenlilik profiliyle sağladığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** KOAH, tek inhaler, çoklu inhaler, CAT, flutikazon furoat/ umeklidinyum/ vilanterol

Tablo:

| ITT Popülasyonu   | FF/UMEC/VI<br>(N=1545) | MITT<br>(N=1547)      | FF/UMEC/VI'ye karşı MITT                 |
|---|------------------------|-----------------------|--|
| <b>Taramadaki karakteristikler</b>  |                        |                       |  |
| Randomize edilen önceki ilaç kullanımı sınıfları, n (%)                                     |                        |                       | –  |
| İKS+LAMA+LABA   | 1240 (80)              | 1240 (80)             |  |
| İKS+LABA  | 120 (8)                | 123 (8)               |  |
| LABA+LAMA   | 185 (12)               | 184 (12)              |  |
| CAT skoru, ortalama (SD)  | n=1543<br>20.8 (6.76)  | n=1547<br>20.5 (6.62) | –  |
| <b>Primer sonlanım noktası</b>  |                        |                       | <b>Olasılık oranı (%95 GA); p-değeri</b> |
| CAT yanıt durumu, n (%)   | n=1539                 | n=1543                | 1.31 (1.13, 1.51); p<0.001               |
| Yanıt verenler  | 731 (47)               | 616 (40)              |  |
| Yanıt vermeyenler   | 756 (49)               | 835 (54)              |  |
| CAT skoru impütasyonla belirlenen hastalar  | 52 (3)                 | 92 (6)                |  |
| <b>FEV<sub>1</sub> Popülasyonu</b>  |                        |                       |  |
| <b>Taramadaki karakteristikler</b>  |                        |                       |  |
| Bronkodilatör sonrası FEV <sub>1</sub> , mL, ortalama (SD)                                  | n=825<br>1474 (565.3)  | n=827<br>1462 (584.0) | –  |
| <b>Sekonder sonlanım noktası</b>  |                        |                       | <b>Tedavi farkı (%95 GA); p-değeri</b>   |
| 24.haftada FEV <sub>1</sub> 'de başlangıca göre en küçük kare ortalama değişim, mL (%95 GA) | n=691<br>77 (57, 98)   | n=675<br>28 (6, 49)   | 50 (26, 73); p<0.001                     |
| <b>Kritik Hata Popülasyonu</b>  |                        |                       |  |
| <b>Sekonder sonlanım noktası</b>  |                        |                       |  |
| 24.haftada ≥1 kritik hatası olan hastalar, n (%)  | n=653<br>38 (6)        | n=230<br>7 (3)        | 1.99 (0.87, 4.53); p=0.103               |
| 24.haftada hiç kritik hatası olmayan hastalar, n (%)  | 615 (94%)              | 223 (97%)             |  |

Primer sonlanım noktasının analizinde tahmin parametresi tedavi politikası x birleşik stratejiyi kullanmıştır. FEV<sub>1</sub> sekonder sonlanım noktasının analizinde tahmin parametresi tedavi politikası stratejisini kullanmıştır ve kritik hatalar sekonder sonlanım noktasının analizinde tahmin parametresi varsayımsal bir strateji kullanmıştır.

## SS-073

**GÜNDE BİR KEZ TEK İNHALER İLE UYGULANAN ÜÇLÜ TEDAVİ VE GÜNDE İKİ KEZ ÇOKLU İNHALER İLE UYGULANAN ÜÇLÜ TEDAVİNİN KARŞILAŞTIRMASI: KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) OLAN HASTALARDA YÜRÜTÜLEN İKİ ÖZDEŞ TASARIMLI ÇALIŞMA**

Gary T. Ferguson<sup>1</sup>, Nicola Brown<sup>2</sup>, Chris Compton<sup>3</sup>, Thomas C. Corbridge<sup>4</sup>, Thomas C. Corbridge<sup>5</sup>, Kelly Dorais<sup>6</sup>, Charles Fogarty<sup>7</sup>, Catherine Harvey<sup>2</sup>, Morrys C. Kaisermann<sup>6</sup>, David A. Lipson<sup>6</sup>, David A. Lipson<sup>8</sup>, Neil Martin<sup>3</sup>, Neil Martin<sup>9</sup>, Frank Sciruba<sup>10</sup>, Marjorie Stiegler<sup>4</sup>, Marjorie Stiegler<sup>11</sup>, Chang Qing Zhu<sup>2</sup>, David Bernstein<sup>12</sup>

<sup>1</sup>Güneydoğu Michigan Akciğer Araştırmaları Enstitüsü, Farmington Hills, MI, USA

<sup>2</sup>GlaxoSmithKline, Stockley Park West, Uxbridge, Middlesex, İngiltere

<sup>3</sup>GlaxoSmithKline, Brentford, Middlesex, İngiltere

<sup>4</sup>GlaxoSmithKline, Research Triangle Park, NC, A.B.D

<sup>5</sup>Feinberg Tıp Fakültesi, Northwestern Üniversitesi, Chicago, IL, A.B.D

<sup>6</sup>GlaxoSmithKline, Collegeville, PA, USA

<sup>7</sup>Spartanburg Medical Research, Spartanburg, SC, USA

<sup>8</sup>Perelman Tıp Fakültesi, Pennsylvania Üniversitesi, Philadelphia, PA, USA

<sup>9</sup>Leicester Üniversitesi, Leicester, Leicestershire, İngiltere

<sup>10</sup>Pittsburgh Üniversitesi Tıp Merkezi, Pittsburgh, PA, USA

<sup>11</sup>Kuzey Carolina Üniversitesi, Chapel Hill, NC, A.B.D

<sup>12</sup>İmmünoloji, Alerji ve Romatoloji Bölümü, Cincinnati Üniversitesi Tıp Akademisi ve Bernstein Klinik Araştırma Merkezi, Cincinnati, OH, A.B.D.

**GİRİŞ:** Günde bir veya iki kez, tek veya çoklu inhaler ile uygulanan üçlü tedavinin (inhaler kortikosteroid/uzun etkili muskarinik antagonist/uzun etkili 2-agonisti (İKS/LAMA/LABA)) karşılaştırmalı etkinliği kapsamlı biçimde değerlendirilmemiştir. Bu analiz, iki İKS/LAMA/LABA kombinasyonunun KOAH hastalarındaki etkililiğini ve güvenilirliğini karşılaştıran iki özdeş çalışmayı bildirmektedir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Faz IV, 12 haftalık, randomize, çift-kör, üç-plasebolu 207608/207609 çalışmaları Ellipta ile günde bir kez uygulanan flutikazon furoat/umeklidinyum/vilanterol (FF/UMEC/VI) 100/62.5/25 µg tedavisini, günde iki kez ölçülü doz inhaler ile uygulanan budesonid/formoterol (BUD/FOR) 320/9 µg'a ek olarak HandiHaler ile günde bir kez uygulanan tiotropium (TIO) 18 µg tedavilerini 1 saniyedeki zorlu ekspiratuar hacmi (FEV<sub>1</sub>) öngörülenin <%50'si (veya FEV<sub>1</sub> öngörülenin <%80'i ve önceki yıl ≥2 orta veya 1 ağır alevlenme) olan semptomatik KOAH hastalarında karşılaştırmıştır. Primer sonlanım noktası 12.haftada 0-24 saatlik FEV<sub>1</sub>'de (modifiye protokol [mPPI] popülasyonu) başlangıca göre ağırlıklı ortalama değişim (wmCFB) olarak belirlenmiştir. Sekonder sonlanım noktaları ise 1.günde 0-24 saatlik FEV<sub>1</sub>'de wmCFB ve 84.gün ve 85.günde trough FEV<sub>1</sub>'de başlangıca göre değişimdir (CFB) (tedavi amaçlı IITT) popülasyon). Güvenlilik açıklayıcı biçimde değerlendirilmiştir. Sonlanım noktaları her bir çalışma için ayrı ayrı ve birleştirilmiş IIT popülasyonunda analiz edilmiştir. (GSK sponsorluğunda, 207608/207609; NCT03478683/ NCT03478696).

**BULGULAR:** FF/UMEC/VI 12.haftada FEV<sub>1</sub>wmCFB (0-24 saat) bakımından BUD/FOR+TIO'dan geride değildi (Tablo). Birleştirilmiş analizde FF/UMEC/VI'nin 85.günde trough FEV<sub>1</sub> CFB'yi BUD/FOR+TIO'a göre iyileştirdiği saptanmıştır; 1.günde wmCFB FEV<sub>1</sub> (0-24 saat) açısından tedaviler arasında hiçbir fark görülmemiştir (Tablo). FF/UMEC/VI 12.haftada seri FEV<sub>1</sub> ölçümlerini 12 saatte ve 24 saatte BUD/FOR+TIO'ya göre iyileştirmiştir. 12.haftada SGRQ toplam skoru (0.0 [%95 GA: -1.0, 1.1]; P=0.956), CAT skoru (-0.3 [-0.9, 0.2]; P=0.201) veya yanıt veren hastaların oranında anlamlı tedavi farkı görülmemiştir (olasılık oranı [%95 GA]: SGRQ, 1.05 [0.84, 1.31]; P=0.671; CAT, 1.04 [0.83, 1.30]; P=0.732). Güvenlilik profilleri tedaviler arasında benzerdi; pnömoni FF/UMEC/VI ve BUD/FOR+TIO gruplarında sırasıyla 7 (<%1) ve 9 (%1) hastada gelişmiştir.

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** KOAH hastalarında uygulanan FF/UMEC/VI, FEV<sub>1</sub> (0-24 saat) wmCFB bakımından BUD/FOR+TIO'dan geride bulunmamıştır. FF/UMEC/VI ile 12.haftada trough FEV<sub>1</sub> ve 12 saatlik FEV<sub>1</sub> ölçümlerinde iyileşmeler, günde bir kez tek inhaler ile uygulanan üçlü tedavinin günde iki kez çoklu inhaler ile uygulanan tedaviye kıyasla tüm dozaj aralığında solunum fonksiyonlarında daha uzun süreli faydaları benzer güvenlik profiliyle sağlayabileceğini ortaya koymaktadır.



**Anahtar Kelimeler:** KOAH, tek inhaler, çoklu inhaler, flutikazon furoat/umeklidinyum/vilanterol, FEV<sub>1</sub>

**Tablo. 207608/207609 çalışmalarının primer ve sekonder solunum fonksiyonu sonlanım noktaları.**

|  | N*  | Başlangıca göre LS<br>ortalama değişim, mL<br>(%95 GA) | Tedavi farkı (%95 GA),<br>FF/UMEC/VI'ya karşı<br>BUD/FOR+TIO |
|--|-----|--|--|
| <b>Primer sonlanım noktası: 12.haftada FEV<sub>1</sub>'de (0-24 saat) ağırlıklı ortalama CFB, mL</b>   |     |  |  |
| <b>Çalışma 207608, mPP popülasyonu</b>   |     |  |  |
| FF/UMEC/VI   | 282 | 45 (26, 65)  | 15 (-13, 43)   |
| BUD/FOR+TIO  | 272 | 30 (10, 50)  |  |
| <b>Çalışma 207609, mPP popülasyonu</b>   |     |  |  |
| FF/UMEC/VI   | 274 | 39 (18, 61)  | 11 (-20, 41)   |
| BUD/FOR+TIO  | 277 | 29 (7, 50)   |  |
| <b>Birleştirilmiş analiz, ITT popülasyonu</b>  |     |  |  |
| FF/UMEC/VI   | 674 | 42 (29, 56)  | 14 (-5, 34); P=0.145   |
| BUD/FOR+TIO  | 665 | 28 (14, 42)  |  |
| <b>Sekonder ve diğer solunum fonksiyonu sonlanım noktaları, birleştirilmiş analiz, ITT popülasyonu</b> |     |  |  |
| <b>1.günde ağırlıklı ortalama FEV<sub>1</sub> (0-24 saat), mL</b>                                      |     |  |  |
| FF/UMEC/VI   | 714 | 49 (39, 59)  | -3 (-17, 11); P=0.683  |
| BUD/FOR+TIO  | 711 | 52 (42, 62)  |  |
| <b>85.günde trough FEV<sub>1</sub>, mL</b>   |     |  |  |
| FF/UMEC/VI   | 684 | 28 (13, 42)  | 45 (24, 65); P<0.001   |
| BUD/FOR+TIO  | 679 | -17 (-32, -2)  |  |
| <b>12.haftada 12.saatte seri FEV<sub>1</sub>, mL</b>   |     |  |  |
| FF/UMEC/VI   | 685 | 37 (21, 52)  | 61 (38, 83); P<0.001   |
| BUD/FOR+TIO  | 668 | -24 (-40, -8)  |  |
| <b>12.haftada S24.saatte seri FEV<sub>1</sub>, mL</b>  |     |  |  |
| FF/UMEC/VI   | 681 | 38 (23, 54)  | 50 (29, 72); P<0.001   |
| BUD/FOR+TIO  | 675 | -12 (-27, 4)   |  |

Sonlanım noktaları tekrarlı ölçümler kullanılarak analiz edilmiştir; bu analizde başlangıç değeri, vizit, coğrafi bölge, tedavi, vizit ile tedavi arasındaki etkileşim ve vizit ile başlangıç arasındaki etkileşimler eş değişkenler olarak kullanılmıştır. Her bir çalışmanın mPP popülasyonunda FF/UMEC/VI'nin BUD/FOR+TIO'dan üstünlüğü gösterilemediğinden, tüm P-değerleri nominaldir. \*Mevcut zaman noktasında analiz edilebilen verileri bulunan hastaların sayısı. GA, güven aralığı; LS, en küçük kare; SE, standart hata.

## SS-074

## BİR KIŞ PERİYODUNDA ACİLE KOAH ATAK İLE BAŞVURAN OLGULARIN YÖNETİMİ VE HASTANE YATIŞI İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Pınar Akın Kabalak<sup>1</sup>, İlker Özdemir<sup>2</sup>, Hatice Taslak Kozluca<sup>3</sup>, Derya Kızılgöz<sup>1</sup>, Ülkü Yılmaz<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İzmir

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

**GİRİŞ:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), tekrarlayan acil başvurusu ve uzamış hastane yatışlarına neden olduğu için tedavisi zor bir kronik hastalıktır. Bir kış döneminde göğüs hastalıkları acilinde KOAH atak seyrini etkileyen faktörleri incelemeyi amaçladık.

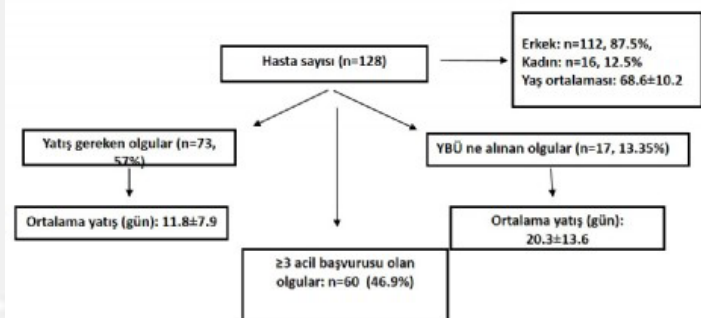
**GEREÇ-YÖNTEM:** KOAH alevlenmeleri nedeniyle acil servisimize başvuran olgularla retrospektif bir çalışma gerçekleştirdik. Sık acil başvurusu, hastaneye yatış ve YBÜ gerekliliğini etkileyen faktörler değerlendirildi.

**BULGULAR:** Toplam 128 hasta dahil edildi. Ortalama acil başvuru sayısı  $3.01 \pm 2.1$  idi. Hastaların 73'ü (% 57) hastaneye yatırıldı ve 17'si (% 13.3) yoğun bakım ünitesine (YBÜ) transfer edildi. WBC ve CRP, 3 den fazla acil başvurusu olan hastalarda diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla  $p = 0.06$  ve  $p = 0.007$ ). Aktif sigara kullanımı, uzun süreli oksijen tedavisi (USOT) ve non-invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) cihazları ve bronşektazi varlığı sık acil başvurusu ile ilişkili saptandı (Sırasıyla  $p = 0.025$ ,  $p = 0.01$ ,  $p = 0.046$  ve  $p = 0.028$ ). Zatürree ve komorbiditelerin yatış ile pozitif ve anlamlı korelasyonları vardı ( $r = 0.18$ ,  $p = 0.04$  ve  $r = 0.26$ ,  $p = 0.02$ ). Yoğun bakım gereksinimi açısından pnömoni, PaCO<sub>2</sub> değeri ve ortalama PAB arasında anlamlı korelasyonlar vardı (Sırasıyla  $r = 0.27$ ,  $p = 0.001$ ,  $r = 0.34$ ,  $p < 0.001$  ve  $r = 0.24$ ,  $p = 0.006$ ).

**SONUÇ:** KOAH hastalarında tekrarlayan acil başvuru, servis ve YBÜ yatışıyla ilişkili tanımlanmış faktörlerin doğru yönetimi hem evde hem de hastanede yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** KOAH atak, hastane yatışı, ilişkili faktörler

Figür 1



## SS-075

**GRUP A KOAH HASTALARINDA UZUN ETKİLİ B-2 AGONİST (LABA) VE ANTİKOLİNERJİK (LAMA) TEDAVİ ETKİNLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Muzaffer Onur Turan<sup>1</sup>, Nalan Ogan<sup>2</sup>, Fulsen Bozkuş<sup>3</sup>, Nurhan Sarioğlu<sup>4</sup>, Pakize Ayşe Turan<sup>5</sup>, Celal Satıcı<sup>6</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ufuk Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Ankara

<sup>3</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Kahramanmaraş

<sup>4</sup>Balıkesir Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Balıkesir

<sup>5</sup>Menemen Devlet Hastanesi Göğüs hastalıkları bölümü, İzmir

<sup>6</sup>İstanbul GAZİOSMANPAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ Göğüs hastalıkları bölümü, İstanbul

**GİRİŞ:** Semptomların az olduğu, yıllık alevlenme sayısının da düşük olduğu A grubu KOAH hastalarında semptom kontrolü için sadece uzun etkili antikolinergik (LAMA) veya sadece beta-2 agonistler (LABA) GOLD Rehberi'nde önerilmektedir; ancak bu hasta grubunda iki tedavi seçeneği arasında bir öncelik veya üstünlükten bahsedilmemektedir. A grubu KOAH hastalarında, uygulanan uzun etkili bronkodilatör tedavilerin etkinliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Çalışmaya dahil olan merkezlerin göğüs hastalıkları polikliniklerine başvuran, LABA veya LAMA başlanmış olan grup A KOAH hastaları çalışmaya dahil edildi. Hastaların tedavi başlangıcı, 6. ay ve 1. yılda semptom ve alevlenme varlığı, solunum fonksiyon testi (SFT) parametreleri, KOAH Değerlendirme Testi (CAT), mMRC Dispne ölçeği ve St. George Solunum Anketi (SGRQ) sonuçları değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen ve kontrol vizitlerinde görülen 76 A grubu KOAH hastasının (67 erkek, 9 kadın) yaş ortalaması 64.59±9.42 idi. Katılımcıların %57.9'unda ek komorbid hastalık mevcuttu; en sık hipertansiyon (%34.1) görülmekteydi. Hastaların 51'i sadece LAMA (%67.1: 44-tiotropium, 7-glikopironyum) ve 25'i sadece LABA <indakaterol> (%32.9) kullanmaktaydı. Hasta takibinde 6 hastada ilaç değişikliğine gidildiği tespit edildi; bu değişiklikler semptom yanıtı, alevlenme gelişmesi ve hekim tercihi nedeniyle yapılmıştı. Her iki hasta grubu arasında, LAMA kullananlarda 1. yıl sonunda CAT skorunda düzelme oranı istatistiki açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0.022); semptom durumu, alevlenme gelişmesi, mMRC skoru, SFT parametrelerinde ve yaşam kalitesinde düzelme açısından LABA ve LAMA kullananlar arasında 6.ay ve 1. yılda anlamlı fark gözlenmedi. Her iki hasta grubunda da sigarayı bırakmış hastalarda, aktif smoker'lara göre 1.yılda SGRQ toplam skorunda ve aktivite skorunda anlamlı bir düzelme mevcuttu (sırasıyla p=0.015 ve 0.014).

**SONUÇ:** Çalışmamızda LAMA alan grupta 1. yıl sonunda CAT skorunda anlamlı düzelme gözlenmesi, LAMA tedavisinin LABA'ya göre A grubu KOAH hastalarında tedavi önceliği kazanmasına neden olabilir. Sigara içilmesine devam edilmesi, kullanılan tedaviden bağımsız olarak tüm KOAH hastalarında yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Grup A KOAH, Uzun Etkili Antikolinergik (LAMA), Uzun Etkili B-2 Agonist (LABA)



## SS-076

## COVID-19 HASTALARINDA KOAH TANILI OLGULARIN ÖZELLİKLERİ

Muzaffer Onur Turan<sup>1</sup> (0000-0001-6320-0470), Burcu Arpınar Yiğitbaş<sup>2</sup>, Pakize Ayşe Turan<sup>3</sup>, Arzu Mirici<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, İzmir

<sup>2</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Menemen Devlet Hastanesi, Göğüs hastalıkları bölümü, İzmir

<sup>4</sup>Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Çanakkale

**GİRİŞ:** 2019 sonunda Çin'den tüm dünyaya yayılan yeni bir Coronavirus tipi olan COVID-19, komorbiditesi olan yaşlı hastaları daha kolay enfekte edebildiği gibi, bu hasta grubunda daha ölümcül seyredebilmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) da bu hastalık grubu içerisinde yer almaktadır. Bu çalışmada COVID-19 hastalarında KOAH görülme sıklığını tespit etmek ve bu hasta grubundaki KOAH hastalarının özelliklerini araştırmak amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** Çalışmada yer alan dört merkezde, oro-nasofaringeal sürüntü örneklerinde Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) testi ile "kesin COVID-19" tanısı almış hastalar incelendi. İzleminde daha önce KOAH tanısı almış ve hastane sisteminde yer alan geçmiş solunum fonksiyon testinde FEV<sub>1</sub>/FVC oranı %70'in altında olan hastalar KOAH hasta grubu içerisinde çalışmaya dahil edildi.

**BULGULAR:** Çalışmadaki merkezlerde tetkik edilen 1069 COVID-19 hastasından 53'ünün KOAH tanılı olduğu tespit edilmiştir; prevalans %4.95 olarak bulunmuştur. KOAH hastalarının %80.6'sı erkek ve %19.4'ü kadın olup, yaş ortalaması 71.47 ± 27.09 idi. Hastaların ortalama FEV<sub>1</sub> değeri %52.1 ± 13.2 iken, spirometrik sınıflamaya göre %58.6'sı orta, %31 ağır ve %10.4'ü çok ağır KOAH idi. D grubu KOAH hastası %44.8 ile en sık görülen hasta grubuydu. Hastaların %86.7'si inhale kortikosteroid (İKS) tedavisi almaktayken, bu hastaların %90.5'i yüksek doz İKS kullanmaktaydı. Eozinofil sayısı %25 hastada 300 /mm<sup>3</sup>'ün üzerinde bulunmaktaydı. Hastaların %25'inde COVID-19 sürecinde yoğun bakım ihtiyacı görülürken, mortalite oranı %17.1'di. KOAH ve KOAH olmayan COVID-19 hastaları karşılaştırıldığında, yaş ortalaması ve mortalite oranı açısından her iki grup arasında anlamlı fark mevcuttu (her ikisi de p<0.001).

**SONUÇ:** Araştırmamız, Türkiye'de COVID-19 hastalarında KOAH prevalansı ve KOAH'lı COVID-19 hastalarının özellikleri ile ilgili yapılan ilk çalışmalardan birisi olma özelliğini taşımaktadır. COVID-19 hastalığı gelişen KOAH hastalarının çoğunlukla yaşlı, sık alevlenme geçiren, semptomu çok olan ve yüksek doz İKS kullanan hastalardan oluşması dikkat çekiciydi. COVID-19 hastalarında KOAH en sık görülen komorbid hastalıklardan birisi olmasa da, bu hasta grubunda COVID-19 daha öldürücü seyredebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, KOAH, prevalans

## SS-077

## MORTAL SEYİRLİ COVID-19 HASTALARINDA AKCİĞER HASTALIKLARI: SİSTEMATİK REVIEW AND METAANALİZİS

Aşkın Gülşen<sup>1</sup>, Burcu Arpınar Yiğitbaş<sup>2</sup>, Berat Uslu<sup>2</sup><sup>1</sup>UKSH-Lübeck Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Lübeck, Almanya<sup>2</sup>Yedikule Göğüs ve Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

**GİRİŞ:** Koronavirüs hastalığı (COVID)-19 aralık 2019'da Çin'de başlamış, ülkemizde ise mart ayından itibaren ilk vakalar gözlenmeye başlamıştır. Özellikle komorbid hastalıkların bu hastalığın seyrinde mortaliteyi artırdığı bildirilmektedir. Bu meta-analizde amacımız, akciğer hastalıklarının COVID-19 hastalığında mortalite riskini nasıl etkilediğini araştırmaktır.

**METOD:** Dört ana uluslararası veritabanını (Web of Science, SCOPUS, Google Scholar ve Pubmed) sistematik olarak taradık. Anahtar kelime olarak SARS-COV-2, COVID-19, Mortality, Death, COPD veya Asthma veya respiratory diseases (RD) kullandık. İstatistiksel analiz için Open Meta 10.10 ve statsdirect 3.2.10 yazılımı kullanıldı. Arama sonucunda uygun 10 olan çalışma havuza dahil edildi (Figure-1).

**BULGULAR:** The studies cover a total of 3915 patients. Sonuç olarak RD olan hastalarda mortalite 125/276 (%45.3) iken non-RD olan hastalarda 812/3482 (%23.3) saptanmıştır (random-effects model; OR = 3.07, 95% CI [1.74-5.41], Z = 3.88, P < 0.001; and fixed-effect model; OR = 2.52, 95% CI [1.90-3.34], P < 0.001; Figure 2).

**SONUÇ:** Eşlik eden akciğer hastalıkları COVID-19 hastalığında mortaliteyi belirgin bir şekilde artırmaktadır. Tüm bu bulgulara rağmen, akciğer hastalıklarının ayrı ayrı ele alındığı daha ileri vaka-kontrol çalışmalarına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer, bulgular, COVID-19, meta-analiz, mortalite, SARS-COV-2

## Meta-analize dahil edilen çalışmaların özeti

## Clinical features of mortal COVID-19 cases: A systematic review and meta-analysis

| Table-1 Summary of studies included in metaanalysis |         |        |             |   |            |                       |                          |                            |
|---|---------|--------|-------------|---|------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Study   | Country | Design | n           | Comparison  | Age, years | RD (%)                | Mortality without RD (%) | Mortality with RD (%)      |
| Cao J   | China   | R, SC  | 102         | Survivors (n=85) vs. Non-survivors (n=17)           | 54.0       | 10 (9.8)              | 13/92 (14.1)             | 4/10 (40.0)                |
| Deng Y  | China   | R, MC  | 225         | Recovered (116) vs. Death (n=109)                   | 54.0       | 25 (10.0)             | 87/200 (43.5)            | 22/25 (88.0)               |
| Lee JY  | Korea   | R, MC  | 98          | Survival (n=78) vs. Death (n=20)                    | 72.0       | 8 (8.1)               | 15/90 (16.6)             | 5/8 (62.5)                 |
| Liu J   | China   | R, SC  | 1190        | Survivors (n=1033) vs. Non-survivors (n=157)        | 57.0       | 22 (1.8) <sup>A</sup> | 149/1011 (14.7)          | 8/22 (36.3)                |
| Paranjpe I  | USA     | R, MC  | 1078        | Discharged (n=768) vs. Mortality (n=310)            | 65.0       | 293 (13.3)            | 259/935 (27.7)           | 51/143 (35.7) <sup>B</sup> |
| Shi Q   | China   | R, SC  | 101         | Survival (n=53) vs. Death (n=58)                    | 71.0       | 15 (14.9)             | 42/86 (48.8)             | 6/15 (40)                  |
| Wang L  | China   | R, SC  | 339         | Survival (n=274) vs. Death (n=65)                   | 71.0       | 21 (6.2)              | 54/318 (17.0)            | 11/21 (52.3)               |
| Yang X  | China   | R, SC  | 52          | Survivors (n=20) vs. Non-survivors (n=32)           | 51.9       | 4 (7.7)               | 30/48 (62.5)             | 2/4 (50.0)                 |
| Zhao Y  | China   | R, SC  | 539         | Survivors (n=414) vs. Non-survivors (n=125)         | 58.0       | 22 (4.1) <sup>A</sup> | 113/517 (21.8)           | 12/22 (54.5)               |
| Zhou F  | China   | R, MC  | 191         | Survivors (n=137) vs. Non-survivors (n=54)          | 56.0       | 6 (3.1)               | 50/185 (27.0)            | 4/6 (66.6)                 |
| <b>Overall</b>                                      |         |        | <b>3915</b> | <b>Survivors (n=2978)<br/>Non-survivors (n=947)</b> |            | <b>426 (10.9)</b>     | <b>767/3482 (22.0%)</b>  | <b>125/276 (45.3%)</b>     |

mean value; R, retrospective; SC, single center; MC, multicentre; n, participants; RD, respiratory diseases  
<sup>A</sup>, patients with only COPD; <sup>B</sup>, patients with asthma and COPD;

## Solunum yolu hastalığı olan ve olmayan hastalarda COVID-19'dan ölüm oranları

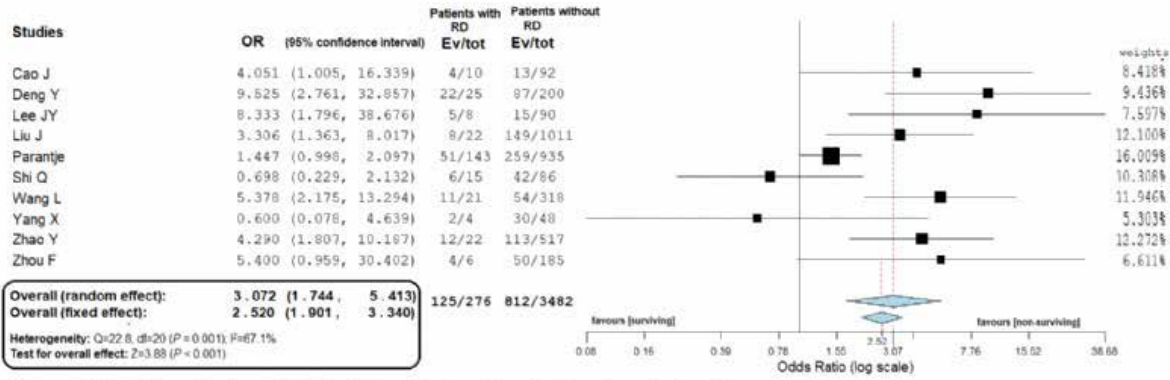


Figure-1. Mortality rates from COVID-19 in patients with and without respiratory diseases

[OR, odds ratio; RD, respiratory diseases]



**SS-078****OBSTRÜKTİF UYKU APNE TANI VE ŞİDDETİNİ BELİRLEMEDE KULLANILAN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER ARASINDAKİ CİNSİYET FARKLILIKLARI**

Mihrican Yeşildağ

S.B.Ü Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları. Konya

**GİRİŞ-AMAÇ:** Obstrüktif Uyku Apne(OUA)'nin sağlık sistemleri için büyük ekonomik maliyetleri nedeni ile OUA'yi tahmin etmek veya teşhis etmek için basit, güvenilir, uygun maliyetli yöntemler gereklidir. Bu yöntemlerden biri, obezite ile ilgili antropometrik değişkenleri kullanmaktır. Bu çalışmanın amacı, belirtilen bu antropometrik ölçümlerin her cinsiyette OUA tanısı için tarama yöntemi olarak etkinliğini araştırmaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Bu çalışmaya Ocak 2018-Aralık 2019 tarihleri arasında uyku laboratuvarında yatırılarak standart polisomnografi (PSG) yapılmış olan 786 olgu dahil edildi. Olguların kayıtları retrospektif olarak dosyalarından elde edildi ve tüm olguların cinsiyet, yaş, boy, kilo, bel çevresi, kalça çevresi, bel-kalça oranı, bel-boy oranı, BMI(Body Mass Index- Ağırlık/boy<sup>2</sup> (kg/m<sup>2</sup>), Epwort, AHİ(Apne-Hipopne İndeksi) değerleri incelendi. Hastalar AHİ 5< normal, AHİ (5-15) hafif, AHİ (15-30) orta, AHİ 30≥ ağır dereceli OUAS olarak gruplandırıldı. Ayrıca hastalar OUA tanısı ve şiddeti ile ilişkili antropometrik ölçümleri belirlemek açısından hafif ve orta OUAS-Ağır OUAS'dan ayırımı(Model1), Orta-Ağır OUA ayırımı(Model 2), Ağır OUA(Model 3) ve Normal- OUA ayırımında(Model 4) olarak 4 modele ayrıldı. Kadın ve erkeklerde, belirlenen 4 modelde OUAS tanısı ve şiddeti ile ilişkili antropometrik ölçümler incelendi. İstatistiksel analizler için SPSS-22 paket programı kullanıldı.

**BULGULAR:** Hastaların 356'sı kadın ve 430'u erkek olmak üzere toplam 786 olgu çalışmaya dahil edildi. Kadınların yaş ortalaması 51.43, erkeklerin yaş ortalaması 47.60 idi. Kadınlarda OUA ve şiddetini belirlemede kullanılan antropometrik ölçümlerin AUC değerleri Tablo 1 'de erkeklerde ise Tablo 2'de gösterilmiştir. Erkeklerde tüm modellerde BMI ve bel/boy oranı, kadınlarda Ağır OUA ve ayrıca Normal-OUA hastalarını ayırmada boyun çevresi, bel/boy oranı ve BMI sırasıyla en yüksek başarı oranını gösteriyordu.

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Antropometrik ölçümler, özellikle obezite ile ilgili olarak, sağlık değerlendirmesi için kullanılan temel araçlardır ve uyku apnesi ile de güçlü bir korelasyonları vardır. Çalışmamızda Erkeklerde BMI ve bel/boy oranı tüm modellerde en doğru değişkenlerdi. Kadınlar için hafif-orta OUA'yi ağır OUA'dan ayırmada bel/boy oranı ve bel çevresi, orta-ağır OUA'da BMI ve bel çevresi, Ağır OUA ve ayrıca Normal-OUA hastalarını ayırmada da boyun çevresi, bel/boy oranı ve BMI sırasıyla en yüksek başarı oranını gösterdi. OUA'yi tahmin etmek için en iyi değişkenler cinsiyetler arasında farklılık gösteriyordu. Bu çalışma, erkek ve kadınlarda uyku apnesi ile ilişkili parametreler olarak antropometrik ölçümlerin önemini ve cinsiyet farklılıklarını ortaya koymuştur

**Anahtar Kelimeler:** Antropometrik Ölçümler, Cinsiyet, Obstrüktif Uyku Apne

Tablo 1.

|                             | AUC   | %95 CI      | p-value |
|-----------------------------|-------|-------------|---------|
| Hafif/orta OUA- Ağır OUA    |       |             |         |
| Bel Çevresi                 | 0.643 | 0.570-0.715 | 0.0004  |
| Boyun Çevresi               | 0.609 | 0.537-0.681 | 0.0003  |
| Kalça çevresi               | 0.637 | 0.564-0.710 | 0.0006  |
| Bel/Kalça Oranı             | 0.509 | 0.434-0.584 | 0.724   |
| Bel/Boy Oranı               | 0.644 | 0.572-0.716 | 0.0003  |
| BMI(kilo/boy <sup>2</sup> ) | 0.592 | 0.517-0.667 | 0.015   |
| Orta OUA- Ağır OUA          |       |             |         |
| Bel Çevresi                 | 0.644 | 0.560-0.728 | 0.001   |
| Boyun Çevresi               | 0.585 | 0.500-0.671 | 0.034   |
| Kalça çevresi               | 0.654 | 0.571-0.738 | 0.0005  |
| Bel/Kalça Oranı             | 0.537 | 0.448-0.625 | 0.334   |
| Bel/Boy Oranı               | 0.663 | 0.580-0.745 | 0.0005  |
| BMI(kilo/boy <sup>2</sup> ) | 0.599 | 0.512-0.608 | 0.01    |
| Ağır OUA                    |       |             |         |
| Bel Çevresi                 | 0.709 | 0.634-0.784 | <.0001  |
| Boyun Çevresi               | 0.763 | 0.694-0.831 | <.0001  |
| Kalça çevresi               | 0.688 | 0.611-0.765 | <.0001  |
| Bel/Kalça Oranı             | 0.538 | 0.453-0.623 | 0.273   |
| Bel/Boy Oranı               | 0.700 | 0.624-0.776 | <.0001  |
| BMI(kilo/boy <sup>2</sup> ) | 0.707 | 0.632-0.782 | <.0001  |
| Normal-OUA                  |       |             |         |
| Bel Çevresi                 | 0.635 | 0.564-0.705 | <.0001  |
| Boyun Çevresi               | 0.702 | 0.639-0.765 | <.0001  |
| Kalça çevresi               | 0.601 | 0.534-0.668 | 0.001   |
| Bel/Kalça Oranı             | 0.542 | 0.476-0.610 | 0.095   |
| Bel/Boy Oranı               | 0.614 | 0.546-0.683 | 0.0003  |
| BMI(kilo/boy <sup>2</sup> ) | 0.651 | 0.584-0.718 | <.0001  |

*Kadınlarda OUA ve şiddetini belirlemede kullanılan antropometrik ölçümlerin değerleri*

Tablo 2.

|                             | AUC   | %95 Cl      | p-value |
|-----------------------------|-------|-------------|---------|
| Hafif/orta OUA- Ağır OUA    |       |             |         |
| Bel Çevresi                 | 0.634 | 0.570-0.697 | <.0001  |
| Boyun Çevresi               | 0.539 | 0.473-0.605 | 0.034   |
| Kalça çevresi               | 0.623 | 0.559-0.687 | <.0001  |
| Bel/Kalça Oranı             | 0.509 | 0.445-0.574 | 0.810   |
| Bel/ Boy Oranı              | 0.645 | 0.583-0.708 | <.0001  |
| BMI(kilo/boy <sup>2</sup> ) | 0.665 | 0.603-0.726 | <.0001  |
| orta OUA- Ağır OUA          |       |             |         |
| Bel Çevresi                 | 0.606 | 0.531-0.681 | 0.013   |
| Boyun Çevresi               | 0.529 | 0.454-0.604 | 0.214   |
| Kalça çevresi               | 0.605 | 0.531-0.679 | 0.008   |
| Bel/Kalça Oranı             | 0.505 | 0.429-0.582 | 0.719   |
| Bel/ Boy Oranı              | 0.631 | 0.557-0.705 | 0.002   |
| BMI(kilo/boy <sup>2</sup> ) | 0.653 | 0.580-0.725 | 0.001   |
| Ağır OUA                    |       |             |         |
| Bel Çevresi                 | 0.710 | 0.643-0.778 | <.0001  |
| Boyun Çevresi               | 0.598 | 0.524-0.672 | 0.0004  |
| Kalça çevresi               | 0.656 | 0.584-0.728 | <.0001  |
| Bel/Kalça Oranı             | 0.581 | 0.504-0.658 | 0.023   |
| Bel/ Boy Oranı              | 0.736 | 0.670-0.801 | <.0001  |
| BMI(kilo/boy <sup>2</sup> ) | 0.751 | 0.686-0.815 | <.0001  |
| Normal-OUA                  |       |             |         |
| Bel Çevresi                 | 0.638 | 0.575-0.702 | <.0001  |
| Boyun Çevresi               | 0.578 | 0.512-0.644 | 0.010   |
| Kalça çevresi               | 0.591 | 0.524-0.658 | 0.003   |
| Bel/Kalça Oranı             | 0.575 | 0.507-0.642 | 0.011   |
| Bel/ Boy Oranı              | 0.657 | 0.595-0.719 | <.0001  |
| BMI(kilo/boy <sup>2</sup> ) | 0.669 | 0.606-0.732 | <.0001  |

Erkeklerde OUA ve şiddetini belirlemede kullanılan antropometrik ölçümlerin değerleri



## SS-079

## DİYABETİK OLMAYAN POPÜLASYONDA GLİKOLİZE HEMOGLOBİN VE OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ İLİŞKİSİ

Elif Torun Parmaksız<sup>1</sup>, Ergün Parmaksız<sup>2</sup><sup>1</sup>Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul<sup>2</sup>Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul

OUA'nın neden olduğu aralıklı hipoksi, hiperkapni, artmış oksidatif stres, endotel enflamasyonu, sempatik aktivasyon, hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen stimülasyonu, uyku bölünmesi ve kronik uyku kaybı glikoz intoleransına yol açabilir. Diyabetik olmayan popülasyonda OUA ve glikoz metabolizması arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmamıza 169 erkek ve 111 kadın (toplam 280) dahil edildi. Horlama, tanık apne, gündüz aşırı uykululuk, tatminsiz uyku gibi şikayetlerle uyku laboratuvarımıza başvurup polisomnografi (PSG) ile değerlendirilen hastalar prospektif olarak değerlendirildi. Demografik veriler, eşlik eden hastalıklar ve sigara içme öyküsü dahil ayrıntılı öykü ve fizik muayene bulguları kaydedildi. PSG'yi tamamlayamayanlar, DM tanısı olan veya glikoz seviyelerini etkileyecek ilaç kullananlar çalışmaya alınmadı. Açlık kanından biyokimyasal testler, glisemik hemoglobin (HbA1c) ve tam kan sayımı bakıldı. Ağırlık ve boy ölçülerek VKİ hesaplandı. Grubun yaş ortalaması 50.58 ± 11.89 (20-84), ortalama VKİ 32.18 ± 6.63 kg/m<sup>2</sup> (19.72-65.35 kg/m<sup>2</sup>) idi. Tüm çalışma popülasyonunun ve OUA olan olguların demografik, klinik ve laboratuvar verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışma grubu 35 apneik olmayan ve 245 apneik olgudan oluşmaktaydı; 70 hafif, 90 orta ve 85 ağır OUA mevcuttu. Bu alt grupların özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir. Beklendiği gibi AHI, ODI, uykuda SpO<sub>2</sub><% 90 geçen süre ve Epworth uykululuk skalası ağır vakalarda anlamlı olarak artmıştı. Benzer şekilde, VKİ ağır vakalarda anlamlı olarak daha yüksekti. Açlık kan şekeri düzeyleri gruplar arasında anlamlı derecede farklıydı. Ağır vakalarda HbA1c artmış olsa da dört alt grubun karşılaştırılmasında anlamlı bir fark saptanmadı. OUA olguları hafif-orta ve ağır vakalar olarak iki gruba ayrıldığında; HbA1c değerleri sırasıyla 6.15±1.5 ve 6.65±1.8 idi (p=0.013). Korelasyon analizleri, HbA1c'nin VKİ (p=0.02; r=0.18), AHI (p<0.001; r=0.21), Al (p=0.018; r=0.19), ODI (p=0.008; r=0.21) ve uykuda SpO<sub>2</sub><% 90 geçen süre (p=0.015; r=0.19) ile korele olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak, şiddetli OUA'nın artmış HbA1c düzeyleri ile ilişkili olduğunu saptadık. Metabolik sendromun bileşenleri olan bu morbiditelerin birlikteliği akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** diyabet mellitus, glikolize hemoglobin, insulin direnci, metabolik sendrom, obstrüktif uyku apnesi

Tablo 1

|   | Çalışma grubu            | OUA olguları             |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Hasta sayısı                                  | 280                      | 245                      |
| Yaş (ortalama±SD)                             | 50.58±11.89 (20-84)      | 51.12±11.67 (25-84)      |
| VKİ(kg/m <sup>2</sup> )(ortalama±SD)          | 32.18±6.63 (19.72-65.35) | 32.65±6.77 (19.72-65.35) |
| AHI (ortalama±SD)                             | 28.91±26.47(0-115.4)     | 32.34±26.27(5.2-115.4)   |
| ODI (ortalama±SD)                             | 24.16±25.91(0-114.9)     | 27.07±26.19(0-114.9)     |
| SpO <sub>2</sub> <%90 geçen süre(ortalama±SD) | 15.23±27.10(0-100)       | 17.18±28.24(0-100)       |
| Glukoz(mmol/l)(ortalama±SD)                   | 115.63±51.43(69-454)     | 115.48±49.65(69-454)     |
| HbA1c %(ortalama±SD)                          | 6.30±1.23(5.00-15.7)     | 6.31±1.18(5.10-15.7)     |
| Epworth uykululuk skalası(ortalama±SD)        | 7.61±5.80(0-24)          | 7.95±5.72(0-24)          |
| Sigara içen(n-%)                              | 106(37.8)                | 94(38.3)                 |
| Hipertansiyon(n-%)                            | 73(26.1)                 | 8(2.9)                   |
| Hipotiroidi(n-%)                              | 11(3.9)                  | 6(2.2)                   |
| Kronik böbrek yetmezliği(n-%)                 | 7(2.9)                   | 9(3.6)                   |
|   |                          |                          |
|   |                          |                          |

Tüm grubun ve OUA olgularının özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 2

|   | OUA olmayan  | Hafif        | Orta         | Ağır         | P değeri |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|----------|
| Olgu sayısı                                       | 35           | 70           | 90           | 85           |          |
| Yaş (ortalama±SD)                                 | 45.94±12.64  | 50.04±11.26  | 51.50±11.65  | 51.61±12.08  | 0.08     |
| Cinsiyet(erkek/kadın)                             | 20/15        | 37/33        | 57/33        | 55/30        |          |
| VKİ(kg/m <sup>2</sup> ) (ortalama±SD)             | 28.81±4.29   | 31.62±7.44   | 31.84±6.24   | 31.84±6.24   | 0.001    |
| AHI (ortalama±SD)                                 | 2.65±1.41    | 10.00±2.90   | 21.46±4.58   | 62.27±22.94  | <0.001   |
| ODI (ortalama±SD)                                 | 1.92±1.47    | 8.44±11.78   | 16.31±8.96   | 53.80±25.63  | <0.001   |
| SpO <sub>2</sub> <%90 geçen süre(%) (ortalama±SD) | 0.26±0.77    | 4.23±15.71   | 10.33±20.88  | 35.10±33.72  | <0.001   |
| Glukoz(mmol/l) (ortalama±SD)                      | 116.78±64.56 | 104.04±32.39 | 105.26±28.79 | 134.76±68.59 | 0.003    |
| HbA1c %(ortalama±SD)                              | 6.01±1.60    | 6.20±1.52    | 6.10±0.72    | 6.65±1.18    | 0.079    |
| Epworth uykululuk skalası(ortalama±SD)            | 4.33±5.67    | 6.60±5.45    | 7.95±6.37    | 8.79±5.12    | 0.038    |

OUA varlığına ve ağırlığına göre olguların özelliklerinin karşılaştırılması

**SS-080****OBSTRÜKTİF UYKU APNE RİSKİNİN KOAH POPÜLASYONUNDA KOAH ŞİDDETİ VE KLİNİK PARAMETRELER İLE İLİŞKİSİ**

Ali Onur Keleş, Sezgi Şahin Duyar, Selma Fırat

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

Bu çalışmada obstrüktif uyku apne (OSA) riski varlığının Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)'ın şiddeti ile ilişkisinin belirlenmesi ve KOAH popülasyonunda OSA riski düşük olanların demografik, klinik özellikler ve antropometrik ölçümleri açısından OSA riski orta ve yüksek olanlarla karşılaştırılması amaçlanmıştır. Eylül 2019 – Kasım 2019 tarihleri arasında Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniklerine KOAH tanısı ile başvuran 40-75 yaş arası 181 hasta kesitsel olarak incelendi. OSA riski orta/yüksek seviyede olan hastalarda, OSA riski düşük seviyede olan hastalara kıyasla diyabet oranı (sırasıyla; %14,3 ve %3,6;  $p=0,040$ ), ortanca ESS skoru (sırasıyla; 7 ve 2;  $p<0,001$ ) ve GAUH oranı (sırasıyla; %42,1 ve %3,6;  $p<0,001$ ) yüksek saptandı. Ek olarak, bu KOAH popülasyonunda bel çevresi ve kalça çevresi ölçümleri de OSA riski orta/yüksek olan grupta istatistiksel açıdan önemli derecede yüksek bulundu ( $p<0,001$ ). Çok değişkenli regresyon modelinde; azalan oksijen saturasyon yüzdesi (OR:0,83;  $p=0,007$ ) ve ESS skoru (OR=1,28;  $p<0,001$ ) OSA riskinin orta/yüksek seviyede olmasını etkileyen bağımsız risk faktörleri olarak saptandı. GAUH saptanan grupta (ESS skoru  $\geq 10$ ) GAUH saptanmayan gruba kıyasla, STOP-Bang anketi risk puanı ve orta/yüksek seviyede OSA riski saptanma yüzdesinin daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca GAUH saptanan grubun ortalama yaşı, GAUH saptanmayan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırasıyla; 60 ve 63;  $p=0,037$ ). Azalan yaş (OR:0,94;  $p=0,003$ ) ve artan STOP-Bang anketi risk puanı (OR=1,92;  $p<0,001$ ) gündüz uykululuk halini etkileyen bağımsız risk faktörleri olarak saptandı. Bu çalışmada, KOAH'lı hastalarda vücut-kitle indeksi gibi yaygın kullanılan faktörler dışındaki hangi klinik bulguların orta/yüksek seviyedeki OSA riskini belirleyebileceği ortaya konmuştur. Sonuçlarımız düşük oksijen saturasyonu, eşlik eden diyabet varlığı, yüksek ESS skoru ve yüksek bel-kalça çevresini içeren faktörlerin OSA riski orta/yüksek seviyede olan hastaların ayırt edilmesinde yönlendirici olabileceğine işaret etmektedir. Ayrıca GOLD'a göre tüm KOAH evreleri arasında OSA riski yönünden fark saptanmamıştır. Bu nedenle, tüm KOAH hastalarının OSA riski yönünden evreden bağımsız olarak sorgulanmasını ve belirttiğimiz klinik özellikleri taşıyan hastaların polisomnografi için uyku kliniklerine yönlendirilmesini öneriyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Epworth uykululuk ölçeği (ESS), STOP-Bang anketi



**SS-081****OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMLU HASTALARDA OPTİMAL CPAP BASINÇ DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE YENİ BİR TAHMİN FORMÜLÜ**

Hakan Koca<sup>1</sup>, Egemen Vardarlı<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>İzmir Tınaztepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Çalışmamızın amacı; OSAS hastalarında optimal CPAP basıncını etkileyen VKİ, AHİ, minimum spO<sub>2</sub> seviyesi gibi sık çalışılan değişkenlere ek olarak; komorbiditeler, uyku etkinliği, uyku evreleri, REM ve / veya pozisyon bağımlılığı, anormal solunum olayların tipi, en uzun apne-hipopne süresi, titrasyonda kullanılan maske tipi gibi değişkenlerin etkilerini araştırmaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** 2017-2019 yılları arasında hastanemizde yapılan standart polisomnografi sonucu AHİ  $\geq 5$  saptanarak obstrüktif uyku apne sendromu tanısı alan ve başarılı manuel CPAP titrasyonu uygulanan 100 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.

**SONUÇLAR:** Hastaların ortalama yaşı  $49,17 \pm 10,4$ , 81 erkek 19'u kadındı. Optimal basınç ile VKİ, AHİ, REM AHİ, NREM AHİ, Supin AHİ, Non-supin AHİ arasında pozitif yönde bir ilişki vardı ( $p=0,001$ ). Optimal basınç ile minimum spO<sub>2</sub> arasında negatif yönde bir ilişki vardı ( $p=0,001$ ). Optimal basınç, hipertansiyonu olan OSAS'lılarda anlamlı düzeyde daha düşüktü ( $p=0,007$ ). Optimal basıncın, REM ve pozisyon bağımlılığı olmayan OSAS'lılarda, pozisyon ve REM bağımlılığı olan OSAS'lılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü ( $p=0,001$ ). Optimal basıncın, nazal maske kullanılanlarda ora-nazal maske kullanılanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edildi. ( $p=0,001$ ). Sonuç olarak VKİ, AHİ ve minimum spO<sub>2</sub> ölçümleriyle optimal basınç tahmin formülü ( $P_{pred}$ ) oluşturuldu ( $P_{pred} = 9,366 + 0,117 \text{ VKI} + 0,043 \text{ AHİ} - 0,062 \text{ Min spO}_2$ ). Hastalarda manuel titrasyon ile elde edilen optimal basınç ( $P_{opt}$ ) ortalaması  $9,5 \pm 2,45 \text{ cmH}_2\text{O}$  iken, oluşturulan yeni formüle göre hesaplanan basınç ( $P_{pred}$ ) ortalaması  $10,3 \pm 1,89 \text{ cmH}_2\text{O}$  idi. İki basınç arasında anlamlı bir korelasyon olduğu saptandı ( $r = 0,64$ ,  $p < 0,001$ ).

**TARTIŞMA:** Sonuç olarak, çalışmamızda optimal CPAP basıncını etkileyen faktörler geniş bir şekilde incelendi ve yeni bir tahmin formülü oluşturuldu. Doğruluğu artırılmış tahmin formülleri uyku laboratuvarlarındaki yoğunluğu azaltabilir, gereksiz kaynak israfını ortadan kaldırabilir, en azından içinde bulunduğumuz pandemi gibi uyku testlerinin yapılamadığı durumlarda tedavi bekleyen hastalar için etkili bir alternatif çözüm olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Obstrüktif uyku apnesi, CPAP, optimal basınç

## SS-082

**KARDİYOVASKÜLER OLAY GEÇİRMİŞ OLAN OSAS HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ: ÖN SONUÇLAR**

Sezgi Şahin Duyar<sup>1</sup>, Funda Aksu<sup>1</sup>, Şule Çilekar<sup>2</sup>, Ahmet Cemal Pazarlı<sup>3</sup>, Nurhan Sarıoğlu<sup>4</sup>, Sinem Berik Safçif<sup>5</sup>, Özlem Erçen Diken<sup>5</sup>, Hakan Alp Yılmazlı<sup>6</sup>, Önder Öztürk<sup>6</sup>

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

<sup>2</sup>Afyonkarahisar Sağlık bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları

<sup>3</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları

<sup>4</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları

<sup>5</sup>Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

<sup>6</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları

**GİRİŞ:** Obstrüktif uyku apne sendromunun (OSAS) iskemik kalp hastalarının %45-70'ine eşlik ettiği, kardiyovasküler hastalıklarda artmış mortalite ve morbidite ile ilişkili olduğu bilinmektedir. OSAS'ta kardiyovasküler olaylardan (KVO) intratorasik basınç dalgalanmaları, intermitant hipoksi, uyku bölünmeleri ve artmış sempatik aktivite sorumlu tutulmaktadır. Bu çalışmada kardiyovasküler hastalıklar yönünden yüksek riskli olan alt grupların belirlenmesi amaçlanmaktadır.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** TÜSAD-GEAK bünyesinde çok merkezli olarak tasarlanan çalışma için Haziran 2019- Haziran 2020 arasında OSA tespit edilmiş (AHI>5/saat) hastalar değerlendirmeye alındı. Uykuda solunum bozukluklarına ait semptomları başladıktan sonra KVO (akut koroner sendrom sonucu kag+stent/balon valvuloplasti, CABG yada serebrovasküler olay) geçirme hikayesi olan OSAS hastalarının (çalışma grubu) klinik ve polisomnografik özellikleri retrospektif olarak tarandı. Bu hastalara ait veriler aynı tarihler arasında uyku kliniğine başvuran ama KVO hikayesi olmayan, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş hastalarla (kontrol grubu) istatistiksel yöntemler ile karşılaştırılmalı olarak değerlendirildi. Çalışma grubundaki hastaların KVO öncesine göre kilo, sigara ve alkol durumu, subjektif uyku süresindeki değişimler kaydedildi.

**BULGULAR:** Veri girişi tamamlanan 190 hastadan yaş ve cinsiyet yönünden eşleştirilen 141 hasta (47 çalışma grubu ve 94 kontrol grubu) çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaşı 54.2 olan hastaların %27.7'si kadınlardan oluşmakta idi. Çalışma grubunda KVO açısından aile hikayesi, hipertansiyon ve hiperlipidemi komorbiditelerinin bulunma oranları istatistiksel açıdan daha yüksekti. Sigara kullanım miktarı, gündüz aşırı uyku hali ve tanıklı apne semptomlarının süresi, bel, boyun çevresi ölçümleri ve epworth uykululuk skalası puanının da çalışma grubunda istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü (Tablo1). Polisomnografik parametrelerden uyku başladıktan sonra uyanma süresi (WASO) ve apne-hipopne indeksi (AHI) çalışma grubunda daha yüksek iken nREM3 ve supin pozisyonda geçen uyku yüzdeleri kontrol grubuna göre daha düşüktü (Tablo2). KVO anındaki yaş açısından da kontrol grubu ile eşleşen çalışma grubunun subjektif uyku süresi, alkol durumu, menapoz durumu KVO sonrası ile benzerdir (Tablo 3). Ancak KVO öncesi sigara içen 23 kişiden 9'u (%39.1) sigarayı bırakmıştır. Kadın hastalarda yapılan subgrup analizindeki anlamlı bulgular Tablo4'te özetlenmiştir.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** KVO, OSAS'ın en mortal sonuçlarındandır. Bu çalışmada KVO geçirmiş hastaların demografik ve polisomnografik özellikleri ayrıntılı olarak ortaya konmuştur. Ayrıca kadın OSAS'ta KVO açısından farklı risk faktörleri olabileceği gösterilmiştir. KVO öncesi demografik veriler benzer olsa da bu sonuçlar prospektif çalışmalarla desteklenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** kardiyovasküler olay, Obstrüktif uyku apne sendromu, polisomnografi

Tablo 1

Tablo 1 :Klinik Özellikler

|                       |             | Çalışma grubu(n = 47) | Kontrol grubu(n=94) | p değeri |
|-----------------------|-------------|-----------------------|---------------------|----------|
|                       |             | ortalama ±SS          | ortalama ±SS        |          |
|                       |             | median (25.-75.p)     | median (25.-75.p)   |          |
|                       |             | %(n)                  | %(n)                |          |
| yaş                   |             | 56.0 ± 8.9            | 53.2 ± 9.3          | 0.098    |
| KVO anındaki yaş      |             | 51.1 ± 7.8            | 53.2 ± 9.3          | 0.179    |
| cinsiyet              | K           | %27.7 (13)            | %27.7 (26)          | 1.000    |
|                       | E           | %72.3 (34)            | %72.3 (68)          |          |
| sigara                | hiç içmemiş | %34 (16)              | %48.9 (46)          | 0.244    |
|                       | bırakmış    | %36.2 (17)            | %27.7 (26)          |          |
|                       | aktif       | %29.8 (14)            | %23.4 (22)          |          |
| sigara p/y            |             | 375 (25 - 57.5)       | 20 (18 - 30)        | 0.001    |
| Ek hastalıklar        | HT (+)      | %63.8 (30)            | %34 (32)            | 0.001    |
|                       | süresi(yıl) | 6.5 (2.3 - 10.8)      | 5 (3 - 10)          | 0.471    |
|                       | HL (+)      | %31.9 (15)            | %96 (9)             | 0.001    |
|                       | süresi(yıl) | 5 (2 - 10)            | 4.5 (0.8 - 10)      | 0.261    |
|                       | DM (+)      | %28.3 (13)            | %18.5 (17)          | 0.141    |
|                       | süresi(yıl) | 6.5 (2.8 - 11.3)      | 7.5 (1.8 - 10.5)    | 0.750    |
|                       | SH (+)      | %19.1 (9)             | %16 (15)            | 0.641    |
|                       | süresi(yıl) | 2.5 (0.3 - 17.5)      | 7 (3.3 - 18.5)      | 0.302    |
| Aile hikayesi         |             | %51.1 (23)            | %29.2 (26)          | 0.013    |
| VKİ (kg/m2)           |             | 31.4 (29.7 - 34.9)    | 31.1 (28.3 - 33.9)  | 0.441    |
| Bel çevresi (cm)      |             | 114.2 ± 13.3          | 109.0 ± 12.4        | 0.022    |
| Kalça çevresi (cm)    |             | 114 (109 - 120)       | 110 (102 - 120)     | 0.067    |
| Bel/kalça oranı       |             | 0.99 ± 0.08           | 0.97 ± 0.84         | 0.138    |
| Boyun çevresi (cm)    |             | 43.4 ± 3.6            | 41.6 ± 3.7          | 0.010    |
| Epworth               |             | 8 (5 - 13)            | 6.5(3.8 -10)        | 0.026    |
| Horlama               |             | %100 (47)             | %96.8 (91)          | 0.551    |
|                       | süresi(yıl) | 10 (5 - 15)           | 8 (3- 15)           | 0.125    |
| GAUH                  |             | %74.5 (35)            | %66 (62)            | 0.304    |
|                       | süresi(yıl) | 5 (5 - 10)            | 3 (2 - 10)          | 0.006    |
| Tanımlı apne          |             | %89.4 (42)            | %81.9 (77)          | 0.251    |
|                       | süresi(yıl) | 5 (4 - 10)            | 4 (2-10)            | 0.004    |
| Subjektif uyku süresi | <6saat      | %21.3 (10)            | %21.5 (20)          | 0.488    |
|                       | 6-8saat     | %53.2 (25)            | % 61.3 (50)         |          |
|                       | >8 saat     | %25.5 (12)            | %17.2 (16)          |          |

DM: diyabetes mellitus, GAUH gündüz aşırı uyku hali, HL: Hiperlipidemi, HT: Hipertansiyon, KVO:kardiyovasküler olav, SH: solunumsal hastalık, VKİ: Vücut-kitle indeksi.

Tablo 1:Klinik Özellikler



Tablo 2

Tablo2 : Polisomnografik Özellikler

|                                    |               | Çalışma grubu (n = 47) | Kontrol grubu(n = 94) | p değeri     |
|------------------------------------|---------------|------------------------|-----------------------|--------------|
|                                    |               | ortalama±SS            | ortalama±SS           |              |
|                                    |               | median(25.-75.p)       | median(25.-75.p)      |              |
| <b>TKS</b>                         |               | 457.8 (431.5 - 472.6)  | 453.1 (397.9 - 471.0) | 0.189        |
| <b>Net uyku süresi</b>             |               | 366(324.0 - 401.5)     | 371.5 (338.3 - 412.8) | 0.279        |
| <b>WASO</b>                        |               | 67.1 (32 - 94.5)       | 47 (18.4 - 66.9)      | <b>0.040</b> |
| <b>uyku etkinliği%</b>             |               | 81.4 (70.6 - 90.1)     | 85.8 (76.5 - 92.4)    | 0.075        |
| <b>Uyku latansı</b>                |               | 12.5 (3 - 36)          | 11.3 (5.9 - 30.1)     | 0.817        |
| <b>REM latansı</b>                 |               | 137.5(84.5 - 181.5)    | 124.8 (85.6 - 175.8)  | 0.712        |
| <b>uyku evreleri%</b>              |               |                        |                       |              |
|                                    | rem%          | 14 (10.6 - 18.8)       | 15.3 (11.5 - 19.1)    | 0.681        |
|                                    | nrem1%        | 9.8 (4 - 13.5)         | 7.6 (4.1 - 11.7)      | 0.425        |
|                                    | nrem2%        | 57.5 (51.8 - 62.5)     | 55.3 (44.6 - 61.2)    | 0.100        |
|                                    | nrem3%        | 15.5 (10 - 23)         | 21.5 (14.4 - 30.0)    | <b>0.006</b> |
| <b>AHİ</b>                         |               | 35 (22.3 - 59)         | 27.2 (16.4 - 42.7)    | <b>0.031</b> |
| <b>Santral apne indeksi</b>        |               | 0.96 (0.2 - 6.9)       | 0.5 (0 - 2.1)         | 0.088        |
| <b>Obstrüktif apne indeksi</b>     |               | 6.8 (1.6 - 15.7)       | 5.4 (1.0 - 14.4)      | 0.410        |
| <b>Mixed apne indeksi</b>          |               | 0 (0 - 1.3)            | 0 (0 - 0.2)           | 0.075        |
| <b>Hipopne indeksi</b>             |               | 17.8 (6.5 - 32.0)      | 18.5 (10.5 - 27.0)    | 0.899        |
| <b>non REM AHİ</b>                 |               | 31.8 (32.1 - 61.3)     | 27.7 (15.0 - 45.6)    | 0.171        |
| <b>REM AHİ</b>                     |               | 30.8 (18.5 - 58.3)     | 32.3 (15.5 - 55.6)    | 0.827        |
| <b>supin AHİ</b>                   |               | 59.0 (30.8 - 85.6)     | 45 (24.9 - 68.1)      | 0.203        |
| <b>nonsupin AHİ</b>                |               | 28.7 (13.3 - 58.5)     | 19.8 (9.3 - 44.0)     | 0.098        |
| <b>% supin</b>                     |               | 24.9 (9.1 - 33.7)      | 35.0 (17.1 - 53.0)    | <b>0.012</b> |
| <b>ortalama SpO2 %</b>             |               | 91 (87 - 93)           | 91 (89 - 93)          | 0.244        |
| <b>minimum SpO2%</b>               |               | 77 (65 - 84)           | 78 (67.8 - 84)        | 0.340        |
| <b>ODİ</b>                         |               | 30.9 (15.3 - 47.4)     | 21.9 (14.8 - 35.4)    | 0.164        |
| <b>Fenotip</b>                     | supin bağımlı | %12.8 (6)              | %19.1 (18)            | 0.276        |
|                                    | rem bağımlı   | %14.9 (7)              | %22.3 (21)            |              |
|                                    | diğer         | %72.3(34)              | %58.5 (55)            |              |
| <b>Uyku ile ilişkili hipoksemi</b> |               | %12.8 (6)              | %11.7 (11)            | 0.855        |

AHİ: apne-hipopne indeksi, ODİ: Oksijen desatürasyon indeksi, REM: rapid eye movement, SpO2: pulseoksimetre ile oksijen satürasyonu, TKS: toplam kayıt süresi, WASO: uyku başladıktan sonra uyanma süresi(wake after sleep onset)

Tablo2: Polisomnografik Özellikler

Tablo3:KVO öncesi/sonrası verilerin karşılaştırılması

|                       |              | KVO öncesi | KVO sonrası | P Değeri |
|-----------------------|--------------|------------|-------------|----------|
| sigara                | hiç içmemiş  | 11 (%28.2) | 11 (%28.2)  | 0.025    |
|                       | bırakmış     | 5 (%12.8)  | 14 (%35.9)  |          |
|                       | aktif        | 23 (%59)   | 14 (%35.9)  |          |
| alkol                 | hiç içmemiş  | 29 (%82.9) | 29 (%82.9)  |          |
|                       | sosyal içici | 5 (%14.3)  | 6 (%17.1)   |          |
|                       | bağımlı      | 1 (%2.1)   | 0 (%0)      |          |
| subjektif uyku süresi | < 6 saat     | 13 (%30.2) | 8 (%61.5)   | 0.42     |
|                       | 6 - 8 saat   | 19 (%44.2) | 4 (%30.8)   |          |
|                       | > 8 saat     | 11 (%25.6) | 13 (%30.2)  |          |
| menapoz               |              | 10 (%100)  | 10 (%100)   |          |

kvo:kardiyovasküler olay

Tablo 4: Kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı klinik-polisomnografik özellikler

|                          | Çalışma grubu (n =13)     | Kontrol grubu (n = 26)    | p değeri |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|----------|
|                          | ortalama ± SS             | ortalama ± SS             |          |
|                          | median: 25 - 75 persentil | median: 25 - 75 persentil |          |
| Boyun çevresi (cm)       | 41.4 ± 5.4<br>(n = 12)    | 38.6 ± 2.8<br>(n = 25)    | 0.044    |
| Horlama (süre: yıl)      | 10 (7 - 13.5)<br>(n = 13) | 4.5 ( 3 - 10)<br>(n = 24) | 0.039    |
| Tanımlı apne (süre: yıl) | 6 (5 - 10)<br>(n = 11)    | 2 (1 - 4)<br>(n = 19)     | 0.002    |
| HT (süre: yıl)           | 10 (6 - 12.8)<br>( n =10) | 4 (2.5 - 7.5)<br>(n = 13) | 0.008    |
| WASO                     | 92.5 (45.5 - 118.2)       | 47 (17.4 - 60.1)          | 0.006    |
| AHI                      | 33.3 (23.7 - 61.7)        | 19.9 (12.3 - 37.5)        | 0.034    |
| Uyku Etkinliği %         | 75 (66.5 - 80.8)          | 84.5 (77.9 - 92)          | 0.008    |
| nREM 2 %                 | 61.2 (49.3 - 67.2)        | 52.5 (44.3 - 58.2)        | 0.047    |
| nREM 3 %                 | 15.2 (13 - 24.4)          | 25.2 (18.8 - 41.4)        | 0.043    |

AHI: apne hipopne indeksi, HT: hipertansiyon, nREM: non rapid eye movement, WASO: uyku başladıktan sonra uyanma süresi(wake after sleep onset)

## SS-083

**OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMLU HASTALARDA ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİNİN (SEMSA) TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN İNCELENMESİ**

Merve Gülerüz Can<sup>1</sup>, Oğuz Köktürk<sup>2</sup>, Dilek Yapar<sup>3</sup>

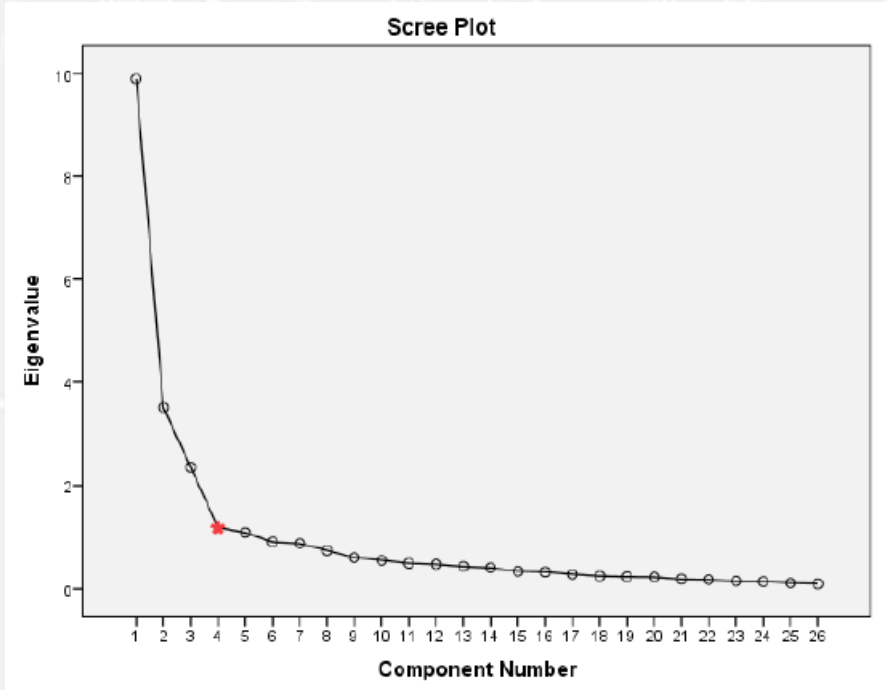
<sup>1</sup>Menteşe Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Muğla

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

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara

The Self-Efficacy Measure for Sleep Apnea (SEMSA) ölçeği obstrüktif uyku apne sendrom'lu (OSAS) hastaların sağlık inanışlarını değerlendirmek ve sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) cihazı kullanımını optimize etmek için tasarlanmış, 26 soru üç bölümden oluşan bir ölçektir. Hastalığa dair risk algısını, tedaviden beklentinin derecesini ve öz yeterliliği inceler. Bu çalışmamızda CPAP tedavi uyumuna bağlı bilişleri değerlendirmek için tasarlanan SEMSA ölçeğinin Türkçe versiyonunu (Tr-SEMSA) oluşturmayı ve Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğini saptamayı amaçladık. Ölçeğin kültürel adaptasyonu sürecinde Beaton ve arkadaşlarının ileri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçek Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran OSAS ön tanısı ile polisomnografi testi planlanan, OSAS tanısı konularak CPAP tedavisi planlanan veya OSAS tanısı ile CPAP tedavisi almakta olan hastalara uygulanmıştır. Araştırmaya yaş ortalaması 53,63±12,10 (min:27; maks:82) olan 144'ü (%75,4) erkek, 47'si (%24,6) kadın toplam 191 hasta dâhil edilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri toplam ve her bölüm skoru için >0,925 olarak saptanmıştır. Bir hafta ara ile uygulanan test/tekrar test güvenilirliği açısından, her bir bölüm için sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) 0,945-0,976 arasında bulunmuştur. Tr-SEMSA ölçeğinin 26 sorusu 3 faktörlü yapı göstermiş olup OSAS hastaları için geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Tr-SEMSA ölçeği hem tedavi başlangıcında hemde takibi sırasında Türk OSAS hastalarının; hastalık ile ilgili risk algılarını, tedaviden beklentilerini ve tedaviye uyum konusundaki öz yeterliliklerini değerlendirmek için uygun bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Halk Sağlığı, OSAS, Uyku Bozuklukları,

**Tr-SEMSA ölçeğinin scree plot eğrisi**

Tr-SEMSA Ölçeği 3 faktörlü yapı göstermiştir



**Tr-SEMSA ölçeğinin güvenilirlik analizleri**

|                      | Cronbach-Alfa Test (Tekrar test) | Test-Tekrar Test Güvenilirliği (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı=ICC) | Test-Tekrar Test Güvenilirliği r**(p) |
|----------------------|----------------------------------|---|---------------------------------------|
| Tr-SEMSA Toplam      | 0.932 (0.940)                    | 0.976 (0.968-0.982) *   | 0.953 (<0.001)                        |
| Risk Algısı          | 0.864 (0.894)                    | 0.955 (0.940-0.966)   | 0.916 (<0.001)                        |
| Sonuç Beklentisi     | 0.927 (0.933)                    | 0.971 (0.962-0.978)   | 0.944 (<0.001)                        |
| Tedavi Özyeterliliği | 0.925 (0.928)                    | 0.945 (0.927-0.959)   | 0.896 (<0.001)                        |

\* (%95 Güven Aralığı: min-maks) \*\* r: Pearson Korelasyon Katsayısı (rho)

**Tr-SEMSA ölçeğinin faktörlerinin toplam açıklanan varyansı**

| Faktör               | Özdeğer (Eigenvale) | Varyans Yüzdesi (%) | Kümülatif Varyans (%) |
|----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| Tedavi Özyeterliliği | 9.904               | 12.997              | 21.997                |
| Sonuç Beklentisi     | 3.504               | 21.353              | 43.350                |
| Risk Algısı          | 2.358               | 17.289              | 60.639                |

## SS-084 TEDAVİ İLE ORTAYA ÇIKAN SANTRAL APNE SENDROMUNDA YENİ BİR TEDAVİ SEÇENEĞİ: OLGU SERİSİ

Sezgi Şahin Duyar, Selma Fırat

SBÜ Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları uyku kliniği, Ankara

**GİRİŞ:** Tedavi ile ortaya çıkan santral apne sendromu (TECSA) obstrüktif uyku apnesi sendromunda pozitif havayolu basıncı (PAP) cihazları, ağız içi araç tedavisi yada cerrahi tedaviler sonrası görülebilen santral solunum olaylarının baskın hale geldiği bir fenomendir. Prevelansının %5-20 olduğu tahmin edilmektedir. Patogeneizde yüksek loop gain, hipoksinin tedavi ile düzelmesi, PAP kullanımı sırasında hava kaçağı ile CO<sub>2</sub> seviyesinin düşmesi ve yüksek basınçlarda parankimal gerim reseptörlerinin aktive olması ile merkezi solunum dürtüsünün baskılanması sorumlu tutulmaktadır. Tedavi uyumu iyi olan olguların çoğunda CPAP tedavisinin 2-3. ayında TECSA'nın gerilediği görülmektedir. CPAP tedavisine cevap vermeyen olgularda ise destek solunum frekansının belirlenebildiği BPAP-ST ya da ASV modları önerilmektedir.

**YÖNTEM:** Bu olgu serisinde kliniğimizde TECSA tansiyula 2019 yılında APAP tedavisi başlanan 4 erkek hastanın klinik özellikleri ve tedavi sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.

**BULGULAR:** Hastaların klinik özellikleri ve tedavi sonuçları Tablo1 ve 2'de özetlenmiştir. Hastalardan biri zorlu ossilasyon tekniği [forced oscillation technique (FOT)], diğer üçü ise obstrüktif basınç zirvesi [obstructive pressure peak (OPP)] yöntemi ile santral apneleri ayırtedebilen APAP cihazları kullanmakta idi. Hastalardan sadece birinde titrasyon sırasında yüksek kaçak oranı mevcuttu. Cihaz kayıtları tüm hastaların kullanım sürelerinin yeterli olduğunu göstermekte idi. Takiplerinde hem santral hem de obstrüktif solunumsal olayların gerilediği gözlemlenmiştir. Hastaların kontrol verileri farklı tedavi sürelerine aittir. Hasta 1'de tedavinin 2. haftasına ait kayıtlarda dahı santral olayların azaldığı gözlenirken diğer hastalarda daha uzun süreli tedavi sonuçlarının da başarılı olduğu görülmektedir (Tablo2).

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** APAP cihazları sürekli güncellenmektedir. Yeni APAP cihazları FOT/OPP yöntemlerini kullanarak santral apneleri daha etkin olarak ayırtetmekte ve bu durumda basınç yükselmesini engellemektedir. Bu yolla gerim reseptörleri üzerindeki etki azalacağı için APAP cihazları da TECSA da bir tedavi seçeneği olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** obstrüktif basınç zirvesi, otomatik pozitif havayolu basıncı, tedavi ile ortaya çıkan santral apne sendromu, zorlu ossilasyon tekniği

Tablo 1

Table1: Demographic and polysomnographic characteristics of the patients

| Patients   | Age | BMI(kg/m <sup>2</sup> ) | PSG AHI | PSG Central apne index | Titration RDI | Titration Central apne index | Prescribed min. pressure | Prescribed max. pressure |
|------------|-----|-------------------------|---------|------------------------|---------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Patient #1 | 38  | 29,0                    | 20,1    | 7,3                    | 11,8          | 11,5                         | 8                        | 14                       |
| Patient #2 | 57  | 32,4                    | 18,4    | 4,5                    | 8,9           | 8,4                          | 6                        | 14                       |
| Patient #3 | 29  | 22,6                    | 28,1    | 4,8                    | 7,3           | 6,1                          | 6                        | 14                       |
| Patient#4  | 51  | 31,7                    | 68,7    | 0,5                    | 19,4          | 14,4                         | 8                        | 14                       |

AHI: apnea-hipopnea index, BMI: body-mass index, PSG: polysomnography, RDI: respiratory disturbance index

Tablo1: Dermografik özellikler ve PSG sonuçları

Tablo 2

Table2: Follow-up records from the APAP device

| Patients   | Follow-up time        | data period (days) | Usage min/night | Days used % | RDI | obstructive apne index | Central apne index | P95 | max. pressure |
|------------|-----------------------|--------------------|-----------------|-------------|-----|------------------------|--------------------|-----|---------------|
| Patient #1 | 15 <sup>th</sup> day  | 15                 | 412             | 100         | 1,9 | 0,1                    | 1,8                | 10  | 12,6          |
| Patient #2 | 4 <sup>th</sup> month | 90                 | 413             | 90,2        | 1,2 | 0,2                    | 0,7                | 8,9 | 10,2          |
| Patient #3 | 6 <sup>th</sup> month | 60                 | 324             | 78          | 2,9 | 0,4                    | 2,5                | 14  | 14            |
| Patient#4  | 9 <sup>th</sup> month | 60                 | 308             | 96          | 2,5 | 0,1                    | 2,5                | 9,5 | 12,5          |

APAP:automatic positive airway pressure, RDI: respiratory disturbance index

Tablo2: APAP tedavisi takip kayıtları



SS-085

**OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMU TANISI KONULAN HASTALARDA FRONTAL QRS-T AÇISI**Nur Aleyna Yetkin<sup>1</sup> (0000-0001-5974-9129), Yücel Yılmaz<sup>2</sup><sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği<sup>2</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

**GİRİŞ:** Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS), uyku sırasında oksijen satürasyonunun azalması ve uyku yapısının bozulması ile ilişkili, tekrarlayan üst hava yolu tıkanıklığı, apne ve hipopne ile karakterize bir hastalıktır. OUAS hastalarında ventriküler aritmilerinde içinde olduğu çeşitli aritmi ve ileti bozuklukları görülebilmektedir. Frontal QRS-T açısı, miyokardiyal repolarizasyonu değerlendirmek için yeni bir belirteçtir ve frontal QRS-T açısının artışı ile ventriküler aritmi ve ani kardiyak ölüm arasında ilişki bulunmuştur. Bu çalışmamızda, OUAS hastalarında frontal QRS-T açısını araştırmayı amaçladık.

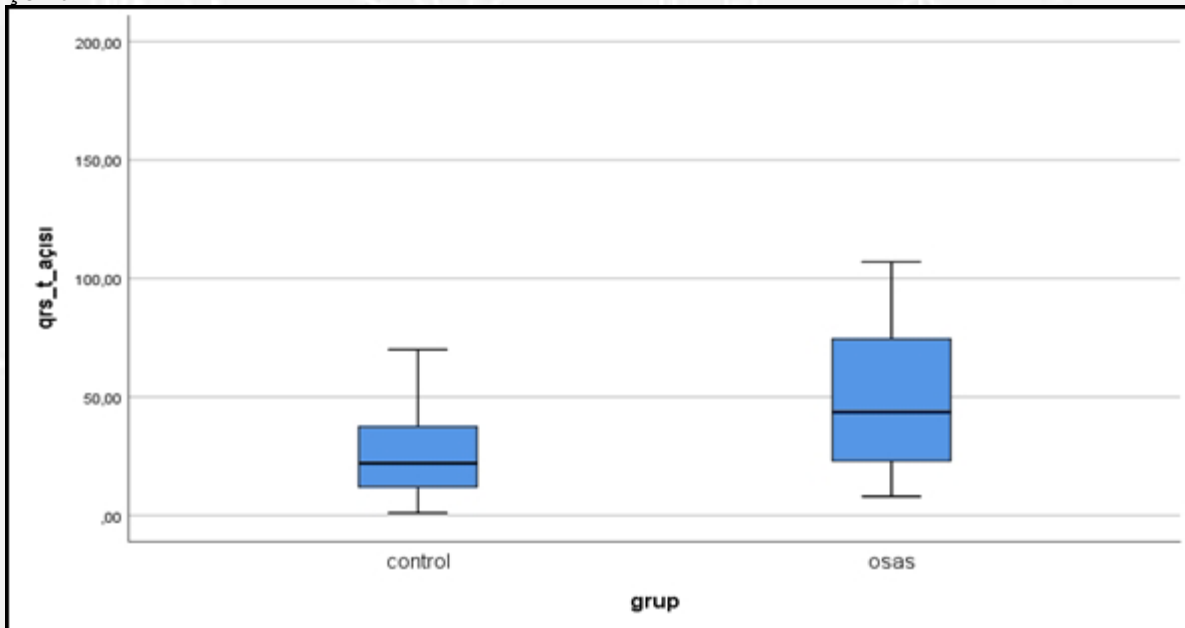
**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Hastanemiz uyku laboratuvarına Kasım 2019 ile Temmuz 2020 arasında başvuran, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve polisomnografi ile tanı konulan 36 OUAS hastası ve 26 kontrol dahil edildi. Hastalara bazal ekokardiyografi tetkiki yapıldı. Frontal QRS-T açısı 12 derivasyonlu elektrokardiyografiden, dijital kaliper ile grupları bilmeyen bir hekim tarafından hesaplandı.

**BULGULAR:** Gruplar arasında bazal demografik özellikler (yaş, cinsiyet, vücut-kitle indeksi vb), kan parametreleri ve ekokardiyografi ölçümleri açısından farklılık tespit edilmedi. Frontal QRS-T açısı, OUAS hastalarında  $50,27^\circ \pm 34,95^\circ$  ve kontrol grubunda  $29,83^\circ \pm 28,63^\circ$  olarak tespit edildi ( $P < 0,05$ ). (Şekil)

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** Frontal QRS-T açısı OUAS grubunda anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi. Sonuçlarımız, QRS-T açısının 400 üzerinde olması kardiyak olaylar için bağımsız öngördürücü olduğu göz önünde bulundurulduğunda, OSAS hastalarının ventriküler aritmi ve ani kardiyak ölüm açısından risk altında olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Obstrüktif Uyku Apne Sendromu, EKG, Frontal QRS-T Açısı

Şekil 1



**SS-086****MİGREN OLGULARINDA HASTALIĞA BAĞLI ÖZÜRLÜLÜK ŞİDDETİNİN UYKU KALİTESİ, GÜNDÜZ AŞIRI UYKU HALİ VE UYKUSUZLUK ÜZERİNE ETKİSİ**

Hatice Limoncu<sup>1</sup>, Özge Aydın Güçlü<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Boyabat 75. Yıl Devlet Hastanesi, Nöroloji, Sinop

<sup>2</sup>Boyabat 75. Yıl Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Sinop

**GİRİŞ:** Migren, ağrı sırasında gerek iş yerinde gerekse ev içinde yapılan aktivitenin bırakılması ya da verimliliğin azalmasına yol açarak özürllülüğe neden olabilen bir hastalıktır. Çalışmamızda migren olgularında uyku kalitesi, gündüz aşırı uyku hali ve insomnia düzeylerinin migrenin yol açtığı özürllülük ile olan ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**METOD:** Çalışmaya 48 migren hastası dahil edildi. Tüm hastaların demografik verileri, sigara öyküleri, migrene bağlı gelişen özürllülük durumu, gündüz uyku hali, uyku kalitesi ve insomnia şiddeti kaydedildi. Hastalara son 3 ay içindeki tüm aktivite alanlarını değerlendirerek migren özürllülüğünü belirleyen bir test olan Migraine Disability Assessment Test (MIDAS) uygulandı. Epworth Uykululuk Ölçeği (ESS), Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PSQI) ve Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (Insomnia Severity Index-ISI) migren hastalarında sırası ile gündüz uyku hali, uyku kalitesi ve uykusuzluk şiddetini değerlendirmek için kullanıldı.

**BULGULAR:** Olguların yaşları 16-56 arasında (ortalama 33,3±8,8 yaş) olup, 41'i (%85,4) kadındı. MIDAS skoru ortanca 23 [3-145] idi. Olguların 43'ünde (%89,6) fotofobi, 15'inde (%31,3) aura bulunmaktaydı. Ortalama ESS 10,39±5,26, ortalama ISI 11,39±6,35 ve ortalama PSQI 7,5±3,35 idi. Migren olgularının 31'inin (%64,6) kötü uyku kalitesine sahip olduğu; 13'ünün (%27,1) orta düzeyde ve 2'sinin (%4,2) şiddetli uykusuzluk düzeyinin olduğu belirlendi. MIDAS total skor ile PSQI arasında pozitif korelasyon saptanmış iken (r=0,371, p=0,009), MIDAS ile ESS ve ISI arasında istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmadı (sırasıyla, r=0,278, p=0,056; r=0,225, p=0,124).

**SONUÇ:** Uyku ve uyanıklık düzenindeki değişiklikler migrenin bilinen tetikleyicilerindendir. Uykusuzluk, aşırı uyku, uyku kalitesindeki bozulmalar, jet-lag, vardiyalı çalışma gibi durumlar migren atağının sıklaşmasına ya da ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Çalışmamızda migrene bağlı özürllülük şiddetinde artışın uyku kalitesini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Gündüz uyku hali, Migren, MIDAS, Uyku kalitesi, Uykusuzluk şiddeti

**SS-087****ASTIMLI HASTALARDA SIK BİR KOMORBİDİTE OLARAK DİSFONKSİYONEL SOLUNUM**

Dane Ediger, Fatma Esra Günaydın, Müge Erbay

Uludağ Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ-AMAÇ:** Disfonksiyonel solunum kardiyopulmoner hastalıklara sekonder görülebilen anormal solunum paternleri ile karakterize bozukluktur. Astımlı hastalarda disfonksiyonel solunumla ilgili bilgi kısıtlıdır. Bu çalışmada astımlı hastalarda disfonksiyonel solunumun sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**METOD:** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmunoloji ve Alerji Bilim Dalı polikliniğinde takipli astım tanılı hastalara Nijmegen anketi uygulandı, 23 puan ve üzeri puanı olan hastalar disfonksiyonel solunum olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya 169 astımlı hasta dahil edildi. Olguların 131' i kadındı (77%) ve yaş ortalaması 43.8± 14.3 idi. Hastaların 35%'inde disfonksiyonel solunum mevcuttu. Disfonksiyonel solunumu olan hastaların puanı normal solunumu olanlara göre mMRC skoru daha yüksekti ( $p>0.05$ ). Astım kontrol testi(AKT) puanına göre astımı kontrol altında olmayanlarda disfonksiyonel solunum normal solunuma göre daha sıklı. FEV1 ile Nijmegen puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

**TARTIŞMA:** Disfonksiyonel solunum astımlı hastalarda sık görülmektedir, FEV1 düşüklüğü ve astım kontrolsüzlüğüyle ilişkili bir komorbiditedir bu nedenle astımlı hastaların tedavisinde göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** astım, disfonksiyonel solunum, komorbidite



**SS-088****BRONŞİOLİTİS OBLİTERANS TANILI HASTALARIMIZIN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ**

Aslı İmran Yılmaz<sup>1</sup>, Gökçen Ünal<sup>1</sup>, Büşra Sultan Kibar<sup>2</sup>, Sevgi Pekcan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram tıp fakültesi, çocuk göğüs hastalıkları

<sup>2</sup>Yalova devlet hastanesi, çocuk sağlığı ve hastalıkları

Bronşiyolitıs obliterans (BO) akut alt solunum yollarının ağır hasarı sonrası oluşan distal hava yollarında inflamatuvar ve obstrüktif yanıt ile karakterize, nadir görülen bir kronik akciğer hastalığıdır. Çocuklarda BO'nın en sık nedeni özellikle adenovirüs enfeksiyonu, daha nadir olarak ise mycoplasma, influenza, parainfluenza, kızamık, solunum sinsityal virüsü (RSV) ve boğmaca enfeksiyonları gelmektedir. Uzamış klinik bulgular ve devam eden oksijen ihtiyacının olması PİBO'ı düşündürmelidir. BO'da erken tanı ve tedavi çok önemlidir.

**MATERYAL-METOD:** Merkezimiz çocuk göğüs hastalıkları bölümünde 2009-2018 yılları arasında BO tanısı alan toplam 33 olguyu retrospektif olarak inceledik. Hastalar tanı yaşı, cinsiyet, klinik, radyolojik bulgular, ek hastalık olup olmadığı, aldığı tedavi, yoğun bakım ihtiyacı ve sft bulguları açısından değerlendirildi.

**SONUÇLAR:** Kliniğimize başvuran 33 olguyu inceledik, cinsiyete göre dağılımda erkek/kız oranı 18/15 şeklinde idi. Hastalarımızın tanı yaşı 4 ay-12 yaş arasında, takip süreleri ise 1-12 yıl arasında değişiyordu. Hastalarımızın geliş şikayetleri hırıltı, öksürük, nefes darlığı, sık hastalanma idi. 3 Hastamızda MacLeod sendromu tespit edildi, 2 tanesine lobektomi yapıldı. 14 hastamızda primer immün yetmezlik tanısı dışlanarak, hastalık ağır seyrettiği için IVIG tedavisi verildi. 3 Tane hastamız ise tanımlanmamış immün yetmezlik tanısı ile, 1 hastamız Down sendromuna sekonder gelişen immün yetmezlik tanısı ile, 1 hastamız da CVID tanısı alarak IVIG tedavisine devam etti. Hastalarımızda 4 RSV, 3 İnfluenza, 3 Parainfluenza, 2 Rhinovirüs tespit edildi. 7 hastamızın yoğun bakım ihtiyacı oldu. Yoğun bakım ihtiyacı olan hastalarımızdan 1 tanesi hipoplastik sağ kalp tanısı da aldı. Bu hasta ile birlikte uzun süre ve halen oksijen tedavisi alan toplam 4 hastamız oldu. Bu hastalarımızdan 1'i ex oldu. Sft ile takip edebildiğimiz 17 hastada solunum fonksiyonlarında düzelme gözlemlendi. Başlangıç SFT de sırayla min, max, ort değerler FEV1 için: 20, 87, 55 FVC için: 28, 81, 51 FEF 25-75 için: 10, 75, 40 değişkenlik min: 9 max: 24. tedavi sonrası sft de ise, FEV1 için: 29, 109, 68 FVC için: 28, 102, 67 FEF25-75 için: 26, 115, 62 değişkenlik min: 7 max: 16 ölçüldü. Tedavi olarak ortalama 2-3 ay süre metilprednizolon ve fayda görenlerde inhaler tedavi, ağır seyirli hastalarımıza düzenli ıvıg tedavisi verildi. Hastalarımızda tespit edebildiğimiz radyolojik **BULGULAR:** Her iki akciğerde yaygın yamalı hava hapsi ile uyumlu lüsen artışı, mozaik atenüasyon, yaygın yamalı buzlu cam görünümü, peribronşial kalınlıkta artma tespit edildi. Takip süresince kontrol bt lerde belirgin değişiklik gözlenmedi. Sonuç olarak; Postinfeksiyöz BO gelişen çocuklardaki ilk bulgular sıklıkla akut ağır viral bronşiolite benzer. Pnömoniden altı hafta sonra düzelmeyen hışıltı, öksürük, kreptan raller, egzersiz intoleransı veya oksijen ihtiyacı varsa BO akla gelmelidir. Erken tanı ve tedavi hastalığın prognozunda çok önemli bir yere sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** bronşiyolitıs obliterans, postinfeksiyöz bronşiyolitıs obliterans, retrospektif tarama

## SS-089

## YÜKSEK RİSKLİ(MASİF) PULMONER TROMBOEMBOLİDE DÜŞÜK DOZ RTPA UYGULAMASININ ETKİNLİĞİ

Bengü Şaylan

2.Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ:** Rekombinant doku plazminojen aktivatörü (rtPA) Pulmoner Tromboemboli tedavisinde en sık kullanılan trombolitik ajandır ve onaylanan dozu 2 saatte 100 mg'dır. Ancak hayat kurtarıcı bu ilacın belirtilen dozda kullanımının serebral hemoraji gibi ölümcül olabilecek komplikasyonlara yol açtığı bilinmektedir. Bu tip ölümcül komplikasyonlar kateter aracılı tedavi gibi direk emboliyi hedef alan tedavi şekillerinin gelişmesine yol açmış, ayrıca rtPA dozunun da tekrar gözden geçirilmesini sağlamıştır. Bu çalışmada retrospektif olarak düşük doz tedavi verdiğimiz hastalarda sağ kalım ve komplikasyonların sıklığı incelenmiştir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Hastanemiz İstanbul Kuzey Anadolu bölgesinin pulmoner emboli tedavi merkezi olması nedeniyle çevre hastanelerden pek çok emboli vakası kabul edilerek tedavi ve takip edilmektedir. Çalışmaya 2018 Ocak -2020 Şubat tarihleri arasında Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım ünitesine yatırılan ve azaltılmış doz rtPA (0,6 mg/kg Max. 50 mg/2 saat infüzyon) uyguladığımız 11 masif tromboemboli hastası dahil edildi. İşlem sırasında ve sonrasında ortaya çıkan tüm yan etkiler kaydedildi. İşlem öncesi ve sonrası Kardiyoloji Kliniği tarafından kardiyak değerlendirme yapıldı. Hastanın işlem öncesi ve sonrası satürasyon, tansiyon, nabız, solunum sayısı kaydedildi, troponin seviyeleri ölçüldü.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan hastaların 4'ü erkek (%36,6) ve 7'si (%63,6) kadındı. Yaş ortalaması 71,55±11,61 yıldı. Hastaların hepsi hipotansif ve hipoksikti. Tüm hastalarda sağ kalp dilatasyonu tespit edildi. Pulmoner arter basınçları(PAP) 45mm Hg ve üzeriydi. Sırasıyla tedavi öncesi ve sonrası satürasyonları (%80,91±5,66) (92±7,59), pulmoner arter basıncı(60,18±10,36)(37±10,33), sistolik tansiyon(99,09±5,39)(126,64±14,44), diyastolik tansiyon(55,45±7,89)(81,4±7,93) olarak ölçüldü. Tüm bu değerlerdeki değişiklik istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Majör kanama hiçbir hastada gözlenmedi. 2 hastada idrar yolu kaynaklı kanama ve ekimozlar görüldü. Entübe olarak hastanemize sevk edilen 2 hasta masif pulmoner emboliye bağlı olarak öldü.

**SONUÇ:** Çalışmamızda hastaların hiçbirinde kanamayla ilgili ciddi yan etki görülmemesi ve hastaların çoğunluğunda olumlu klinik sonuç elde edilmesi nedeniyle, düşük doz rtPA tedavisinin masif pulmoner emboliye gelen hastalarda acil tedavide kullanımı önerilebilir. Bulgularımız düşük doz rtPA kullanımını araştıran daha önceki çalışmalarinkine benzerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner Emboli, Trombolitik, rtPA

## Tedavi öncesi ve sonrası bulgular

|  | Tedavi Öncesi<br>(Before Treatment) | Tedavi Sonrası<br>(After Treatment) | P     |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| Satürasyon %                             | 80,91±5,66 (70-88)                  | 92±7,59 (70-98)                     | 0,004 |
| PAP(mmHg)                                | 60,18±10,36 (45-80)                 | 37±10,33 (30-65)                    | 0,005 |
| Sistolik TA (mmHg)                       | 99,09±5,39 (90-110)                 | 126,64±14,44 (90-140)               | 0,005 |
| Diastolik TA (mmHg)                      | 55,45±7,89 (40-70)                  | 81,4±7,93 (70-90)                   | 0,005 |
| Nabız(Pulse)/dk (min)                    | 116,45±16,39 (100-160)              | 88±18 (73-140)                      | 0,003 |
| Solunum Sayısı(Respiratory rate)/dk(min) | 30,18±3,54 (25-38)                  | 20,45±5,24 (16-35)                  | 0,005 |
| Troponin(ng/L)                           | 1487,4±1737,53 (16-4797)            | 34,4±30,12 (3-100)                  | 0,005 |

## SS-090

**SPİNAL CERRAHİ UYGULANAN YETİŞKİN HASTALARDA PREOPERATİF PULMONER DEĞERLENDİRME VE POST OPERATİF KOMPLİKASYONLARIN KRONİK PULMONER HASTALIKLARLA İLİŞKİSİ**

Aydın Balcı

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

**GİRİŞ:** Akciger dışı cerrahi girişim yapılan hastalarda kısa ve uzun sürede gelişen akciğer komplikasyonları önemli oranda morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. Bu nedenle Preoperatif pulmoner değerlendirme, cerrahi uygulanacak olan hastalarda pulmoner komplikasyon ve mortalite riskinin önceden belirlemek ve alınacak önlemleri önceden belirlemek amacıyla yapılır. Spinal cerrahi girişimlerin üst batın ve toraks cerrahisine göre post operatif pulmoner komplikasyon oranları az olsa da azımsanmayacak orandadır. Daha çok ileri yaşlarda yapılan operasyonlar olmaları ve opere edilenlerde çoğu zaman en az bir kronik hastalık mevcudiyetinin de bu komplikasyon oranlarında artışa neden olduğu üzerinde durulmaktadır. Bu nedenle bizde hastanemizde spinal cerrahi uygulanan yetişkin hastalarda preoperatif pulmoner risk değerlendirmesi, uygulanan operasyonun türü ile beraber postoperatif pulmoner komplikasyonlar ve mortalite üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Çalışmaya 2014-2019 tarihleri arasında hastanemiz nöroşirürji kliniğinde 870 cerrahi hastadan, spinal cerrahi uygulanan ve preoperatif pulmoner değerlendirme yapılmış yetişkin yaş grubundaki 104 hasta dahil edildi.. Hastaların dosya, hastane kayıtları, preoperatif konsültasyon verileri ve postoperatif konsültasyonları retrospektif olarak incelendi. Olguların yaşı, cinsiyeti, mevcut hastalıkları, preoperatif pulmoner risk sınıfı, ameliyat tipi ve süresi, anestezi türü(tüm hastalar genel anestezi altında opere edilmiştir.), peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastalarımızın 56(%53,8) sı erkek ve 48(%46,2) si kadınlardan oluşmakta idi. Hastaların 49(%47,1)'inde en az bir kronik hastalık mevcut idi. Sıklık sırasına göre 21(%20,2) astım, 20(%19,2) hipertansiyon mevcut idi. Tablo 1 de hastalar ve cinsiyet farkına ait demografik özellikler verilmiştir. En fazla yapılan spinal operasyonlar ise 35(%33,7) disk hernisiydi. Şekil 1 Hastalara verilen preoperatif riskler değerlendirildiğinde 51(%49) kişiye orta risk verilmiş idi. Şekil 2 Hastalardan 12(%11,5)'sinde postoperatif pulmoner komplikasyon meydana geldi. En sık pulmoner komplikasyonlar ise pnömoni, atelektazi ve pulmoner emboli idi. Preoperatif değerlendirme hastaneye başvuru durumu ve preoperatif riskler değerlendirildiğinde pulmoner hastalık varlığı ile post operatif riskler ve mortalite arasında anlamlı bir istatistiksel fark izlenmedi. Tablo 4

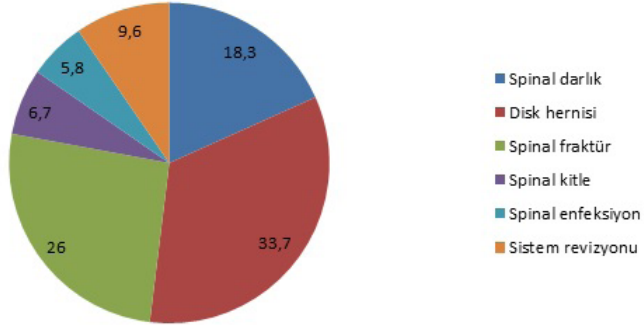
**SONUÇ:** Çalışmamızda spinal cerrahi öncesi preoperatif danışılan yetişkin hastalarda operasyon öncesinde mevcut olan pulmoner hastalık varlığı ile post operatif komplikasyon ve mortalite açısından anlamlı bir fark yok idi. Bu durumda bize preoperatif değerlendirme aşamasında verilen riskler ve bu risklere uyulduğu takdirde pulmoner hastalık varlığında dahi yapılan spinal operasyonlarda kronik hastalığı olmayan kişilerle benzer sonuçlar alınabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Spinal cerrahi, Preoperatif değerlendirme, Postoperatif komplikasyonlar

Şekil 1



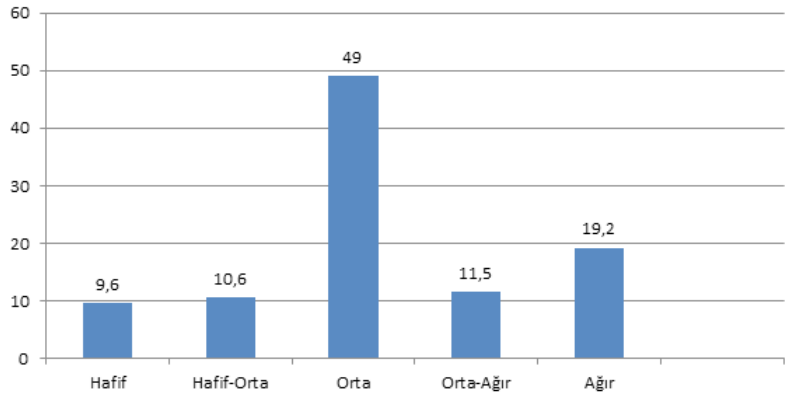
## Spinal cerrahi türleri



Spinal cerrahi türleri

## şekil 2

## Preoperatif pulmoner risk oranları



Preoperatif pulmoner risk oranları

tablo 2

| Pulmoner hastalık                    | Var  |      | Yok  |      | Total | P value |       |
|--------------------------------------|------|------|------|------|-------|---------|-------|
|                                      | n=31 | %    | n=73 | %    |       |         | n=104 |
| Preoperatif risk                     |      |      |      |      |       |         |       |
| Hafif                                | 2    | 6,5  | 8    | 11   | 10    | 9,6     |       |
| Hafif-Orta                           | 3    | 9,7  | 8    | 11   | 11    | 10,6    | 0,960 |
| Orta                                 | 16   | 51,6 | 35   | 47,9 | 51    | 49      |       |
| Orta-Ağır                            | 4    | 12,9 | 8    | 11   | 12    | 11,5    |       |
| Ağır                                 | 3    | 19,4 | 14   | 19,2 | 20    | 19,2    |       |
| Hastaneye başvuru şekli              |      |      |      |      |       |         |       |
| Normal                               | 24   | 77,4 | 58   | 79,5 | 82    | 78,8    |       |
| Acil                                 | 3    | 9,7  | 6    | 8,2  | 9     | 8,7     | 0,965 |
| Trafik Kazası                        | 4    | 12,9 | 6    | 12,3 | 13    | 12,5    |       |
| Yattığı Bölüm                        |      |      |      |      |       |         |       |
| Servis                               | 30   | 96,8 | 68   | 93,2 | 98    | 94,2    | 0,468 |
| Yoğun bakım                          | 1    | 3,2  | 5    | 6,8  | 6     | 5,8     |       |
| Postoperatif Solunumsal Komplikasyon | 3    | 9,7  | 9    | 12,3 | 12    | 11,5    | 0,699 |
| Pulmoner emboli                      | 1    | 3,2  | 2    | 2,7  | 3     | 2,9     | 0,892 |
| Taburculuk Tipi                      |      |      |      |      |       |         |       |
| Şifa ile                             | 24   | 77,4 | 59   | 80,8 | 83    | 79,8    |       |
| Hali ile                             | 5    | 16,1 | 12   | 16,4 | 17    | 16,3    | 0,666 |
| Vefat                                | 2    | 6,5  | 2    | 2,7  | 4     | 3,8     |       |

*Pulmoner hastalık durumuna göre verilen preoperatif pulmoner risk, postoperatif komplikasyon ve yatış durumları*

tablo 1

|   | Erkek       |      | Kadın        |       | Total       | P value |         |
|---|-------------|------|--------------|-------|-------------|---------|---------|
|   | n=56        | %53  | n=48         | %46,2 |             |         | n=104   |
| Kronik Hastalık                         | 21          | 37,5 | 28           | 58,3  | 49          | 47,1    | 0,034   |
| Hipertansiyon Ve Kroner Arter Hastalığı | 10          | 17,9 | 10           | 20,8  | 20          | 19,2    | 0,701   |
| Diyabet                                 | 5           | 8,9  | 2            | 4,2   | 7           | 6,7     | 0,334   |
| Kronik obstrüktif akciğer hastalığı     | 8           | 14,3 | 3            | 6,3   | 11          | 10,6    | 0,184   |
| Astım                                   | 6           | 10,7 | 15           | 31,3  | 21          | 20,2    | 0,009   |
| Konjestif kalp yetmezliği               | 2           | 3,6  | 4            | 8,3   | 6           | 5,8     | 0,299   |
| Nörolojik Hastalık                      | 2           | 3,6  | 3            | 6,3   | 5           | 4,8     | 0,524   |
| Tiroid fonksiyon Bozukluğu              | 1           | 1,8  | 1            | 2,1   | 2           | 1,9     | 0,912   |
| Malignite                               | 3           | 5,4  | 3            | 6,3   | 6           | 5,8     | 0,846   |
| Sigara                                  | 34          | 82,9 | 7            | 17,1  | 41          | 39,4    | p<0,001 |
| Yaş                                     | 56,21±10,69 |      | 57,92±6,46   |       | 57±8,99     |         | 0,005   |
| Ortalama Yatış Gün                      | 16,55±20,90 |      | 17,38±29,312 |       | 16,93±25,12 |         | 0,540   |
| Saturasyon                              | 93,51±4,36  |      | 94,14±3,06   |       | 93,80±3,81  |         | 0,193   |
| Nabız/Dakika                            | 82,42±17,00 |      | 76,95±12,00  |       | 79,90±15,09 |         | 0,304   |

*Cinsiyetlere göre ve toplamda bazı demografik özellikler ve bulgular*

## SS-091

**PULMONER SARKOİDOZLU HASTALARDA OBEZİTENİN KLİNİK VE LABORATUVAR İLE İLİŞKİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ**

İlim Irmak

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:** Sarkoidozis etyolojisi bilinmeyen ve sıklıkla akciğer tutulumu ile seyreden multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Obezite çeşitli otoimmün hastalık riskiyle ilişkilendirilmiştir ancak sarkoidoz ile ilişkisi net değildir. Hastalığın kronik sürecinde ileri semptomlarla fiziksel aktivitede azalma ve dolayısıyla kilo alımına yol açabilir. Diğer yandan sarkoidoz tedavisinde sıkça kullanılan steroid tedavisi yağ oranı artış, kas zayıflığı, yorgunluk hareketsizlik ve tüm bunlara bağlı kilo artışına katkıda bulunabilir. Çalışma pulmoner sarkoidozlu hastalarda obezitenin klinik, laboratuvar özelliklerle ve prognoz ile ilişkisini araştırmayı amaçlamaktadır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışma 1 Ocak 2015 ila 1 Ocak 2020 tarihleri arasında takip edilmiş olan pulmoner sarkoidozis tanılı 71 hastadan oluşmaktadır. Hastaların demografik, klinik, laboratuvar özellikleri geriye dönük incelenerek elde edilen veriler obez olan ve olmayanlar arasında karşılaştırılarak incelendi.

**BULGULAR:** Pulmoner sarkoidoz tanılı 71 hastanın 62'sini kadın (%87,3) hastalar oluşturmakta ve ortalama yaş 56,5 ± 13,1 idi. Obez olanlar (%42,2) ve olmayanlar (%57,8) karşılaştırıldığında obez olanlarda olmayanlara göre daha fazla kalp ve kemik/eklem tutulumu mevcut olup (p=0,033 ve p=0,026) C-reaktif protein (CRP) ve laktat dehidrogenaz (LDH) (p=0,005 ve p=0,006) anlamlı yüksek saptandı. Her iki grup prognoz açısından benzerdi.

**SONUÇ:** Obezite pulmoner sarkoidozlu hastalarda kalp ve kemik/eklem tutulumları ile ilişkilidir. Bunun yanısıra birer non-spesifik inflamatuvar belirteç olan CRP ve LDH obez hastalarda daha yüksektir.

**TARTIŞMA:** Obezitenin sarkoidozda herhangi bir hastalığın sonucu mu yoksa risk faktörü mü olduğuna ilişkin farklı sonuçlar mevcuttur. Obez bireylerde sarkoidoz gelişme riskinin non-obezlere göre 2 kat arttığı gösterilmiştir (1). Diğer yandan kronik sarkoidoz hastalarında halsizlik, efor kapasitesinde azalma ile hareket azlığı ve buna bağlı kilo alımına yol açtığı öne sürülmektedir. Bununla birlikte sarkoidoz tedavisinde en yaygın kullanılmakta olan steroid tedavisine bağlı kas kitlesinde azalma, vücut yağ oranında artış gibi tedavinin bir sonucu olarak obezitenin geliştiği vurgulanmaktadır. Kimi yazarlar obezitenin sarkoidozda hem tedavi sonucu hem de porinflamatuvar zemin oluşturması ile hastalık riskine katkıda bulunduğunu belirtmişlerdir (2). Ancak obez sarkoidozlarda organ tutulumu ve laboratuvar özelliklere ilişkin bilgi sınırlıdır. Çalışmamızda kalp ve kemik/eklem tutulumunun obez grupta daha fazla görülmesi steroid tedavinin sonucu olabileceği görüşü desteklese de her iki hasta grubunda steroid tedavinin benzer olması ve LDH, CRP gibi inflamatuvar belirteçlerin obezlerde daha yüksek olması obezitenin sarkoidozda proinflamatuvar sürece katkıda bulunduğu kanısını destekler.

**Anahtar Kelimeler:** pulmoner sarkoidoz, obezite, klinik, laboratuvar



## Grupların klinik özelliklerinin karşılaştırması

|                               | Obez grup<br>(n=30) | Non-Obez grup<br>(n=41) | p değeri |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------|----------|
| Extra-pulmoner organ tutulumu | -                   | -                       | -        |
| Cilt                          | 19                  | 17                      | 0.069    |
| Göz                           | 5                   | 4                       | 0.387    |
| Karaciğer                     | 6                   | 5                       | 0.369    |
| Dalak                         | 0                   | 3                       | 0.130    |
| Santral sinir sistemi         | 0                   | 2                       | 0.220    |
| Kalp                          | 1                   | 1                       | 0.822    |
| Hiperkalsemi/hiperkalsüri     | 5                   | 1                       | 0.033    |
| Böbrek                        | 1                   | 4                       | 0.296    |
| Kemik/eklem                   | 1                   | 1                       | 0.822    |
| Löfgren sendromu              | 8                   | 3                       | 0.026    |
|                               | 1                   | 3                       | 0.472    |
| Tedavi alan                   | 19                  | 28                      | 0.359    |
| Steroid tedavi                | 19                  | 28                      | 0.359    |
| İmmünomodülatör ilaç          | 12                  | 11                      | 0.339    |
| Hastalık seyri                | -                   | -                       | -        |
| Stabil                        | 20                  | 23                      | 0.368    |
| Remisyon                      | 8                   | 11                      | 0.988    |
| Relaps                        | 0                   | 2                       | 0.220    |
| Progresyon                    | 2                   | 5                       | 0.440    |
| Kötü prognoz                  | 2                   | 7                       | 0.193    |

*kalp ve kemik/eklem tutulumu obezlerde anlamlı oranda fazla saptandı*

## Grupların laboratuvar özelliklerinin karşılaştırması

|                  | Obez Grup<br>(n=30) | Non-Obez Grup<br>(n=41) | p değeri |
|------------------|---------------------|-------------------------|----------|
| Lökosit          | 8.21 ± 2.32         | 8.30 ± 2.87             | 0.879    |
| Hemoglobin       | 13.2 ± 1.46         | 13.4 ± 1.55             | 0.640    |
| Trombosit        | 260 ± 62            | 254 ± 66                | 0.703    |
| BUN              | 22 ± 20             | 15 ± 10                 | 0.116    |
| Kreatinin        | 0.8 ± 0.5           | 0.9 ± 1.13              | 0.643    |
| AST              | 24 ± 10             | 30 ± 49                 | 0.544    |
| ALT              | 27 ± 20             | 22 ± 13                 | 0.206    |
| LDH              | 252 ± 62            | 197 ± 53                | 0.006    |
| ALP              | 93 ± 35             | 90 ± 13                 | 0.589    |
| Albumin          | 4.04 ± 0.44         | 4.11 ± 0.19             | 0.512    |
| Total Kolesterol | 213 ± 44            | 199 ± 39                | 0.217    |
| HDL              | 50 ± 12             | 48 ± 16                 | 0.541    |
| LDL              | 143 ± 32            | 133 ± 28                | 0.225    |
| TG               | 178 ± 84            | 144 ± 69                | 0.087    |
| Kalsiyum         | 9.6 ± 0.3           | 9.5 ± 0.5               | 0.476    |
| Fosfor           | 3.5 ± 0.4           | 3.4 ± 0.8               | 0.803    |
| ACE              | 39 ± 32             | 40 ± 29                 | 0.890    |
| CRP              | 1.18 ± 1.23         | 0.56 ± 0.43             | 0.005    |

*CRP ve LDH obez grupta anlamlı yüksek saptandı*

SS-092

**METABOLİK SENDROMLU KORONER ARTER HASTALARINDA SOLUNUM FONKSİYONLARI İLE PERİFERİK VE SOLUNUM KAS KUVVETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**Kıymet Muammer<sup>1</sup>, Fatma Mutluay<sup>2</sup>, Rengin Demir<sup>1</sup>, Alev Arat Özkan<sup>1</sup><sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Haseki/İstanbul<sup>2</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kavacık/İstanbul**AMAÇ:** Bu çalışma metabolik sendromlu koroner arter hastalarında (KAH) solunum fonksiyonları ile periferik ve solunum kas kuvveti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.**METOD:** Çalışmaya 60 yetişkin metabolik sendromlu KAH (51E, 9K; ortalama değerler; yaş: 56,42±7,40 yıl, boy: 1,77±4,95 cm, kilo: 90,08±12,41 kg, vücut kitle indeksi: 32,02±3,57 kg/m<sup>2</sup>) dahil edildi. Olguların solunum fonksiyonları spirometri, solunum kas kuvveti [maksimal inspiratuar basınç (MIP) ve maksimal ekspiratuar basınç (MEP)] ağız basınç ölçüm cihazı, dispne algılaması Modifiye Medical Research Council (mMRC) dispne skalası (0:Hiç - 4:Çok Ağır), periferik kas kuvveti üst ekstremitede Handgrip testi, alt ekstremitede "sit-to-stand (STS)" testi ile değerlendirildi. Periferik ve solunum kas kuvvetinin solunum fonksiyonları ile ilişkisi araştırıldı. Verilerin istatistiksel analizinde ilişkileri değerlendirmede "Spearman" ve "Pearson" korelasyon katsayısı kullanıldı.**BULGULAR:** Metabolik sendromlu KAH' da solunum fonksiyon testi (SFT) ortalamaları; %FVC: 87,40±15,08, %FEV1: 89,90±16,71, FEV1/FVC: 83,82±6,10, %FMF25-75: 82,60±32,43, %PEF: 90,98±20,80 idi. Solunum kas gücü ortalamaları MIP(cmH<sub>2</sub>O) 94,03±23,73, MEP (cmH<sub>2</sub>O) 128,60±33,72, mMRC skoru 0,75±0,70 olarak belirlendi. Metabolik sendromlu KAH'da %FVC ile üst periferik kas kuvveti sağ handgrip (r= 0,26 p=0,049), sol handgrip (r= 0,24 p=0,04), STS testi (r= 0,30 p=0,018), mMRC skoru (r= -0,28 p=0,028), %PEF ile sağ handgrip (r= 0,31 p=0,016), sol handgrip (r= 0,38 p=0,003), MIP(cmH<sub>2</sub>O) ile sağ handgrip (r= 0,50 p=0,000), sol handgrip (r= 0,46 p=0,000), STS testi (r= 0,38 p=0,003) ilişkili olduğu bulundu.**TARTIŞMA:** Metabolik sendromlu KAH' da solunum fonksiyonlarının ortalama değerleri normal sınırlar içinde idi. Ancak 20 hastada (%33;(15E,5K) solunum fonksiyonları restriktif paterndeydi. Solunum kas gücü 19 hastada (%32;(13E, 6K) MIP değeri ort. 80 cmH<sub>2</sub>O'dan düşük olduğu bulundu.**SONUÇ:** Metabolik sendromlu KAH'da periferik ve solunum kas kuvvetinin solunum fonksiyonları ile ilişkili olduğu sonucuna vardık.**Anahtar Kelimeler:** Koroner arter hastalığı, metabolik sendrom, periferik kas kuvveti, solunum kas kuvveti, solunum fonksiyonları

## SS-093

**AKCİĞER TRANSPLANTASYONU İÇİN SEVK EDİLEN İDİYOPATİK PULMONER FİBROZİSLİ HASTALAR: BEKLEME LİSTESİNDE MORTALİTE VEYA TRANSPLANTASYON**

Pinar Atagün Güney<sup>1</sup>, Atakan Erkılınc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

<sup>2</sup>Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon, İstanbul

**GİRİŞ VE AMAÇ:** İdiyopatik pulmoner fibroz (IPF), kötü prognozlu, kronik ve progresif bir akciğer hastalığıdır. IPF tıbbi tedavisindeki son gelişmelere rağmen, akciğer transplantasyonu (AT) hayatta kalma avantajını ve yaşam kalitesini artıran önemli bir tedavi seçeneğidir. AT için listelenen IPF'li hastalarda AT sonrası bekleme listesi mortalite ve sonuçlarını sunuyoruz.

**YÖNTEM:** AT için listelenen yirmi sekiz IPF hastaların klinik ve fonksiyonel durumuna göre geriye dönük olarak analiz edildi. Hastalar iki gruba ayrıldı: Grup 1, AT uygulanan hastalar (n = 17) ve Grup 2, bekleme listesinde ölen hastalar (n = 11).

**BULGULAR:** Gruplar arasında demografik ve klinik verilerde fark yoktu. Bekleme listesindeki medyan günler grup 1'de 71,2 (3-206) gün ve grup 2'de 110 (14-303) gündü. Grup 2'de arteriyel kan gazı satürasyonu istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü (Grup 1: % 82,9, Grup 2: % 74,2 p = 0,046). Diğer fonksiyonel testlerde, bekleme listesinde tahmini mortaliteyi belirleyecek herhangi bir kanıt bulunamadı. AT sonrası hastane mortalitesi % 23,5 (4/17); 12 hasta yaşıyordu. Bir ve üç yıllık sağkalım % 70,6 idi.

**SONUÇ:** AT, optimal tıbbi tedavisi yanıt vermeyen IPF'li her hasta için bir tedavi seçeneği olarak sunulmalıdır. Hastaların geç sevk edilmesi hem bekleme listesinde hem de AT sonrasında en önemli ölüm nedeniydi. İPF teşhisi konulur konulmaz hastalar nakil kliniğine sevk edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** idiyopatik pulmoner fibrozis, akciğer transplantasyonu, bekleme listesinde mortalite



SS-094

**COVID-19 TANILI HASTALARDA KAN D-DİMER DÜZEYİ İLE TORAKS TOMOGRAFİDE PULMONER VASKÜLER GENİŞLEME İLİŞKİSİ**Nazan Erbaş Kanat<sup>1</sup>, Melahat Uzel Şener<sup>1</sup>, Hakan Ertürk<sup>2</sup>, Ayperi Öztürk<sup>1</sup><sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

**GİRİŞ:** Küresel pandemi olan COVID-19 hastalığının prognozunu öngörmede bazı faktörler saptanmış olup halen çalışmalar devam etmektedir. Çalışmamızda ne kadar süreceği ön görülemeyen bu hastalığın prognozunu tayin etmede kullanılabilecek yeni bir belirteci ortaya koymayı amaçladık.

**MATERYAL-METOD:** Acil servisimize Mart-Mayıs 2020 tarihleri arasında başvuran RT-PCR pozitif COVID-19 tanısı almış, >18 yaş hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, başvuru şikayetleri, komorbiditeleri, kan d-dimer düzeyleriyle toraks bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları retrospektif incelenerek kaydedildi. Toraks BT'leri bir radyolog tarafından vasküler genişleme olup olmadığı açısından incelendi. Pulmoner vasküler genişleme; bt'de tespit edilen opasite içi ve/veya etrafındaki subsegmental pulmoner damarların (pulmoner arter-ven) çapının >3mm olması olarak tanımlandı (resim 1). Saptanan vasküler genişlemelerin akciğer loblarına göre dağılımı, aralarından çapı en büyük olanın milimetre cinsinden genişliği, santral ve/veya periferik akciğer alan dağılımı ve ana pulmoner arter çapı ölçülerek kaydedildi. Hastaların d-dimer düzeyleriyle vasküler genişleme arasındaki ilişki incelendi.

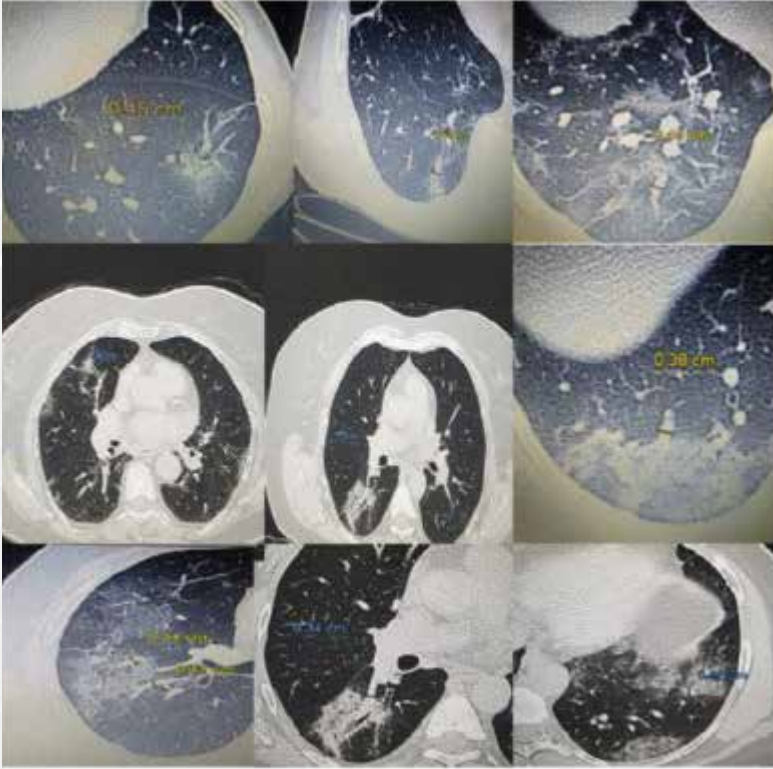
**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 25 hastanın 15'i (%60) erkek, 10'u (%40) kadındı. Ortalama yaş 48± 9 idi. En sık görülen radyolojik bulgular buzlu cam opasiteleri (%84), nodüler dansiteler (%68), konsolidasyon (%56) ve mediyastinal lenfadenopati (%44) idi. 15 hastada (%60) vasküler genişleme saptandı. D-dimer düzeyi, vasküler genişleme olan grupta ort. 2113± 3645 olup olmayan gruba göre (ort. 549 ± 299) istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,036) (resim 2). Vasküler genişleme olan ve olmayan gruplar arasında pulmoner arter çapı açısından fark saptanmadı (p=0,567).

**TARTIŞMA:** D-dimer yüksekliğinin COVID-19 hastalığın şiddetiyle ilişkili olduğu ve kötü prognozu gösterdiği çalışmalarda bildirilmiştir. Vasküler genişleme bu hastaların bt'lerinde saptanan bir bulgu olup patofizyolojisi henüz aydınlatılamamıştır. Çalışmamızda saptanan vasküler genişleme olan hastaların d-dimer düzeylerinin anlamlı derecede yüksek tespit edilmesi d-dimer yüksekliğinin kötü prognostik belirteç olmasıyla ilişkilendirilerek kötü prognoza gösterebileceğini düşündürmüştür. Ancak çalışmamızdaki vaka sayısının azlığı, çalışmanın retrospektif oluşu, sağkalım takibinin yapılmamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

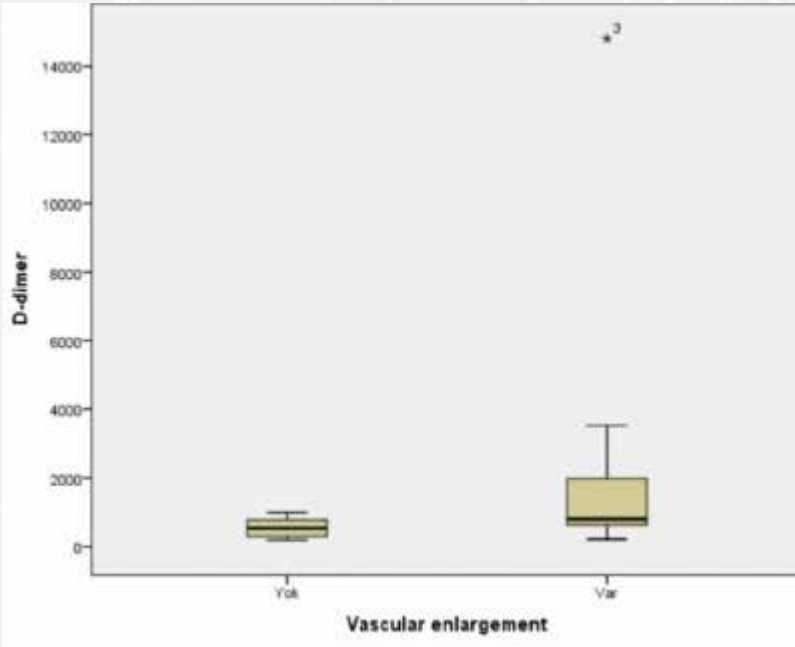
**SONUÇ:** Literatürde vasküler genişlemeyle d-dimer arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır; çalışmamız bu anlamda ilk çalışmadır. Ancak verilerimizin geniş çaplı, prognoz ve sağkalım takibinin yapıldığı prospektif çalışmalarla desteklenmeye ihtiyacı vardır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, pulmoner vasküler genişleme, d-dimer

resim 1



resim 2



## SS-095

**COVID-19 SALGIN DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE VE DEPRESYON DURUMLARI**

Halil Nacar<sup>1</sup>, Ayşe Turan<sup>2</sup>, Taylan Özkuzucu<sup>3</sup>, Ahmet Yücel Çomu<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Adana İl Sağlık Müdürlüğü

<sup>2</sup>Seyhan Devlet Hastanesi-Adana

<sup>3</sup>Yüreğir Devlet Hastanesi-Adana

<sup>4</sup>Adana Kamu Hizmetleri Başkanlığı

**GİRİŞ-AMAÇ:** 2019 koronavirüs hastalığı (COVID-19) salgını, uluslararası endişe duyulan bir halk sağlığı acil durumudur ve psikolojik dayanıklılığa karşı bir zorluk oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı, küresel sağlık krizi sırasında Seyhan Devlet Hastanesi sağlık çalışanlarının COVID-19 ile mücadele döneminde depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemektir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** 30 Temmuz 2020 – 14 Ağustos 2020 tarihleri arasında 176 sağlık çalışanı örnekleme alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan, sosyo-demografik değişkenleri ile depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek için Beck Depresyon- Anksiyete Ölçeğinin (kesme noktası 17 puan olarak değerlendirilmiştir) yer aldığı form kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplaması, Student t-testi ve One Way ANOVA testleri kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmaya %43.8 (n=77) kadın, %56.2 (n=99) erkek katılmış olup, yaş ortalamaları 38.35±7.93'tir. Eğitim durumları incelendiğinde %46.0'si(n=81) üniversite, %22.2'si (n=39) lise, %16.5'i (n=29) ortaokul ve %15.3'ü (n=27) yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların %43.2'si (n=76) kamu işçisi, %26.1'i (n=46) hemşire, %11.9'u (n=21) hekim, %10.2'si memur (n=18) ve %8.5'i (n=15) ise teknisyen/tekniker olarak görev yaptığını bildirmişlerdir. Sağlık çalışanları çalıştığı birimleri %35.2'si (n=62) klinik,%20.5'i (n=36) ayaktan hizmet birimi, %16.5'i (n=29) acil/ameliyathane ile pandemi yoğun bakım/birimleri, %11.4'ü ise (n=20) idari hizmet birimlerinde çalıştıkları belirtilmiştir. Çalışma süre ortalamaları 15.51±7.23 olan tüm katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 20.48±7.99'iken, Beck Anksiyete Ölçek puan ortalaması 19.39±7.81'dir. Cinsiyetlere göre yapılan değerlendirmede Beck depresyon puanları ve Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir (sırasıyla p= 0.826, p=0.626). Meslekler arasında puanlar karşılaştırıldığında farklılıklar saptanmış olup, hekimlerde anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0.001, p=0.000). Acil/ameliyathane çalışanlarında depresyon puan ortalamaları diğer birimlere oranla daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (p=0.00). Pandemi yoğunbakım/servisinde çalışan sağlık çalışanlarının diğer birimlere oranla anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.001).

**SONUÇ:** Hastanelerde enfeksiyon şüphesi olan hastaların etkili bir şekilde tedavisi ve izole edilmesinden, hasta veya personellerde test pozitifliğinin artış göstermesi kişilerde duygulanım bozukluklarına yol açabilmektedir. Sağlık personelinin psikolojik durumunun iş performansını etkileyeceği göz önünde bulundurulduğunda iş yaşamında sosyal destekler önerilebilir (izin, ödül vb.).

**Anahtar Kelimeler:** anksiyete, depresyon, sağlık çalışanı



## SS-096

## COVID-19 İLE İLGİLİ 2020 YILINA AİT YAYINLARIN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

Pinar Yıldız Gülhan<sup>1</sup>, Mehmet Nurullah Kurutkan<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Türkiye

**AMAÇ:** Bu çalışmanın temel amacı, bilim haritalama teknikleri ışığında Covid-19 ile ilgili yayınların görsel analizini yapmaktır.

**YÖNTEM:** 2020 yılına ait ham veriler, Web of Science Core Collection veri tabanından indirilmiştir. Toplamda 787 makale incelenmiştir. Bilim haritalamada kullanılan temel free yazılımlar, R tabanlı Bibliometrix (web tabanlı Biblioshiny ile birlikte) ile VOSviewer yazılımıdır. Covid 19 ile ilgili makalelerin sadece solunum sistemi ve enfeksiyon hastalıkları ile ilişkili olanları analize dahil edilmiş diğer disiplinlerin bakış açıları analize dahil edilmemiştir. Sadece bir yazılım ile inceleme yapılmamasının en büyük sebebi ise her bir yazılımın öne çıktığı ve diğer yazılımlarda olmayan karşılaştırmalı üstünlüktür.

**BULGULAR:** 787 makale toplamda 108 farklı dergide yayınlanmıştır. Makale başına düşen ortalama atıf sayısı 10.17'dir. Çalışmaların sadece 26 tanesi, tek yazarlıdır. Makale başına ortalama 7.03 yazar düşmektedir. İşbirliği endeksi 7.24'tür. 300'ün üzerinde atıf alan dört çalışma (Xu ve ark, 2020 (816 atıf); Gautret ve ark, 2020 (581 atıf), Shi ve ark, 2020 (383 atıf) ve Lai ve ark, 2020 (327 atıf)) bulunmaktadır. H indeksi en yüksek olan ilk üç yazar Raoult, D.; Colson P, Rolasin JM'dir. Yazarların h, g ve m indeksleri hesaplanmış ve Lotka yasasına göre core yazarlar tespit edilmiştir. En fazla yayın yapan ülkeler ilk üç sıra Çin, Amerika ve İtalya'dır. Kelime bulutları anahtar kelimeler, özet, makale başlığı ve referansların kelimelerinden elde edilerek görselleştirilmiştir. Son olarak kelime madenciliği analizine göre çalışmaların üç küme altında sınıflandırılabileceği tespit edilmiştir.

**SONUÇ:** Covid-19 ile ilgili mevcut zorluklar ve araştırma eğilimleri ortaya çıkarılmıştır. Covid-19, halk sağlığını küresel düzeyde etkileyen önemli bir hastalıktır. Covid-19 ile ilgili yayınların sayısal artış hızı karşısında temel okuma sürecinin hızlandıracak araçlardan biri de bibliometrik analiz sonuçlarıdır. Tedavi seçenekleri konusunda en güncel ve temel bilgi, bibliometrik çalışmalarda topluca bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, Novel Coronavirus, Coronavirus Disease, Bibliometric, solunum sistemi, enfeksiyon hastalıkları

## SS-097

**COVID-19 PANDEMİSİ YAŞLI HASTALARI NASIL ETKİLEDİ? YAŞLI VE GENÇ HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Nesrin Öcal<sup>1</sup>, Betül Gülsüm Yavuz Veizi<sup>2</sup>, Ferhat Cüce<sup>3</sup>, Gülden Yılmaz<sup>4</sup>, Gürhan Taşkın<sup>5</sup>, Yahya Ayhan Acar<sup>6</sup>, Ervin Gjonj<sup>3</sup>, Esra Şafak Yılmaz<sup>7</sup>, Serkan Şenkay<sup>8</sup>, Yakup Arslan<sup>1</sup>, Deniz Doğan<sup>1</sup>, Gonca Fidan<sup>1</sup>, Cantürk Taşçı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>5</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

<sup>6</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>7</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Bilişimi Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>8</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:** COVID-19 enfeksiyonu, yaşlı erişkinlerde atipik formda ve kötü prognozla ortaya çıkabilir. Bu çalışmada yaşlı hastalarda COVID-19 seyrinin klinik ve laboratuvar farklılıklarını araştırmayı amaçladık.

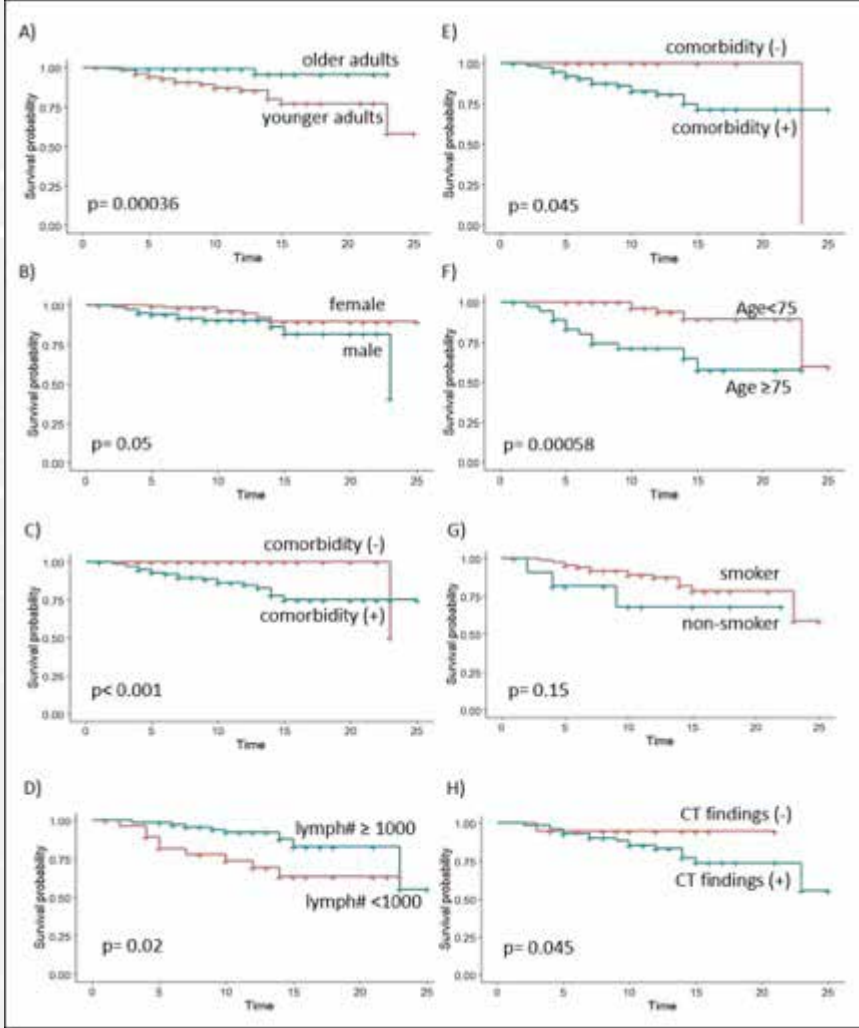
**GEREÇ-YÖNTEM:** COVID-19 enfeksiyonu ile yatırılan hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik verileri retrospektif olarak derlendi. Genç hastalardan randomize bir kontrol grubu oluşturuldu. Hastaların toraks tomografisi incelendi ve skorlandı.

**BULGULAR:** COVID-19 enfeksiyonu olan 100 yaşlı ve 127 genç hastanın ve COVID dışı 80 yaşlı hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Yaşlı hastalarda ortalama CRP, fibrinojen, prokalsitonin, üre, LDH, INR, PT, Troponin-I, CK-MB ve total radyolojik akciğer skoru anlamlı derecede yüksekken; genç hastalarda ortalama hemoglobin, hematokrit ve d-dimer anlamlı düzeyde daha yüksekti. Yaşlılarda lenfopeni daha yaygındı ve ölüm oranı daha yüksekti. Lenfopeni, komorbidite varlığı, 75 yaşın üzerinde olmak ve radyolojik akciğer tutulumu yaşlı hastalarda mortalite risk faktörleri olarak belirlendi. Mortalite için cut-off değerleri aşağıdaki gibiydi; yaş $\geq$ 77 yıl, lenfosit $\#$  $\leq$ 700x10<sup>3</sup> hücre/ $\mu$ L, CRP $\geq$ 108.71 mg/L, d-dimer $\geq$ 2.25 mg/L, fibrinojen $\geq$ 383mg/L, INR $\geq$ 1.05, PT $\geq$ 12.5 saniye, aPTT $\geq$ 31 saniye, Troponin-1 $\geq$ 19.1 pg/mL, toplam akciğer skoru $\geq$ 6 puan. COVID-19, yaşlı erişkinlerde hastane yatışı gerektiren diğer klinik durumlara göre mortaliteyi daha fazla artırmamıştır (%17'ye karşın %26.25).

**SONUÇ:** Yaşlı yetişkinler COVID-19 salgını için özel ilgi gerektirir. Komorbidite, lenfopeni, yüksek d-dimer düzeyleri olanlar ve ilk tomografide yaygın akciğer tutulumu bulunan yaşlı hastalar yakın takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, yaşlı, geriatri, mortalite, radyoloji

Figür 1



Demografik değişkenler için Kaplan-Meier sağkalım eğrileri. A) tüm hastalarda yaşın mortaliteye etkisi, B) Yaşa bakılmaksızın cinsiyetin mortaliteye etkisi, C) Komorbidite varlığının yaşa bakılmaksızın mortaliteye etkisi, D) Lenfopeninin yaşlılarda mortaliteye etkisi, E) Varlığın etkisi yaşlılarda mortaliteye komorbidite, F) 75 yaşın üzerinde olmanın yaşlılarda mortaliteye etkisi, G) Sigaranın yaşlılarda mortaliteye etkisi, H) radyolojik akciğer infiltrasyonu varlığının yaşlılarda mortaliteye etkisi. lenf #: mutlak lenfosit sayısı



Tablo 1

|                                     |  | PCR (+) geriatrik<br>olgular<br>(n: 100) | PCR (+) non-geriatrik<br>olgular (n: 127) | P      |
|-------------------------------------|--|--|---|--------|
| Cinsiyet                            | Yaş (yıl) (SD)                         | 73.68 (8.06)                             | 42.74 (12.83)                             | <0.001 |
|                                     | Kadın (n, %)                           | 57 (57.00%)                              | 67 (52.76%)                               | 0.592  |
|                                     | Erkek (n, %)                           | 43 (43.00%)                              | 60 (47.24%)                               |        |
|                                     | VKI (SD)                               | 26.08 (2.88)                             | 25.89 (3.16)                              | 0.420  |
|                                     | Ateş (°C)                              | 36.70 (0.5)                              | 37.50                                     | 0.045  |
|                                     | Hastane yatış süresi (gün)(SD)         | 11.85 (4.87)                             | 10.77 (3.91)                              | 0.049  |
|                                     | Huzurevi/bakımevi (n, %)               | 12 (12.24%)                              | 0 (0.00%)                                 | <0.001 |
|                                     | Komorbidite (n, %)                     | 74 (74.00%)                              | 29 (22.83%)                               | <0.001 |
|                                     | Demens / Alzheimer (n, %)              | 8 (8.00%)                                | 0 (0.00%)                                 | 0.001  |
|                                     | Sigara öyküsü (n, %)                   | 11 (13.25%)                              | 38 (39.18%)                               | <0.001 |
|                                     | Wbc, x10 <sup>3</sup> cells/µL (SD)    | 5551.00 (2079.36)                        | 5360.47 (2266.31)                         | 0.405  |
|                                     | Hgb, g/dL (SD)                         | 13.07 (1.61)                             | 13.75 (1.72)                              | <0.001 |
|                                     | Hct, % (SD)                            | 38.87 (4.69)                             | 40.38 (5.58)                              | 0.001  |
|                                     | Plt, x10 <sup>3</sup> cells/µL (SD)    | 207950.00 (78560.45)                     | 205748.03 (61159.69)                      | 0.594  |
|                                     | Neut#, x10 <sup>3</sup> cells/µL (SD)  | 3659.00 (1815.82)                        | 3392.91 (1981.83)                         | 0.227  |
|                                     | Lymph#, x10 <sup>3</sup> cells/µL (SD) | 1333.70 (616.76)                         | 1405.51 (544.86)                          | 0.182  |
|                                     | Eos#, x10 <sup>3</sup> cells/µL (SD)   | 50.10 (75.82)                            | 59.06 (86.70)                             | 0.490  |
|                                     | CRP, mg/L (SD)                         | 42.71 (60.08)                            | 21.64 (44.85)                             | <0.001 |
|                                     | D-dimer, mg/L (SD)                     | 2.19 (8.14)                              | 2.99 (25.94)                              | <0.001 |
|                                     | Fibrinojen, mg/dL (SD)                 | 388.32 (126.56)                          | 318.71 (110.93)                           | 0.006  |
|                                     | Ferritin, ng/mL (SD)                   | 253.86 (295.61)                          | 245.55 (288.93)                           | 0.875  |
|                                     | Prokalsitonin, ng/mL (SD)              | 0.37 (1.44)                              | 0.16 (0.56)                               | 0.022  |
|                                     | Üre, mg/dL (SD)                        | 44.34 (26.83)                            | 28.23 (16.79)                             | <0.001 |
|                                     | Kreatinin, mg/dL (SD)                  | 0.98 (0.38)                              | 0.89 (0.20)                               | 0.251  |
|                                     | LDH, U/L (SD)                          | 293.23 (245.26)                          | 248.43 (165.67)                           | 0.020  |
|                                     | INR (SD)                               | 1.12 (0.46)                              | 0.99 (0.07)                               | 0.026  |
|                                     | PT, seconds (SD)                       | 12.83 (4.03)                             | 11.74 (0.80)                              | 0.045  |
|                                     | aPTT, seconds (SD)                     | 29.65 (7.22)                             | 28.13 (5.08)                              | 0.716  |
|                                     | Trop-I, pg/mL (SD)                     | 47.88 (180.69)                           | 5.41 (11.43)                              | <0.001 |
|                                     | CK-MB, ng/mL (SD)                      | 3.17 (4.61)                              | 1.24 (1.26)                               | <0.001 |
|                                     | YBÜ (n, %)                             | 23 (23.00%)                              | 4 (3.15%)                                 | <0.001 |
|                                     | IMV (n, %)                             | 16 (16.00%)                              | 3 (2.36%)                                 | <0.001 |
|                                     | Akut kardiyak olay (n, %)              | 10 (10.00%)                              | 2 (1.57%)                                 | 0.006  |
|                                     | ARDS (n, %)                            | 11 (11.00%)                              | 3 (2.36%)                                 | 0.010  |
|                                     | Akut böbrek hastalığı (n, %)           | 22 (22.00%)                              | 9 (7.09%)                                 | 0.002  |
|                                     | Sepsis (n, %)                          | 13 (13.00%)                              | 3 (2.36%)                                 | 0.003  |
|                                     | Mortalite (n, %)                       | 17 (17.00%)                              | 2 (1.57%)                                 | <0.001 |
| Radyolojik akciğer<br>infiltrasyonu | infiltrasyon yok (n, %)                | 19 (20.88%)                              | 36 (32.43%)                               | 0.027  |
|                                     | Periferik infiltrasyon (n, %)          | 40 (43.96%)                              | 46 (41.44%)                               |        |
|                                     | Randomize infiltrasyon (n, %)          | 28 (30.77%)                              | 18 (16.22%)                               |        |
|                                     | Diffüz infiltrasyon (n, %)             | 4 (4.40%)                                | 11 (9.91%)                                |        |
| Radyolojik infiltrasyon skoru       | Sağ üst lob (SD)                       | 0.67 (0.75)                              | 0.52 (0.77)                               | 0.075  |
|                                     | Sağ orta lob (SD)                      | 0.65 (0.94)                              | 0.50 (0.88)                               | 0.109  |
|                                     | Sağ alt lob (SD)                       | 1.00 (0.93)                              | 0.81 (0.95)                               | 0.067  |
|                                     | Sol üst lob (SD)                       | 0.60 (0.73)                              | 0.53 (0.78)                               | 0.244  |
|                                     | Sol alt lob (SD)                       | 0.87 (0.93)                              | 0.80 (0.97)                               | 0.423  |
|                                     | Total akciğer skoru (SD)               | 3.78 (3.70)                              | 3.13 (3.88)                               | 0.050  |

PCR pozitif yaşlı ve genç yetişkinlerin demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik verilerinin karşılaştırılması. Değişken olmayan parametrelerin sayıları ve % değerleri, değişken parametrelerin ortalama değerleri ve standart sapmaları (SD) listelenmiştir. PCR: polimeraz zincir reaksiyonu, VKİ: vücut kitle indeksi, YBÜ: yoğun bakım ünitesi, IMV: invazif mekanik ventilasyon, ARDS: akut solunum sıkıntısı sendromu, Wbc: beyaz kan hücresi, Hgb: hemoglobin, Hct: hematokrit, Plt: trombosit, Neut #: mutlak nötrofil sayısı, Lenf #: mutlak lenfosit sayısı, Eos #: mutlak eozinofil sayısı, CRP: C-reaktif protein, LDH: laktat dehidrojenaz, INR: uluslararası normalleştirilmiş oran, PT: protrombin zamanı, aPTT: aktive parsiyel tromboplastin zamanı, Trop-I: Troponin-I CK-MB: kreatin kinaz-MB.

SS-098

**YOĞUN BAKIMDAN TABURCU OLAN HASTALARDA OTTOWA OTURMA SKALASI TÜRKÇE UYARLAMASININ GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİĞİNİN İNCELENMESİ**İlknur Naz Gürşan<sup>1</sup>, Büşra Aktaş<sup>2</sup>, Ümit Varlı<sup>2</sup>, Yusuf Emük<sup>1</sup>, Cenk Kiraklı<sup>3</sup><sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ABD<sup>3</sup>SBU Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ-AMAÇ:** Son yıllarda yoğun bakım fizyoterapisi ile ilgili literatürde hastaların işlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması kapsamında, fonksiyonellik açısından da değerlendirilmesi gerektiği üzerinde durulmakta, bu kapsamda denge değerlendirmesinin de yer alması gerektiği vurgulanmaktadır. Denge değerlendirmesi ile ilgili ölçekler sıklıkla ayakta durma pozisyonunda yapılmakta, yoğun bakım sonrası kullanımları kısıtlı olabilmektedir. Ottawa Oturma Skalası (OOS) dengenin oturma pozisyonunda değerlendirildiği bir ölçek olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği bulunmamaktadır. Çalışmamızın amacı yoğun bakımdan taburcu olan hastalarda OOS Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerliliğinin incelenmesidir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Ölçek çeviri prosedürü sonrası yoğun bakımdan taburcu olan 81 hastaya (Ortanca yaş; 65[56,74] yıl) uygulandı. Ölçümcüler arası güvenilirlik için ilk değerlendirmede video kaydı alındı ve iki farklı fizyoterapist tarafından tekrar uygulama yapıldı. Ölçümler arası güvenilirlik için üçüncü araştırmacı video kayıtlarını izleyerek 15 gün sonra tekrar skorlama yaptı. Ölçeğin geçerliliği için Berg Denge Ölçeği (BDÖ) ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) kullanıldı. İç tutarlılık için Cronbach değeri, ölçümler ve ölçümcüler arası güvenilirlik için sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) kullanıldı.

**BULGULAR:** Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan Cronbach katsayısı 0,889'du. Ölçümler ve ölçümcüler arası güvenilirlik için ICC değerleri sırasıyla 0,998 ve 0,994 olarak bulundu. OOS toplam skoru BDÖ (r=0,716) ile yüksek düzeyde, FBÖ (r=0,602) ile orta düzeyde korelasyon gösterdi (p<0,001).

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Çalışmamızda OOS Türkçe uyarlaması yoğun bakımdan taburcu olan hastalarda oturma dengesinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Yoğun bakım hastalarında spesifik oturma dengesini değerlendiren Türkçe geçerli ve güvenilir bir ölçek bulunmamaktadır. OOS Türkçe uyarlamasının yoğun bakımdan taburcu olan hastalarda değerlendirme ve rehabilitasyon programlarını oluşturmada kullanımının klinisyenlere yol gösterici olabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Değerlendirme, Oturma Dengesi, Ottawa Oturma Skalası, Yoğun Bakım



SS-099

**OBEZ OLAN VE OLMAYAN TORAKOTOMİ GEÇİREN HASTALARDA SOLUNUM FONKSİYONLARI VE GÖĞÜS KAFESİ HAREKETLİLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: PİLOT ÇALIŞMA**Yasemin Karaaslan<sup>1</sup>, Mehmet Karadağ<sup>2</sup>, Maruf Şanlı<sup>3</sup><sup>1</sup>Beykent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul<sup>2</sup>Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, Hatay<sup>3</sup>Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Gaziantep

**GİRİŞ:** Obezite, vücutta yağ dokusunun normalden fazla olması sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Obezite ve solunum fonksiyonlarındaki bozukluk, tüm hastalıklara bağlı morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir. Ancak obezitenin solunum fonksiyonları üzerine etkisine dair bulgular çelişkilidir. Çalışmamızın amacı obez olan ve olmayan torakotomi geçiren hastalarda solunum fonksiyonları ve göğüs kafesi hareketliliğini karşılaştırmaktır.

**GEREÇLER ve YÖNTEM:** Çalışmaya 36 hasta dahil edildi. Vücut kütle indeksine göre 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olanlar obez (n:18, yaş: 53,94±11,42 yıl), VKİ 30 kg/m<sup>2</sup>den az olanlar obez olmayanlar (n:18; yaş: 50,17±12,25 yıl) şeklinde 2 gruba ayrıldı. Fiziksel özellikler kaydedildi. Tüm hastaların ölçümleri postoperatif 5. gün değerlendirildi. Solunum fonksiyonları spirometre (MIR Spirobank Hand-Held Spirometer, Italy) ile solunum fonksiyon testi uygulanarak, göğüs kafesinin hareketliliği mezura ile aksiller, epigastrik ve subkostal bölgeden göğüs çevre ölçümü uygulanarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların yaşları (p: 0,345) benzerdi. Postoperatif 5. günde obez olanların 1. saniyedeki zorlu ekspirasyon volümü (FEV<sub>1</sub>), zorlu vital kapasitesi (FVC), aksillar, epigastrik, subkostal ölçümleri sırasıyla 1,51±0,33; 2,17±0,44; 1,40±0,43; 1,42±0,46; 1,36±0,45 iken, obez olmayanlarda bu skorlar sırasıyla 1,74±0,24; 2,51±0,24; 1,41±0,21; 1,34±0,23; 1,38±0,27 olarak hesaplandı. Obez hastalarda obez olmayan hastalara göre FEV<sub>1</sub> (p: 0,024), FVC (p: 0,026) düşük bulundu. Gruplar arasında diğer skorlar için fark saptanmadı (p>0,05).

**SONUÇ ve TARTIŞMA:** Sonuçlara göre obezitenin torakotomi geçirmiş hastalarda solunum fonksiyonlarını etkileyebileceği görüldü. Solunum kapasitesinin toparlanması için çok kapsamlı ve yoğun solunum fizyoterapisi uygulanmalıdır. Ayrıca obezitenin göğüs kafesi hareketliliğine etkisinin olmadığı görüldü. Torakotomi kesisi geçiren hastalarda, şiddetli ağrıdan dolayı hastaların yeterince göğüs hareketine izin vermemesi göğüs çevre ölçümünü zorlaştırmaktadır. Obez hastalarda torakotomi kesisine yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** obezite, solunum fonksiyon testleri, torakotomi



**SS-100****AKCİĞER TÜBERKÜLOZU TANILI HASTALARDA BALGAM VE KÜLTÜR NEGATİFLEŞME SÜRESİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Mehmet Emin Sezgin, Zehra Dilek Kanmaz, Esin Yentürk, Gülfıdan Aras, Esin Tuncay, Eminegül Yavuzhan, Esmâ Nur Aktepe Sezgin, Firdevs Atabey

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

**GİRİŞ-AMAÇ:** Akciğer tüberkülozu damlacık yoluyla yayıldığı için aynı zamanda bir halk sağlığı sorunudur. Tüberkülozun kontrolünde bulaştırıcılığı olan ARB pozitif tüberkülozlu hastaların erken tanısı, izolasyonu ve tedavisi önemli rol oynamaktadır. Balgam yayma ve kültürün negatifleşmesi, tedavinin başarılı olduğunu ve bulaştırıcılığın ortadan kalktığını göstermektedir. Çalışmamızda yayma ve kültür pozitif akciğer tüberkülozlu hastaların, yayma ve kültür negatifleşme sürelerinin belirlenmesi ve negatifleşme süresi üzerine etkili olan faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesinde 01/2017-06/2019 tarihleri arasında tüberküloz servisinde yatarak tedavi gören, balgamda ARB ve Kültür pozitifliği görülen, hassas ve INH direnci olan 18 yaşından büyük, 59'u kadın, 143'ü erkek olmak üzere toplam 202 hasta retrospektif olarak incelendi.

**BULGULAR:** Çalışmamız 59 kadın, 143 erkek olmak üzere 202 hastadan oluşmaktaydı. Hastaların 161'i tüm ilaçlara hassas, 41'i izole INH dirençliydi. Hastaların 37' si 'nüks olgu', 15'i 'takip dışı kalıp dönen olgu', 150 hasta da 'yeni olgu' ydu. Hastaların medyan yaş ortalaması 44, ortalama yatış süresi 29 gün ve ortalama tedavi süresi 8 ay olarak saptandı. Çalışmamızın sonucunda kültür negatifleşme ortalama süresi  $61.7 \pm 30.2$  gün medyan değer 55,5 gün, minimum ve maksimum değerler 9-120 gün bulundu. Yayma negatifleşme ortalama süresi  $25,1 \pm 20,1$  gün, medyan değer 20 gün, minimum ve maksimum değerler 3-120 gün olarak bulundu. BKİ ( $p=0,018$ ), yayma negatifleşme süresi ( $p=0,000$ ) ve basil yükü ( $p=0,000$ ) kültür negatifleşme süresi ile ilişkili bulundu. BKİ ( $p=0,005$ ), Basil yükü ( $p=0,000$ ), yatış süresi ( $p=0,004$ ), tedavi süresi (0,049), indeks vaka durumu (0,036), radyolojik tulumu düzeyi ( $p=0,000$ ), WBC ( $p=0,038$ ), Htc ( $p=0,049$ ), Nötrofil ( $p=0,009$ ), Lenfosit ( $p=0,040$ ), PLR ( $p=0,029$ ), NLR ( $p=0,002$ ), BUN ( $p=0,034$ ), kreatinin ( $p=0,024$ ), albümin ( $p=0,001$ ), LDH ( $p=0,010$ ) ve CRP ( $p=0,000$ ) ise yayma negatifleşme süresi ile ilişkili bulundu.

**SONUÇ:** Kültür negatifleşme süresini etkileyen faktörler BKİ, basil sayısı, yayma negatifleşme süresi; yayma negatifleşme süresini etkileyen faktörler BKİ, basil yükü, tedavi ve yatış süresi, indeks vaka durumu, radyolojik tutulum düzeyi, WBC, Hct, nötrofil sayısı, Lenfosit sayısı, PLR, NLR, BUN, kreatinin, albümin, LDH ve CRP olarak bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer tüberkülozu, ARB, Kültür, Balgam, Negatifleşme süresi

**SS-101****KOAH'LI HASTALARDA AKTİF/PASİF SİGARA MARUZİYETİ VE YOL AÇTIĞI SORUNLAR; AKİZ ÇALIŞMASI SONUÇLARI**

Nurgül Bozkurt

Akdeniz Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

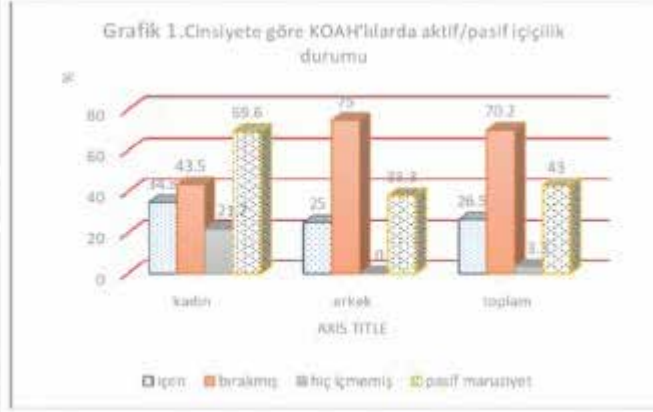
**GİRİŞ:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH) en sık karşılan kronik solunum yolu hastalığıdır. Etiyolojisinde sigara başrol oynamaktadır. Çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi KOAH İzlem(AKİZ) projesi kapsamında izlenen KOAH'lılarda aktif/pasif sigara maruziyeti ile semptom/komorbidite/alevlenme ilişkisi araştırılmıştır.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** AKİZ çalışması kapsamında Kasım-2019/Mart-2020 tarihleri arasında kliniğimizde GOLD'a göre tanı alan KOAH'lılar çalışmaya alınmış, izlemleri yapılmıştır. Hastalara öncelikle yüz-yüze görüşme yöntemiyle anket uygulanarak yaş, cinsiyet, aktif-pasif sigara maruziyeti, yakınmalar, alevlenme durumu vb. bilgiler elde edilmiştir. Hastaların aktif/pasif sigara maruziyeti anket/klinik bulgularla karşılaştırılmıştır. Veriler SPSS 15.0 programında değerlendirilmiş,X2,ANOVA,t-testi ve korelasyon analizi uygulanmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmaya 128'i(%85) erkek 151 KOAH hastası alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 66,1±9,5 olup, ortalama 7 yıllık KOAH hastalarıdır. Hastaların %96,7'sinin kronik sigara maruziyeti olup;%70,2'si sigarayı bırakmış, %26,5'i halen içmektedir(Grafik-1). Bırakmışlarda 38,7±19,5 halen içenlerde 44,3±22,1 paket/yıl toplam sigara tüketimi saptanmıştır. Ortalama 20 yıldır sigara içmiş/içmektedirler. Erkeklerde bırakma oranı %75, aktif içen %25 oranındadır. Erkeklerde toplam sigara tüketimi(40,9 paket/yıl) kadınlardan(27,6 paket/yıl) fazladır,(p<0,05). Hastalarımızın %43'ünün sigaraya pasif maruziyeti bulunmaktadır. Pasif maruziyet kadınlarda(%69,5) daha fazladır(erkeklerde %38,3),(p=0,03)(Grafik-1). Sigarayı bırakmayı başarmış KOAH'lılarda bile %37,8 pasif maruziyet olması dikkat çekicidir. Evde oksijen tedavisi alan %10,6'dır. Bu grubun %25'inin sigara içmesi ve %43,6'sının evde pasif maruziyetle karşılaşması dikkat çekicidir. Olumlu bir gelişme olarak 4 vakamız sigarayı bırakmıştır(%10). KOAH'lıların "sigara tüketimi" ile bazı özellikler arasındaki ilişki incelenmiştir(Tablo-1). Hem hastaneye yatış hem de acile başvurusu sayısı(alevlenmeler) ile toplam sigara tüketimi arasında ilişki saptanmıştır. Alevlenmeler "sigara tüketimi" yüksek kişilerde daha fazladır,(p<0,05),(Tablo-1). Hastalarımızın %87'sinde en az 1 yakınması vardır. Toplam sigara tüketimi ile yakınma sayısı arasında pozitif yönlü ilişki gözlenmiştir. Sigara tüketimi arttıkça yakınmalarda artmaktadır. Yakınması olmayanlarda 34,0paket/yıl olan sigara tüketimi, ≥3yakınması olanlarda 42,1paket/yıla yükselmektedir. Vakalarımızın %76,8'inin komorbid hastalığı vardır. En sık komorbid hastalıklar hipertansiyon ve kardiovasküler hastalıklardır. Komorbiditesi olmayanlarda toplam sigara tüketimi ortalama 35,7paket/yıl iken, komorbiditesi olanlarda 39,9paket/yıla yükselmektedir. Yine GOLD sınıflamasına göre ağır KOAH'lıların yer aldığı D sınıfında sigara tüketimi yüksek bulunmuştur(44,5paket/yıl). Sonuç ve tartışma; KOAH'lıların %97'sinde kronik sigara maruziyeti olması, %26,5'inin hala sigara içmesi, %43'ünde pasif maruziyetin olması önemlidir. Oksijen tedavisi alan ağır vakalarımızda bile aktif/pasif maruziyet söz konusudur. Toplam sigara tüketimi arttıkça yakınmalar, alevlenmeler artmaktadır. KOAH'lılarda tıbbi tedavinin yanısıra yakınmaların ve alevlenmelerin azaltılması için aktif/pasif maruziyetin önlenmesi ana hedefimiz olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** KOAH, sigara, pasif maruziyet, izlem, alevlenme

Grafik 1.Cinsiyete göre KOAH'lılarda aktif/pasif içiçilik durumu



Bazı özelliklere göre KOAH'lılarda "toplam sigara tüketimi"

|                 |        | n   | %     | Toplam sigara tüketimi (paket/yıl) |
|-----------------|--------|-----|-------|------------------------------------|
| Cinsiyet        | Kadın  | 23  | 15,2  | 27,58 ± 21,38                      |
|                 | Erkek  | 128 | 84,8  | 40,95 ± 20,65                      |
|                 | Toplam | 151 | 100,0 | 38,92 ± 21,25                      |
|                 |        |     |       | p=0,005                            |
| Hastaneye yatış | Yok    | 118 | 78,1  | 36,92 ± 20,54                      |
|                 | Var    | 33  | 21,9  | 46,06 ± 22,50                      |
|                 |        |     |       | p=0,029                            |
| Acile başvuru   | Yok    | 93  | 61,6  | 36,23 ± 20,68                      |
|                 | Var    | 58  | 38,4  | 43,23 ± 21,61                      |
|                 |        |     |       | p=0,048                            |



## SS-102

## ÖĞRENCİLERİN TÜTÜN ÜRÜNLERİNE MARUZİYET DURUMLARI

Dilek Karadoğan<sup>1</sup>, Yalçın Kanbay<sup>2</sup>, Özgür Önal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

<sup>2</sup>Artvin Çoruh Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Artvin

<sup>3</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Isparta

**GİRİŞ:** Lise seviyesindeki öğrenciler, sigara başta olmak üzere tütün ürünlerine potansiyel olarak yeni başlayan grubu oluşturmaktadırlar. Bu araştırmamızda öğrencilerinin sigara içme durumlarını ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**METOD:** Kesitsel tipteki bu çalışma, etik onaylar alındıktan hemen sonra Kars ilinde bulunan bir üniversite hazırlık kursunda gerçekleştirildi. Araştırmanın evreni lise öğrencileri ve lise mezunlarından oluşmaktadır. Öğrenciler tarafından doldurulan bir veri toplama formu ile sosyodemografik özellikleri, tütün ürünleri içme durumları ve ilişkili faktörler hakkında bilgi elde edildi.

**BULGULAR:** Yaş ortalaması  $17.8 \pm 1.14$  olan toplam 870 öğrenci değerlendirildi. Bunların çoğunu kız öğrenciler (% 54.1), lise mezunları (% 65.3), sigara içen aile bireylerine sahip (% 63.7) kişiler oluşturmaktaydı. Sigara içenlerin oranı % 26 olarak saptandı; erkeklerin % 43'ü, kızların %11.6'sı aktif içici idi. Sigara içme oranı mezun öğrenciler arasında en yüksek iken (% 30,1), son sınıflarda (Lise 4) % 24,3 ve geri kalanlarda (ikinci ve üçüncü sınıflarda) %8,8 olarak saptandı. Erkek cinsiyet, ileri yaş, alkol kullanımı ve sigara içen aile ferдинin varlığı ile sigara içiciliği arasında pozitif yönde ilişkili saptandı ( $p < 0.05$ ). Sigara içenlerin % 86,2'sinin nargile, % 54,9'unun da e-sigara kullanımı mevcuttu. Fagerström test puanı; 20 yaşından büyük olanlarda, sigara içen yakın arkadaşları olanlarda, sık alkol kullanan ve e-sigara kullananlarda daha yüksekti ( $p < 0.05$ ).

**SONUÇ:** Bu çalışma, lise mezunu öğrencilerin en yüksek sigara içme oranına sahip olduğunu ve sigara içme oranının sınıf seviyesi ile arttığını göstermektedir. Sigaranın yanı sıra nargile ve e-sigaranın bu grupta yaygın olarak kullanıldığı da saptanmıştır. Lise öğrencileri tütün ürünleri ile tanışma riski taşımaları nedeni ile tütün kontrol politikalarının bu yaş grubuna odaklanması hayati önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Lise öğrencileri, sigara, nargile, e-sigara

**SS-103****YOĞUN BAKIMDA, COVID 19 PNÖMONİLİ HASTALARDA TORAKS ULTRASON VE TORAKS BT SKORLAMALARI ARASINDAKİ KORELASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ayşe Vahapoğlu, Zuhal Çavuş, Ülkü Aygen Türkmen

SBÜ.Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon

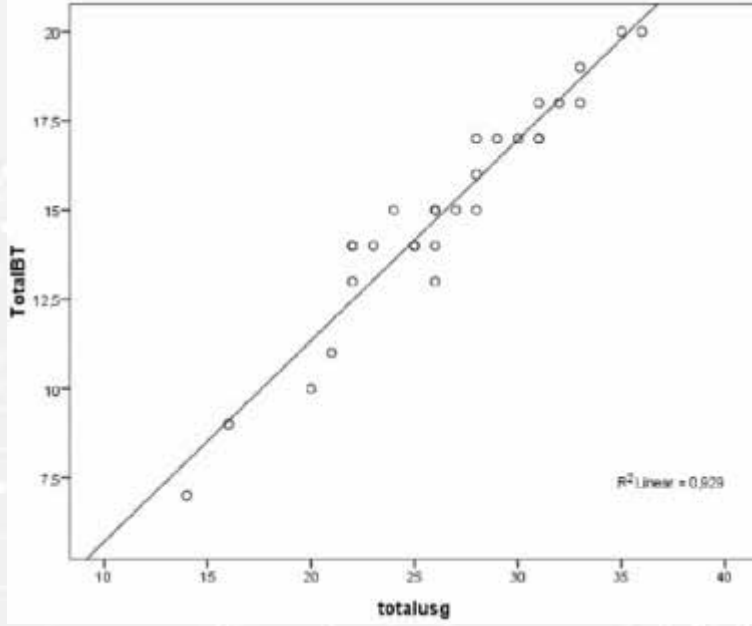
**GİRİŞ:** Dünya yeni bir koronavirüsün (SARS-CoV-2) neden olduğu ve COVID-19 (CoronaVirus Hastalığı-19) olarak adlandırılan pandemik bir hastalık ile karşı karşıyadır(1). Enfekte kişilerin %15-20'sinde ciddi pnömoni vardır ve %5-10'una yoğunbakım gerektirmektedir(2). Bu çalışmada yoğunbakımda izlenen COVID-19'lu hastalarda LUS (Lung ultrasound) skorunun belirlenerek, toraks BT(Computed tomography) skoru ile korelasyonu, mortalite ile ilişkisi ve hastaların izleminde etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Hastanemiz Etik Kurulu tarafından onay alındıktan sonra, Haziran 2020-Temmuz 2020 tarihleri arasında, COVID-19 pnömonisi tanısı ile yoğun bakıma yatırılıp, PCR (+), yatış toraks BT'si bulunan ve yoğun bakım yatışında LUS yapılan, 29 hasta, prospektif olarak, yaşayan ve yaşamayan olarak iki gruba ayrılarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik parametreleri, prognozu, toraks BT ve LUS skorları kaydedildi

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 29 hastanın 13'ü ex oldu. Yaşayanların BT skoru  $15,5 \pm 2,7$ , LUS skoru  $27,3 \pm 4,9$  idi. Ex olanların total BT skoru  $14,1 \pm 3,4$ , total LUS skoru  $25,6 \pm 5,8$  idi. Total BT skorları ile total LUS skorları arasında güçlü pozitif bir korelasyon saptandı ( $r=0,964$ ;  $p<0,001$ ). Yaşayan ve ex olanlar arasında yoğun bakım yatış toraks BT ve LUS skorları arasında fark bulunamadı.

**TARTIŞMA:** COVID-19 pnömonili hastaların, radyolojik parametrelerle yoğunbakım tedavisine ihtiyacını belirlemede toraks BT skorları ile LUS skorları arasında güçlü pozitif korelasyon saptandı. Poggiali ve ark. yaptıkları çalışmada hafif semptomlarla başvuran COVID-19 hastalarında, toraks BT ile aynı anda yapılan LUS arasında güçlü korelasyon olduğu bildirmiş ve COVID-19 enfeksiyonunun erken teşhisi için toraks BT'ye alternatif olarak LUS kullanılmasını önermişlerdir (3). LUS, özellikle yoğun bakımda akciğer hastalıklarının değerlendirilmesinde giderek daha fazla kullanılmaktadır. COVID-19 pnömoni lezyonları genellikle periferik ve subplevral yerleşim göstermesi LUS kullanımını daha uygun hale getirir. Duyarlılık, taşınabilirlik ve güvenilirlik açısından, LUS, COVID-19'un erken teşhisine yardımcı olmak için ideal görüntüleme yöntemi olabilir. Ultrason, pulmoner komplikasyonların tanımlanması ve hastanın takibi için hastaların yatağına erişilebilen tek görüntüleme yöntemidir(4). Her ne kadar toraks BT ve LUS skorları arasında güçlü pozitif bir korelasyon saptandıysa da, yaşayan ve ex olanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. COVID-19 hastası başlangıç toraks BT ve LUS skoru ile mortalite öngörülemez. Yin ve ark yaptıkları çalışmada yoğunbakım ünitesindeki hastalarda, daha yüksek LUS, 28 günlük mortalitede artış ile ilişkili olduğunu gösterdi(5).

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19 pneumonia, coronavirus, toraks Ultrason, toraks BT

**Total BT skorları ile total USG skorları arasında korelasyon**

Total BT skorları ile total USG skorları arasında güçlü pozitif bir korelasyon saptandı ( $r=0.964$ ;  $p<0.001$ ).

**Yaşayan ve ex olan hastaların BT ve USG skorlarının kıyaslanması.**

|                 | Grup1(Sağ kalanlar)(n=16) | Grup 2 (Ex) (n=13) | p değeri |
|-----------------|---------------------------|--------------------|----------|
| Total BT skoru  | 15.5±2.7                  | 14.1±3.4           | 0.244    |
| Total USG skoru | 27.3±4.9                  | 25.6±5.8           | 0.401    |

**Demografik veri**

|                       | Grup 1 (Sağ kalanlar) (n=16) | Grup 2 (Ex) (n=13) | p değeri |
|-----------------------|------------------------------|--------------------|----------|
| Yaş                   | 57.6±12.8                    | 67.3±14.4          | 0.065    |
| Cinsiyet (E/K)        | 13/3                         | 5/8                | 0.018    |
| BMI                   | 29.7±7.3                     | 33.5±6.8           | 0.164    |
| Yatış süresi (gün)    | 13.2±8.5                     | 11.5±8.9           | 0.602    |
| Comorbidite (Var/Yok) | 12/4                         | 11/2               | 0.525    |
| Ventilasyon (n)       |                              |                    |          |
| HFNO                  | 5                            | 3                  | 0.689    |
| NIMV                  | 8                            | 8                  |          |
| Mekanik Ventilasyon   | 3                            | 2                  |          |



**SS-104****SİGARA İLE İLGİLİ BİLGİ-TUTUM DURUMU, SOLUKTA CO DÜZEYİ VE SİGARA İÇENLERDE SOLUNUM FONKSİYON TESTİ DEĞERLENDİRİLMESİ: MESLEKİ EĞİTİM MERKEZİ ÖĞRENCİLERİ ÖRNEĞİ**

Sevgi Pekcan<sup>1</sup>, Yasemin Durduran<sup>2</sup>, Reyhan Evcı<sup>2</sup>, Fatma Gökşin Cihan<sup>3</sup>, Gökçen Ünal<sup>1</sup>, Aslı İmran Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Konya

**GİRİŞ:** Bu araştırmayla farklı iş kollarında çalışan ve haftanın bir günü mesleki eğitim merkezinde eğitim alan 16-18 yaş grubu gençlerin sigarayla ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi ile genel durumun sergilenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca sigara içenlerde SFT ve CO ölçümleri yapılarak gençlerin sosyo-demografik özellikleri ve sigara içme özellikleriyle ilişkilerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Araştırmacılar tarafından sosyodemografik bilgiler, sigara ile ilgili bilgi ve tutum durumunu irdeleyen soruların yer aldığı bir anket formu hazırlandı. Ayrıca soru-cevap, rol-play, beyin fırtınası gibi tekniklerin kullanıldığı eğitim sunuları hazırlandı. Çalışma üç kategoride planlandı. İlki, ebeveynleri izin veren ve kendisi de çalışmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilere hazırlanan anket ile Fagerstrom nikotin bağımlılık anketi yüzyüze görüşme tekniği ile uygulandı. İkinci olarak, anket uygulaması sonrasında 'sigarasız yaşam ve sigara ile ilişkili hastalıklar'la ilgili Milli Eğitim müdürlüğü yöneticilerinin de aktif katıldığı interaktif eğitimler verildi. Üçüncü olarak ise, eğitimin ardından sigara içen öğrencilere solunan havada CO'in nasıl bakılacağı anlatılarak; kabul edenlere CO kontrol aleti ile tek kullanımlık ağızlıklar kullanılarak, solunan havada CO değerleri ölçümü yapıldı.

**BULGULAR:** Fagerström Risk Skalası: Katılımcıların %28,9'ü yüksek bağımlılık, %13,0'ı çok yüksek bağımlılık skoruna giriyordu. Fagerström Risk Skoru katılımcıların yaş, cinsiyet, aile tipi ve sınıflarına göre anlamlı bir farklılık göstermiyordu. Katılımcıların solunan havadaki CO miktarı hafif orta ve ileri derecede Fagerström Risk Skoru olan tüm grupların ikişerli karşılaştırmalarında anlamlı farklılık oluşturuyordu. Çalıştığı yerde sigara içilenlerin, gün içinde en çok sabah sigara içenlerin, sigara içmeye 0-7 yaş aralığında başlayanların solunan havadaki CO miktarları anlamlı olarak daha yüksekti. Ayrıca günde içilen sigara sayısı ve sigara içilen süre (yıl) arttıkça solunan havadaki CO miktarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. Solunan havadaki CO miktarları içilen sigaranın nikotin düzeyine göre farklılık göstermiyordu. FEV1 ve FVC değerleri, ileri derecede Fagerström Risk Skoru olan grupta diğerlerine göre anlamlı olarak düşüktü. FEF25-75 değerleri hafif orta ve ileri derecede Fagerström Risk Skoru olan tüm grupların ikişerli karşılaştırmalarında anlamlı farklılık oluşturuyordu. Kız öğrencilerin FVC değerleri erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek bulunurken, FEV1 ve FEF25-75 değerleri cinsiyete göre değişmemektedir. Gün içinde en çok sabah sigara içenlerin FEV1, FVC, FEF25-75 değerleri anlamlı olarak daha düşüktü.

**Anahtar Kelimeler:** çirak, genç, sigara

**SS-105****SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURANLARDA NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ, SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE BIRAKMA DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Cihan Fidan<sup>1</sup>, Müşerref Şule Akçay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

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

**GİRİŞ:** Tütün bağımlılığı mortalite ve morbidite açısından önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemeyi ve davranışsal eğitim alan ve farmakoterapi başlanan hastalarda sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri tespit etmeyi amaçladık.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Tanımlayıcı ve kesitsel olan bu çalışmaya, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne Mayıs 2019 - Mayıs 2020 tarihleri arasında başvuran 97 kişi dâhil edildi. Katılımcılara demografik özellikler ve sigara öyküsü içeren bir form, FNBT(Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi) ve HAÖ(Hastane Anksiyete Ölçeği) ve HDÖ(Hastane Depresyon Ölçeği) uygulandı. Katılımcıların ekspiryum havasında CO(karbonmonoksit) ve COHb(karboksihemoglobin) düzeyleri ölçüldü. Ayrıca solunum fonksiyon testi uygulandı. Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 21.0 programı ile yapıldı.

**BULGULAR:** Katılımcıların %56,7'si erkekti(n=55). Yaş ortalaması 42,9±11,9 olup yaş aralığı 19-69 arasında değişmekteydi. Ortalama günlük sigara kullanma miktarı 20(6-60) adet ve süresi 22(0,5-53) yıldır. Kadınlarda sigaraya başlama yaş ortalaması 19,76±4,9 iken erkeklerde 17,24±3,7 olup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı(p<0,05). Katılımcıların FNBT düzeyleri %14,4 çok düşük, %18,6 düşük, %22,7 orta, %21,6 yüksek ve %22,7 çok yüksek oranında saptandı. FNBT puanları kadınlarda ortalama 6,02±2,4 ve erkeklerde 4,91±2,5'ti, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı(p<0,05). Ortalama FNBT puanı 5,39±2,50, ortalama CO ve COHb düzeyleri 11,15±6,99 ve 2,43±1,13 idi. Aralarında pozitif korelasyon olup istatistiksel olarak anlamlıydı(r=0,345, p=0,001; r=0,342, p=0,001). FNBT puanı ile FEV1, %FEV1, FVC ve %FVC ölçümleri arasında negatif korelasyon vardı(r=-0,344, p<0,01; r=-0,326, p<0,01; r=-0,382, p<0,01 ve r=-0,274, p<0,05). Katılımcıların FNBT puanı ile HAÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmazken(r=0,132, p>0,05), HDÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptandı(r=0,303) ve bağımlılık düzeyi arttıkça depresyon oranının artışı istatistiksel olarak anlamlıydı(p<0,01). Başvuranların %26,8'ine davranış eğitimi, %73,2'ine farmakoterapi uygulandı. Farmakoterapi alanların %41,2'si 1 kutu, %23,5'i 2 kutu ve %35,3'ü 3 kutu ilaç kullandı. Başvuranların %54,6'sı sigarayı bırakmada başarılı oldu. Sigara bırakma durumları ile ilaç kutu sayısı arasında anlamlı ilişki saptandı(p<0,001).

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** Nikotin bağımlılığına ve sigara bırakmaya etki eden faktörlerin belirlenmesi tütün kontrolünde önemlidir. Bu çalışmada, sigara bırakma başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biri farmakoterapinin önerilen tedavi süresinde tamamlanmasının sağlanmasıdır. Ayrıca, yüksek düzeyde nikotin bağımlılığının depresyonla ilişkisi olduğu da gözlenmektedir. Nikotin bağımlılığı ile mücadelede, Aile Hekimliğinin temel özelliklerinden olan sürekli ve biyopsikososyal yaklaşımla değerlendirme sigara bıraktırmada başarının önemli bir parçasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimliği, Fagerström Testi, Karbonmonoksit Düzeyi, Nikotin Bağımlılığı, Sigara Bırakma

## SS-106

**COVID-19 İLE İLGİLİ YAYINLARA FARKLI BİR BAKIŞ: PUBMED VERİTABANINDA TÜRKİYE YAYINLARININ DÜNYA İLE KARŞILAŞTIRMASI**

Fatma Tokgöz Akyl

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

**GİRİŞ:** Çin'de ortaya çıkan koronavirüs-2019(COVID-19) salgınında çaresizlik ve bilinmezlik bilim dünyasını harekete geçirmiştir. Durumun aciliyeti tüm dünyada hem ulusal hem uluslararası bilgi paylaşımı ve çözüm arayışı ortaya çıkarmış, bilimsel dergilerde COVID-19 ile ilgili yayınlara öncelik verilerek ek sayılar çıkarılmaya başlanmıştır. Bu çalışmada, ülkelerin vaka sayıları ve mortalite hızları ışığında dünya literatürüne yapmış olduğu katkılar sorgulanmış, Türkiye'nin akademik dünyadaki yeri sorgulanmıştır.

**MATERYAL-METOD:** PUBMED veritabanından COVID-19 kelimesi ile 30.12.2019-24.07.2020 tarihleri arasında yayınlanmış olan tüm makaleler arandı (Toplam 34.203 makale). PUBMED numarası, makale başlığı, yayınlanma tarihi, yayınlandığı dergi adı, ilk yazarın kurumu, ilk yazar kurumunun ülkesi ve yayında geçen kurum sayısı verileri kaydedildi. Dergi adına editoryal yazıları, uluslararası uzlaşma raporları, sağlık örgütlerinin COVID-19 raporları çıkarıldı(n=4.361). Ülkelerin ilk COVID-19 vakası bildirme tarihi, 24.07.2019'a kadar bildirilen toplam vaka sayısı, toplam mortalite sayıları Dünya Sağlık Örgütü raporlarından kaydedildi. Ülke popülasyonları/nüfusları da ayrıca kaydedildi (www.worldometers.com). Ülkelerin nüfusa göre toplam vaka oranları, vakaların mortalite oranları hesaplandı. Yayınlar ülkelere göre kodlanarak toplam 100'ün üzerinde makale yayınlayan ülkelerin verileri tanımlandı. Türkiye ve diğer ülkelerden yayınlanan makaleler karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Toplamda 29.838 makale 132 ülkeden yayınlanmıştı. Toplam makale sayısı 100'ün üzerinde olan 32 ülke tanımlandı (n=27.906). Toplam makalelerin %26'sı(n=7260) Amerika Birleşik Devletleri'nden, %15'i Çin, %10,8'i İtalya'dan yayınlanmıştır. Bu ülkeleri sırasıyla Birleşik Krallık, Hindistan, Fransa, İspanya, Kanada, Almanya, Brezilya, İran Avusturalya izlemiştir. Türkiye ise bu ülkelerden sonra %1,6(n=454) ile 13. sırada yer aldı. Türkiye'nin diğer ülkelerle karşılaştırıldığında; nüfusa göre bildirilen vaka oranının (0,26 vs.0,56, p<0,0001) ve vakaların mortalite hızının daha düşük (2,5 vs.7,04, p<0,0001) olduğu görülmüştür. Bildirilen ilk vakadan taramaya kadar geçen süre diğer ülkelerde daha uzun (178 vs.135 p<0,0001) iken ilk vakadan sonra yayın çıkarma hızı ülkemizde daha kısa (88 vs. 121, p<0,0001) olarak saptandı. Yayınlarda kurum sayısı dünya ile benzer (3,5 vs.3,6, p=0,730) iken toplam yazar sayısı ülkemizde daha az idi (4,5 vs. 5,8, p<0,0001). Sonuç olarak;halen içinde bulunduğumuz bu sağlık krizinde akademisyenler hızla adapte olarak yalnızca yedi ay içinde çok sayıda yazı ile bilime katkı sağlamıştır. Ülkemizde daha kısa sürede yayınlar gerçekleştirilmiş olsa da, dünya literatürlerinin %1,6'sını oluşturmuş, bilimsel çalışmalar konusunda akademik teşvik gerektiği düşünülmüştür. Ülkemizde işbirliği içinde olan yazar sayısı daha az kurum işbirliğiyle dünyayla benzer saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, koronavirüs, SARS-CoV-2



Figür 1: 100'ün üzerinde makale yayınlayan ülkelerin özellikleri (Yayın sıklığına göre)

|                  | Makale sayısı<br>N (%) | Ülkedeki ilk<br>vakadan taramaya<br>kadar geçen süre<br>(gün) | Nüfusa göre Vaka<br>Sıklığı (%) | Vakaların<br>mortalitesi | Ortalama<br>yayın hızı<br>(gün) | Yazar<br>sayısı | Kurum<br>sayısı |
|------------------|------------------------|---|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| ABD              | 7260 (26)              | 185   | 1,32                            | 3,43                     | 130±33                          | 5,36            | 3,53            |
| Çin              | 4197 (15)              | 206   | ,01                             | 5,38                     | 132±42                          | 7,95            | 3,64            |
| İtalya           | 3019 (10,8)            | 175   | ,41                             | 14,30                    | 117±32                          | 6,42            | 3,56            |
| Birleşik Krallık | 2412 (8,6)             | 175   | ,44                             | 15,33                    | 120±34                          | 4,56            | 3,51            |
| Hindistan        | 1278 (4,6)             | 175   | ,09                             | 2,33                     | 127±34                          | 4,25            | 3,60            |
| Fransa           | 987 (3,5)              | 182   | ,26                             | 17,87                    | 125±32                          | 7,00            | 3,58            |
| İspanya          | 968 (3,5)              | 115   | ,58                             | 10,52                    | 68±29                           | 5,84            | 3,37            |
| Kanada           | 862 (3,1)              | 180   | ,30                             | 7,90                     | 122±35                          | 5,21            | 3,67            |
| Almanya          | 673 (2,4)              | 179   | ,24                             | 4,46                     | 124±34                          | 6,17            | 3,69            |
| Brezilya         | 670 (2,4)              | 150   | 1,05                            | 3,72                     | 104±31                          | 5,19            | 3,54            |
| İran             | 596 (2,1)              | 156   | ,34                             | 5,31                     | 100±34                          | 4,79            | 3,48            |
| Avustralya       | 490 (2,1)              | 181   | ,05                             | 1,00                     | 127±36                          | 4,60            | 3,36            |
| Türkiye          | 454 (1,6)              | 135   | ,26                             | 2,49                     | 88±30                           | 4,54            | 3,50            |
| Singapur         | 428 (1,5)              | 135   | ,84                             | ,05                      | 116±37                          | 5,99            | 3,57            |
| İsviçre          | 374 (1,3)              | 150   | ,39                             | 4,99                     | 87±38                           | 5,19            | 3,41            |
| Japonya          | 330 (1,2)              | 190   | ,02                             | 3,55                     | 136±38                          | 6,12            | 3,46            |
| Hollanda         | 273 (1)                | 190   | ,31                             | 11,71                    | 96±34                           | 6,41            | 3,32            |
| Kore             | 265 (0,9)              | 183   | ,03                             | 2,13                     | 121±41                          | 5,48            | 4,18            |
| Tayvan           | 244 (0,9)              | 185   | ,00                             | 4,15                     | 123±36                          | 5,22            | 3,29            |
| Belçika          | 235 (0,8)              | 171   | ,56                             | 15,15                    | 118±33                          | 6,85            | 3,34            |
| Pakistan         | 197 (0,7)              | 120   | ,12                             | 2,13                     | 74±30                           | 3,79            | 3,58            |
| Yunanistan       | 196 (0,7)              | 149   | ,04                             | 4,89                     | 98±32                           | 5,37            | 3,71            |
| İsrail           | 173 (0,6)              | 154   | ,59                             | ,79                      | 101±32                          | 4,87            | 4,09            |
| İrlanda          | 171 (0,6)              | 146   | ,52                             | 6,83                     | 95±31                           | 4,34            | 3,65            |
| Meksika          | 165 (0,6)              | 146   | ,28                             | 11,37                    | 97±31                           | 5,99            | 3,80            |
| Polonya          | 148 (0,5)              | 142   | ,11                             | 3,97                     | 97±36                           | 5,49            | 4,02            |
| Portekiz         | 136 (0,5)              | 173   | ,48                             | 3,45                     | 120±34                          | 4,27            | 3,41            |
| Tayland          | 130 (0,5)              | 193   | ,00                             | 1,77                     | 122±39                          | 3,29            | 3,42            |
| Hong Kong        | 123 (0,4)              | 183   | ,04                             | ,68                      | 112±37                          | 4,63            | 3,36            |
| Mısır            | 122 (0,4)              | 161   | ,09                             | 4,96                     | 109±35                          | 4,14            | 3,57            |
| S. Arabistan     | 120 (0,4)              | 144   | ,75                             | 1,01                     | 93±34                           | 4,58            | 3,47            |
| İsveç            | 110 (0,4)              | 175   | ,78                             | 7,21                     | 112±175                         | 5,26            | 3,18            |
| Toplam           | 27.906                 | 178   | 0,56                            | 6,97                     | 120±38                          | 5,78            | 3,56            |

## SS-107 NARGİLE KULLANIMINA BAĞLI KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ; 14 OLGULUK SERİ

Hülya Dirol

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya

**AMAÇ:** Nargile ile ilgili tehlikelere rağmen, nargilenin gençler arasında dünya çapında kullanımı ve popülerliği giderek artmaktadır. Bu çalışmanın amacı, nargile içimine bağlı karbonmonoksit zehirlenmesi gelişen hastaların klinik özelliklerinin ve sonuçlarının tespit edilmesidir.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Ocak 2018-Mart 2020 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesine, nargile içimi sonrası gelişen karbonmonoksit zehirlenmesi ile başvuran ve bölümümüzce değerlendirilen hastaların elektronik dosyalarındaki veriler geriye dönük olarak incelendi.

**BULGULAR:** 14 hastanın 12' si (%85,7) erkek, 2' si (%14,3) kadın idi. Hastaların yaş ortalaması  $27,5 \pm 11,01$  idi. En sık başvuru yakınması baş ağrısı (8, % 57,1) idi. Hastaların 6' sında (%43) senkop gelişmişti. Bunların 3' ünde (%50), düşmeye bağlı minör travma olmuştu. Travma hastalarının hiçbirinde akut SVO tespit edilmedi. Hastaların 7' si (%50) taşikardik ve takipneik, 4' ü (%28,5) hipertansif idi. Başvuru anında ortalama  $SpO_2$  %  $98,08 \pm 1,2$  ve ortalama karboksihemoglobin seviyesi  $26,4 \pm 7,7$  idi. Hastaların ortalama laktat düzeyi  $1,83 \pm 1,43$  olarak hesaplandı. İki hastada kompanse metabolik asidoz tespit edildi. Hastaların tamamında karaciğer enzimleri, böbrek fonksiyonları normaldi. Hiçbirinde elektrolit dengesizliği saptanmadı. Hastaların 4' ünde (%28,5) troponin hafif düzeyde yüksek saptandı, takibinde geriledi. Hastanemizde hiperbarik oksijen olmadığı için hastaların tümüne sadece normobarik oksijen desteği verildi. 4 (%28,5) hasta yatışı kabul etmedi. 10 (%71,5) hasta 1 gün süre ile yatırılıp takip edildi. Hastaların taburculuk sırasında ortalama karboksihemoglobin seviyesi  $1,26 \pm 2,40$  'e kadar geriledi. Hiçbir hasta nargile içimine bağlı gelişen karbonmonoksit zehirlenmesi nedeniyle ex olmadı. Hastaların acil başvuru ve yatış maliyeti toplam 3,069 tl olarak hesaplandı.

**SONUÇ:** Nargilenin zararlarından biri de akut karbonmonoksit zehirlenmesidir. Nargile kullanımı veya dumanına maruz kalan ve baş ağrısı, senkop, bulantı-kusma benzeri şikayetlerle başvuran genç hastalarda karbonmonoksit zehirlenmesi akılda tutulmalı, hasta bu açıdan tetkik edilmeli ve erken dönemde hızla destek tedavisine başlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Nargile, karbonmonoksit, karboksihemoglobin, senkop

## SS-108

## İMMÜN YETMEZLİK TANISI OLAN HASTALARIN KLİNİK VE RADYOLOJİK AKCİĞER BULGULARI

Tuba Erdoğan, Uğur Muşabak

Başkent Üniversitesi, İç hastalıkları Ana bilim Dalı, İmmunoloji ve Allerji Bilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ-AMAÇ:** Primer immün yetmezlik (PiY) tanısı çoğunlukla çocukluk çağında konmakla birlikte bazı PiY'ler ya geç tanı alır ya da geç başlangıçlıdır. Yaygın değişken immün yetmezlik (CVID), hipogamaglobülinemi ve spesifik antikor üretiminde azalma ile karakterizedir ve özellikle üst ve alt solunum yollarını etkileyen, tekrarlayan ve zor iyileşen enfeksiyonlarla klinik bulgu verir. Bu hastalarda obstrüktif (astım, bronşiektazi) ve restriktif akciğer hastalıkları (lenfositik interstisyel pnömoni, foliküler bronşiyolit ve granülomatöz lenfositik interstisyel akciğer hastalığı, organize pnömoni) gelişebilir.

**METHOD:** Kliniğimizde ekim 2016-ocak 2020 tarihlere arasında takip edilmekte olan CVID tanılı hastalardan akciğer görüntülemesi yapılmış olanların verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya 16 hasta dahil edildi. Hastaların %75'i kadın idi ve yaş ortalaması  $37.38 \pm 24.35$  (39-69) yıl idi. Hastaların %68.8'inin enfeksiyon dönemleri dışında öksürük ve nefes darlığı gibi semptomları mevcut idi. Sekel değişiklikler, atelektazi ve bronşiektazi en sık (%35,7) görülen radyolojik bulgular olmakla birlikte bronş duvar kalınlaşması, asinar nodül, subplevral fibrosis ve amfizem de görülen diğer bulgulardır. Genelde her iki lobun birlikte tutulduğu (%55,6), alt lob ve periferik tutulum sık olduğu gözlemlenmiştir. Parankim dışı bulgularda timik kalıntı (%25) ve reaktif lenf nodu (%33,3) dikkati çekmiştir. Tüm immunoglobulin düzeylerinde düşüklük saptanmakla birlikte total IgE değerinin ölçülemeyecek düzeyde olması (%61,5) da önemli bir bulgudur.

**SONUÇ:** İmmün yetmezlikli hastaların akciğer bulgularının her zaman belirgin olmayabileceği akılda bulundurulmalıdır. Tekrarlayan akciğer enfeksiyonu olan ya da astım şüphesi olup mutad tedavilerden fayda görmeyen hastalarda immunoglobulin değerlerinin istenmesinin nadir görülen bu tür hastalıkların saptanmasında yol gösterici olacaktır. Nadir görülen hastalıklar olması nedeniyle çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** İmmün yetmezlik, Yaygın değişken immün yetmezlik, akciğer tutulumu



**Hastaların akciğer tomografi bulguları**

|                                     | n=16      |
|-------------------------------------|-----------|
| Sekel değişiklikler                 | 5 (%35,7) |
| Atelektazi                          | 5 (%35,7) |
| Bronşiektazi                        | 5 (%35,7) |
| Bronş duvar kalınlaşması            | 4 (%25)   |
| Nodül                               | 3(%18,8)  |
| Subplevral fibrozis                 | 1 (%6,25) |
| Amfizem                             | 1 (%6,25) |
| Normal bulgular                     | 2(%12,5)  |
| Tutulum bölgesine göre dağılım(n=9) |           |
| Sağ lob                             | 3(%33,3)  |
| Sol lob                             | 1 (%11,1) |
| Her iki lob                         | 5 (%55,6) |
| Alt lob                             | 8 (%88,9) |
| Üst lob                             | 5(%55,6)  |
| Periferik tutulum                   | 8 (%88,9) |
| Ek radyolojik bulgular(n=12)        |           |
| Timik kalıntı                       | 3 (%25)   |
| Patolojik olmayan lenf nodu         | 4(%33,3)  |

**Hastaların demografik verileri**

|   | n=16                |
|---|---------------------|
| Yaş (yıl)                                 | 37,38±24,35 (39-69) |
| Tanı yaşı (yıl)                           | 34,31±15,26 (17-67) |
| Cinsiyet (K)                              | 12 (%75)            |
| Solunum semptomu (öksürük, nefes darlığı) | 11 (%68,8)          |
| Astım tanısı                              | 6 (%37,5)           |
| Rinit tanısı                              | 11 (%68,8)          |

**SS-109****MALİGN HAVA YOLU OBSTRÜKSİYONLARINDA ENDOBRONŞİYAL ARGON PLAZMA KOAGÜLASYONUN ETKİNLİK VE GÜVENLİĞİ**

Esmâ Nur Aktepe Sezgin, Demet Turan, Efsun Gonca Chousein, Mehmet Emin Sezgin, Erdoğan Çetinkaya, Mehmet Akif Özgül

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

**GİRİŞ-AMAÇ:** Malign hava yolu tümörlerinde girişimsel bronkolojik tedavi yöntemleri ile hava yolu açıklığı sağlanarak semptom palyasyonu sağlanır. Bu yöntemlerden hangisinin kullanılacağı obstrüksiyonun tipine ve yerine, hastanın klinik durumuna, ekipmanın kullanılabilirliğine ve bronkoskopistin deneyimine bağlıdır. Argon plazma koagülasyon (APC), yüksek frekanslı monopolar akımın dokulara iletiminde iyonize argon gazının (argon plazma) kullanıldığı temassız bir elektrokoagülasyon yöntemidir. Biz de girişimsel bronkoloji ünitesinde endobronşiyal tedavi amacı ile rijit bronkoskopi yapılan semptomatik malign hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda APC yönteminin etkinlik ve güvenliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Göğüs hastalıkları hastanesi girişimsel bronkoloji ünitesinde 2009-2018 tarihleri arasında, rijit bronkoskopi tekniği ile malign hava yolu obstrüksiyonu olan ve endobronşiyal tedavi yöntemlerinden APC'nin uygulandığı 584 hasta retrospektif olarak incelendi.

**BULGULAR:** Hastaların 102'si kadın, 482'si erkek olmak üzere yaş ortalaması 58.2±12 (21-94) idi. 584 hastaya 721 kez APC (1-7) uygulandı. Bunların 102'sine (%17.4) sadece APC uygulanırken, 482 hastaya APC'ye en az bir tedavi modalitesi eşlik etti. Lezyonların 319'una (%54.6) endoluminal, 265'ine (%45.4) mikst obstrüksiyon nedeni ile APC uygulanırken; 483'ü (%82.7) santral, 101'i (%17.3) lobar bronş yerleşimli idi. Çalışmamızda girişimsel bronkoskopiye bağlı komplikasyon görülen hasta sayısı 64 (%11) iken APC'ye bağlı komplikasyonlar, pnömotoraks, hemoraji ve stenoz olmak üzere hasta sayısı 5 (%0.9) idi. Hastaların işlem öncesi radyoterapi alması ve lezyonların periferik yerleşimli olmasının APC'ye bağlı spesifik komplikasyonlarda artışa neden olduğu saptanırken; yaşı, ASA (American Society of Anesthesiologists) skoru, komorbite sayısı ve malignite tiplerine göre APC'ye bağlı spesifik komplikasyonlarda farklılık olmadığı izlenmiştir. APC'nin etkinliği hemostaz ve hava yolu açıklığı sağlama olarak iki farklı şekilde değerlendirildiğinde; tam ve kısmi hemostaz sağlanması ve hava yollarında normalin %50'sinden fazla açıklık sağlanması (tam ve kısmi açıklık) başarı olarak kabul edildi. Buna göre APC, hemostazda %96.4 başarılı iken hava yolu açıklığı sağlamada %97.4 oranında başarılı olarak bulundu.

**SONUÇ:** Semptomatik malign hava yolu obstrüksiyonlarında rijit bronkoskop ile yapılan APC, hemostaz sağlama ve hava yolu açıklığı sağlamada etkili bir yöntemdir. Bununla beraber APC'nin spesifik komplikasyonları nadir görülmektedir ve yüksek riskli hasta gruplarında güvenle kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** APC, Malign hava yolu obstrüksiyonu, Rijit bronkoskop

**SS-110****AKCİĞER ADENOKANSER OLGULARINDA MOLEKÜLER BİYOBELİRTEÇLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE EBUS REHBERLİKLİ İĞNE ASPIRASYON MATERYALİNİN YERİ**

Ömer Zengin<sup>1</sup>, Sevda Şener Cömert<sup>1</sup>, Dilek Ece<sup>2</sup>, Nagehan Özdemir Barışık<sup>2</sup>, Elif Torun Parmaksız<sup>1</sup>, Nesrin Kıralt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>SBÜ Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ-AMAÇ:** Konveks prob endobronşiyal ultrasonografi rehberlikli transbronşiyal iğne aspirasyonu (KP-EBUS-TBİA), KHDAK'nin tanı ve evrelemesinde yüksek sensitiviteye sahip minimal invaziv bir tekniktir. Özellikle ileri evre KHDAK'nde hedefe yönelik tedavinin, standart kemoterapi rejimi yerine birinci basamak olarak uygulanmasının son yıllarda yapılan çalışmalarla sağ kalımı olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir. Bu çalışmalar ışığında adenokarsinom tanısı alan hastalarda moleküler biyobelirteçlerin bakılması rutin olarak önerilmektedir. Çalışmanın amacı, KP-EBUS-TBİA ile adenokarsinom tanısı konulmuş histopatolojik örneklerde moleküler biyobelirteçler olan EGFR, ALK, ROS1 mutasyonları çalışılabilmesi için materyal yeterliliğini değerlendirmektir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmaya Ocak 2016-Aralık 2019 arasında Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde; KP-EBUS-TBİA ile akciğer adenokarsinomu tanısı konulmuş 49 olgu dahil edildi. Olguların demografik özellikleri, örneklenen lenf nodlarının lokalizasyonları, şekilleri, kenar özellikleri, sonoriteleri, kısa çapı, örneklenme sayısı, PET-BT deki SUVmaks değerleri, pozitif saptanan moleküler biyobelirteçler ve moleküler testlerin çalışılabilmesi için materyal yeterliliği kayıt altına alındı. Moleküler biyobelirteçlerin çalışılabilmesi için materyal yeterliliği ve bunu etkileyen faktörler istatistiksel olarak değerlendirildi.

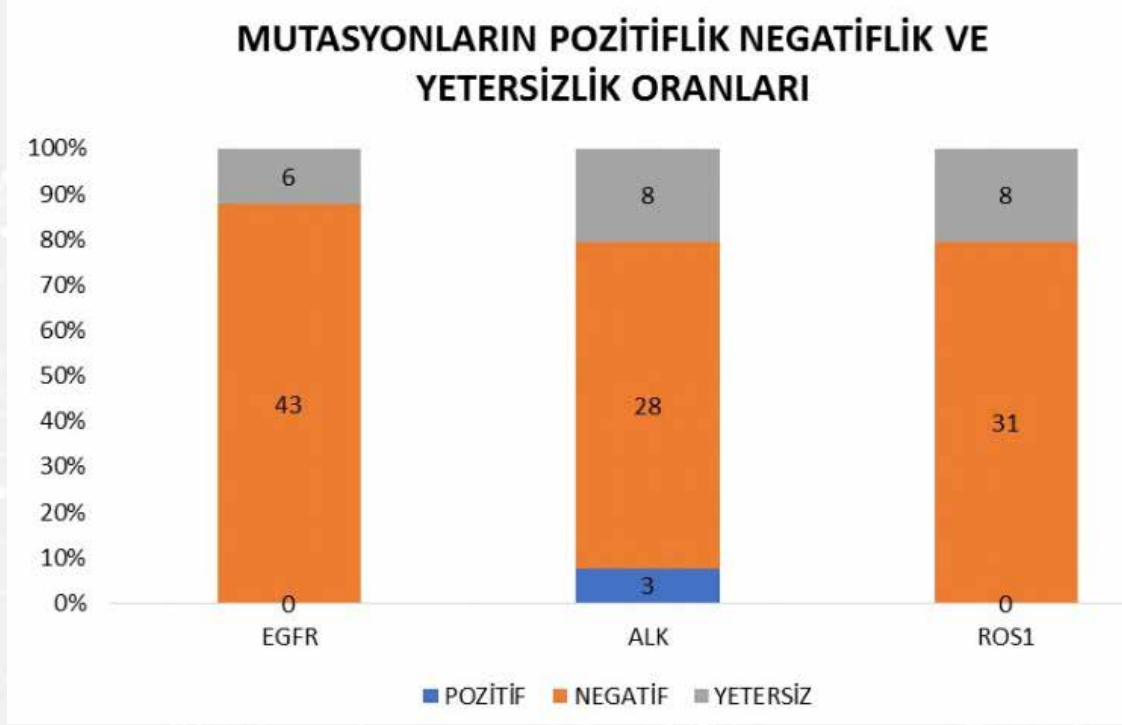
**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 49 akciğer adenokarsinom olgusunun; 41'i (%83.7) erkek, 8'i (%16.3) kadındı. Ortalama yaş 61±10,5 yıl idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların tamamında EGFR, 31'inde ALK ve ROS1 mutasyonu çalışıldı. Tüm hasta grubunda EGFR, ALK, ROS1 mutasyonu için materyal yeterlilik oranı sırasıyla %87,8, %79,5 ve %79,5 olarak bulundu. Sadece 3(%9.7) hastada ALK rearanjmanı saptandı. EGFR gen mutasyonu ve ROS1 rearanjmanı ise saptanmadı. En sık 4R (%45) ve 7 nolu istasyonlardan (%35) KP-EBUS-TBİA yapılmıştı. Lenf bezi başına düşen ortalama örneklenme sayısı 3,9±1,4, örneklenen lenf nodlarının ortalama kısa aks 2,1±1,1 cm, ortalama SUVmaks değeri ise 9,6±4,3 idi. Lenf nodlarının %87,8'si belirgin, %12,2'si belirsiz kenarlı, ultrasonografik olarak %42,8'i hipoekoik, %32,7'si heterojen yapıda, %24,5'i izoekoik ise idi. Materyal yeterliliği ile hastaların demografik özellikleri, yapılan aspirasyon sayısı, örneklenen lenf nodlarının lokalizasyonu, EBUS ile ölçülen kısa aksı, lenf nodlarının morfolojik özellikleri ve PET-BT'deki SUVmaks değerleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı.

**SONUÇ:** Bu çalışmada akciğer kanseri tanı ve evrelemesinde kullanılan KP-EBUS-TBİA ile KHDAK'nin hedefe yönelik tedavi planlanmasında moleküler biyobelirteçlerin çalışılabilmesi için yeterli miktarda materyalin toplanmasının etkin bir şekilde yapılabileceği görülmüştür. KP-EBUS-TBİA akciğer kanserinin tanı ve evrelendirilmesinde sıklıkla kullanılan bir teknik olup günümüzde artık tedavinin yönetiminde de rol almaya başlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Endobronşiyal ultrasonografi, transbronşiyal iğne aspirasyonu, moleküler biyobelirteçler, akciğer adenokarsinomu

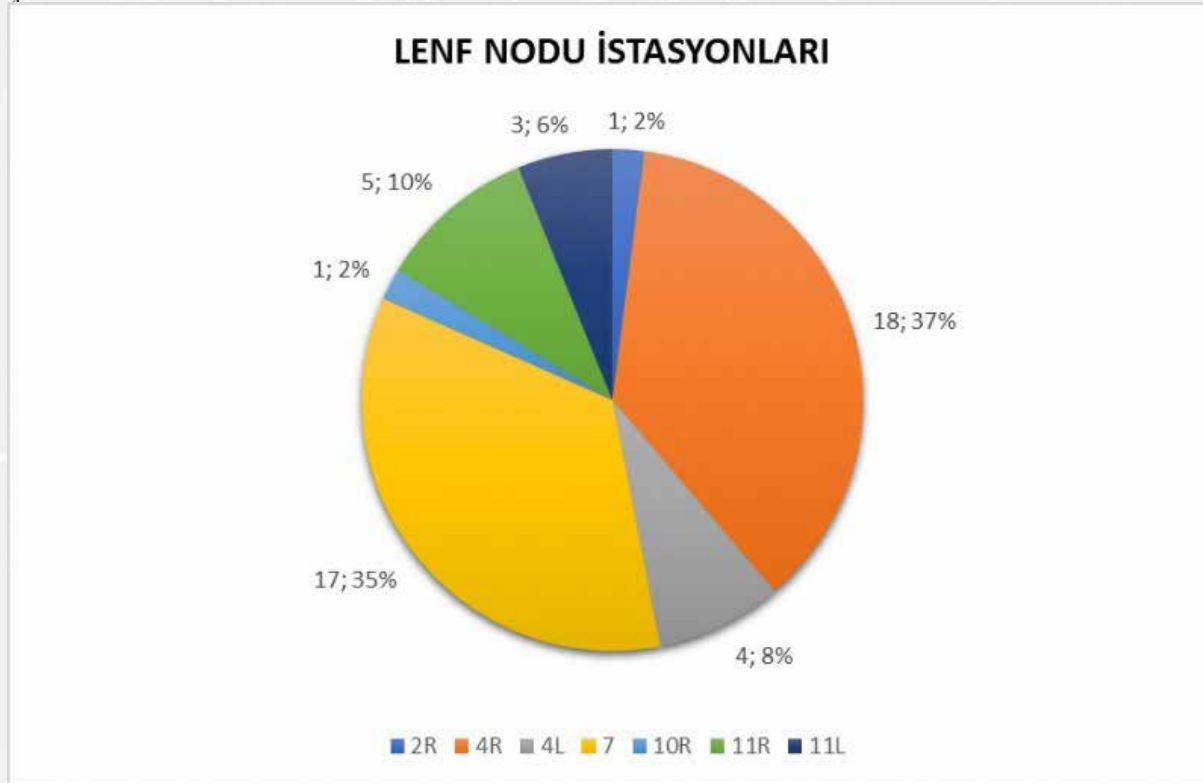


Şekil 1



Akciğer adenokanser tanısı konulan olgularda bakılan moleküler biyobelirteçlerin pozitif, negatif ve yetersiz olma durumları

Şekil 2



Örneklenen lenf nodu istasyonlarının dağılımı

## SS-111

## COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE BRONKOSKOPİK İŞLEMLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ayperi Öztürk, Melahat Uzel Şener, Aydın Yılmaz

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

**GİRİŞ:** COVID-19 hastalığı, ilk kez Wuhan'da Aralık 2019'da tanımlanmış, 11 Mart'ta pandemi olarak ilan edilmiş, oldukça bulaşıcı ve halen tüm dünyada yaşamı tehdit etmeye devam eden bir hastalıktır. Bronkoskopi aerosol üreten bir işlem olarak bilinmekle birlikte genellikle hava yolu darlıklarında hem tanı, hem evreleme hem de tedavi için gereklidir. Biz bu çalışmamızda henüz pandemi başında yayınlanmış bir kılavuz olmadan bronkoskopik işlemleri ve uyguladığımız önlemlerle hastalarımızı nasıl yönettiğimize dair deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

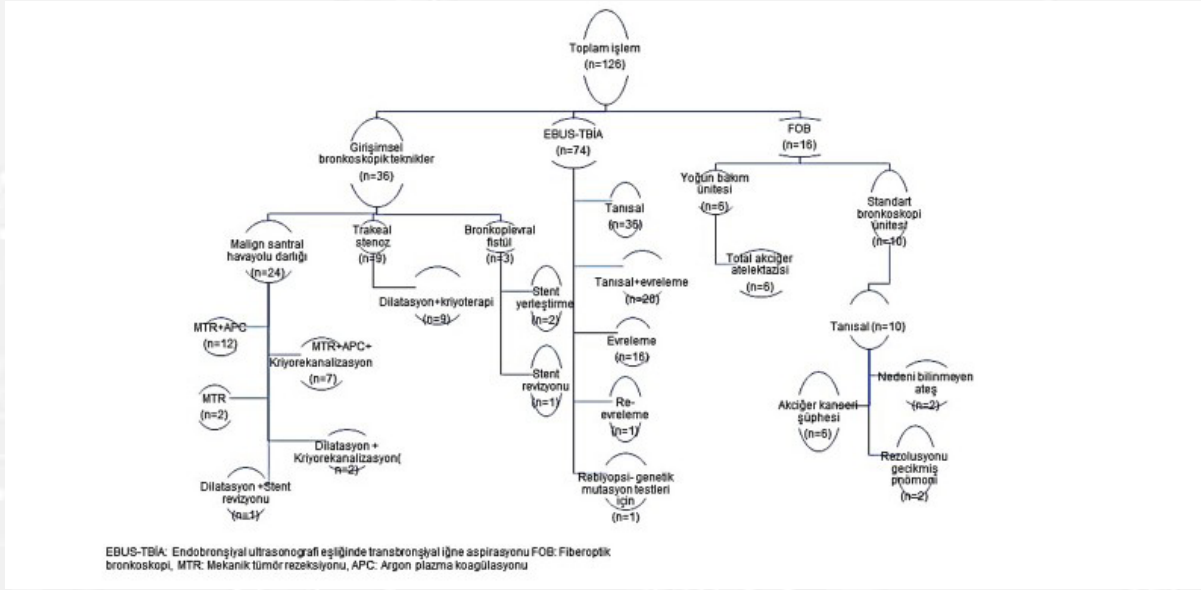
**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Türkiye'de görülen ilk olgudan (11 Mart 2020) 15 Mayıs'a kadar uygulanan tüm bronkoskopik işlemler geriye dönük olarak değerlendirildi. Prosedürler; fiberoptik bronkoskopi, girişimsel bronkoskopik teknikler ve endobronşiyal ultrasonografi eşliğinde transbronşiyal iğne aspirasyonu (EBUS-TBİA) olarak gruplandırıldı. Cinsiyet, yaş, endikasyonlar, tanı, işlem türleri, COVID-19 testlerinin sonuçları ile ilgili hasta verileri kaydedildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya toplam 126 hasta, girişimsel bronkoskopik teknikler 36 (% 28.6), EBUS 74 (% 58.7), fiberoptik bronkoskopi 16 (% 12.7) dahil edildi (Resim 1). Tüm rijit bronkoskopik işlemler acil endikasyonlar için uygulandı: malign hava yolu tıkanıklığı (% 66.7), trakeal stenoz (% 25), bronkoplevral fistül (% 8.3) (Resim 2A-J). Uygulanan işlemlerin çoğu (% 67,5) tanısal amaçlı yapılırken,% 19'u tedavi,% 13,5'i evreleme içindi. EBUS-TBİA, girişimsel işlem ve FOB uygulanan hastalara sırasıyla 59 (% 79.7), 12 (% 50) ve 4 (% 25) malignite tanısı kondu. Tüm personele Kişisel Koruyucu Ekipman (N95 maskesi, göz koruması (tekrar kullanılabilir ve emniyet gözlüğü), tek kullanımlık eldiven ve önlük, yüz siperi, başlık) giydirilmiş, ayrıca hastalara cerrahi maske, kep ve tek kullanımlık önlük giydirilmiştir (Resim 2 K). İşlemlerden önce otuz bir hasta (% 24.6) COVID-19 için test edildi ve hepsi negatif çıktı. İşlemden sonra tüm hastalar on dört gün boyunca takip edildi ve hiçbir hastada COVID-19 saptanmadı.

**SONUÇ:** Deneyimlerimize dayanan bu çalışma, akciğer kanseri olduğu bilinen veya şüphelenilen hastalarda EBUS ve / veya bronkoskopinin ertelenmemesi gerektiğini, yeterli ve gerekli önlemler alındığında COVID-19 bulaşının önlenebileceğini göstermiştir.

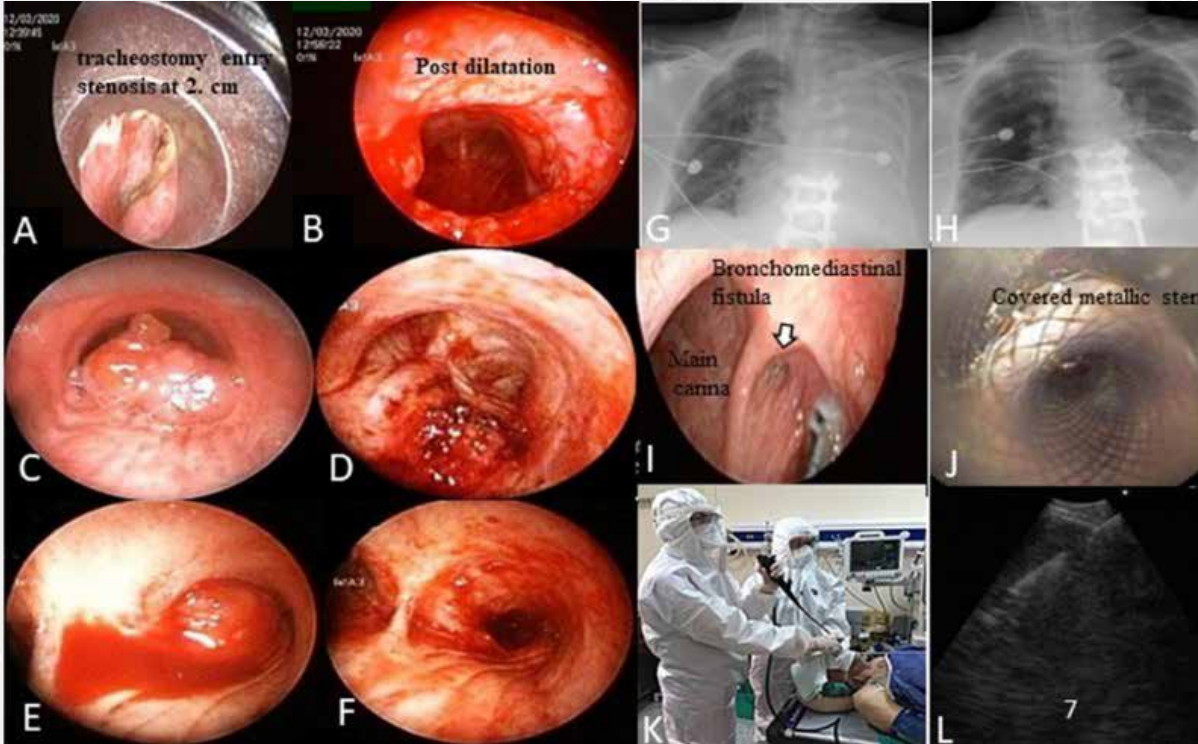
**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, bronkoskopi, Endobronşiyal ultrasonografi, akciğer kanseri, endobronşiyal tedavi

Resim 1.



Çalışmanın akış şeması

Resim 2



Yapılan işlemlerden örnek olgular. A-B: Trakeal darlık olgusu ve dilatasyon sonrası C-F: Santral malign havayolu darlığı olguları G-H: Yoğun bakım ünitesinde sol total ateletkzisi olan bir olgu ve FOB sonrası akciğer grafisi I-J: Bronkomediastinal fistül olgusu ve kaplı metal stent sonrası K: Kişisel koruyucu ekipman ile EBUS uygulaması L: EBUS-TBIA ile örneklenen subkarinal lenf nodu sonografik görünümü



## SS-112

## FAREDE GERİ DÖNÜŞLÜ TRANSÜTERİN FETAL TRAKEAL TIKAMA YÖNTEMİ

Nilhan Torlak<sup>1</sup>, Alkım Yıldırım<sup>2</sup>, Egemen Eroğlu<sup>2</sup>, Emrah Aydın<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hüresel ve Moleküler Tıp Programı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Pediyatrik Cerrahi Departmanı, Tıp Fakültesi, Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>Koç Üniversitesi Translasyonel Tıp Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

**AMAÇ:** Fetal trakeal tıka (TT), konjenital diyafragma hernisi (KDH) olgularında fetal akciğerlerin gelişimi üzerindeki etkinliği kanıtlanmış bir cerrahi yöntemdir. Literatürde TT'nin farklı hayvan modelleri için etik kaygılar, maliyet, cerrahi zorluk derecesi, fetüs boyutları, hayatta kalım oranları ve insan ile ortak genetik materyal ve teknikler açısından farklılık avantaj ve dezavantajlara sahiptir. TT'nin akciğer moleküler biyolojisi, fizyolojisi ve hüresel süreçlerini nasıl etkilediğini tanımlamada yararlı olacak minimal girişimsel bir transüterin - geri dönüşümlü TT (TT-GD) modeli geliştirdik.

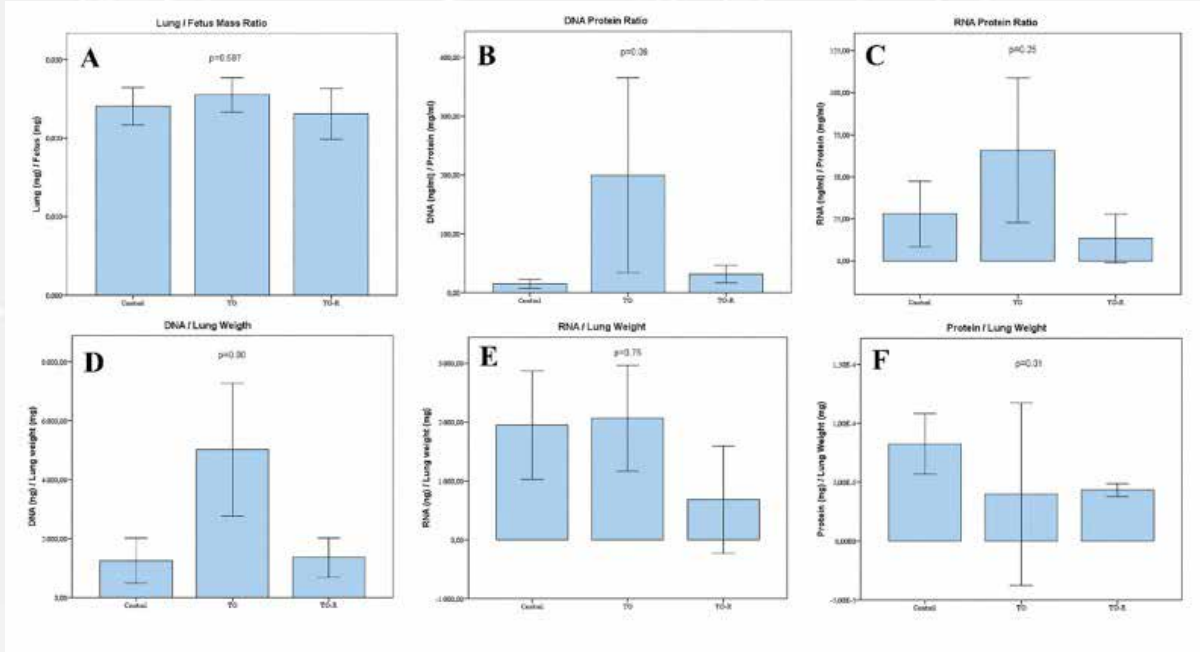
**YÖNTEM:** Koç Üniversitesi Hayvan Deneyleri Yere Etik Kurulu (HADYEK) 2018.HADYEK.027 onayından sonra, planlı olarak çiftleştirilen C57BL/6 farelerine embriyonik gün 16,5'te (E16.5) laparotomi ile her üterin hornda 2 fetüse olacak şekilde transüterin trakeal tıka gerçekleştirilmiştir. E17,5 dike çıkarılmış, E18,5'te damlar sakriye edilmiş ve fetüsler alınmıştır. Bütün akciğerler morfometrik ve histolojik analiz için karşılaştırılmıştır.

**SONUÇLAR:** 65 TT fetüsünden 61'inde başarılı TT tespit edilmiştir. 57 tanesi E18,5'e kadar hayatta kalırken (%87,7), 6 tanesinde spontane vajinal doğum gerçekleşmiştir. TT'daki DNA/Protein ve DNA/Akciğer ağırlığı oranları kontrol ile karşılaştırıldığında yükselmişken, Protein/Akciğer ağırlığı oranı TT'dakilerde kontrollere göre az oldu; TT-GD grubunda ise tüm parametrelerde iki grubun arasında bir değerde bulunduğu görülmüştür.

**TARTIŞMA:** Farede geri dönüşümlü fetal transüterin trakeal tıka tekniği, mevcut hayvan modelleri ile kıyaslanabilir sonuçlarla birlikte uygulanabilir bir metottur. Akciğer ağırlığı, akciğer-vücut ağırlığı oranı ve DNA/protein oranı ödem ya da hücre hipertrofisi yerine düzenli akciğer büyümesini belirtmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** akciğer gelişimi, fetal trakeal tıka, konjenital diyafragma hernisi

## Model karakteristikler



(A) Fetal akciğer-vücut ağırlığı oranı. (B) Akciğer DNA-protein oranı. (C) Akciğer RNA-protein oranı. (D) DNA, (E) RNA, ve (F) protein miktarının akciğer ağırlığına oranı.

## SS-113

DOĞUMSAL DİYAFRAGMA HERNİLİ SIÇAN FETÜSLERİNDE AKCİĞER  
DAMARLANMASININ KARAKTERİZASYONU

Furkan Durmuş<sup>1</sup>, Emrah Aydın<sup>2</sup>, Nilhan Torlak<sup>3</sup>, Marc Oria<sup>4</sup>, Birol Aslanyürek<sup>5</sup>, Nilgün Güler Beyazıt<sup>5</sup>,  
Esin Öztürk Işık<sup>1</sup>, Jose L. Peiro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Pediyatrik Cerrahi Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>Hücrel ve Moleküler Tıp Programı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

<sup>4</sup>Pediyatrik Genel ve Torasik Cerrahi Bölümü, Cincinnati Çocuk Hastanesi Tıp Merkezi, Ohio, ABD

<sup>5</sup>Matematik Mühendisliği Bölümü, Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

**AMAÇ:** Doğumsal diyafagma hernisi olgularında (DDH) başta gelen ölüm sebebi olan pulmoner hipertansiyonun doğum öncesinde tespiti hastaların takibinde önem arz etmektedir. Çalışmamızın amacı doğum öncesi görüntüleme yöntemleri ile fetüs akciğerinin gelişimini ortaya koymak ve DDH'lı olgular ile yapısal farklılıklarını göstermektir.

**YÖNTEM:** Aynı yaş grubunda bulunan dişi ve erkek sıçanların çiftleştirilmesinden sonra embriyonik gün 21'de (E21) 15 sağlıklı ve 5 nitrofen ile meydana getirilmiş DDH olan Sprague Dawley sıçan fetüsleri çalışmaya dahil edilmiştir (IACUC#2016-0068). Kontrast maddenin homojen yayılması için cilt kısmi olarak çıkarılmıştır. Üç gün lugol solüsyonunda bekletilen örneklerle mikro bilgisayarlı tomografi (µBT) ile görüntüleme yapılmıştır. Elde edilen verilerden akciğer atar damarları üç boyutlu olarak tekrardan oluşturulmuştur. En küçük kesit yüzeyine sahip damarlar 1. derece olarak sınıflandırılmıştır ve kesit yüzeyi arttıkça derece numarası artırılmıştır. Akciğer ağacının yapısal özellikleri bağlantısal matrisler ile karşılaştırılmıştır.

**SONUÇLAR:** Mikrodamarların sayısının sağlıklı olanlarla karşılaştırıldığında hem sol (P=0.03) hem de sağ (P=0.002) tarafta DDH fetüslerinde anlamlı olarak az olduğu görülmüştür. Damarların ortalama alanı, DDH fetüslerinde mikrodamarların gösterilememesine bağlı olarak sağ (P=0.023) akciğerde istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır. Bununla birlikte, ortalama damar uzunluğu açısından DDH fetüslerinde ve sağlıklı fetüslerde istatistiksel fark gösterilememiştir. Gruplar arasında dallanma sayısı, 1. ve 2. derece damarlar için hem sol (p=0.00, p=0.03) hem de sağda (p=0.00, p=0.01) istatistiksel olarak farklı iken 3. derecede (p=0.02) sadece sağ tarafta istatistiksel farklılık görülmüştür ve 4. derecede istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterilememiştir. En yüksek dallanma oranı 4. derecede görülmüştür, bu durum bu derecedeki damarlarda dallanmanın en büyük asimetriye sahip olduğunu göstermektedir. Sağlıklı ve DDH örneklerinde 1. derecede iki taraf için de (sol p=0.01, sağ p=0.00) ve 3. derecede sağ tarafta (p=0.04) istatistiksel farklılıklar bulunmuştur. Bağlantısal matrisi, jenerasyonlar arasındaki bağlantı sayısının kontroller ile karşılaştırıldığında DDH'da azaldığını göstermektedir.

**TARTIŞMA:** µBT görüntülerinin üç boyutlu olarak yeniden oluşturulması ile DDH sıçan fetüsünün akciğer damarlanma yapısı girişimsel olmayan bir yöntemle ortaya konulabilmektedir. Strahler yöntemi, DDH sıçanlarının akciğer damarlarının gelişimini değerlendirmek ve pulmoner hipertansiyonun derecesini belirlemek için uygulanabilir bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** akciğer damarlanması, konjenital diyafagma hernisi, pulmoner hipertansiyon

**Sağlıklı ve KDH sıçan fetüslerinin pulmoner ağaçlarının morfometrik karakteristiklerinin karşılaştırılması**

|                                | Left          |               |         | Right         |               |         |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------|---------------|---------------|---------|
|                                | Control       | CDH           | P-value | Control       | CDH           | P-value |
| Cross sectional area of vessel | 57.09 ± 18.95 | 71.05 ± 15.53 | 0.43    | 56.83 ± 17.81 | 92.16 ± 26.75 | 0.02    |
|                                | 32.02 ± 6.17  | 40.42 ± 13.84 | 0.82    | 35.32 ± 3.57  | 30.05 ± 9.56  | 0.73    |
| Number of branches             | 30.78 ± 13.15 | 14.20 ± 7.44  | 0.03    | 42.20 ± 12.19 | 15.40 ± 6.62  | 0.00    |

Table 1: The comparison of the morphometric characteristics of the pulmonary trees of healthy and sick (CDH) rat fetuses.

**SS-114****PLEVRAL SIVIDA D-DİMER DÜZEYİNİN PLEVRAL EFFÜZYON AYIRICI TANISINA KATKISI**

Muzaffer Onur Turan<sup>1</sup>, Mehmet Köseoğlu<sup>2</sup>, Esmâ Gezer<sup>1</sup>, Hayat Özkanay<sup>2</sup>, Kaan Sözmen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları AD, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya AD, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Halk sağlığı AD, İzmir

**GİRİŞ:** D-dimer, bir fibrin yıkım ürünü olup, serumdaki düzeyi özellikle pulmoner emboli tanısının konulmasına katkı sağlamaktadır. Çalışmamızdaki temel amaç, hastaya tanısal amaçlı yapılmış torasentez ile alınan plevral effüzyon örneklemesinde çalışılacak olan D dimer düzeyinin tanısal katkısının değerlendirilmesidir.

**MATERYAL-METOD:** Çalışmaya, hastanemiz Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde plörezi etyolojisi açısından tetkik edilmekte olan hastalar prospektif olarak dahil edilmiştir. Torasentez ile alınan plevral sıvı örneğinden kan ile eş zamanlı olarak LDH, protein, albümin düzeylerine, sadece plevral effüzyondan ise glukoz ve pH'a bakılmıştır. Plevral effüzyonda D-dimer düzeyi için alınan örnekler 10 dakika santrifüj edilmiş ve -80°C'de saklanmış, hasta alımı sona erdiğinde tüm olgularda eş zamanlı olarak immünotürbidimetrik yöntemle çalışılmıştır.

**SONUÇLAR:** Çalışmaya dahil edilen 93 hastanın (54 erkek, 39 kadın) yaş ortalaması 65,45±16,03 idi. Plörezi olguların %35,5'i malignite, %23,7'si pnömoni, %17,2'si pulmoner emboli ve konjestif kalp yetmezliği, %6,5'i ise siroza bağlı meydana gelmişti. Eksüda oranı %70,9 iken, vakaların %29,1'inde transüda mevcuttu.

Plevral sıvı D-dimer düzeyi, eksüda tipi sıvılarda transüdaya göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.001). Pnömoni grubunda plevral sıvı D-dimer düzeyi pnömoni olmayan plörezi olgularına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş olup pulmoner emboli ve malignite vakalarında anlamlı bir yükseklik tespit edilmemiştir (sırasıyla p=0.161 ve 0.443). Plevral sıvıdaki D-dimer düzeyi ile; yaş (r=-0.261, p=0.012), plevral sıvı pH (r=-0.217, p=0.049) ve albümin değeri (r=0.403, p<0.001) arasında anlamlı korelasyon saptandı. ROC eğrisi analizine göre eksüda grubunu transüda grubundan ayırabilecek plevral sıvı D dimer eşik değeri <AUC:0.774 (%95 GA:0.669-0.879)> 16833 ng/mL kabul edildiğinde sensitivite %93 spesifite %32, pnömoni tanısı için ise <AUC:0.622 (%95 GA:0.486-0.757)> eşik değeri 50565 ng/mL kabul edildiğinde sensitivite %86 spesifite %38 olarak bulunmuştur.

**TARTIŞMA:** Plevral sıvı D-dimer düzeyinin eksüda-transüda ayırımının yapılmasına ve parapnömonik effüzyon tanısının konulmasına yardımcı bir parametre olarak kullanılabilmesi düşünülmektedir. Pulmoner emboli ve malignite tanısının konulmasında plevral sıvıda D-dimer düzeyi bakılmasının tanısal bir katkısı olmadığı sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** D-dimer, plevral sıvı, torasentez



**SS-115****MALİGN PLEVRAL EFÜZYONLU HASTALARDA SAĞKALIM SÜRESİNİ ÖNGÖRMEDE LENT VE KLİNİK PROMISE SKORLARININ YERİ**

Sinem Ermin, Yasemin Özdoğan, Özgür Batum, Ufuk Yılmaz

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

**GİRİŞ:** Malign plevral efüzyon (MPE), kanser tanısı almış hastaların %15'inde gözlenebilen ve çoğunlukla metastatik hastalığı gösteren bir durumdur. Çalışmamızın amacı; MPE'lu hastalarda, sağkalım süresini öngörmede LENT ve klinik PROMISE skorlarının performansını değerlendirmektir.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Araştırma retrospektif olarak, polikliniğimize plevral sıvı sebebiyle başvuran, sitolojik/patolojik olarak MPE tanısı alan hastalarla yapıldı. Hastaların yaş,cinsiyet,sigara öyküsü,ECOG performans skoru,kanser tipi,tanı anında ya da izlemde plevral sıvı varlığı, kemoroterapi/radyoterapi öyküsü,laboratuvar değerleri (WBC,nötrofil,lenfosit,Hb,CRP), plevral sıvı LDH değeri kaydedildi. LENT skoru, 4 farklı değişkenden oluşmaktadır ve 1,3 ve 6 aylık sağkalım öngörüsünde bulunmaktadır. PROMISE skoru, klinik ve biyolojik olarak 2 farklı skorlama içerir ve 3 aylık ölüm riskini belirlemektedir.

**BULGULAR:** Çalışmaya, 169 hasta dahil edildi. Medyan yaş 65 (26-86) olan hastaların 115'i (%68) erkek, 54'ü (%32) kadın cinsiyette idi. Tüm hastalar için median sağkalım süresi 4 ay(% 95 CI, 2.97-5.03) olarak hesaplandı. Hastaların 65'i (%38.5) ECOG 3-4, 104'ü (%61.5) ECOG 0-1-2 performans statüsünde idi. ECOG 3-4 olan hastaların medyan sağkalımı 1 ay (% 95 CI,0.89-1.10); ECOG 0-1-2 olan hastaların ise 8 ay (% 95 CI,5.05-10.94) olarak saptandı(p=0.000).

LENT skoruna göre düşük riskli hastaların medyan sağkalımı 27 ay(%95 CI,24.03-29.96); orta riskli hastaların medyan sağkalımı 7 ay (% 95 CI,4.80-9.19) ve yüksek riskli hastaların medyan sağkalımı ise 1 ay (% 95 CI,0.79-1.20) saptandı ve LENT skoruna göre risk arttıkça yaşam süresinin anlamlı olarak azaldığı saptandı(p=0.000).

PROMISE skorunu göre, kategori A olan hastaların medyan sağkalımı 11 ay (% 95 CI,7.82- 14.18);kategori B olan hastaların medyan sağkalımı 2 ay (% 95 CI,0.75-3.25); kategori C olan hastaların medyan sağkalımı 1 ay (% 95 CI,0.77-1.22) ve kategori D olan hastaların sağkalımı 0.5 ay (% 95 CI,0.01-0.99) saptandı(p=0.000).

Yapılan çok değişkenli analizlerde ise kötü performans durumu (ECOG 3-4), PROMISE kategori B, kategori C ve kategori D 1, 3, 6 ve 12 aylık ölüm riskinde istatistiksel olarak anlamlı artışa neden oldu. Yüksek LENT skorunun sadece 12 aylık ölüm riskini arttırdığı gösterildi.

**SONUÇ:** Kötü performans durumu (ECOG 3-4), PROMISE kategori B, kategori C ve kategori D'nin ölüm riskini anlamlı olarak arttırdığı; LENT skorunun ise sağkalımı öngörmede yetersiz olduğu gösterildi. Çalışmanın sonuçlarının günlük pratikte uygulanabilirliği için daha geniş sayıda prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** malign plörezi, LENT skoru, PROMISE skoru, sağkalım

## SS-116

## MALİGN PLEVRAL MEZOTELYOMANIN PROGNOZ TAYİNİNDE MİRNA'LARIN ROLÜ

Muzaffer Metintaş<sup>1</sup>, Selma Metintaş<sup>1</sup>, Güntülü Ak<sup>1</sup>, Filiz Boğar<sup>1</sup>, Cansu Özbayer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Akciğer ve Plevra Kanserleri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Eskişehir

<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji A.D., Kütahya

**GİRİŞ:** miRNA'lar, gen ekspresyonunun post-transkripsiyonel düzenlenmesinde görev alan, küçük kodlamayan RNA'lar olup hücre proliferasyonu, apoptoz ve migrasyonu gibi birçok hücresel süreçte rol oynar. Başta malign hastalıklar olmak üzere birçok hastalıkta bazı miRNA ifadelerinin değiştiği bilinmektedir. miRNA'ların malign mezotelyomanın tanı, ayırıcı tanı, tedavi direnci ve prognoz tayinindeki yeri yoğun bir şekilde çalışılmaktadır. Bu çalışmada karsinogenezde etkili olma potansiyeli olan miR-16-5p, miR-29c-3p, miR-31-5p, miR-125a-5p, miR-484, miR-532-5p'nin tanı ve prognozdeki etkileri değerlendirildi.

**MATERYAL VE METOT:** Çalışmaya 101 malign plevral mezotelyoma (MPM)'li hasta dahil edildi. Hastaların tedavi öncesi serumları alınarak deney aşamasına kadar -80°C'de saklandı. Ayrıca 24 bireyden oluşan kontrol grubunun da serumları saklandı. Serum örneklerinden miRNA'lar izole edildikten sonra florometrik olarak miRNA kantitasyonu yapıldı ve cDNA sentezi gerçekleştirildi. Söz konusu miRNA'ların ifadesi RT-PCR ile raporlandı. Örneklerin  $\Delta Ct$  değerleri internal kontrol U6 Ct değerleri ile normalize edilerek belirlendi. Hasta ve kontrol örneklerin miRNA ekspresyon seviyelerinin hesaplanması  $2^{-\Delta\Delta Ct}$  metodu ile Microsoft Excel programı üzerinde yapıldı. Önce kontrol grubu ile MPM'li hastaların miRNA ifade seviyeleri, daha sonra kestirim değeri dikkate alınarak prognoz ile ilişkileri değerlendirildi.

**SONUÇLAR:** Çalışmaya alınan 101 hastanın yaş ortalaması 64.3 yıl (36-88), K/E oranı 64/37 idi. miR-31-5p hariç çalışılan diğer tüm miRNA'ların kontrol grubuna göre farklı ifade edildiği, miR-16-5p'nin ifade seviyesinin kontrol grubuna göre azaldığı ( $p=0.030$ ), miR-29c-3p, miR-125a-5p, miR-484, miR-532-5p'nin ifade seviyelerinin kontrol grubuna göre arttığı (sırasıyla,  $p=0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p=0.003$ ,  $p<0.001$ ) saptandı. Belirlenen kestirim değerlerine göre miR-29c-3p, miR-125a-5p ve miR-484 ifade seviyelerinin artması kötü prognozla ilişkili bulundu. Hücre tipi, evre ve tedaviye göre düzeltme yapıldığında bu ilişkinin devam ettiği görüldü (sırasıyla,  $p=0.019$ ,  $p=0.003$ ,  $p=0.001$ ).

**SONUÇ:** Sonuçlar miRNA'ların MPM tanısı ve prognozunda faydalı olabileceğini göstermektedir. Prognoz üzerine etkili olan miRNA'lar hedefe yönelik tedaviler için umut verici olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** mezotelyoma, miRNA, prognoz

50  
yıl



Türkiye  
Solunum  
Araştırmaları  
Derneği

**SOLUNUM2020**

**DIJİTAL**

2-8 Ekim 2020

# **ELEKTRONİK POSTER SUNUMLARI**



## EP-001

## ASTİM ATAĞ İLE PREZENTE OLAN ORGANİZE PNÖMONİ OLGUSU

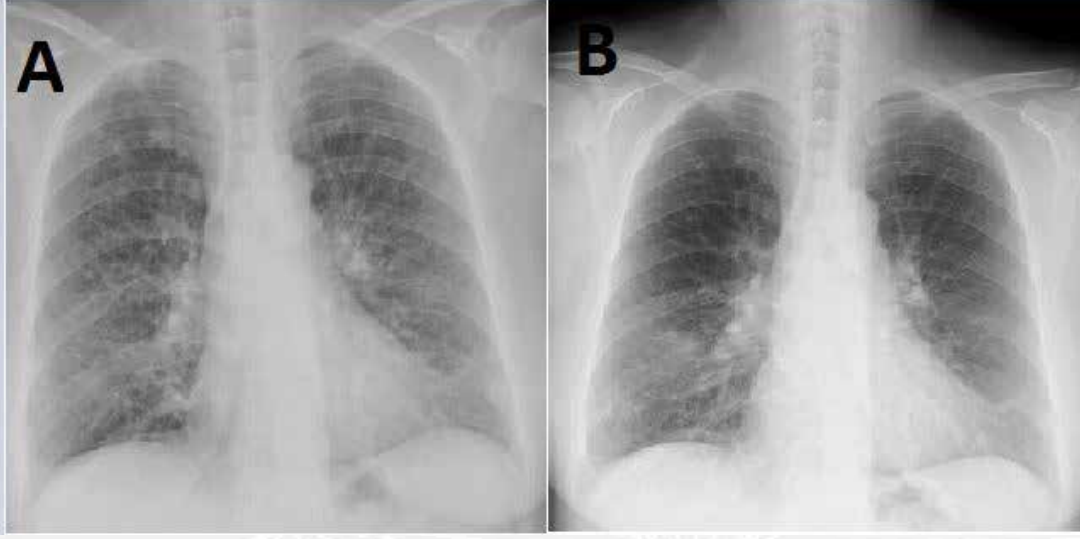
Banu Kahriman, Neslihan Boyracı, Fatma Tokgöz Anıl, Cengiz Özdemir, Sinem Nedime Sökücü, Sedat Altın, Seda Tural Önür

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

Organize pnömoni (OP) nonspesifik semptomlar, radyografik bulgular ve solunum fonksiyon testlerinde (SFT) anormalliklerle izlenen klinik bir durumdur. Semptomlar genellikle soğuk algınlığı, öksürük ve dispnedir. Radyografik bulgular tekrarlayan, yer değiştiren bilateral yamalı infiltrasyonlar şeklindedir. OP infeksiyonlara, toksik inhalasyonlara, ilaç reaksiyonlarına, radyasyona, kollojen doku hastalıklarına, neoplazmlara ve diğer solunumsal hastalıklara sekonder olarak görülebileceği gibi idiopatik (kriptojenik organize pnömoni) olarak da görülebilir. OP kollajen doku hastalıklarından (KDH) en sık romatoid artrit (RA) olmak üzere birçok KDH'de görülür. Biz de pnömoni nedeniyle servisimizde takip edilen sekonder OP tanısı alan vakamızı sunarak organize pnömoninin nadir görülmesine rağmen primer hastalığın ilk prezentasyonu olabileceği için ayırıcı tanıda unutulmaması gerektiğini vurgulamak istedik. Elli beş yaşında kadın hasta on gündür devam eden nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarmama şikayetleriyle acil servisimize başvurmuş olup tarafımıza başvurmadan önce dış merkez tarafından üçüncü kuşak sefalosporin tedavisi başlandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde solunum sistemi muayenesinde bilateral yaygın ronküs, alt zonlarda raller duyulmuş olup arteriyel kan gazında (AKG) parsiyel arteriyel oksijen basıncı (PaO<sub>2</sub>) 84mmHg, C-reaktif protein 137mg/L, beyaz küre sayısı 15000/uL-nötrofil hakimiyetinde izlendi. Astım atak, pnömoni ön tanıları ile interne edildi. Dokuz yıldır astım tanısı olan inhaler kortikosteroid ve uzun etkili beta-2 agonist kullanmakta olan evcil hayvan besleme öyküsü olmayan, 7 paket/yıl sigara öyküsü olan hastaya çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) bilateral yamalı tarzda buzlu cam dansitesinde periferik yerleşimli yaygın infiltrasyonlar izlendi. Ön planda interstisyel akciğer hastalığı düşünülmüş olup karbonmonoksit difüzyon (DLCO) %32, SFT'de total akciğer kapasitesi (TLC) ve rezidüel volüm (RV) azalmış olarak görüldü. Total IgE düzeyi 1040 IU/ml saptandı, kulak burun boğaz muayenesinde nazal polip görülmedi. Anti Nükleer Antikor (ANA) ve romatoid faktör (RF) pozitif olarak saptanan servis takibinin onuncu gününde klinik-radyolojik (Resim 1) düzelme izlenen hasta evde uzun süreli oksijen tedavisi ve astım tedavisi düzenlenerek romatoloji polikliniğine yönlendirildi. Romatolojik değerlendirilmesinin ardından romatoid artrit tanısıyla selekoksib, hidroksiklorokin, prednizolon başlanan hastanın beşinci ayda poliklinik kontrolünde oda havası parmak ucu saturasyonu yüzde doksan beş, günlük aktivite kısıtlamasında düzelme ve kontrol toraks BT'de regresyon izlenmiştir (Resim 2). Sonuç olarak, OP klinik ve radyolojik bulgularıyla pnömoniyeye benzeyen ve kortikosteroidlere iyi yanıt veren bir hastalıktır. Özellikle geç düzelen pnömonilerde ayırıcı tanıda ön planda düşünülerek primer hastalığın tanınmasında yardımcı olabileceği akıldan tutulmalıdır.

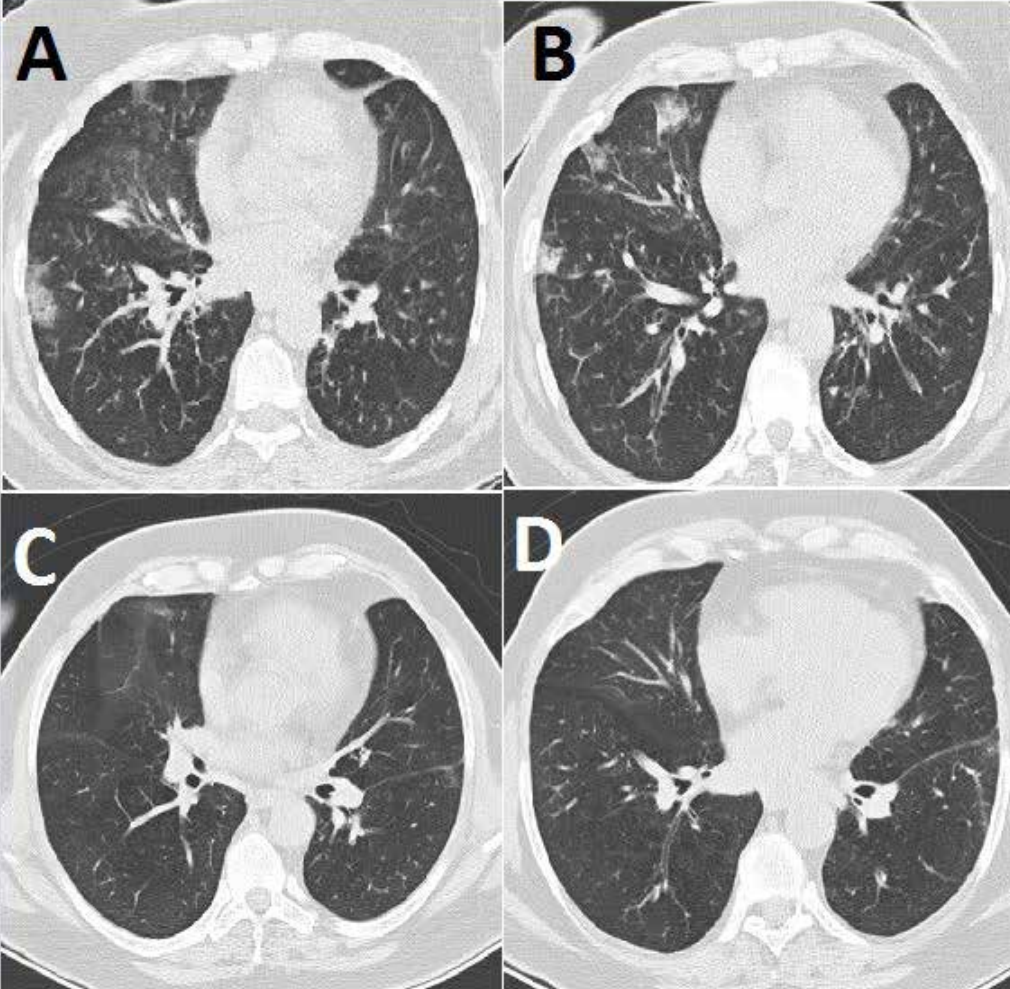
**Anahtar Kelimeler:** organize pnömoni, interstisyel akciğer hastalığı, kollajen doku hastalıkları

Resim 1



A. Tedavi Öncesi PAAG B. Tedavi Sonrası PAAG

Resim 2



A ve B Tedavi öncesi Toraks BT Parankim kesitlerinde sağ akciğer orta ve alt lob anteriorda plevraya uzanım gösteren dağınık yerleşimli etrafında buzlu cam dansiteleri içeren opasite artışları C ve D Tedavi Sonrası Çekilen Toraks BT parankim kesitlerinde regresyon



## EP-002

## NADİR GÖRÜLEN BİR PSÖDOŞİLOTORAKS VAKASI

Furkan Atasever, Merve Sari Akyüz, Özlem Kahya, Seda Tural Önür, Cengiz Özdemir, Sinem Nedime Sökücü

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

**GİRİŞ:** Şiliform ya da kolesterol plevral efüzyon olarak da bilinen psödoşilotoraks, torasik kanal yaralanması ile ilişkili olmayan lipid içeriği yüksek plevral efüzyonlardır. Psödoşilotoraks, şilotorakstan daha ender görülen bir durumdur. Olgumuz uzun süre beklemiş romatoid plözilerde nadir gelişen psödoşilotoraks vakası olup tedaviye yanıtı sebebiyle de sunulmaya uygun bulunmuştur.

**OLGU SUNUMU:** 64 yaşında erkek, 8 yıldır romatoid artrit tanılı hasta, 10 gündür devam nefes alıp vermekle artan göğüs ağrısı, kuru vasıfta öksürük eforla artan dispne şikayeti ile başvurdu. Mesleği pazarcılık olup 53 paket/yıl sigara öyküsü mevcut, romatoid artrit için prednizolon ve metotreksat kullanımı mevcut. 2 kez ampiyem tanısı ile hastane yatış öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde sağ orta ve alt zonda, sol alt zonda solunum sesleri azalmıştı. Akciğer grafisinde sağ kostofrenik sinüs silinmiş olup plevral efüzyonu mevcuttu. Toraks ultrasonografi değerlendirilmesinde sağda 28mm kalınlığında plevral efüzyon izlendi. Torasentez yapıldı. Alınan örnek kokusuz sarı renkte bulanık vasıfta idi. Hücre formülü %100 polimorfonüvelilökosit şeklinde idi. Mikrobiyolojik analizde kültürlerde üreme olmadı. ARB negatif olup plevra mayi tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Plevra mayi biyokimya analizinde ADA(Plevra): 48.2, Glukoz:16, Albumin:20.8, Total protein:40.1, Laktat dehidrogenaz: 2267.3, vücut sıvıları Ph ölçümü: 7.224 Trigliserit: 20 total kolesterol:1137 idi. Kan biyokimya analizinde Total Bilirubin:0.48 Total Kolesterol:128 Trigliserid:99 Total Protein:64.6 Romatoid Faktör:47.8 CRP:19 olarak ölçüldü. Plevra mayi patolojisinde; Mezotel hücreleri, lenfositler, polimorf nüveli lökositler görüldü. PPD 15mm olarak ölçüldü. Toraks Bilgisayarlı Tomografide; Her iki akciğer orta-alt zonlarda subplevral interlobüler septalarda kalınlaşma, yaygın retiküler patern, tüm zonlarda bronşiektazi, alt zonlarda peribronşial kalınlaşma izlendi. Her iki akciğerde retiküler buzlu cam alanları izlendi. Sağ hemitoraks yerleşimli plevral efüzyon izlenmiş olup en kalın yerinde 26 mm ölçüldü. Her iki tarafta plevrada bazalde 6 mm ye ulaşan diffüz kalınlaşma izlendi. Hasta mevcut plevra mayi biyokimyasal analizine göre Romatoid artrite bağlı psödoşilotoraks olarak değerlendirildi. Romatoloji hekimine konsülte edilerek tedavisine ritüksimab eklendi. 1 sonra kontrol PA grafisinde plevral efüzyon gözlenmedi. Biyokimya analizinde romatoid faktör:107 ccp: >200 sonuçlandı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** RA kadınlarda daha sık görülen kronik inflamatuvar bir hastalıktır ancak plevral efüzyonun RA ya eşlik etme oranı erkeklerde daha yüksektir. RA gibi kollojen doku hastalıklarına sahip, kalınlaşmış ve fibrotik bir plevra ile çevrili eksudatif plevral efüzyonlarda psödoşilotoraks ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** efüzyon, kollojen doku hastalıkları, psödoşilotoraks

## PA GRAFİ





Toraks BT kesiti



## EP-003

**SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS,PULMONER TROMBOEMBOLİ VE PULMONER NODÜL BİRLİKTELİĞİ**

Merve Sari Akyüz, Furkan Atasever, Özlem Kahya, Seda Tural Önür, Cengiz Özdemir, Sinem Nedime Sökücü

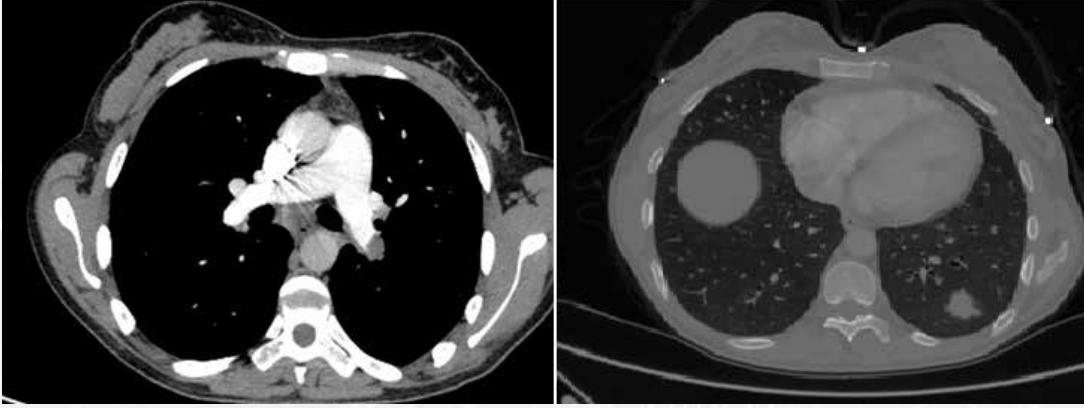
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları-Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SUAM,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

**GİRİŞ:** Vakamız sistemik lupus eritematozus ile takip edilen pulmoner emboli tanısı koyulan hastanın Toraks BT de emboliye eşlik eden PET BT de anlamlı suv.max değeri oluşturan pulmoner nodül ve mediastinal lenf nodlarının olması gibi farklı radyolojik bulgular göstermesi sebebiyle sunulmuştur.

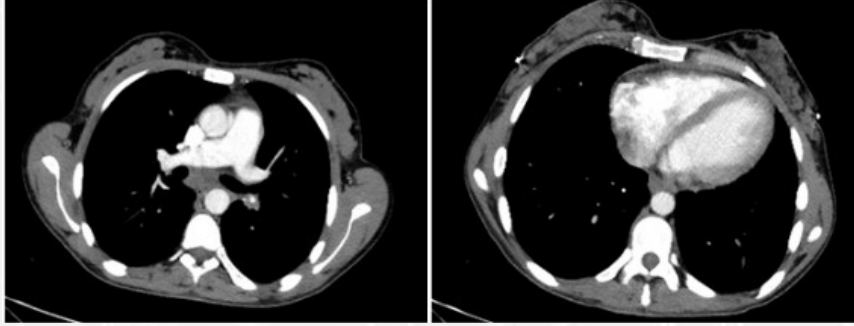
**OLGU SUNUMU:** 42 yaşında kadın hasta,10 yıldır Sistemik Lupus Eritematozus tanılı,2 gündür olan nefes darlığı,yan ağrısı,öksürük şikayeti mevcuttu. Fizik muayene doğal olup kan hemogram, biyokimyasında özellik yoktu.PA grafi normal fizyolojik sınırlarda izlendi.SLE' nin Pulmoner emboli için risk faktörü olması ve semptomların varlığı sebebiyle çekilen BT Anjiyografide; sağ akciğer alt lob subsegment ve uç arterlerinde,sol akciğer alt lob segment arterinde ana pulmoner arter distalinden itibaren kontrast dolun defektleri mevcut olup emboli ile uyumlu değerlendirildi.Sol akciğer alt lob pulmoner arteri total tıkalıydı.Sol akciğer alt lob posterior bazal segmentte 25 mm çapında düzensiz konturlu kitle lezyonu izlendi.Alt ekstremitte Doppler incelemede Derin Ven Trombozu saptanmadı. Ekokardiyografide EF: %60 sağ kalp boşlukları normal boyutta, SPAB:30mm Hg izlendi. Hastaya antikoagülan tedavi başlandı.PET/BT de Sol akciğer alt lob posterobazal segmentte düzensiz sınırlı transaksiyel çapı 2.2x1.7 cm 'ye ulaşan birleşmiş görünümde 3 adet lezyon(SUVmax:2,06) gözlemlendi.Düşük FDG afiniteli malignite ihtimali ekarte edilemedi.Sağ alt paratrakeal, paraaortik, subkarinal alan yerleşimli lenf nodlarında minimal FDG tutulumu mevcuttu(SUVmax:3,13). Mediastinal, bilateral servikal, aksiller, inguinal, pelvik ve abdominal alanda minimal hipermetabolik olarak izlenen lenf nodları reaktif hiperplazi ile uyumlu değerlendirildi. Transtorasik iğne aspirasyonu (TTİA) ile örneklenen kitlenin patoloji sonucunda lenfositler, histiositler, polimorf nüveli lökositler görüldü. Mediastinoskopi ile lenf nodu örneklemelerinde tümoral hücre saptanmadı. Bir yıl sonraki kontrol Toraks BT 'de Sol akciğer alt lob segmenter pulmoner arter dalı,Sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte pulmoner arter dalı tıkalı olarak izlenmekte olup kronik tromboemboli lehine değerlendirildi. Kronik pulmoner tromboemboli (KTEPH) şüphesi ile kardiyoloji konsültasyonu yapıldı.Mediastinal lenf nodlarının boyutunun küçüldüğü, sol akciğer alt lob posterobazal segmentte tanımlanan düzensiz sınırlı kitle lezyonun sekel fibrotik değişiklik olarak gerilediği gözlemlendi.Enfarkta sekonder gelişen bir nodül olarak değerlendirildi.

**TARTIŞMA:** Pulmoner nodülün ayırıcı tanısında; enfeksiyonlar(bakteriyel,viral,fungal), vasküler hastalıklar(pulmoner enfarkt,arteriovenöz malformasyon, pulmoner arter anevrizması,hematom),kollojen doku hastalıkları (RA,Wegener),benign ve malign nedenler sayılabilir.Malignitenin yüksek riskli olmadığı veya ekarte edilebildiği durumlarda nodüller ileri tanısal tetkikler yapılmaksızın izlenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** SLE,NODÜL,PULMONER TROMBOEMBOLİ

**Başlangıç BT kesitleri**

*Sol akciğer alt loba giden pulmoner arter dalı totale yakın trombüs ile tıkalı, Sol akciğer alt lob posterior bazal segmentte 25 mm çapında düzensiz konturlu kitle*

**Kontrol BT kesitleri**



## EP-004

## ATİPİK RADYOLOJİK PREZENTASYONLU TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Neslihan Boyracı, Betül Kınık, Sinem Sökücü, Cengiz Özdemir, Seda Tural Önür

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

**GİRİŞ:** Akciğer tüberkülozu pek çok radyolojik paternde prezente olabilir. Bu farklı prezentasyonlar akciğer kanseri radyolojik bulgularına benzeyebilmektedir. Bu benzerlikten ivete tedavi gecikmeleri yolaçabilmektedir. Akciğer kanseri şüphesiyle tetkik edilen fakat yapılan incelemeler sonucunda akciğer tüberkülozu tanısı alan bir olguyu sunmak istedik. 23 yaş erkek hasta, dış merkezde çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ akciğerde kitle nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiştir. yaklaşık bir haftadır olan nefes darlığı, öksürük, göğüste batma hissi şikayetleri vardı. Öyküsünde 1 aydır sigara kullandığı, kronik hastalığının olmadığı öğrenildi. Yapılan solunum sistemi muayenesinde solunum sesleri doğal ek patolojik bulguya rastlanılmadı. Çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonlarda sınırları düzensiz heterojen opasite artışı izlenmekteydi (resim 1). Yapılan rutin tam kan sayımı ve biyokimya değerlerinde patolojik bulgu yoktu. Hastanın dış merkezde çekilmiş bilgisayarlı tomografi görüntüsü incelendi sağ akciğer orta lob da sınırları düzensiz kitle imajı dikkat çekmiştir. Hastaya malignite şüphesiyle PET CT çekildi. Sağ akciğer orta lobdaki kitlede düşük düzeyde FDG tutulumu görüldü. Histopatolojik tanı konması açısından Fiberoptik bronkoskopi yapıldı bronş yapıları doğal izlendi ve alınan lavajda patolojik bulgu saptanmadı. Bunun üzerine kitleye TTİA yapıldı. Biopsi materyalinin patolojisi nekroz olarak geldi. Poliklinik takibimizde olan hastanın akciğer radyolojisinde hiçbir gerileme olmadığından Göğüs cerrahisi konsültasyonu yapılarak VATS yapıldı. Patoloji sonucu kronik nekrotizan granülatöz inflamasyon olarak sonuçlanmıştır. Hasta yeni tanı akciğer tüberküloz olgusu kabul edilerek anti tüberküloz tedavi açısından VSD' ye sevk edildi. Antitüberküloz tedavi sonrası sonrası poliklinik kontrolünde çekilen akciğer grafisinde sağ akciğerdeki lezyon tamamen geçtiği görülmüştür (Şekil 2). **SONUÇ:** Akciğer tüberkülozunun atipik radyolojik görünümle de karşımıza çıkabilmektedir ve akciğer kanseri dahil pek çok hastalıkla radyolojik olarak karışabilmektedir. Öte yandan akciğer kanseri ve akciğer tüberkülozu birlikteliğinde olabileceği akılda tutulmalıdır mutlaka ayırıcı tanı için gerekli tetkikler yapılmalıdır.

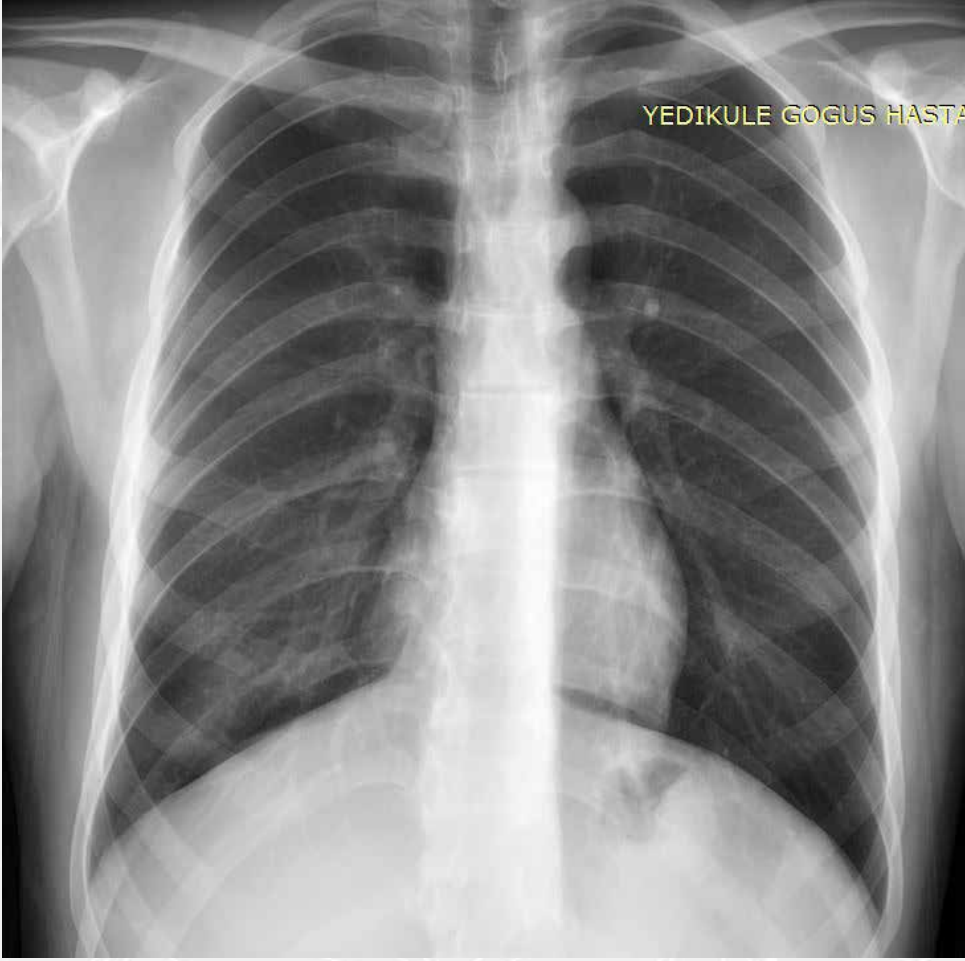
**Anahtar Kelimeler:** akciğer kanseri, tüberküloz,

resim 1



Hastanın başvuru PA-AG ve BT kesitleri

Resim 2

*tedavi sonrası akciğer grafisi*

## EP-005 KOAHA'TA GÖZDEN KAÇAN ETİYOLOJİ

Neslihan Boyracı, Seda Tural Önür, Sinem Sökücü, Cengiz Özdemir, Betül Kınık

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

**GİRİŞ:** Alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliğinde amfizem, genellikle 5. ve 6. dekadlarda görülmektedir. Sadece %1 oranında rastlanan Z alleli (PiZZ) amfizem gelişiminde halen, bilinen tek genetik risk faktörüdür. KOAH hastalığının etiyojisinde en sık sigara içimi söz konusu iken erken yaşta KOAH hastalığı gelişenlerde genetik faktörlerin araştırılması faydalıdır.

**OLGU:** 64 yaş erkek hasta acil servise nefes darlığı, ateş, öksürük şikayetleriyle başvurusunda pnömoni tanısı alıp servisimize interne edilmiştir. Alınan anamnezde 23 yıldır KOAH tanısıyla takipli ve Hipertansiyonu vardı. Özgeçmişinde 10 yıldır exsmoker 43 paket/yıl içme öyküsü vardı. Yapılan solunum sistemi muayenesinde bilateral solunum sesleri derinden geliyor. Sağ bazalde inspiratuar ral ve yaygın ekspiryum sonu ronküsleri mevcuttu. Bakılan tahlillerinde akut faz reaktanlarında yükseklik ve arter kan gazında hipoksisi mevcuttu. Hastanın çekilen posteroanterior akciğer grafisinde bilateral havalanma artışı sağ akciğer hilusundan başlayıp diyafram sınırına kadar devam eden nonhomojen konsolidasyon artışı mevcut, sağ kostofrenik sinüs kapalıydı (Şekil 1), Hastanın çekilen toraks tomografisinde sağ akciğerde üst posterior segment, alt lob lateral segment ve alt lob laterobazal segmentlerde, alt lob süperior ve alt lob posterobazal segmentlere de yaygın hava bronkogramları içeren yoğun konsolidasyon alanı mevcut olup sağ üst lobda geniş yayımlı bül formasyonu ve büllöz amfizematöz odaklar saptanmıştır. Sağ hemitoraksta plevral effüzyon mevcuttur (Şekil 2). Hastanın dosyasındaki eski tarihli solunum fonksiyonları testlerinde hızlı FEV 1 kaybı mevcuttu. Hastaya öncelikle pnömonisi için nonspesifik antibiyotik tedavisi başlandı. Ayrıca bilateral yaygın amfizemleri olduğundan AAT düzeyi istendi. Alfa 1 antitripsin düzeyi 72 mg/dl (alt sınır 100 mg/dl) gelen hastadan gen mutasyonu açısından periferik kanından elde edilen kurumuş damla genomik DNA'nın polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile çoğaltılması ve ardından Luminex xMAP Teknolojisi kullanılarak alele özgü problemlerle hibridizasyon yöntemi ile çalışıldı. Sonucu ZZ mutasyonu saptanan hastanın öncelikle pnömoni tedavisi tamamlandı. Stabil döneminde yapılan solunum fonksiyon testinde FEV 1:1.34 lt saptanan hastaya AAT replasman tedavisi başlandı. Hastanın takiplerinde geçen yıllardaki sık alevlenmelerinin azaldığı gözlemlendi. Aile taraması yapılan hastanın oğlu ve kızında da aynı mutasyon saptanıp klinik takibe alınmıştır.

**SONUÇ:** KOAH, amfizem ve erişkin yaşta ortaya çıkan astım durumunda, klinisyenler, AAT eksikliği açısından da duyarlı olmalıdırlar. İleri genetik testlerle mutasyon tespit edildiğinde, buna yönelik replasman tedavileri hastalığın klinik seyri ve progresyonunu etkilediğinden önemli yer tutmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Alfa-1 Antitripsin eksikliği, KOAH, Amfizem



Resim 1



PA-AG

Resim 2



TORAKS BT

## EP-006

**HIZLI PROGRESE BİLATERAL İNFİLTRASYON AYIRICI TANISINDA NADİR OLGU  
SUNUMU**

Neslihan Boyracı, Seda Tural Önür, Mediha Gönenç Ortaköylü, Sinem Sökücü, Betül Kınık

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

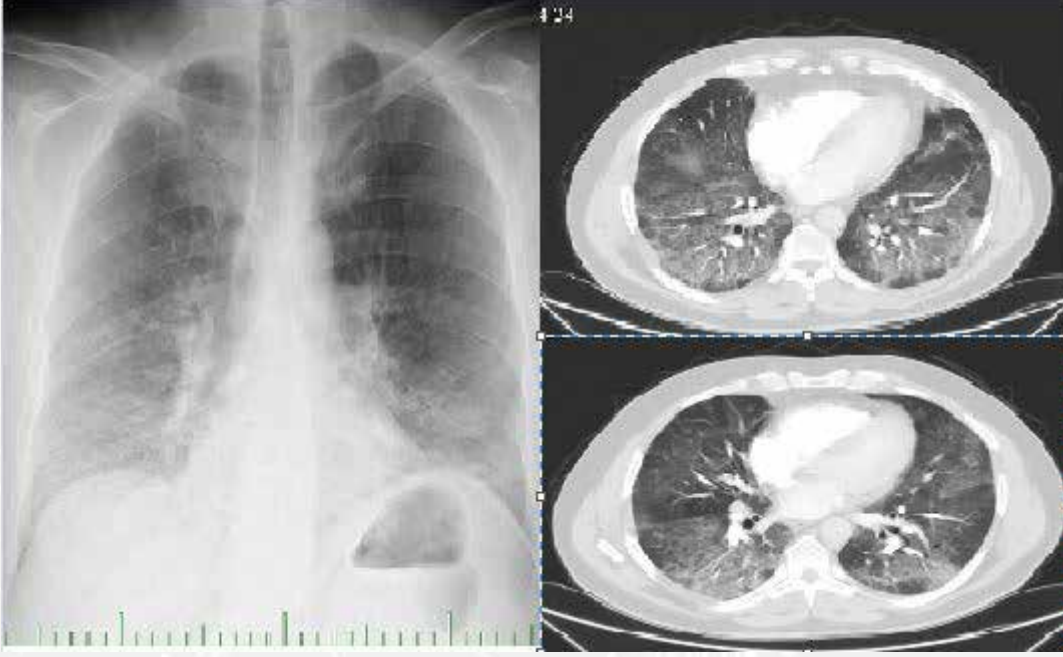
Bilateral multilober infiltrasyon yapan hastalıkların başında enfeksiyonlar, maligniteler, interstiyel akciğer hastalıkları, ilaç toksisitesi, alveoler hemoraji, pulmoner ödem gibi sebepler gelmektedir ve hızlı klinik kötüleşme nedeniyle yakın takip gerektirmektedir.

**OLGU:** 46 yaş erkek hasta nefes darlığı, baş dönmesi, öksürük şikayetleri ile acil servise başvurduğunda akut solunum yetmezliği bilateral multilober pnömoni ön tanılarıyla servise interne edilmiştir. Hastanın mevcut şikayetlerinin yaklaşık 3 gündür olduğu öğrenildi. Hastanın ayrıntılı anamnezinde kronik hastalık öyküsü yok, 33 p/yıl sigara içmektedir, hayvan teması ve hobisi bulunmayan hasta kuyumculuk yapmakta olduğu öğrenildi. Hastanın yapılan solunum sistemi muayenesinde bilateral ronküsleri vardı. Diğer sistem muayaneleri normal olarak değerlendirilmiştir. Bakılan tetkiklerinde CRP:126mg/L, WBC:31000, Prokalsitonin:15ng/ml olarak geldi. Oda havasında alınan arter kan gazı pCO<sub>2</sub>: 25, Ph: 7.45, pO<sub>2</sub>:47.3 olarak sonuçlandı. Derin hipoksemisi nedeniyle rezervuarlı oksijen maskesi ile saturasyonları %92'lerde seyretmesi üzerine servis takibine devam edildi bunun dışında diğer tetkiklerinde patolojik değer yoktu. Çekilen akciğer grafisinde bilateral bazallerde daha fazla retiküler infiltrasyon mevcuttu. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral orta ve alt lob bazal segmentlerde diffüz interstiyel dansite artışı mevcuttu (resim 1). Hasta en son uzun süredir bekleyen eski altınları ritme işinden sonra aniden şikayetlerinin başladığını söylemiştir. Hastaya 3. Kuşak sefalosporin antibiyotik tedavisine ek olarak solunum sıkıntısından dolayı toksik gaz inhalasyon öyküsü mevcut olduğundan metilprednisolon 40 mg/IV başlandı. Yaklaşık 7 günlük tedavi sonrası klinik ve laboratuvar olarak değerleri düzelen hastanın oda havası AKG'da pO<sub>2</sub> düzeyi 76 saturasyonu 96 olmuştur. Hastaya poliklinik kontrol önerilerek taburcu edilmiştir. Kontrol gelen hastanın çekilen yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografisinde önceki bulguların geriledi görülmüştür (resim 2). Hasta poliklinik takibine alınmıştır.

**SONUÇ:** Toksik gaz inhalasyonu üst solunum yollarının hafif irritasyonundan ARDS ve ölüme kadar giden tablolara neden olabilmektedir. Tek bir maruziyetten sonra bile akciğer hasarı gelişebilir. Hastanın anamnezinin detaylı alınmasının önemi hekimin aklında bulundurması gerekmektedir

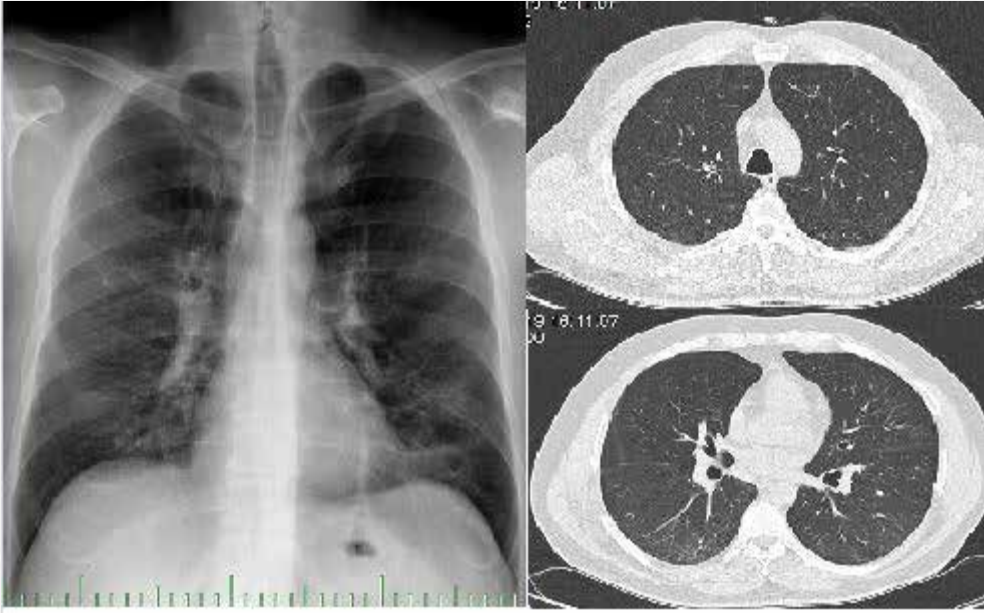
**Anahtar Kelimeler:** ARDS, toksik gaz inhalasyonu, pnömoni

Resim 1



ilk başvuru PAAG VE BT görüntüleri

Resim 2



tedavi sonrası kontrol PAAG ve BT görüntüleri



## EP-007

## NADİR ALFA-1 ANTİTRİPSİN MUTASYON OLGUSU

Seda Tural Önür, Neslihan Boyracı, Sinem Sökücü, Cengiz Özdemir, Sedat Altın, Betül Kınık

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

**GİRİŞ:** Alfa-1 antitripsin(AAT) eksikliğinde sıklıkla amfizem, kronik karaciğer hastalığı, panikülit ve cANCA pozitif vaskülit görülmektedir. Özellikle erken yaşta KOAH tanısı alan ve radyolojik olarak yaygın amfizemleri olan hastalarda AAT düzeyi araştırılmalıdır.

**OLGU:** 65 yaş erkek hasta 30 yıldır dış merkezden KOAH nedeniyle takiplidir. Son bir haftadır artan nefes darlığı yaygın vücut ağrıları şikayetleri vardı. Hastanın öyküsünde sık hastane yatışı ve acil servis başvurusu mevcuttu. KOAH dışında başka kronik hastalığı yoktur. 50 paket/yıl sigara içmiş son 2 yıldır içmiyordu. Yapılan solunum sistemi muayenesinde bilateral solunum sesleri azalmış expiryum uzamış ve yaygın ronküsleri mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu yoktu. Rutin kan sayımında WBC:21 000 biyokimya tetkiklerinde CRP:120 mg/L olması dışında patolojik değer yoktu. Çekilen akciğer grafisinde bilateral havalanma artışı tüm zonlarda amfizematöz görünüm mevcuttu(resim 1). KOAH alevlenme nedeniyle yatışı yapılan hastanın atak tedavisi sırasında çekilen Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral göğüs ön arka çapı artmıştır. Bilateral akciğer parankiminde yaygın bül formasyonlarının panlobuler amfizematöz değişiklikler izlenmektedir. Ayrıca bilateral üst lob apikal segmentlerde plöroparankimal sekel değişiklikler izlenmektedir. Her iki akciğer parankiminde çok sayıda milimetrik hava kistleri izlenmektedir(resim 2). Hastanın KOAH etiyojisi açısından AAT seviyesi istendi. 213mg/dl (referans:90-200mg/dl) saptanan olgudan alevlenme sırasında akut faz reaktanı olmasından dolayı AAT seviyesi yüksek olabileceği düşünülerek gen mutasyonu açısından periferik kanından elde edilen kurumuş damla genomik DNA'nın polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile çoğaltılması ve ardından Luminex xMAP Teknolojisi kullanılarak alele özgü problemlerle hibridizasyon yöntemi ile çalışıldı. Sonuç olarak nadir mutasyonlardan biri olan M/P lowell saptanmıştır. Hastanın AAT eksikliğine yönelik yerine koyma tedavisi planlandı. Hasta servise yatışı sırasında akut solunum yetmezliğinden yoğun bakım ünitesine alınıp sonrasında ex olmuştur.

**SONUÇ:** KOAH tanısında 1 kez olsun AAT eksikliği bakılması ve nadir mutasyonlarda da gereğinde replasman tedavileri hastaların hızlı progresse FEV1 kaybını ve yıllık alevlenme oranlarını azaltarak morbidite ve mortalitelerini etkilemektedir ve bu yönde farkındalığın artması gerekmektedir. Hastamızda saptanan Alfa 1 Antitripsin M/P lowell mutasyonu ( en sık Z/Z alel görülmektedir(%1)) literatürde sayılı vakada bulunmasından ötürü paylaşılmıştır.

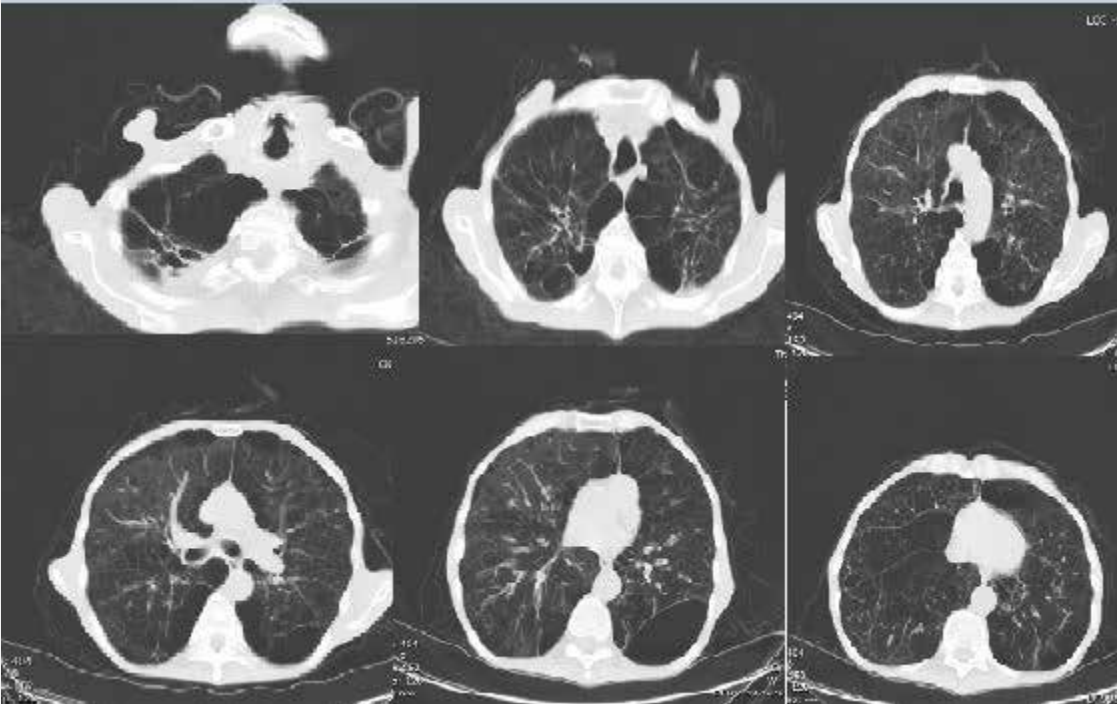
**Anahtar Kelimeler:** Alfa-1 Antitripsin eksikliği, KOAH, Amfizem

Resim 1



PA-AG

Resim 2



TORAKS BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ

EP-008

**COVID-19 ŞÜPHESİ NEDENİYLE HASTANEYE YATIRILAN HASTALARIN EKG BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**Gokhan Perincek<sup>1</sup>, Sema Avcı<sup>2</sup>, Muammer Karakayalı<sup>3</sup><sup>1</sup>Kars Harakani Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Kars<sup>2</sup>Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp, Uşak<sup>3</sup>Kars Harakani Devlet Hastanesi, Kardiyoloji, Kars

**GİRİŞ:** COVID-19 ilk kez Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan ve şiddetli akut respiratuar sendrom coronavirus 2'nin neden olduğu enfeksiyöz bir hastalıktır. Hastalığın şiddeti asemptomatikten ciddi pnömoni, solunum yetmezliği ve ölüme kadar değişmektedir. Elektrokardiyografi (EKG) yaygın olarak kullanılan, altta yatan hipertansiyon ve kalp hastalıklarını tahmin edebilen, kolay ve ucuz bir tanı aracıdır. Bu çalışmanın amacı COVID-19 şüphesi nedeniyle acil servise başvuran ve hastaneye yatırılan hastaların EKG bulgularını RT-PCR ve toraks BT bulgularına göre kıyaslamaktır.

**MATERYAL-METOD:** Bu prospektif kesitsel çalışma Kafkas Üniversitesi Etik Kurulundan onay alındıktan sonra Mart ve Haziran 2020 tarihleri arasında Kars Harakani Devlet Hastanesinde yapıldı. Bu tarihler arasında acil servise başvuran ve COVID-19 açısından şüpheli kabul edilen 292 erişkin hastadan (134 kadın, 158 erkek) nazofarengeal örnek alındı veya toraks BT planlandı ve hastaneye yatırıldı. Hastalar RT-PCR sonucuna ve toraks BT bulgularına göre gruplandırıldı. Demografik veriler, sigara içme durumu, eşlik eden hastalıklar, semptomlar, bulgular, laboratuvar sonuçları ve toraks BT bulguları değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 50.46± 20.87'ydi. RT-PCR pozitif hasta grubu arasında en sık görülen hastalık KOAH'tı (%16). Tüm hastalar arasında en sık görülen şikâyet halsizlik ve yorgunluktu (%21,7). Tüm hastalara ait ortalama solunum hızı 20.7 ± 4.98, sistolik kan basıncı 117.12 ± 11.63, vücut sıcaklığı 36.56 ± 0.33, kalp hızı 86.68 ± 12.08 ve oksijen saturasyonu (%) 92.72±5.77 idi. RT-PCR sonuçlarına göre kalp hızı, PR intervali, QRS süresi, QT ve QTC uzunluğu, ST-T dalga değişikliği, ekstra atım, erken repolarizasyon, S1Q3T3 ve P dalga dispersiyonu pozitif ve negatif gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi (p<0.05). Fragmente QRS hem RT-PCR hem de toraks BT bulgularının varlığına göre olan sınıflandırmada anlamlı farklılık gösterdi (p=0.022).

**SONUÇ:** COVID-19 şüpheli hastaların RT-PCR ve toraks BT sonuçlarına göre gruplandırıldığında EKG bulgularının anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, elektrokardiyografi, RT-PCR



## EP-009

**KRONİK OBSTRİKTİF AKCİĞER HASTALIĞININ ALEVLENMESİNE YOL AÇAN  
MEDIASTİNAL AMFİZEM OLGUSU**

Merve Sari Akyüz, Neslihan Boyracı, Özlem Kahya, Sinem Nedime Sökücü, Cengiz Özdemir, Seda Tural Önür

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

**GİRİŞ:** Alevlenme, KOAH hastasında günlük olağan değişimlerin ötesinde, tedavide değişiklik gerektirecek derecede nefes darlığı, öksürük ve balgam miktarı ya da pürülansında artış olarak tanımlanmaktadır. Alevlenme nedenleri arasında trakeobronşial enfeksiyonlar, hava kirliliği, pulmoner emboli, sağ ve sol kalp yetmezlikleri, aritmiler, pnömotoraks, düzensiz oksijen kullanımı, ilaçlar (hipnotik, trankilizan, diüretikler), reflü ve/veya aspirasyon, metabolik hastalıklar (diabetes mellitus, elektrolit dengesizlikleri) beslenme bozuklukları sayılabilir. Olgumuz KOAH alevlenmede az rastlanan risk faktörlerinden olan mediastinal amfizem vakası olması sebebiyle sunulmuştur.

**OLGU SUNUMU:** 70 yaşında Erkek hasta yaklaşık 1 haftadır devam eden ve giderek artan nefes darlığı ve şiddetli öksürük şikayeti mevcut. Özgemişinde İskemik Kalp Hastalığı, Diyabetes Mellitus ve Hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede bilateral solunum sesleri azalmıştı. Tam kan sayımında hemoglobin 15,3 g/dl hemotokrit % 44,1 eozinofil sayısı 0,45 (  $10^3$ u/L) olup normal aralıkta, lenfosit sayısı 1,14 (  $10^3$ u/L) olup hafif lenfopenik gözlemlendi. Biyokimyasal tetkiklerde; CRP 14,9 mg/L LDH: 500 U/L D -dimer 0,66 mg/l (üst değer 0,5) kreatin 0,85 mg/dl olup PA da sol üst parakardiyak alanda amfizem yönünden şüpheli hat ve bronkovasküler izlerde artış gözlemlendi. Oda havası arter kan gazında ph:7,41 pco<sub>2</sub>:37,8 po<sub>2</sub>:66 sat:93 idi. Mevcut D-dimer değeri ve kliniği de göz önüne alınarak kontrastlı Pulmoner BT Anjiyografi çekildi. BT Anjiyografi de: Ana pulmoner, sağ ve sol pulmoner arter ve dallarında pulmoner emboliyi düşündüren dolum defekti izlenmedi. Ön mediasten ve arka mediasten arasında uzanım gösteren hava dansiteleri pnömomediastinum ile uyumlu değerlendirildi. Her iki akciğer parankiminde üst loblarda belirgin amfizem izlendi. COVID-19 PCR negatif sonuçlandı. Komorbiditelerinden dolayı kardiyolojik değerlendirmesinde EKG Normal sinüs ritminde olup Ekokardiyografi de ef %60 Sol kalp boşlukları normal değerlendirildi. Eser derecede Triküspit yetmezliği olması sebebiyle PABS ölçülemedi. 1 hafta süre ile Seftriakson 2 gr /gün, Inhalasyon tedavisi, prednizolon 40 mg /gün ve oksijen 2lt /dk uygulandı. Nazal O<sub>2</sub> 3-4lt/dk tedavisi ile kontrollü AKG'da hiperkarbisi gelişmeyen tedavi sonrasında dispneik semptomlarda azalma olan hastanın kontrol PA grafide mediastinal amfizemin gerilediği görüldü.

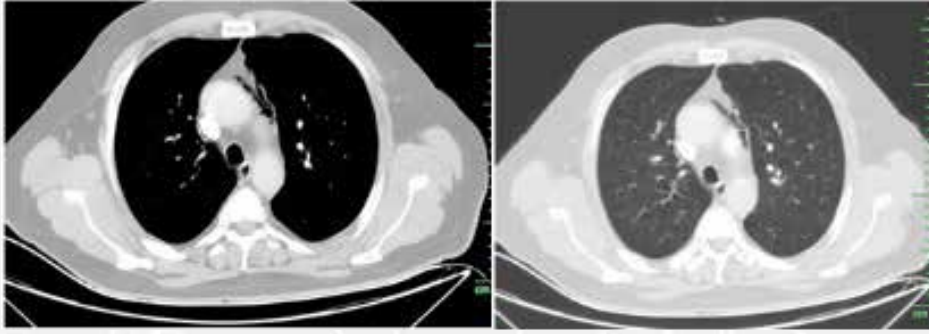
**TARTIŞMA VE SONUÇ:** KOAH alevlenmesi, hastalığın morbidite ve mortalitesini ciddi etkileyen bir durum olup alevlenmeye neden olan etiyoloji saptanmalı ve tedavi edilmelidir. KOAH'ın kardinal semptomlarından olan öksürük şiddeti arttığında alevlenme nedeni olabilecek pnömomediastinumuna neden olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** KOAH, Pnömomediastinum, Alevlenme

## Başlangıç-Kontrol PA grafi



## Torak BT Kesitleri



## EP-010

**NADİR GÖRÜLEN BİR PULMONER İNFLTRASYON OLGUSU: AKUT FİBRİNÖZ ORGANİZE PNÖMONİ**

Suna Kavurgacı<sup>1</sup>, Tuğba Nur Tezvergil<sup>1</sup>, Derya Kızılgöz<sup>1</sup>, Pınar Akın Kabalak<sup>1</sup>, Yetkin Ağaçkırın<sup>2</sup>, Hakan Ertürk<sup>3</sup>, Ülkü Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Akut fibrinöz organize pnömoni (AFOP); histopatolojik olarak intraalveolar fibrin birikimi ve organize pnömoni ile karakterize, oldukça nadir görülen bir interstisyel pnömoni tipidir. Klinik ve radyolojik olarak pek çok enfeksiyöz ve non-enfeksiyöz akciğer lezyonları ile benzerlik gösterdiğinden tanı koymada güçlük çekilebilmektedir. Diğer interstisyel pnömoni tiplerinden ayırımında patolojik inceleme büyük önem taşımaktadır. Bu olgu sunumunda yaklaşık 4 aydır devam eden ateş, öksürük, terleme şikayetleri bulunan, dış merkezde toplumdan kazanılmış pnömoni ön tanısı ile antibiyotik tedavisi uygulanan, buna rağmen semptomları gerilemeyen hasta sunulmaktadır. Hastanın toraks BT'sinde bilateral, predominant olarak alt zonda yer alan, değişken boyutlarda solid tipte opasiteler mevcuttu. Uygun lokasyonda yer alan lezyona CT eşliğinde transtorasik tru-cut biyopsisi uygulandı, akut fibrinöz organize pnömonisi tanısı konuldu. Metilprednizolon tedavisi ile klinik ve radyolojik olarak tam bir remisyon elde edildi. Akut vakalar oldukça progressif seyreden, yoğun bakım ihtiyacı gelişebilen vakalar olduğundan erken tanının bu hastalık için büyük önem arz ettiği görülmektedir. Subakut olgular ise nispeten daha iyi prognoza sahiptir ve tedaviye dramatik bir şekilde yanıt verir. Bu nedenle antibiyotik tedavisine rağmen semptom ve bulgularda regresyon izlenmeyen hastalarda ayırıcı tanıda AFOP akılda tutulmalı, CT bulguları ve histopatolojik inceleme ile tanı desteklenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** akciğer, ateş, fibrin, pnömoni

**PA Akciğer Grafisi**



## Toraks BT



## EP-011

**İNGUİNAL LENF NODU METASTAZI İLE TANI ALAN SQUAMÖZ HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ OLGUSU**

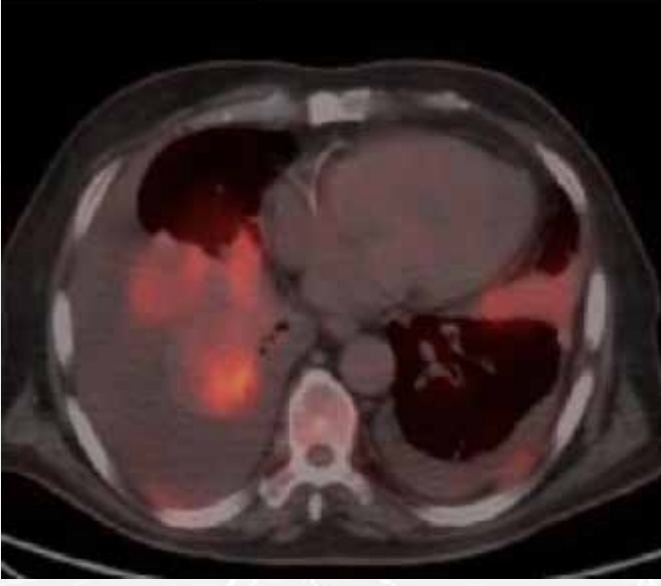
Banu Kahriman, Neslihan Boyracı, Fatma Tokgöz Anıl, Cengiz Özdemir, Sinem Nedime Sökücü, Seda Tural Önür

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

Dünyada kansere bağlı ölüm nedenleri arasında akciğer kanseri erkeklerde en sık, kadınlarda da ikinci en sık neden haline gelmiştir. Türkiye'deki akciğer kanser insidansı erkeklerde 75.8/100.000, kadınlarda 9.58/100.000 bulunmuştur. En sık gözlenen histolojik tip skuamöz hücreli kanser olup, kadınlarda adenokanser daha sık gözlenmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu tanı sırasında ileri evrelerde bulunmaktadır. Akciğer kanserlerinde uzak metastazlar en sık karaciğer, akciğerin diğer alanları, adrenal, kemik, kemik iliği, böbrek ve santral sinir sisteminde görülmektedir. Biz de inguinal lenf nodu eksizyonu ile skuamöz hücreli karsinom tanısı alan ve primerinin akciğer kaynaklı olduğu görülen olgumuzu sunarak akciğer kanserinin farklı uzak metastazlarına dikkat çekmek istedik. Altmış beş yaşında erkek hasta bilinen hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı tanısı olup 40 paket/yıl sigara öyküsü mevcut, sağ kasık bölgesinde ele gelen kitle, sağ bacakta şişlik nedeniyle dış merkeze başvurusu sonrası yapılan inguinal lenf nodu eksizyonu ile skuamöz hücreli karsinom (SCC) tanısı almasının ardından solunum sıkıntısı, sağ akciğerde plevral efüzyon, kitle lezyon nedeniyle hastanemize yönlendirilmiştir. İki kez örneklenen plevral mayi eksuda vafında olduğu izlendi ancak sitolojide malign hücre saptanmadı. Çekilen pozitron emisyon tomografisinde (PET-CT) sağ akciğer orta-bazalde belirgin olmak üzere atelektazi-konsolidasyon görünümüne eşlik eden heterojen karakterde yoğun artmış aktivite tutulumu dikkati çekmiştir (SUVmax:9.07)(Resim 1). Bunun üzerine hastaya yapılan fiberoptik bronkoskopi (FOB) sağ sekonder karinanın genişlediği, ana bronştan 3 cm sonra medial duvarda üzeri beyazımsı mukozal infiltrasyonun tüm intermediyer bronş boyunca devam ettiği görüldü (Resim 2). Sağ alt lob girişindeki mukozal infiltrasyon alanından biyopsiler alındı, sitolojiye gönderilen materyalde skuamöz hücreli karsinom izlendi. Bunun üzerine dış merkezde alınan sitoloji örnekleri hastanemiz patoloji ünitesi tarafından tekrardan incelenmiş olup akciğer kanserinin metastazı ile uyumlu olabileceği belirtilmiştir. Evre dört skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı alan hasta ağrı palyasyonu sağlanarak uzun süreli oksijen tedavisi düzenlenerek medikal onkolojiye yönlendirilmiştir. Skuamöz hücreli karsinom, bronş epitelinde skuamöz metaplazi/displazinin ilerlemesiyle gelişen, sigara ile ilişkili, genelde santral yerleşimli tümörlerdir. Gross olarak perihiler yumuşak dokular, akciğer parankimi ve hiler lenf nodlarını infiltre edebilir. Periferik yerleşimlerde nodüler büyüme, santral nekroz ve kavitasyon gözlenir. Diğer akciğer kanseri tiplerinin aksine toraksa sınırlı kalma eğiliminde olup metastaz yaptığında prognozu kötüdür. Uzak metastaz sıralamasında izole inguinal lenf nodu metastazı nadir görülmektedir. Ancak nadir de olsa farklı prezentasyonlar ile karşımıza çıkabileceği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** skuamöz hücreli akciğer kanseri, plevral efüzyon, inguinal lenf nodu

Resim 1



PET BT'de sağ akciğer orta-bazalde belirgin olmak üzere atelektazi- konsolidasyon görünümüne eşlik eden heterojen karakterde yoğun artmış aktivite tutulumu

Resim 2



FOB'da sekonder karina genişlemiş, ana bronştan 3 cm sonra başlayan intermediyer bronşa kadar devam ettiği görülen medial duvarda üzeri beyazımsı mukozal infiltrasyon



## EP-012

## FERRİTİN DÜZEYİ COVID-19 HASTALIĞI MORTALİTE GÖSTERGESİ OLABİLİR Mİ?

Seda Tural Önür<sup>1</sup>, Sedat Altın<sup>1</sup>, Sinem Nedime Sökücü<sup>1</sup>, Burcu İleri Fikri<sup>2</sup>, Tuğçe Barça<sup>3</sup>, Erkut Bolat<sup>4</sup>, Mehmet Toptaş<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye

<sup>3</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon

<sup>4</sup>İstanbul Üniversitesi, Biyoistatistik

**GİRİŞ:** 2019 yılı sonunda ilk kez Çin'de tanımlanan yeni severe acute respiratory syndrome corona virus 2 (SARS-CoV-2) tüm dünyayı hızla etkisi altına alarak pandemiye neden olmuştur. Günümüzde vaka sayısı giderek artmakta iken hastalığın hematolojik ve laboratuvar bulguları ile ilgili bilinenler sınırlıdır. Bu çalışmamızda, Covid-19 tanısı almış ve yatarak tedavi edilen hızlı progresyon gösteren hastalarda, serum ferritin düzeyinin mortaliteyi ön görücü olup olmadığını ve ferritin düzeyi ile hastanın tedavisini olumsuz yönde etkileyecek değeri olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmamıza çalışma grubu olarak COVID-19'a bağlı ex olan(nonsurvivor) 56 hasta ile kontrol grubu olarak hastanede yatan ve ex olmayıp iyileşen 245 hasta dahil edildi. Hastaların retrospektif olarak demografik verileri, tıbbi öyküleri, laboratuvar bulguları ve toraks tomografileri hastane elektronik bilgi sistemi üzerinden elde edilmiştir. Hastaların laboratuvar verileri hastanemize yatışı yapıldığı andan itibaren alınan ilk kan tahlilleri(pre) ile hastanın exitus veya taburcu edilmeden önceki kan tahlilleri(post) değerlendirmeye alınmıştır. **SONUÇLAR:** Nonsurvivor grup yaş ortalaması  $62.0 \pm 15.7$  iken kontrol grubunun  $54.34 \pm 13.03$  saptandı ve nonsurvivor grup istatistiksel anlamlı olarak yaşlı saptandı ( $p < 0.01$ ). Yaş ve hastane kalış Süresi non survivor grupta daha yüksekti. Kardiyovasküler hastalığı bulunan ve tedavide favipravir kullanılan hastalar nonsurvivor grupta daha fazla saptandı. Pre ve post ferritin değerleri her iki grup içinde ayrı olarak değerlendirildiğinde kontrol grubunda anlamlılık saptanamazken nonsurvivor grupta istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ( $p < 0.01$ ). Ferritin için ROC eğrisi analizinde Cut-Off değeri 304.30 iken eğri altında kalan alan 0.762 (95% CI: 0.690-0.835) olarak saptandı. Sensitivite and spesifite değerleri sırasıyla 71.4% and 70.6% olarak bulunmuştur (Figure 1)

**TARTIŞMA:** SARS-CoV-2 nedenli COVID-19 hastalığı yaygın inflamasyon ve sitokin fırtınası ile yüksek mortaliteye neden olmaktadır. Tüm Dünya'da pandemiye neden olması ve yüksek ölüm oranlarından dolayı hastalıkla ciddi bir savaş verilmektedir. Bu süreçte ucuz ve yaygın kullanılabilirliği açısından ferritin hastaların mortal seyrinin prediksyonu ve yönetimi açısından klinisyenler tarafından kullanılabilir olması açısından çalışmamız ile literatüre katkıda bulunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** SARS-CoV-2, COVID-19, Ferritin

Tablo 1

Table 1. Demographics and baseline characteristics of control and nonsurvivor groups

| Variables                    | No. (%)         |                   |                      | P-value |
|------------------------------|-----------------|-------------------|----------------------|---------|
|                              | Total (n = 301) | Control (n = 245) | Nonsurvivor (n = 56) |         |
| Age, median (IQR)            | 57 (18)         | 55 (18)           | 62 (23)              | <.01    |
| Length of stay, median (IQR) | 8 (5)           | 8 (4)             | 11.5 (11)            | <.01    |
| <b>Gender</b>                |                 |                   |                      |         |
| Male                         | 206 (68.4)      | 170 (69.4)        | 36 (64.3)            | .49     |
| Female                       | 95 (31.6)       | 75 (30.6)         | 20 (35.7)            |         |
| <b>Comorbidities</b>         |                 |                   |                      |         |
| COPD                         | 38(12.6)        | 31 (12.7)         | 7 (12.5)             | .97     |
| DM                           | 9(3.0)          | 7(2.9)            | 2(3.6)               | .67     |
| HT                           | 43 (14.3)       | 35 (14.3)         | 8(14.3)              | 1.0     |
| CVD                          | 19(6.3)         | 11 (4.5)          | 8 (14.3)             | .01     |
| Lung Cancer                  | 11(3.7)         | 7(2.9)            | 4 (7.1)              | .12     |
| Expiraxir                    | 63(20.9)        | 19(7.8)           | 44 (78.6)            | <.01    |

IQR: Interquartile range, COPD: Chronic obstructive lung disease, DM: Diabetes mellitus, HT: Hypertension, CVD: Cardiovascular disease, CT: Computed tomography

## Demografik bulgular

Tablo 2

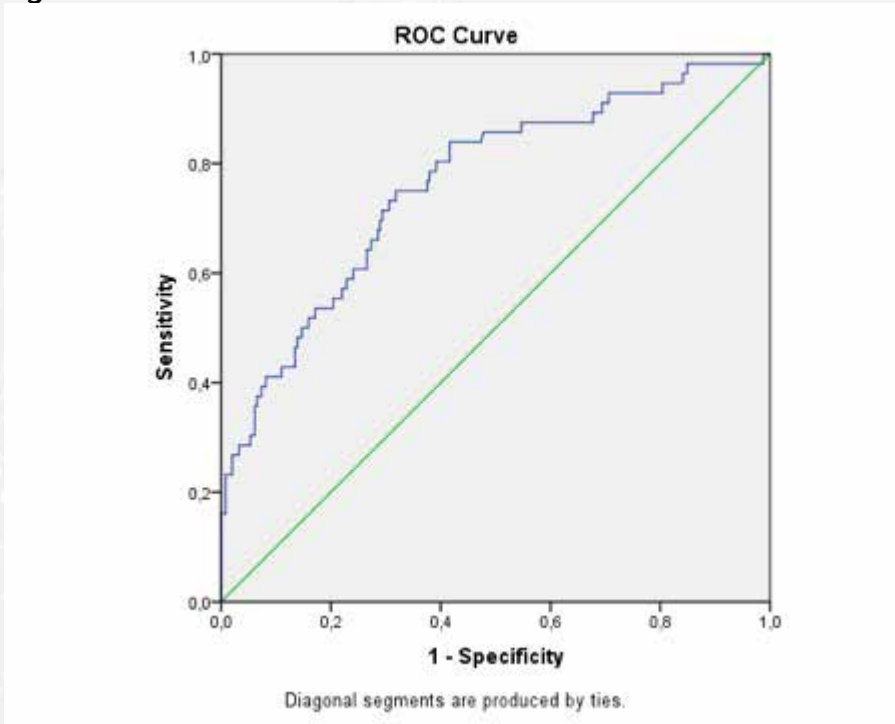
Table 2. Comparison of laboratory parameters between control and nonsurvivor groups

|                            | Median (IQR)    |                   |                      | P-value |
|----------------------------|-----------------|-------------------|----------------------|---------|
|                            | Total (n = 301) | Control (n = 245) | Nonsurvivor (n = 56) |         |
| Ferritin (pre) ng/mL       | 262.5(236.4)    | 233.2(186.6)      | 451.25(466.2)        | <.01    |
| Ferritin (post) ng/mL      | 249(273.6)      | 224.4(165.3)      | 1145.75(1139.7)      | <.01    |
| Fibrinogen (pre) mg/dL     | 481.3(173.9)    | 476.1(162.5)      | 509.4(250.9)         | .33     |
| Fibrinogen (post) mg/dL    | 448.3(180.8)    | 448(174.4)        | 455.3(255.1)         | .72     |
| Troponin I (pre) ng/L      | 4.6(5.55)       | 3.8(4.15)         | 13.85(39.8)          | <.01    |
| Troponin I (post) ng/L     | 3.4(8.85)       | 2.9(2.65)         | 96.15(291.15)        | <.01    |
| D-Dimer (pre) mg/L         | 0.68(0.73)      | 0.615(0.57)       | 1.1(1.31)            | <.01    |
| D-Dimer (post) mg/L        | 0.79(1.27)      | 0.7(0.6)          | 4.6(10.425)          | <.01    |
| WBC (pre) ×10e3/uL         | 7.03(4.04)      | 6.67(3.01)        | 14.43(15.14)         | <.01    |
| WBC(post) ×10e3/uL         | 7.16(4.89)      | 7.07(4.03)        | 8.485(8.75)          | .04     |
| HGB (pre) g/dL             | 13.6(2.1)       | 13.7(2)           | 13.25(2.5)           | .09     |
| HGB(post) g/dL             | 12.6(2.6)       | 12.8(2.1)         | 10.75(3.1)           | <.01    |
| HCT (pre) %                | 39.7(5.5)       | 40.2(5.2)         | 38.35(7.2)           | .07     |
| HCT(post) %                | 37.8(6.9)       | 38.2(6.3)         | 33.9(7.85)           | <.01    |
| LY (pre) ×10e3/uL          | 1.34(0.88)      | 1.39(0.87)        | 1.065(0.64)          | <.01    |
| LY(post) ×10e3/uL          | 1.47(0.81)      | 1.61(0.79)        | 1.02(0.98)           | <.01    |
| LY% (pre) %                | 19.1(14.4)      | 21.1(14.3)        | 14.35(12.95)         | <.01    |
| LY% (post) %               | 23.2(14)        | 24.7(12.1)        | 7.1(7.2)             | <.01    |
| Procalcitonin (pre) ng/mL  | 0.06(0.105)     | 0.05(0.06)        | 0.21(0.95)           | <.01    |
| Procalcitonin (post) ng/mL | 0.04(0.08)      | 0.04(0.03)        | 2.135(7.44)          | <.01    |
| Albumin (pre) g/L          | 38.6(7.1)       | 39.4(6.4)         | 35.05(6.0)           | <.01    |
| Albumin (post) g/L         | 35.4(7.2)       | 36.5(5.2)         | 24.5(6.95)           | <.01    |
| LDH (pre) U/L              | 342.5(199.0)    | 318.0(184)        | 417.0(209.0)         | <.01    |
| LDH (post) U/L             | 341.0(247.0)    | 314.0(162.0)      | 707.5(800.0)         | <.01    |
| AST (pre) U/L              | 37.0(22.0)      | 36.5(20.0)        | 44.0(57.5)           | <.01    |
| AST (post) U/L             | 40.0(33.0)      | 35.0(22.0)        | 92.5(258.5)          | <.01    |
| ALT (pre) U/L              | 28.0(23.0)      | 28.0(24.0)        | 28.0(22.0)           | .78     |
| ALT (post) U/L             | 42.0(44.0)      | 40.0(43.0)        | 56.5(134.0)          | <.01    |
| CRP (pre) mg/L             | 66.9(89.6)      | 57.7(82.9)        | 126.4(127.6)         | <.01    |
| CRP (post) mg/L            | 18.4(56.7)      | 13.4(29.2)        | 146.5(148.1)         | <.01    |

IQR: Interquartile range; WBC: White blood cell count, ×10e3/uL; HGB: Hemoglobin, g/dL; HCT: Hematocrit, %; LY: Lymphocyte count, ×10e3/uL; LY%: Lymphocyte count %; LDH: Lactate dehydrogenase, U/L; AST: Aspartate aminotransferase, U/L; ALT: Alanine aminotransferase, U/L; CRP: C-reactive protein, mg/L

## Laboratuvar bulguları

Figure 1



Roc curve



## EP-013

## AKSİLLER TÜBERKÜLOZ LENFADENİT VE PRİMER STERNAL TÜBERKÜLOZ BİRLİKTELİĞİ

Suphi Aydın<sup>1</sup>, Ahmet Dumanlı<sup>1</sup>, Gürhan Öz<sup>1</sup>, Aydın Balcı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

<sup>2</sup>Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

Tüberkülozun primer olarak sternumda veya lenf nodlarında görülmesi, tanıda güçlüklerle ve gecikmelere neden olan bir durumdur. Literatürde de az sayıda vaka bildirilmiştir. 56 yaşında diyabetli erkek hasta, sağ aksiller bölgede ve sternum üzerinde yaklaşık 6 aydır büyüme gösteren şişlik şikayeti ile başvurdu. Bu şişlikler için çeşitli antibiyotik tedavileri uygulanmış, ancak yanıt alınamamış. Hastanın dönem dönem ateş şikayetinin olduğu, gece terlemesi ve kilo kaybı yakınmasının olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde, ateş 37,5°C, sağ aksiller fossada yerleşmiş 10x6 cm'lik, sert kıvamlı, mobil, ağrısız kitle, manibrium sterni üzerinde ise yaklaşık 8x5 cm'lik sert kıvamlı, fixe, ağırlı kitle tespit edildi. Kitleler üzerinde hiperemi, ısı artışı ve fluktuasyon mevcut değildi. Hastanın tomografik incelemesinde; mediastende ve bilateral hiler bölgede lenfadenopati ile uyumlu görünüm, sağ aksiller fossada kitle imajı oluşturan multiple, konglomere lenf nodları, korpus sterni-manibrium sterni bileşkesi düzeyinde, kemik yapıda destrüksiyona neden olan nekrotik yumuşak doku ile uyumlu görünüm izlendi. Sağ aksiller bölgeden ve sternum üzerinden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsilerinin tanısal olmaması üzerine, sağ aksiller kitle total olarak çıkarıldı, sternum üzerinden ise eksizyonel biyopsi yapıldı. Gönderilen parçaların histopatolojik incelemeleri sonucu tüberküloz ile uyumlu geldi. Spesifik kültürde Mikobakterium Tüberkülozis üredi. Hastaya izoniazid, rifampin, pirazinamid ve etambutol antitüberküloz tedavisi başlandı. Hastanın tedavisi ve takibi devam etmektedir.

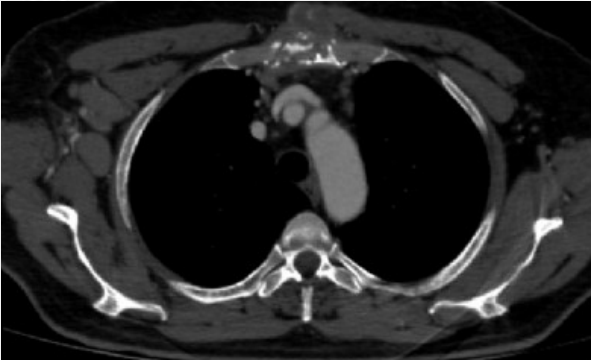
**Anahtar Kelimeler:** tüberküloz, yumuşak doku, lenf nodu, biyopsi, cerrahi

## Resim 1



Sağ aksiller büyümüş lenf nodlarının koronal CT görüntüsü

## Resim 2



Sternumda destrüksiyona neden olan lezyonun CT görüntüsü

**EP-014****ANKİLOZAN SPONDİLİTİN AKCİĞER TUTULUMUNA SEKONDER ORGANİZE PNÖMONİ OLGUSU**

Betül Kinik, Neslihan Boyracı, Fatma Tokgöz Akyl, Hülya Abalı, Cengiz Özdemir, Sinem Nedime Sökücü, Seda Tural Önür

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

Organize pnömoni (OP) akciğer hastalıkları içerisinde nadir görülen klinikopatolojik bir durumdur. Gerçek insidansı ve prevalansı bilinmemekle birlikte infeksiyonlar, kollajen vasküler hastalıklar, ilaç toksisitesi, radyoterapi, maligniteler gibi nedenlerden dolayı oluşabilmektedir. En sık tespit edilen radyolojik bulgular bilateral periferik yerleşimli multipl yamalı alveoler infiltrasyonlardır. Ankilozan spondilitin solunum sistemi tutulumu göğüs duvarında fiksasyon, göğüs ekspansiyonundakıstlanma ve akciğer parankim hastalıkları olarak özetlenebilir. Servisimizde takip ettiğimiz ankilozan spondilite sekonder gelişen organize pnömoni nadir görülen bir vaka olduğundan olgu olarak sunmak istedik. Olgumuz 48 yaşında kadın hasta son 2 haftadır nefes darlığı şikayetiyle sık sık acil başvurusu olan hastanın son 2 ayda 2 kez solunum yetmezliği nedeniyle de hastane yatış öyküsü mevcuttu. Bilinen astım ve ankilozan spondilit hastalığı mevcut ve 2015 yılında paratiroid adenomu nedeniyle opere olmuş. Fizik muayene bulgularında solunum sesleri dinlemekle bilateral azalmış ve inspiratuar ral mevcut. Hastaya pnömoni nedeniyle Piperasilin/ Tazobaktam 4\*4.5 gr IV, Siprofloksasin 2\*400 mg IV antibiyotik tedavisi başlandı. Kardiyoloji konsültasyonunda romatizmal mitral kapak ve hafif mitral darlık izlendi. Serum ACE:65, RF:10.2, CCP: <0.40 iken ANA, p-ANCA, PR3 ANCA, Anti-SSA, Anti-SSB, Anti-Scl 70, Anti sentromer, Anti ds DNA, Anti-Jo1 negatif olarak sonuçlandı. HRCT de bilateral, yaygın, alt loblarda belirgin bronkopnömonik konsolide alanlar ve infiltrasyonlar; mediastende kısa aksı 1 cm olan lenf nodları izlendi ve bronkoskopi planlandı. Bronkoskopide karina genişlemiş, her iki bronş sistemi normal ve açıktı. Sol alt lob lateral segmentten BAL katateri ile 120 cc sıvı verildi 65 cc sıvı aspire edildi materyal hücre profili ve sayımı için laboratuvara gönderildi ve sol alt lob bazal segmentlerden TBB yapıldı. Lavajda, ARB ve kültür negatif geldi. CD45 BAL:100, CD3 BAL:91.9, CD3+CD4+(Thelper):26.5, CD3+CD8+(Tsitotoksik):70.7, CD4/Thelper),BAL: 26.6, CD8(Tsupressor),BAL: 70.7, CD4/CD8:0.38, Total Hücre Sayısı:411, Lenfosit: %38, Nötrofil: %30, MakrofaJ: %32, Eozinofil: %0 olarak sonuçlandı. Alınan akciğer transbronşial biyopsi materyalinde ise alveol duvarlarında ödem, kalınlaşma, lenfoplazmasiter iltihap hücreleri, histiositler, alveol lümeninde deskuma histiositler pnömositler görülmüştür ve organize pnömoni lehine düşünülmüştür. Sonuç olarak organize pnömoni tanısı hastaların sık hastaneye başvurusuna neden olan ve klinisyenlerin de konuyla ilgili farkındalıkları olması gereken bir durumdur. Hastaların çoğunun geç düzelen pnömoni nedeni ile araştırılırken tanı aldığı bilinmektedir. Hedefe yönelik tedavinin başlatılması için akciğer tutulumunun erken saptanması ve ayırıcı tanıda düşünülmesi çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** ankilozan spondilit, organize pnömoni, kollajen vasküler hastalıkları

## EP-015

**PULMONER TROMBOEMBOLİ: ENFEKSİYON TABLOSU İLE GİZLENMİŞ, ÜST EKSTREMİTE DERİN VEN TROMBOZU İLE BİRLİKTELİK GÖSTEREN**

Alperen Koç, Ahmet Çağın, Yakup Arslan, Deniz Doğan, Nesrin Öcal, Cantürk Taşçı

SBÜ, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

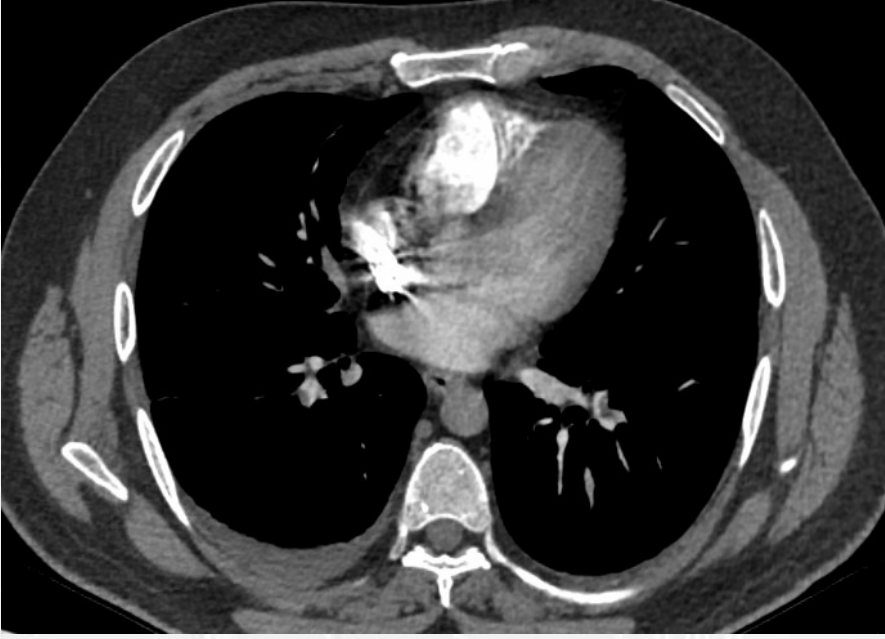
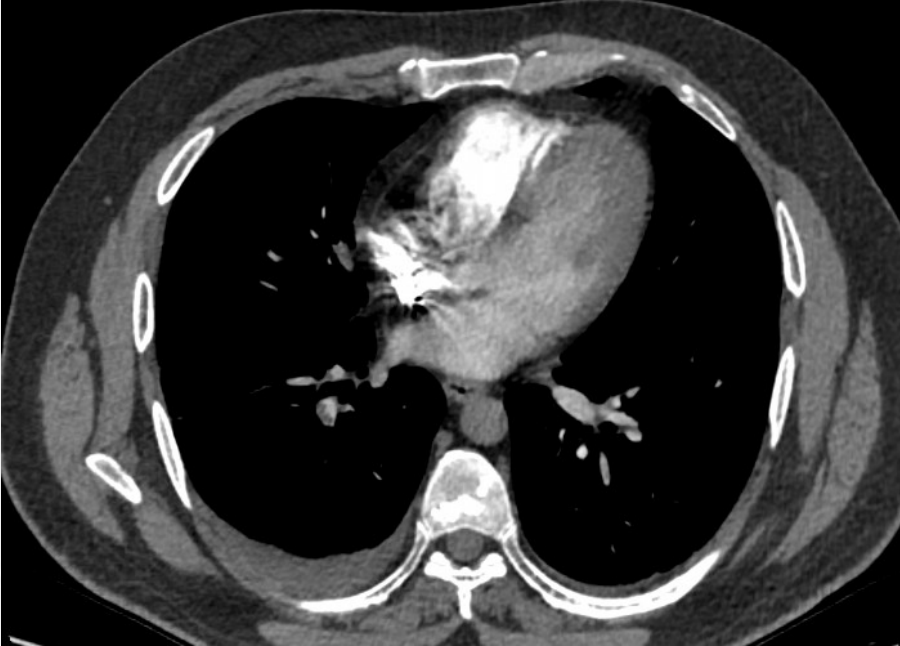
**GİRİŞ:** Pulmoner embolilerin %90'ı alt ekstremitte orijinli geriye kalanları ise üst ekstremitte orijindir. Pulmoner tromboembolizm ve üst ekstremitte derin ven trombozu birlikteliği nadir görülen bir durumdur. Üst ekstremitte derin ven trombozlarında %12-36 oranında PE görülmektedir. Emboli ve tromboz hafif seyirden hayatı tehdit edici düzeye kadar geniş spektruma sahip klinik bir antite olup etyolojisinin araştırılması gerekmektedir.

**OLGU:** 40 yaş erkek hasta, sırt ve sağ yan ağrısı ile dış merkez başvurusunda İYE ve pnömoni tanıları ile oral antibiyoterapi ve analjezik tedavi başlanmış. Şikayetleri devam eden hasta acil serviste değerlendirilmiş. Fizik muayenesinde geneldurumu iyi, ateş:36,6 nabız:101 tansiyon arteriyel:121/62 oda havasında oksijen saturasyonu:%96, oskültasyonda solunum sesleri doğal, kalp seslerinde aort odağında sistolik ejeksiyon üfürümü duyuldu, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tetkiklerinde arter kan gazında respiratuvar alkaloz ve d-dimer yüksekliği olması sonrası pulmoner bt anjiyografi alındı. Sağ ve sol alt segmenter arter dallarında trombüs izlenmesi üzerine göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Kardiyak risk değerlendirilmesi EKO ile yapıldı. EKO'da sağ kalp yetersizliği izlenmedi, SPAB değeri normal olarak ölçüldü. Hastaya tedavi dozunda DMAH başlandı. Hastanın etyolojiye yönelik yapılan tetkiklerinde alt ekstremitte venöz doppler USG'sinde trombüs izlenmedi. Hastanın özgeçmişinde biküspit aorta ile birlikte aort koarktasyonu olması nedeniyle üst ekstremitteye yönelik venöz doppler USG yapıldı, sol subklavian vende trombüs ile uyumlu görünüm izlendi. Üst ekstremitte muayenesinde ödem bulguları olmayan ve arteriyel nabızları alınan hastaya kalp damar cerrahisinin ek önerisi olmadı, 1 ay sonra kontrol usg planlandı. Tıbbi genetik konsültasyonunda trombofil paneli normal sonuçlandı. Hematoloji ve romatoloji tarafından RF, ANA, protein c-s, homosistein, AT-III, pnh paneli, anti-beta 2 glikoprotein 1g a, 1g m, 1g g ve anti kardiyolipin 1g m, 1g g antikorları normal sonuçlandı. Lupus antikoagülan:1.33(<1.22) olarak sonuçlandı. AFAS, vaskülitler açısından tekrar değerlendirilmek üzere romatoloji kontrolü planlandı.

**TARTIŞMA:** Olgumuzda pulmoner emboli tanısı sonrasında anamnezi derinleştirildiğinde aort koarktasyonu olması ve yaşının genç olması nedeniyle genetik nedenler ile birlikte altta yatan vaskülit olma ihtimali ön planda düşünüldü. Ayrıca hematolojik hastalıklara bağlı genç yaşta emboli ve derin ven trombozu görülmekte, idiopatik vakalarda genetik testler yapılması önerilmektedir. Hastamızda lupus antikoagülanı pozitifliği dışında anlamlı bir sonuç yoktu, fakat tek başına tanı koymak için yeterli değildi. Bu olguda ilk olarak tanıda şüphelenmek ikincil olarak etyoloji aydınlatılmasındaki yaklaşım vurgulanmak istenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** GENÇ HASTA, PULMONER EMBOLİ, ÜST EKSTREMİTE DERİN VEN TROMBOZU



**PULMONER BT ANJİOGRAFI***OLGUNUN PULMONER BT ANJİOGRAFİSİ***PULMONER BT ANJİOGRAFI***OLGUNUN PULMONER BT ANJİOGRAFİSİ*

## EP-016

## BRONŞİYAL KARSİNOİDİN ATİPİK PREZANTASYONU: SPONTAN MASİF HEMOTORAKS

Burçin Çelik<sup>1</sup>, Hüseyin Ulaş Çınar<sup>2</sup>, Hale Kefeli Çelik<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun Türkiye

<sup>2</sup>Samsun International Medicana Hastanesi, Samsun, Türkiye

<sup>3</sup>SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

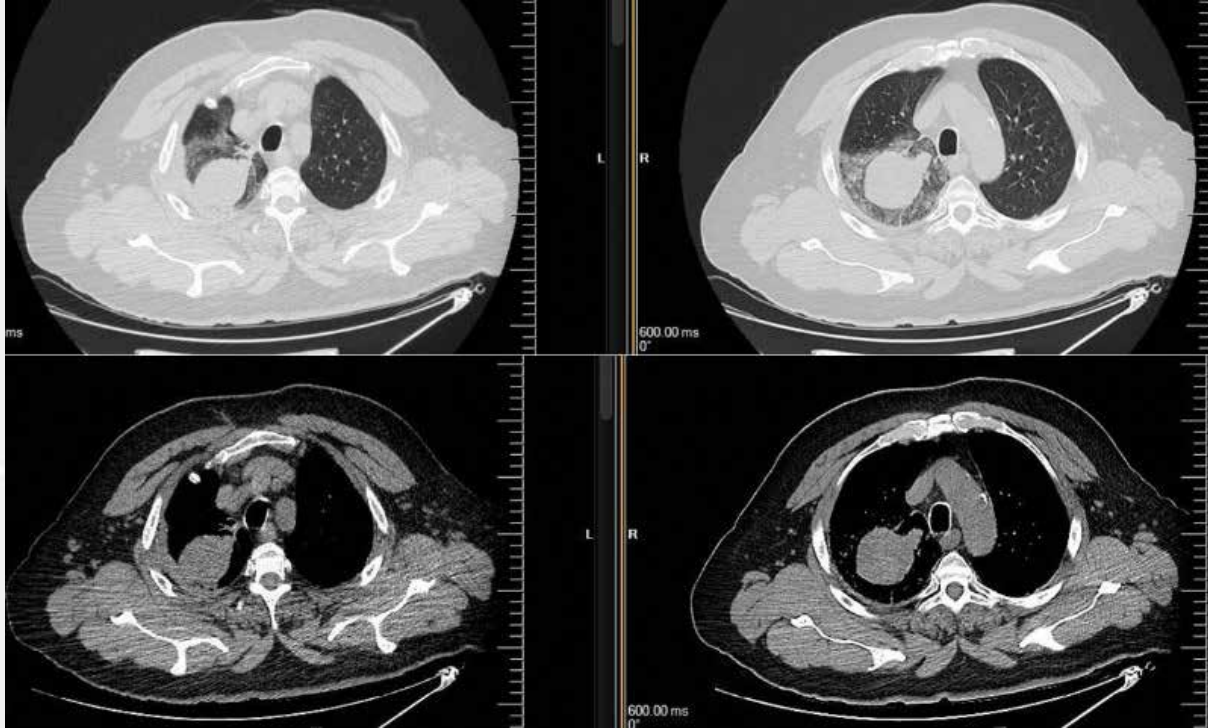
**GİRİŞ:** Bronşiyal karsinoid tümörler distal hava yolu tıkanıklığı, lokal hava yolu irritasyonu veya hemoptizi semptomları ile ortaya çıkabilir. Daha önce spontan masif hemotoraks ile prezantasyon görülmemiştir. Bu makalede sağ üst lobda bulunan karsinoid tümörün rüptürüne bağlı spontan massif hemotoraks olgusunu sunduk.

**OLGU:** 61 yaşında erkek hasta nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Direk akciğer grafisinde sağ hidropnömotoraks izlenmesi üzerine yapılan torasentezde hemotoraks tanısı konuldu. Sağ tüp torakostomi uygulamasını takiben toplam 4000 mL hemorajik drenaj oldu. Klinik olarak stabilize edilen hastaya çekilen toraks ve PET BT'de sağ üst lobda 6x5 cm ebadında kitle izlenmesi üzerine ekploratris torakotomi kararı alındı. Ekplorasyonda sağ üst lobdan alınan insizyonel frozen section biyopsi sonucu malignite ile uyumlu gelmesi üzerine sağ üst lobektomi ve mediastinal lenf diseksiyonu yapıldı. Postoperatif patoloji sonucu karsinoid tümör ile uyumlu gelmesi üzerine hasta şifa ile taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** Spontan hemotoraks akciğer kanserinde rapor edilmiş bir klinik prezentasyondur, ancak karsinoid tümörde bu durum oldukça nadirdir. Periferik yerleşimli karsinoid tümörlerde nadirde olsa spontan hemotoraks gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** hemotoraks, karsinoid tümör, masif, spontan

## Resim 1



Tüp torakostomi sonrası çekilen toraks BT'de sağ üst lobda kitle lezyon ve sağ hemotoraks izlenmekte.

## EP-018

**ENDOBRONŞİYAL TULUM VE TRAKEAÖZEFAGİAL FİSTÜLLE SEYREDEN PRİMER  
MEDIASTİNAL B HÜCRELİ LENFOMA**

Birsen Pınar Yıldız<sup>1</sup>, Arzu Deniz Aksan<sup>1</sup>, Merve Sarı Akyüz<sup>1</sup>, Gülben Erdem Huq<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Lenfoma en sık görülen mediasten tümörleri arasındadır. Non-Hodgkin lenfomanın alt tipi olan Mediastinal B hücreli lenfoma, nadir olup, agresif gidişli olup çevre dokulara bası yapan mediasten kitlesi şeklinde görülebilmektedir. Hızla büyüyen kitle dispne, göğüs ağrısı gibi lokal semptomlar oluşturarak hayatı tehdit etmektedir. Bu nedenle lokalizasyonu açısından önemli ve az görülen PMBHL olgusu sunmayı amaçladık. Otuzdokuz yaşında erkek hasta öksürük, göğüs ağrısı ve nefes darlığı yakınmaları ile dış merkezde takip edilirken trakeaözefagial fistül saptanması üzere özafagus stenti takılarak tarafımıza nakledildi. Muayenesinde, stridoru sağ hemitoraksta kaba raller dışında patolojik bulgu saptanmadı. Vital parametrelerinde oda havasında SpO<sub>2</sub>: %92 dışında patolojik bulgu görülmedi. Tam kan tetkikinde CRP: 210 mg/dl dışında anormallik saptanmadı. Mikrobiyolojik incelemede balgam örneğinde üreme saptanmadı. PA akciğer grafisinde sağ üst zonda sınırları fissürle uyumlu heterojen dansite izlendi (Resim 1). Bilgisayarlı toraks tomografisinde mediastende en büyüğü sağ üst paratrakeal alanda multiple lenfadenopatiler ve subkarinal sağ- sol paratrakeal alanı dolduran 64.2x46.4 mm boyutlarında kitle, sağ akciğer üst lob segmentlerinde yaygın buzlu cam dansitesinde konsolidasyon alanı görüldü (Resim 2). Fiberoptik bronkoskopi (FOB) de tümoral mukozal infiltrasyonla ileri derece genişlemiş ve sağ-sol ana bronş posteriomedial duvardan tümoral infiltrasyon ile %90 oblitere idi. Sağda intermedier bronşa kadar dış bası devam ediyordu. Diğer segmentler açık izlendi. Sağ-sol ana bronş posterior duvardan bronş biyopsi alındı. Trakeaözefagial fistül görülmeyen hastanın oral alımı açıldı. Girşimsel bronkoskopi ünitesi hastanın malign hava yolu darlığı açısından stent uygun görülmedi. Hastanın bronkoskopik mukoza biyopsi sonucu displazik hücreler olarak sonuçlandı ve örnek tekrarı uygun görüldü. Lezyonun konumu nedeniyle Göğüs cerrahi konsültasyonu sonucunda mediastinoskopi açısından yüksek riskli kabul edilip işlem uygun görülmedi. Mediastinal lezyonu hariç bulgusu olmayan hastanın bronkoskopi işlemi tekrarlandı. İkinci bronkoskopik mukoza biyopsi materyalinde; atipik lenfoid hücreler saptandı. Yapılan immünohistokimyasal boyamada olguya Büyük B Hücreli Lenfoma tanısı konuldu. Hemato-onkoloji bölümüne sevk edildi. Hodgkin lenfomalı hastaların 2/3'ünde görülen mediasten tutulumu, non-Hodgkin lenfomada (NHL) nadirdir. Tüm NHL'ler arasında %5-10'u primer mediastinal NHL ve yaklaşık %2-3'ü PMBHL. Sonuç olarak; PMBHL nadir görülen bir tümör olmakla birlikte agresif ve hızlı seyirli seyredip hayatı tehdit oluşturduğu için, endobronşiyal kitlelerin klinik, radyolojik ve patolojik ayırıcı tanısında dikkate alınması kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Endobronşiyal lezyon, Lenfoma, Trakeaözefagial fistül

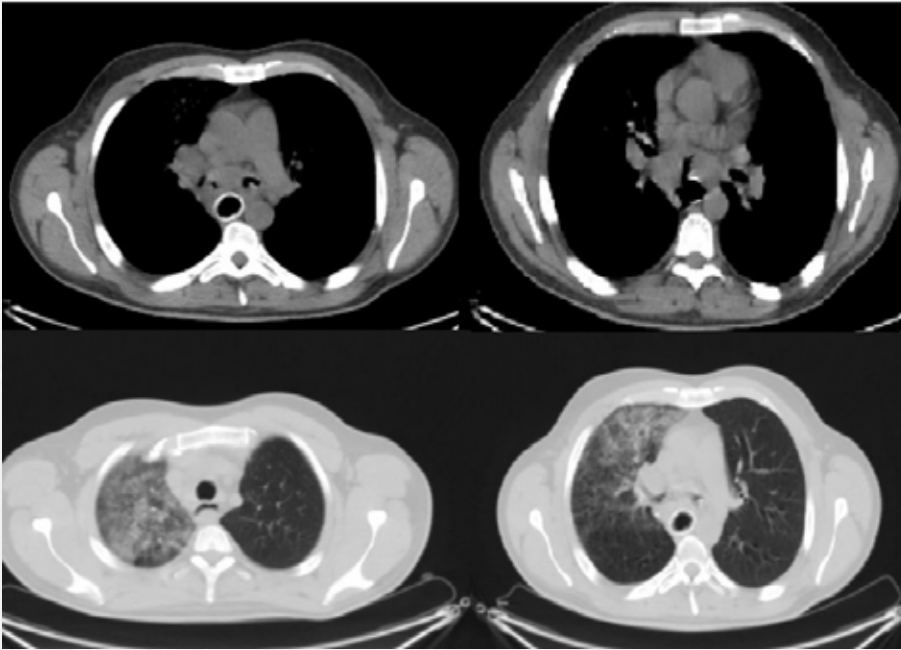


Resim 1:



Başvuru akciğer grafisi

Resim 2:



Başvuru toraks tomografisi

EP-019

**TÜRKÇE İLK FİZYOLOJİ KİTABINDA SOLUNUM SİSTEMİ**Mustafa Saygın<sup>1</sup>, Rahime Aslankoç<sup>1</sup>, Fuat İnce<sup>2</sup><sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, Isparta<sup>2</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı, Isparta

**AMAÇ:** Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi tarafından Türkçeye kazandırılan ilk Fizyoloji Kitabının günümüz Türkçesine aktarılmış halinde solunum fizyolojisinin incelenmesidir.

**YÖNTEM:** Bu çalışmada Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi tarafından İtalyanca aslından Türkçeye "Tercüme-i Fisiologica" ismiyle tercüme edilen ve Esin Kahya'nın günümüz Türkçesine aktarımı olan "Mustafa Behçet Efendi ve Türkçe İlk Fizyoloji Kitabı" isimli eserde solunum bölümü karşılaştırılmıştır.

**BULGULAR:** Mustafa Behçet Efendi (1774-1834) Hekimbaşı olarak görev yapmış ve ilk Türkçe fizyoloji kitabını (Tercüme-i Fisiologica) İtalyan bilim adamı Caldani (1725-1813)'nin Fisiologica adlı eserinden tercüme etmiştir. Mustafa Behçet Efendi Tercüme-i Fisiologica'da solunumu iki esaslı fonksiyon; göğsün genişlemesi ve daralması hareketi olarak tanımlar. Kuvvetli bağlarla, eklem bağlarıyla sağlamlaştırılmış olan oniki adet kaburga arka taraftan kavis şeklinde birleşmiştir. Her iki kaburga arasında iki sıra halinde kas vardır. Dışarıda olan kaslara adalat-ı evveli, içeride olan adalat-ı saniye adı verilir. Bu iki saf halinde kasların her biri kaburgaları yukarı doğru çekmekle görevlendirilmiştir. Solunum hareketi bazılarına göre istemli bir harekettir. Solunum iradi olduğu hakkında birçok boş sözler söylenmiştir. Solunum hareketi vasıtasıyla kandan karbon ve hidrojen temizlenir. Akciğerlere giren hava kanadan ne kadar karbon ve hidrojen alırsa o derecede sıcaklık ve ısıyı içinde bulundurma kudretini kaybeder. Solunum bozukluğu başlı başına bir hastalık olup birçok hastalıkların arızası olarak kabul edilmiştir. Solunum öyle bir fonksiyondur ki üst taraftaki birçok organın sağlıklı olması onun gerektiği şekilde olması ile mümkün olur. Ağır ve az solunum vücut hareketinin azalmasına ve hızlı ve sık olan solunum sıcaklığın artmasına sebep olur. Solunum bozukluklarının birçok çeşitleri vardır. Örneğin solunum zor ve zahmetli olduğunda asr-ı teneffüs adı verilir. Öksürük ve aksırığın her ikisinin birden bulunduğu hastalıklar da ağır arazlar olarak kabul edilir, fakat birçok defa hıçkırık her zaman kötüdür. Solunum, nabızları çok atan kan dolaşımının durumlarını gösterir ve açıklar ve hastalıkların hal ve durumunu anlamamızı sağlayacak belirtileri verir.

**SONUÇ:** Mustafa Behçet Efendi'nin geleneksel tıp bilgilerini de aktararak yazdığı Tercüme-i Fisiologica kitabında çoğu bilimsel önermenin çok güzel açıklandığı, bazı detayların (hıçkırık, solunum güclüğü) ise solunum sistemi hastalıklarını ortaya koyma açısından o döneme göre oldukça değerlidir. İspirasyon ve ekspirasyonun mekanizması, gaz değişimdeki Hidrojen ve solunumun istemsiz olduğu bir diğer dikkate değer bilimsel gerçeklerdir.

**Anahtar Kelimeler:** İlk Türkçe Fizyoloji Kitabı, Solunum Sistemi, Solunum Bozukluğu

## EP-020

**KOAH'DA İYİLEŞMELERİN HASTA TARAFINDAN BİLDİRİLEN SONUÇLARDAKİ KLİNİK OLARAK ÖNEMLİ İYİLEŞMELER İLE ÖNGÖRÜLMESİ: EMAX ÇALIŞMASININ BİR POST HOC ANALİZİ**

Claus F. Vogelmeier<sup>1</sup>, Edward Kerwin<sup>2</sup>, Ian Naya<sup>3</sup>, Lee Tombs<sup>4</sup>, Leif Bjermer<sup>5</sup>, François Maltais<sup>6</sup>, Paul Jones<sup>7</sup>, David A. Lipson<sup>8</sup>, Chris Compton<sup>7</sup>, Isabelle Boucot<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Philipps-Universität Marburg, Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım Ana Bilim Dalı, Giessen ve Marburg/Almanya

<sup>2</sup>Southern Oregon Klinik Araştırma Enstitüsü, Medford/Orlando/ABD

<sup>3</sup>GSK, Global Specialty & Primary Care İş Birimi, Brentford/Birleşik Krallık (Çalışma Esnasında)

<sup>4</sup>GSK, Precise Approach Ltd, Uxbridge/Birleşik Krallık

<sup>5</sup>Lund Üniversitesi, Solunum Tıbbi ve Allergoloji Ana Bilim Dalı, Lund/İsveç

<sup>6</sup>Université Laval, Quebec Üniversitesi Kardiyoloji ve Pulmonoloji Enstitüsü Pulmonoloji Merkezi, Québec/Kanada

<sup>7</sup>GSK, Global Specialty & Primary Care İş Birimi, Brentford/Birleşik Krallık

<sup>8</sup>GSK ve Pennsylvania Üniversitesi, Solunum Araştırma ve Geliştirme ve Perelman Tıp Fakültesi, Collegeville ve Philadelphia/Pennsylvania/ABD

**GİRİŞ:** Klinik açıdan önemli kötüleşme, KOAH klinik çalışmalarında hastalık stabilitesinin bir belirteci haline gelmiştir. Bu analizde, hasta tarafından bildirilen  $\geq 2$  sonuçta klinik açıdan önemli minimum farkla (MCID) uyumlu birleşik bir sonlanım noktası olan klinik açıdan önemli iyileşmenin (CII) sonucu araştırılmıştır.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** 24 haftalık, çift kör, paralel grupta EMAX çalışmasında, inhale kortikosteroid almayan ve alevlenme riski düşük olan semptomatik KOAH'lı hastalar, günde bir kez umeklidinyum/vilanterol (UMEC/VI) 62.5/25 mcg, günde bir kez UMEC 62.5 mcg veya günde iki kez salmeterol (SAL) 50 mcg olacak şekilde randomize edilmiştir. Hasta tarafından bildirilen sonuçlara yanıt veren hastalar, 4. ve 24. Haftalarda, Transizyon Dispne İndeksi (TDI) fokal skorunda  $\geq 1$  puan iyileşme, St. George Solunum Anketi (SGRQ) toplam skorunda başlangıca göre  $\geq 4$  puan değişim, KOAH Değerlendirme Testi (CAT) skorunda başlangıca göre  $\geq 2$  puan değişim ve Solunum Semptomlarının Değerlendirilmesi (E-RS) toplam skorunda başlangıca göre  $\geq 2$  puan değişim (14 ve 2124. haftalarda) olarak tanımlanmıştır. 4. ve 24. haftalarda Genel Hastalık Şiddeti Değerlendirmesi (GADS) yapılmıştır ve  $\geq 2$  PRO'da CII görülen hastaların olasılık oranları (OR) ve 4. ve 24. haftalarda GADS'de daha iyi yanıt kategorisinde yer alan hastaların sıralı OR'leri genelleştirilmiş doğrusal karma modeller kullanılarak hesaplanmıştır. (GSK sponsorluğunda 201749; NCT03034915)

**BULGULAR:** UMEC/VI ile bir hastanın CII'a ulaşma olasılığı, hem 4. hem de 24. haftada UMEC ve SAL'a kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo). 4. haftada 2, 3 ve 4 PRO yanıtı olan (CII'ye ulaşan) hastaların sırasıyla %67, %87 ve %96'sında 4. haftada GADS'de iyileşme görülmüştür; buna karşılık, 0 ve 1 PRO yanıtı olan hastaların (CII'ya ulaşmayanlar) sırasıyla %23 ve %47'sinde GADS'de iyileşme görülmüştür (Tablo). 4. ve 24. haftalarda GADS'de iyileşmenin OR'si 4. haftada PRO yanıtlarının sayısı ile bağlantılı olarak artmış ve tüm sıralı OR'ler 0 PRO yanıtı olan hastalara göre anlamlı bulunmuştur (Tablo).

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** UMEC/VI ile tedavi edilen hastalarda 4. hafta gibi erken bir zamanda CII'ye ulaşanların sayısı UMEC veya SAL'a göre daha yüksekti. CII yaşamayan hastalara kıyasla, 4. haftada CII yaşayanlar daha yüksek oranlarda 4. ve 24. haftalarda GADS'de iyileşmeler yaşamıştır; bu sonuç, tedaviyle uyumlu klinik yanıtların erken dönemde değerlendirilmesinin uzun vadedeki yanıt açısından bir öngörü faktörü olabileceğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Bronkodilatör tedavi, Dispne, Klinik açıdan önemli iyileşme, Klinik açıdan önemli kötüleşme, KOAH



Tablo

|   | 4. Hafta                                      | 24. Hafta                                     |
|---|---|---|
| CII yanıtı olan hastaların oranı  |   |   |
| UMEC/VI, n (%)  | 444/800 (56)                                  | 457/803 (57)                                  |
| UMEC, n (%)<br>OR (%95 GA) UMEC/VI vs UMECa   | 374/792 (47)<br>1.44 (1.18, 1.77);<br>P<0.001 | 384/796 (48)<br>1.45 (1.19, 1.77);<br>P<0.001 |
| SAL, n (%)<br>OR (%95 GA) UMEC/VI vs SALa   | 388/802 (48)<br>1.39 (1.13, 1.70);<br>P=0.002 | 391/806 (49)<br>1.45 (1.18, 1.77);<br>P<0.001 |
| GADS'de iyileşme bildiren hastaların oranı (çok daha iyi, daha iyi, biraz daha iyi)b, n (%)       |   |   |
| 4. haftada 0 PRO yanıtı   | 94/407 (23)                                   | 147/352 (42)                                  |
| 4. haftada 1 PRO yanıtı   | 323/693 (47)                                  | 345/595 (58)                                  |
| 4. haftada 2 PRO yanıtı   | 388/579 (67)                                  | 343/514 (67)                                  |
| 4. haftada 3 PRO yanıtı   | 377/433 (87)                                  | 297/382 (78)                                  |
| 4. haftada 4 PRO yanıtı   | 190/198 (96)                                  | 145/174 (83)                                  |
| 4. haftada 0 PRO yanıtına kıyasla GADS'da daha iyi yanıt kategorilerinin sıralı OR'si (%95 GA)b,c |   |   |
| 4. haftada 1 PRO yanıtı   | 2.91 (2.30, 3.69);<br>P<0.001                 | 1.87 (1.47, 2.38);<br>P<0.001                 |
| 4. haftada 2 PRO yanıtı   | 6.67 (5.18, 8.61);<br>P<0.001                 | 2.64 (2.06, 3.39);<br>P<0.001                 |
| 4. haftada 3 PRO yanıtı   | 15.96 (12.07, 21.10);<br>P<0.001              | 4.10 (3.12, 5.40);<br>P<0.001                 |
| 4. haftada 4 PRO yanıtı   | 42.07 (29.58, 59.83);<br>P<0.001              | 5.50 (3.88, 7.78);<br>P<0.001                 |

aOR (%95 GA) genelleştirilmiş doğrusal bir karma model kullanılmıştır; başlangıçtaki SGRQ skoru, başlangıçtaki CAT skoru, başlangıçtaki dispne indeksi (BDI) fokal skoru, başlangıçtaki E-RS skoru, coğrafi bölge, hazırlık dönemindeki günlük bronkodilatörler sayısı, ziyaret ile başlangıçtaki SGRQ skoru arasındaki etkileşim, ziyaret ile başlangıçtaki CAT skoru arasındaki etkileşim, ziyaret ile BDI fokal skoru arasındaki etkileşim, ziyaret ile başlangıçtaki E-RS skoru ve ziyaret ile tedavi arasındaki etkileşim eşdeğişkenler olarak kullanılmıştır. bGADS hastalar tarafından 4. ve 24. haftalarda 7 puanlık Likert ölçeği kullanılarak derecelendirilmiştir: cOR (%95 GA); PRO yanıtlarının sayısı, tedavi, hazırlık dönemindeki günlük bronkodilatör sayısı ve coğrafi bölgenin eşdeğişkenler olarak kullanıldığı genelleştirilmiş doğrusal bir model kullanılmıştır.

EP-021

**COVID-19 ŞÜPHELİ HASTADA TÜBERKÜLOZ, BRONKOPNÖMONİ VE AKCİĞER KANSERİ BİRLİKTELİĞİ**

Saibe Fulya Elmastaş, Nur Yalman, Ersin Demirer, Nesrin Kiral, Sevda Şener Cömert

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

**GİRİŞ:** Akciğer kanseri tüm dünyada kanser bağımlı ölümlerin başında gelir. Tüberküloz ise özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur. Yapılan çalışmalarda akciğer kanserleri vakalarının %1.2'si tüberküloz ile beraber seyretmekte olup bu sayı toplam tüber-küloz vakalarının %0.09'una denk gelmektedir. COVID-19 pandemisi sırasında her iki hastalığın da tanısında gecikmeler olabilmektedir. COVID şüphesi ile yatırılan, tetkiklerinde balgam ARB pozitif sonuçlanan ve eşlik eden akciğer kanseri tanısı konan hastamızı sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 78 yaşında, bilinen diyabetes mellitus ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanıları olan erkek hasta; nefes darlığı, öksürük, balgam şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde sağ üst orta alanda solunum sesleri derinden alınıyordu ve bu alanda inspiratuvar ral duyuldu. Akciğer grafisinde sağ akciğerde orta zonda daha homojen olmak üzere orta ve alt zonda nonhomojen opasite artışı görüldü (Resim 1). Toraks BT'de sağ akciğer üst lob anteriordan başlayarak diafragmatik yüzeye kadar uzanan, hava bronkogramları içeren konsolidasyon alanı ve buzlu cam alanları izlendi (Resim 2). Hasta COVID-19 şüphesi ile pandemi servisine yatırıldı. Yatışında vitalleri; ateş 36.9°C, nabız 70/dk, kan basıncı 110/70 mmHg, saturasyonu oda havasında %94 olarak görüldü. Azitro ve plaquanil tedavisi 5 güne tamamlandı. COVID-19 için alınan 2 PCR testi negatif olarak sonuçlanması üzerine bakteriyel pnömoni ve malignite ön tanıları ile ileri tetkik ve tedavi amacıyla Göğüs Hastalıkları Klinik Servisi'ne alındı. Servise gelişinde hastanın saturasyonu oda havasında %88 olarak görüldü. Arter kan gazında pH:7.38, pCO<sub>2</sub>:65.5mm/Hg pO<sub>2</sub>:89mm/Hg HCO<sub>3</sub>:32.7mmol/L Spo<sub>2</sub>:90.7(1 lt nazal oksijen ile) olarak görüldü. Hastanın takibi sırasında Balgam ARB pozitif saptanması üzerine standart dozda dördü anti-tüberküloz tedavi başlandı. Sedimentasyon hızı 24mm/sa, PPD testi 0 (sıfır) mm olarak okundu. Tedaviye klinik ve radyolojik yanıt sağlanmaması üzerine hastaya bronkoskopi işlemi yapıldı, mukozası hiperemik görülen orta lob lateral segmentten alınan fırça biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde adenokarsinom saptandı. Hastanın non invaziv mekanik ventilasyon desteği ile takibinde alınan arter kan gazlarında hiperkarbisinin olması nedeniyle inoperabl olarak değerlendirilmiş olup tedavi planlanması amacıyla Tıbbi Onkoloji'ye yönlendirildi.

**SONUÇ:** Pandemi sürecinde olunması nedeniyle bazı vakalarda COVID pnömonisi ekarte edilemeyerek hastaların altta yatan asıl hastalıklarının tanısında gecikmeler olabilmektedir. COVID-19 ile ilgili tanıda şüphe olan hastalarda, tüberküloz tedavisine klinik, radyolojik olarak cevap alınamayan olgularda altta yatan malignite olasılığı akıld tutulmalıdır ve ileri girişimsel tetkikler yapılmalıdır.

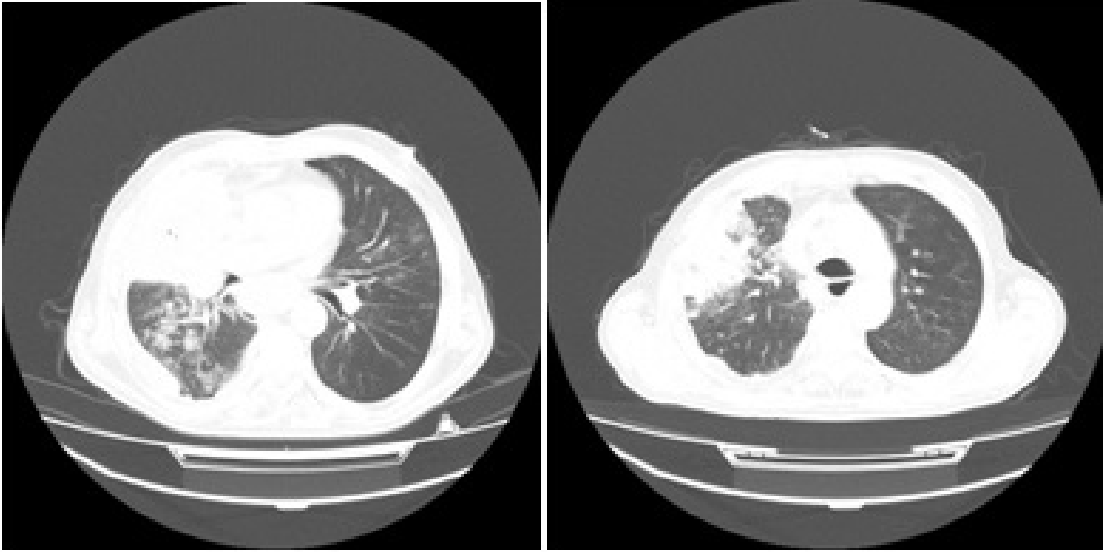
**Anahtar Kelimeler:** Akciğer kanseri, tüberküloz, COVID-19

Resim 1



Sağ akciğerde orta zonda daha homojen olmak üzere orta ve alt zonda nonhomojen opasite artışı

Resim 2



Sağ akciğer üst lob anteriordan başlayarak diafragmatik yüzeye kadar uzanan, hava bronkogramları içeren konsolidasyon alanı ve buzlu cam alanları



## EP-022

## PANDEMİ DÖNEMİNDE AKCİĞER KANSERİ TANISI

Sedef Küçükyalçın, Ecem Ay, Ali Fidan, Nesrin Kırıl, Sevda Şener Cömert

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

**GİRİŞ:** Akciğer kanseri dünyada en sık mortaliteye neden olan kanserdir. Erken evrede tanı konulması mortaliteyi etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Ancak pandemi döneminde akciğer kanseri tanısı konulmasında gecikmeler olmaktadır. Akciğer kanseri klinik ve radyolojik bulguları COVID-19 ile benzer olmamakla birlikte, iki hastalık birlikte bulunabilir. Ayrıca bazı durumlarda akciğer kanseri COVID-19 benzeri klinik ve radyolojik bulgular ile karşımıza çıkabilir. COVID-19 tanısı ile yatırılan ancak akciğer kanseri tanısı alan olgumuzu klinik ve radyolojik özelliklerinin farklılığı nedeniyle sunmayı amaçladık.

**OLGU:** 43 yaşında erkek hastanın, 2020 yılı Ocak ayında Senegal'e seyahat öyküsü mevcut olup, hasta acil servise yaklaşık üç aydır olan, son bir haftadır artış gösteren öksürük, hırıltı, nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde solunum sesleri bilateral kaba işitildi Akciğer grafisinde sağ akciğerde orta alt zonda parakardiyak alanda nonhomojen opasite artışı görüldü (Resim 1). Toraks BT'de sağ akciğer üst lob posteriorda peribronşiyal alandan başlayıp, alt lob süperior boyunca santral ağırlıklı devam eden merkezinde hava bronkogramların izlendiği yaygın birbiriyle birleşme eğiliminde nodüler buzlu cam-konsolidasyon alanları izlendi (Resim 2). Hasta COVID-19 pnömonisi şüphesi ile pandemi servisine yatırıldı. Yatışında ateş 36 derece, dakika solunum sayısı 26/dk, oksijen saturasyonu 6 lt/dk nazal oksijen ile %89 görüldü. Hasta pandemi servisinde 5 gün azitromisin + favipiravir + plaquenil tedavisi aldı, eş zamanlı başlanan tazocin + bactrim + ambisome antibiyoterapisine devam edildi. COVID-19 PCR sürüntü sonucu 3 kez negatif geldi, hasta göğüs hastalıkları servisine devir edildi. Hipoksemisi ve kliniği düzelmeyen hastanın tedavi sonrası çekilen kontrol akciğer grafisinde progresyon görülmesi üzerine hastaya bronkoskopi yapılması planlandı. Bronkoskopi işlemi esnasında genel durum bozukluğu olması ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine yoğun bakım ünitesine (YBÜ) alınan hasta orada yüksek akımlı oksijen tedavisi ile takip edildi. Hastaya YBÜ'de yatak başı bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopik biyopsi raporu, adenokarsinom olarak sonuçlandı. Hastaya, ECOG 3 olması ve oksijen ihtiyacının devam etmesi nedeniyle, hedefe yönelik tedavi açısından değerlendirilmek üzere likid biyopsi yapıldı. Hasta likid biyopsi sonucu ile birlikte tedavi planlaması amacıyla Tıbbi Onkoloji'ye yönlendirildi.

**SONUÇ:** Pandemi sürecinde olunması nedeni ile bazı vakalarda altta yatan akciğer kanseri tanısı, klinik ve radyolojik birlikte değerlendirildiğinde COVID pnömonisi ile karıştırılabilmektedir. Akciğer kanseri tanısında gecikmemek için bu süreçte alternatif tanıları akılda tutulmalı ve gerekli girişimsel işlemler mutlaka yapılmalıdır.

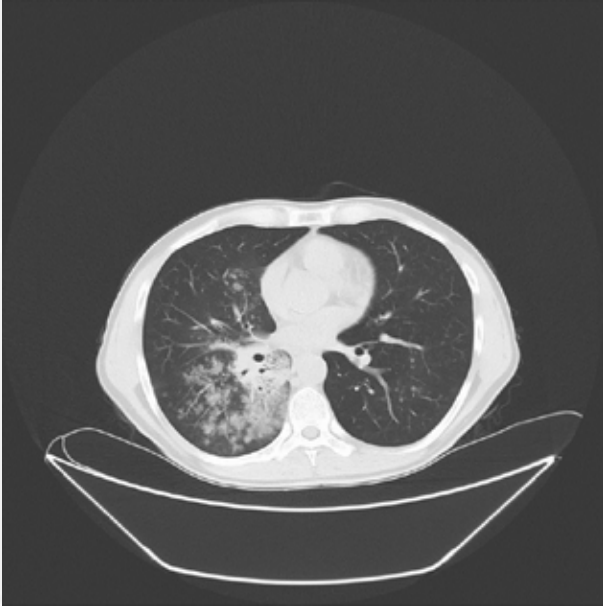
**Anahtar Kelimeler:** Akciğer kanseri, COVID-19, adenokanser

Resim 1



Sağ akciğerde orta alt zonda parakardiak alanda nonhomojen opasite artışı

Resim 2



Sağ akciğer üst lob posteriorda peribronşial alandan başlayıp, alt lob süperior boyunca santral ağırlıklı devam eden merkezinde hava bronkogramların izlendiği yaygın birbiriyle birleşme eğiliminde nodüler buzlu cam-konsolidasyon alanlar

## EP-023 HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİ VE SARKOİDOZU TAKLİT EDEN PNÖMOKONYOZ OLGUSU

Ecem Narin Çopur, Dilek Ergün, Recai Ergün, Fikret Kanat

Selçuk Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

Klinik, radyolojik ve patolojik olarak granülomatöz hastalıklarının ayırıcı tanıları oldukça zordur. Sol boyunda şişlik nedeniyle hastaneye başvuran 35 yaşında erkek hastanın toraks BT de bilateral multiple hiler ve mediastinal lenfadenopatiler, bilateral akciğer parankiminde yaygın sentrilobüler buzlu cam alanları izlendi. Mediastinoskopi ile çıkarılan lenf nodu biopsisi nekrotizan granülomatöz lenfadenit tanısı, BT sinde yaygın sentrilobüler buzlu cam, multiple lenf adenopatileri olan hastanın dökümcü olarak yoğun toz ve duman inhalasyonu olması nedeniyle öncelikle hipersensitivite pnömonisi ve sarkoidoz olabileceği düşünülerek işten uzaklaştırma ve steroid tedavisi başlandı. Hastanın kontrol BT lerinde radyolojik olarak değişiklik saptanmayınca, tekrarlayan ayrıntılı patolojik değerlendirmesinde pnömokonyoza ait yoğun pigment birikimi gösterildi. Granülomatöz hastalıklarda radyolojik olarak yaygın buzlu cam varlığında pnömokonyoz tanısını koymada ayrıntılı patolojik değerlendirmenin önemini vurgulamak için bu vakayı sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** granülomatöz akciğer hastalığı, pnömokonyoz, dökümcü

### RESİM 1



Üst zonlarda daha yaygın olan retikülonodüler yoğunluk artımı ILO p/q 2/2

### RESİM 2



BT'de her iki akciğerde yaygın buzlu cam dansitesinde düzensiz sınırlı nodüler patern



## EP-024

## PULMONER LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİOSİTOZİS X

Fatih Meteroğlu. Menduh Oruç. Metin Çelik. İlyas Konuş

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD. DİYARBAKIR

**GİRİŞ:** Pulmoner langerhans hücreli histiositozis (PLHH) X langerhans hücreli histiositozisin alt grubu olup akciğerlerde langerhans hücre infiltrasyonunun görüldüğü nedeni bilinmeyen bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Klinik spektrumu non-produktif öksürük, nefes darlığından spontan pnömotoraksa kadar çok geniş olup olguların % 90'ından fazlası sigara içicisidir.

**OLGU:** Öksürük, kilo kaybı şikâyetiyle kliniğimize başvuran 42 yaşındaki erkek hasta yatırıldı. Fizik muayenede bilateral akciğerlerde yaygın ral, ronkus alınıyordu. Özgeçmişinde yaklaşık 25 yıl günde 2 paket sigara içme öyküsü mevcuttu. Soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Laboratuvarında beyaz küre: 14.980 ve CRP: 7 mg\dl idi. Hasta uzun süre medikal tedavi almış ancak şikâyetlerde düzelme olmamıştı. Hastaya akciğer grafiği ve ardından bilgisayarlı toraks tomografisi çekildi (Resim 1,2). Tanı amaçlı hastaya fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı ve alınan biyopsiler non-diyagnostikti. Bunun üzerine tanı amaçlı video-torakoskopik cerrahi ile sol akciğerde wegde rezeksiyon yapıldı. Cerrahi esnasında parmakla akciğere dokunulduğundan intra-pulmoner yaygın nodüller mevcuttu. Sol akciğerden alt ve üst lobda iki adet biyopsi yapıldı ve patoloji sonucu Langerhans X-Histiositosiz olarak geldi.

**TARTIŞMA:** PLHH; Hand- Schüller- Christian hastalığı ve LettererSiwe hastalığı ile birlikte histositik hastalıklar içinde yer alan, akciğerlerde langerhans hücre infiltrasyonunun görüldüğü nedeni bilinmeyen en sık 20-40 yaşları arasında görülen nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır (1,2). PLHH' in radyolojik bulguları tanıya önemli katkı sağlar ve bu bulgular oldukça karakteristik olabilir. PLHH kesin tanısı patolojik inceleme ile konulmakla birlikte biyopsi yapılmaksızın YÇBT ile % 84-90 oranında doğru tanı konulduğu bilinmektedir. Bu nedenle sigara içen ve uygun semptomları olan bir hastada YÇBT'de tipik karakteristik radyolojik bulgular varlığında PLHH tanısı konulabilir. Hastanın tomografisindeki görünüm nedeniyle Cerrahi biyopsi ile tanıya gitmeye karar verdik. Sonuç olarak, PLHH nadir görülen bir hastalık olup genellikle genç yaşlarda ve sigara içenlerde görülür. Radyolojik olarak üst ve orta alanlarda daha yaygın retiküler, retikülonodüler ve kaviteleşmiş nodüler infiltrasyon görülen ve spontan pnömotoraks nedeniyle başvuran genç, sigara içen hastalarda ön planda PLHH akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Histiositozis X, nefes darlığı, öksürük,

Resim 1



Resim 2



## EP-025

## AKCİĞERİN İĞSİ HÜCRELİ KARSİNOMU: OLGU SUNUMU

Günseli Balcı, Emel Cireli, Aydan Mertoğlu

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

Sarkomatoid karsinomlar nadir görülen akciğer tümörlerindedir. Yetmiş beş yaşında erkek hasta ateş şikayeti ile başvurduğu merkezde çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sol akciğerde kitle saptanması üzerine hastanemize sevk edildi. Pozitron emisyon tomografide sol akciğer üst lob lingüler segmentte parakardiyak 4,6x5,6cm kitle lezyonu ile uyumlu alanda malignite düzeyinde artmış 18FDG tutulumu izlenen hastaya sol üst lobektomi operasyonu yapıldı. Postop patolojisi iğsi hücreli karsinom olarak rapor edildi. T3N1M0-EvrezA olarak evrelendirilen hastaya adjuvan kemoterapi planlandı. Akciğerin iğsi hücreli karsinomu tanısı alan bu olgu, nadir görülen akciğer malignitesi olması nedeniyle sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer, iğsi hücreli karsinom



## EP-026 AŞIRI ÖKSÜRÜĞE BAĞLI GELİŞEN KOSTA KIRIĞI VAKALARI

Gökhan Çoraplı<sup>1</sup>, Mahmut Çoraplı<sup>2</sup>

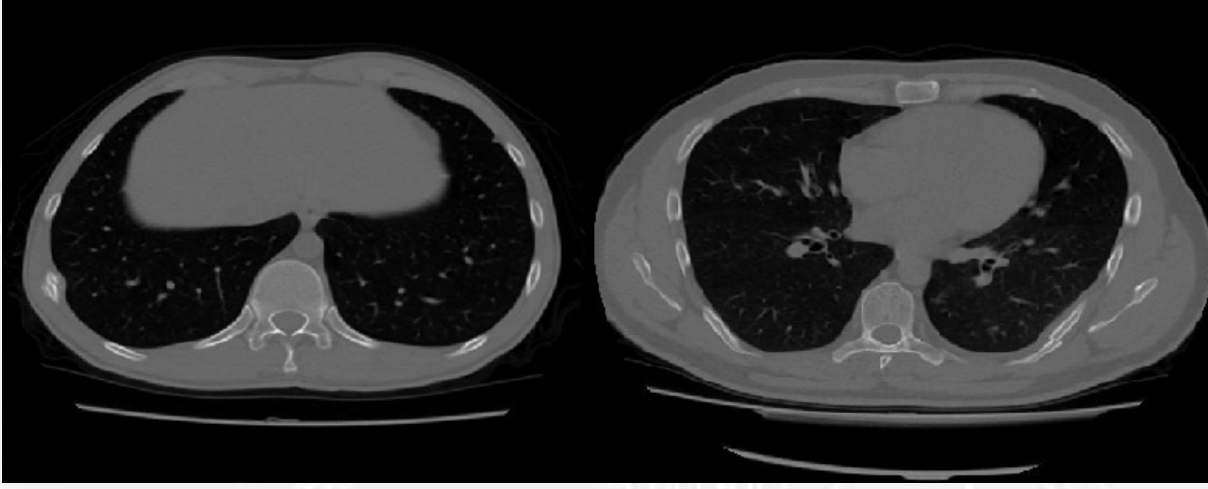
<sup>1</sup>Yüksekova Devlet hastanesi, Hakkari

<sup>2</sup>Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Adıyaman

Öksürük günlük pratikte sık görülen bir semptom olup, çoğu zaman solunum yolu enfeksiyonu bağlı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazen öksürük göğüs kafesinde nadir görülen komplikasyonların primer sebebi de olabilir. Kosta kırıkları; travmatik, patolojik, stres kırıkları olarak 3 ' e ayrılır. En sık nedeni ise travmatik kırıklardır. Patolojik kırıklar, malignite ve osteoporozla sekonder gelişir. Stres kırıkları, kemiğin esneme kapasitesini aşacak düzeyde ağırlıkların taşınması ile gelişir. Öksürüğe bağlı gelişen kosta kırıkları, stres kırıklarının nadir ve özel tipidir. Öksürük ilişkili kırıklar, genelde 5-10. kostalar arasında olur ve sebebi, kostaların ortasından, aksiller hatta doğru uzanan, serratus anterior ve eksternal oblik kasların zıt yönde kuvvet uygulamasıdır. Vaka sunumumuzda aşırı öksürüğe bağlı kosta kırığı olan 3 tane vakayı inceleyeceğiz. Hastalarımızın üçünün de göğüs hastalıkları polikliniğine başvuru şikayeti ortak olup öksürük ve balgam çıkarmalarıydı. Bu şikayetlerinin en az beş gündür olduğunu ifade ettiler. Hastaların ek şikayeti yoktu. Hastalarımız komorbiditesi olmayan genç insanlardı. Birinin yaşı 19, diğer ikisinin de 20 idi. Üç hasta da erkekti. Yapılan fizik muayenede palpasyonla göğüs kafesinin belirli bölgelerinde hassasiyet olduğu görüldü. Ayrıca oskültasyonda solunum seslerinin kaba olduğu anlaşıldı. Onun dışında ek ses yoktu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde bir hastanın enfektif parametrelerinin normal aralığın üstünde; diğer hastaların ise normal aralıkta olduğu görüldü. Diğer laboratuvar sonuçları normal aralıkta idi. Hastaların posterior anterior akciğer grafisi çekildi. Üç hastada da kosta kırığı tespit edildi. Diğer komplikasyonların ekartasyonu amacıyla toraks bilgisayar tomografisi çekildi. Bir hasta da kosta kırığı ile birlikte pnömonik konsolide alan tespit edildi. Diğer iki hasta da sadece kosta kırığı tespit edildi. Bizim hastalarımızın da 5-10 aralığındaki kostalarında kırık saptandı. Hastalarda pnömotoraks, hemotoraks, cilt altı amfizemi gözlenmedi. Üç hastanın tomograflerinin görüntüleri verilmiştir. Sonuç olarak, aşırı öksürüğe bağlı kosta kırığı nadir görülen bir komplikasyondur. Öksürük sonrası gelişen göğüs ağrısı şikayetinde ayırıcı tanıda mutlaka kosta kırığı akla gelmelidir. Tanıda genellikle akciğer grafisi yeterli olmakla beraber komplikasyonların kesin tanısında bilgisayarlı tomografi de çekilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Öksürük, kosta, kırık

Resim 1



Resim 2



## EP-027

**OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMLU HASTALARDA POZİTİF HAVAYOLU BASINCININ TERAPÖTİK DÜZEYİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER**

Aysel Sünnetçioğlu, Buket Mermit Çilingir, Hülya Günbatar

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

**AMAÇ:** Günlük pratikte, benzer apne-hipopne indeksine (AHI) sahip olmalarına rağmen, farklı seviyelerde pozitif hava yolu basıncına (PAP) ihtiyaç duyan obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) olan bireylerle karşılaşıyoruz. Bu çalışmada, PAP'ın terapötik düzeyinin belirlenmesine katkıda bulunan parametreleri değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEMLER:** Çalışmaya polisomnografi ve PAP titrasyonu yapılan hastaları alındı. Hastalar OUAS şiddetine göre gruplara ayrıldı (hafif, orta ve şiddetli) ve her grupta ortalama basınç belirlendi, daha sonra her bir grup kendi içinde ortalamanın altında ve üstünde PAP gerektiren hastalar olarak 2 gruba ayrıldı.

**BULGULAR:** Toplam 548 hasta (430 erkek ve 118 kadın) dahil edildi. Hafif, orta ve şiddetli OSAS gruplarında ortalama optimal basınç seviyeleri sırasıyla  $7,4 \pm 2,3$ ,  $8,6 \pm 2,4$  ve  $9,8 \pm 2,9$  cmH<sub>2</sub>O idi. PAP düzeyi, sırtüstü AHI ( $r = 0,391$ ;  $p < 0,001$ ), REM AHI ( $r = 0,300$ ;  $p < 0,001$ ), apne süresi ( $r = 0,152$ ;  $p < 0,005$ ) ve vücut kitle indeksi ( $r = 0,153$ ;  $p < 0,001$ ) ile pozitif ilişkiliydi. Daha yüksek PAP'a ihtiyaç duyan orta ve şiddetli OUAS hastalarında apne süresi daha uzundu.

**SONUÇ:** Daha uzun apne süresi, orta ve şiddetli OUAS hastalarında daha yüksek PAP düzeyi ile ilişkilidir.

**Anahtar Kelimeler:** Pozitif hava yolu basıncı (PAP), obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS), polisomnografi (PSG), Apne-hipopne indeksi (AHI), Vücut kitle indeksi (BMI).



## EP-028

## SEMPTOMATİK PARATRAKEAL DEV HAVA KİSTİ

Burcu Ancın, Serkan Uysal, Erkan Dikmen, Rıza Doğan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

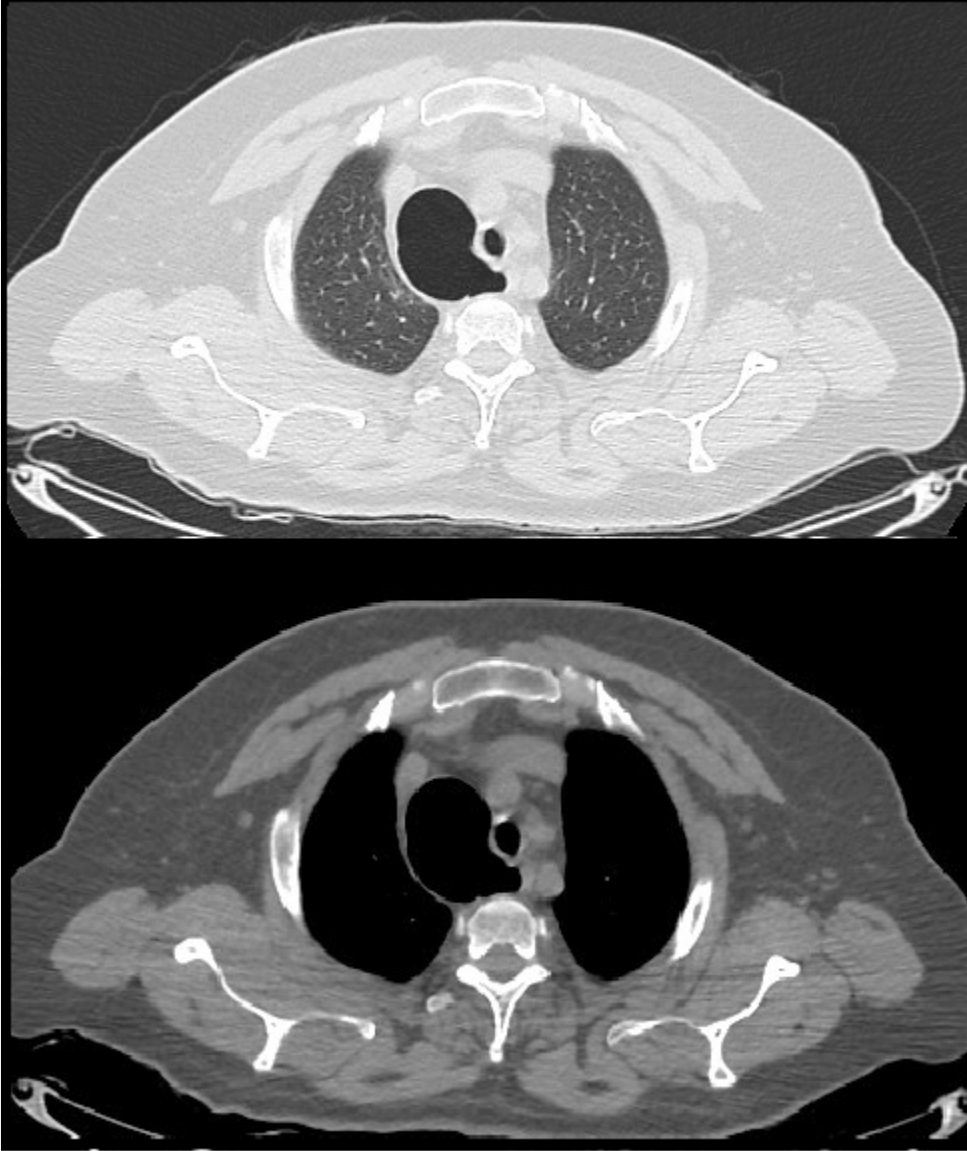
**GİRİŞ-AMAÇ:** Paratrakeal hava kistleri (PHK), torakal inlette, trakeaya bitişik olan ve genellikle trakeanın sağ tarafında görülen hava koleksiyonlarıdır. Çoğunlukla asemptomatiktir. Nadiren tekrarlayan enfeksiyonlara, disfajiye, kronik öksürüğe ve sağ tarafta rekürren laringeal sinir felcine neden olabilirler. PHK nedenleri arasında trakeal divertikül, laringesel, faringesel, Zenker divertikülü, apikal paraseptal bleb ve büller yer almaktadır. Kliniğimizde sağ paratrakeal dev hava kisti nedeni ile opere edilen ve patolojik tanısı bronkojenik kist olarak raporlanan bir olgu literatür bilgileri ışığında sunulmaktadır.

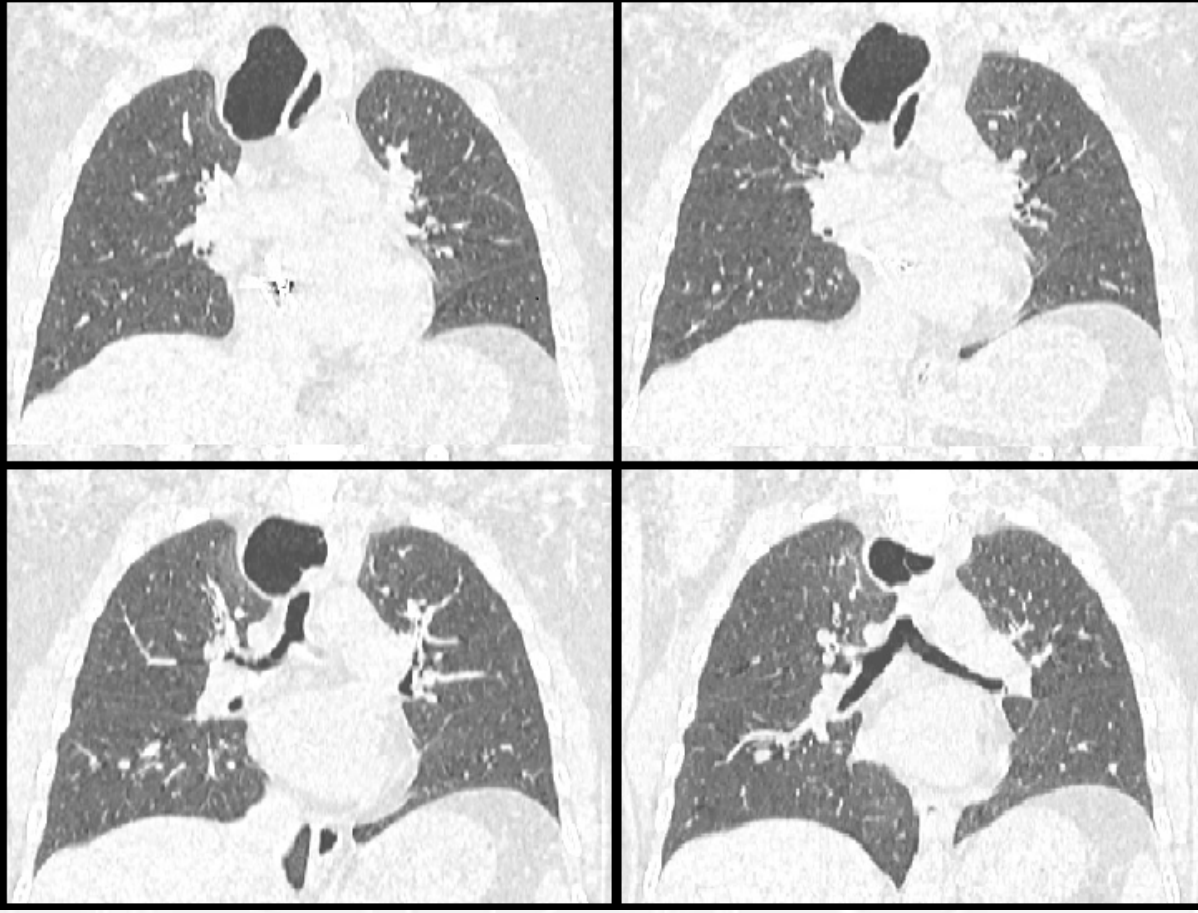
**OLGU:** Astım nedeniyle takip edilen 61 yaşında kadın hastanın, çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ paratrakeal dev hava kisti görülmesi ve son 1 yılda nefes darlığının artması üzerine, hasta kliniğimize yatırıldı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde 8x37 mm boyutlarında sağ paratrakeal dev hava kisti mevcuttu. Hastaya özefagoskopi yapıldı ve özefagus patolojileri dışlandı. Hastaya fleksible bronkoskopi yapıldı ve kist ile trakea arasında bağlantı görülmedi. Hastaya sağ torakotomi yapılarak paratrakeal bölgeye uzanan dev hava kisti, duvar bütünlüğü korunarak eksize edildi. Kistin patoloji sonucu bronkojenik kist olarak yorumlandı. Hastanın postoperatif birinci ve altıncı ay takiplerinde nefes darlığının geçtiği ve radyolojik olarak nüksünün olmadığı görüldü.

**TARTIŞMA:** Paratrakeal hava kistleri, torakal inlette genellikle trakea'nın sağ tarafında görülen hava koleksiyonlarıdır. Genellikle asemptomatiktir. Nadiren enfeksiyona, disfajiye, kronik öksürüğe ve sağ tarafta rekürren laringeal sinir felcine neden olabilirler. PHK nedenleri arasında trakeal divertikül, laringesel, faringesel, Zenker divertikülü, apikal paraseptal bleb ve büller yer almaktadır. Bronkojenik kist ise; ventral foregutun anormal tomurcuklanmasından kaynaklanan, nadir görülen bir konjenital malformasyondur. Sıklıkla subkarinal ve sağ hiler bölgede görülürler. Yaklaşık % 75'i asemptomatiktir. Bilgisayarlı tomografi bronkojenik kistin tanısında ve lokalizasyonunu göstermede yararlı bir yöntem olmakla beraber, kistik içeriğinin özelliklerini belirlemede sınırlı bir değere sahiptir. Hastamızda da bronkojenik kist radyolojik olarak paratrakeal dev hava kisti olarak değerlendirilmiştir. Bronkojenik kistlerin cerrahisinde amaç kistin komplet eksizyonudur. İnkomplet bronkojenik kist eksizyonlarından sonra, kist rekürrensının yanı sıra, adenokarsinom, skuamöz hücreli karsinom veya karsinoid tümörlere malign transformasyon rapor edilmiştir. Olgumuzda paratrakeal lokalizasyonda bulunan ve dev hava kisti olarak raporlanan bir bronkojenik kistin komplet eksizyonu yapıldı. Postoperatif komplikasyon olmaması, semptomatik iyileşme sağlanması ve radyolojik olarak nüks saptanmaması paratrakeal bronkojenik kistlerde cerrahinin başarısını göstermektedir. Paratrakeal hava kistlerinde ön tanıda bronkojenik kist de akılda gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** paratrakeal hava kisti, bronkojenik kist, cerrahi eksizyon

Bilgisayarlı tomografi aksiyal kesitlerinde sağ paratrakeal dev hava kistinin görünümü



**Bilgisayarlı tomografi koronal kesitlerinde sağ paratrakeal dev hava kistin görünümü****Preoperatif posteroanterior akciğer grafisinde dev paratrakeal kistin görünümü (1) ve postoperatif posteroanterior akciğer grafisi (2)**



EP-029

**BEKLENMEDİK BİR VATS LOBEKTOMİ KOMPLİKASYONU: GEÇ DÖNEM RİMA KANAMASI**

Burcu Ancın, Serkan Uysal, Erkan Dikmen, Rıza Doğan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

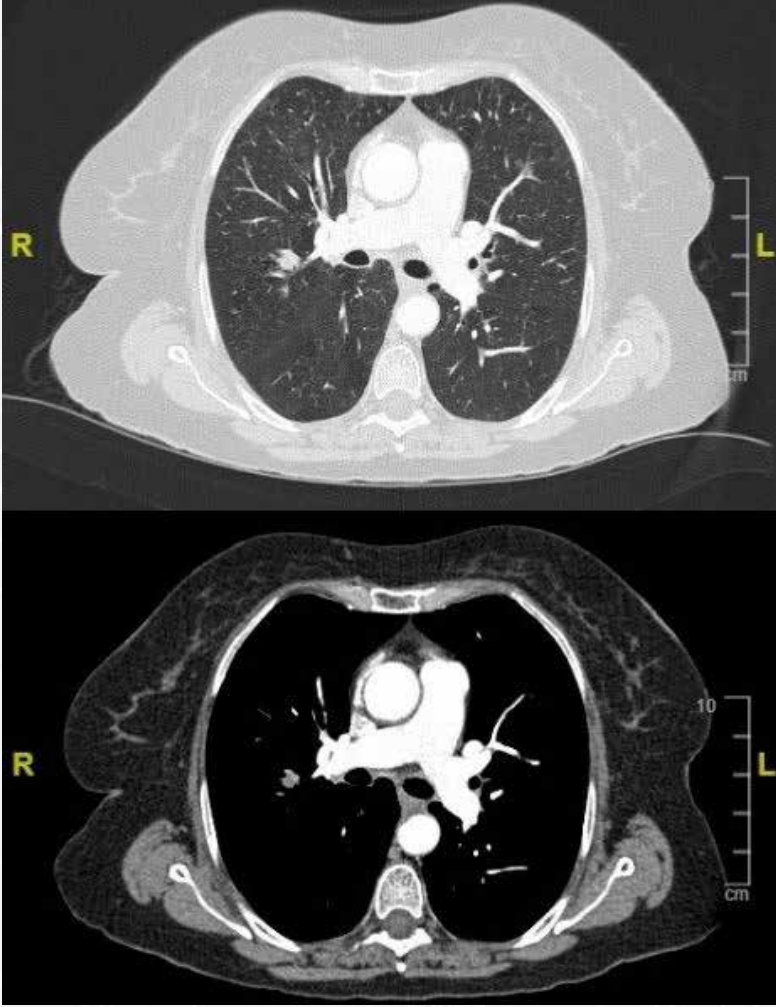
**GİRİŞ-AMAÇ:** Akciğer kanseri tedavisinde; minimal invaziv bir yöntem olan videotorakoskopik (VATS) lobektomi yaklaşık yirmi yıldır uygulanmaktadır. Cerrahi staplerler, VATS ile yapılan akciğer rezeksiyonları için yaygın olarak kullanılmaktadır ve güvenli bir yöntem olarak görülmektedirler. Ancak akciğer rezeksiyonunda stapler kullanımının neden olduğu hemoptizi, intrapulmoner hematoma gibi komplikasyonlar bildirilmiştir. Çalışmamızda, kliniğimizde akciğer adenokarsinomu nedeniyle uniportal yöntem ile VATS lobektomi yapılan ve kullanılan cerrahi stapler nedeniyle postoperatif 4. gününde başlayan masif sağ internal mammarian arter kanaması nedeniyle tekrar opere edilen bir olgu sunulmaktadır.

**OLGU:** 63 yaşında kadın hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde, sağ akciğer üst lob inferiorunda 12x10 mm boyutlarında patolojik tanısı adenokarsinom olan nodül mevcuttu. Hastaya uniportal VATS ile sağ üst lobektomi uygulandı. Operasyon esnasında fissürler inkomplet olduğu için endoskopik kesici kapatici 60-4.8 parankim stapleri ile ayrıldı. Postoperatif izlemi sorunsuz seyreden hastanın akciğer grafisinde de tam ekspansiyon izlenmekte idi. Tüpünün çekilip taburculuğunun planlandığı postoperatif dördüncü günde hastanın göğüs tüpünden ani olarak hemorajik vasıfta drenajı başladı. İki saatte yaklaşık 500cc hemorajik drenajı olması, çekilen posteroanterior akciğer grafisinde sağ hemitoraksta hematoma ile uyumlu görünüm ve hemoglobinin düşüşü olması üzerine hasta tekrar operasyona alındı. Toraksın anterior bölümünde lokalize yaklaşık 1000ml hematoma boşaltıldıktan sonra sağ internal mammarian arterden kanama olduğu görüldü ve primer olarak suture edilerek kanama kontrol altına alındı. Internal mammarian arter kaynaklı kanamanın, minör fissürün ayrılması için orta loba konulan stapler kenarının yaralaması sonrası oluştuğu düşünüldü, yeniden bir kanamaya yol açmaması için en uçtaki stapler teli alınarak o bölge 4/0 prolent suture ile primer suture edildi. Hasta dört gün daha takip edilerek taburcu edildi.

**TARTIŞMA:** VATS ile yapılan anatomik akciğer rezeksiyonlarında staplerler yaygın olarak kullanılmaktadır ve çoğunlukla güvenli bir yöntem olarak görülmektedir. Bazı makalelerde ise; stapler kullanımına bağlı i gerektiren geç dönem hemotoraks tanımlanmıştır. Bizim olgumuzda da, VATS ile lobektomi operasyonu yapılmış ve postoperatif dördüncü gününde masif hemotoraks nedeniyle acil operasyona alınmıştır. İntraoperatif bulgular, kullanılan stapler zimbalarının sağ internal mammarian arteri yaraladığını düşündürmüştür. Sonuç olarak; videotorakoskopik cerrahide endostapler kullanımı güvenli bir prosedür olarak kabul edilmiş olsa da, stapler hattına komşu vasküler yapıları ve organları yaralayabileceği ve masif kanama gibi ölümcül komplikasyonlara neden olabileceği unutulmamalıdır. Stapler ilişkili hemotorakstan kaçınmak için, stapler hattının düzgün olmasına dikkat edilmeli ve keskin uçları açık olan zimbalar temizlenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** videotorakoskopik cerrahi, sağ internal mammarian arter, cerrahi stapler, postoperatif kanama

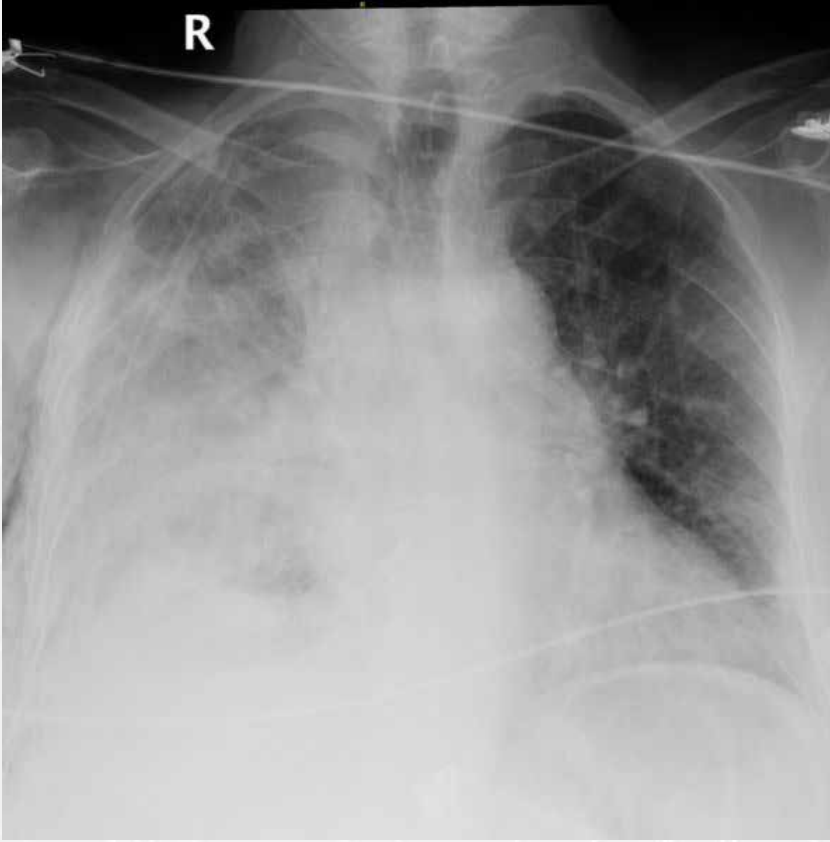
Bilgisayarlı tomografi kesitlerinde sağ akciğer üst lobdaki düzensiz kenarlı nodülün görünümü



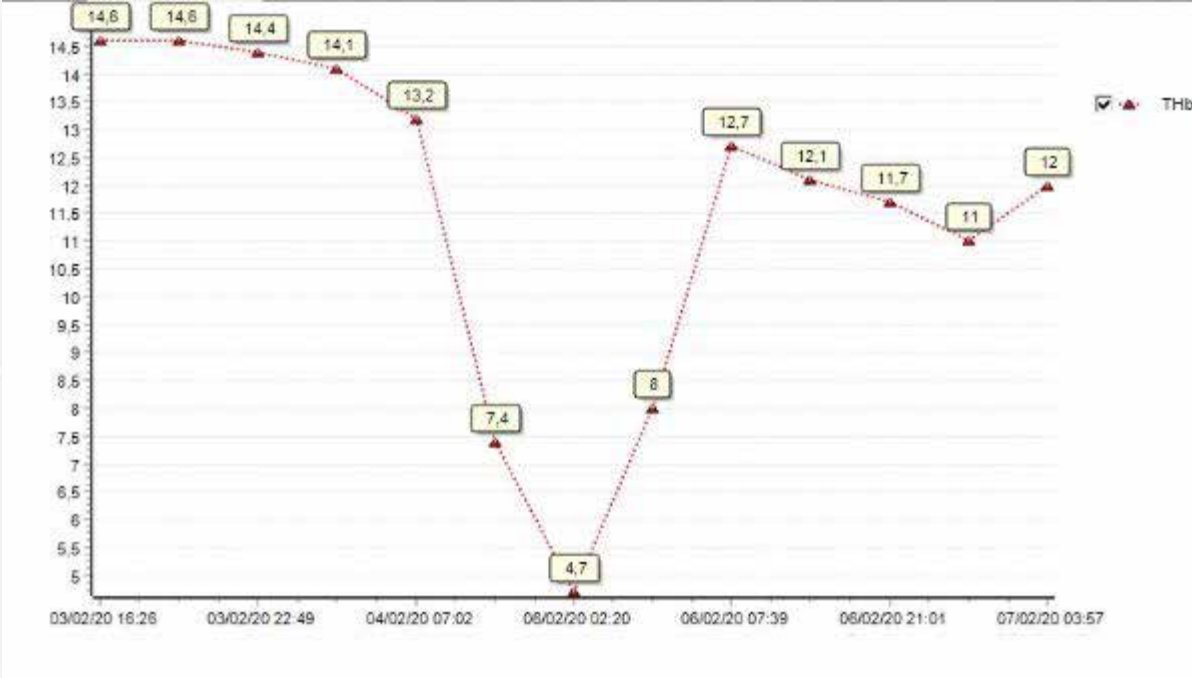
Preoperatif posteroanterior akciğer grafisi ve postoperatif 4. gün çekilen posteroanterior akciğer grafisi



Postoperatif 4. gün hastanın drenajının başladığı ve hipotansif olduğu zaman çekilen posteroanterior akciğer grafisi



Hastanın hemoglobin değeri - zaman eğrisi



Revizyon sonrası ve taburculuktan önce çekilen posteroanterior akciğer grafileri





## EP-030

## İNSİDENTAL SAPTANAN PULMONER ARTERİYOVENÖZ MALFORMASYON

Burcu Ancın, Serkan Uysal, Erkan Dikmen, Rıza Doğan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

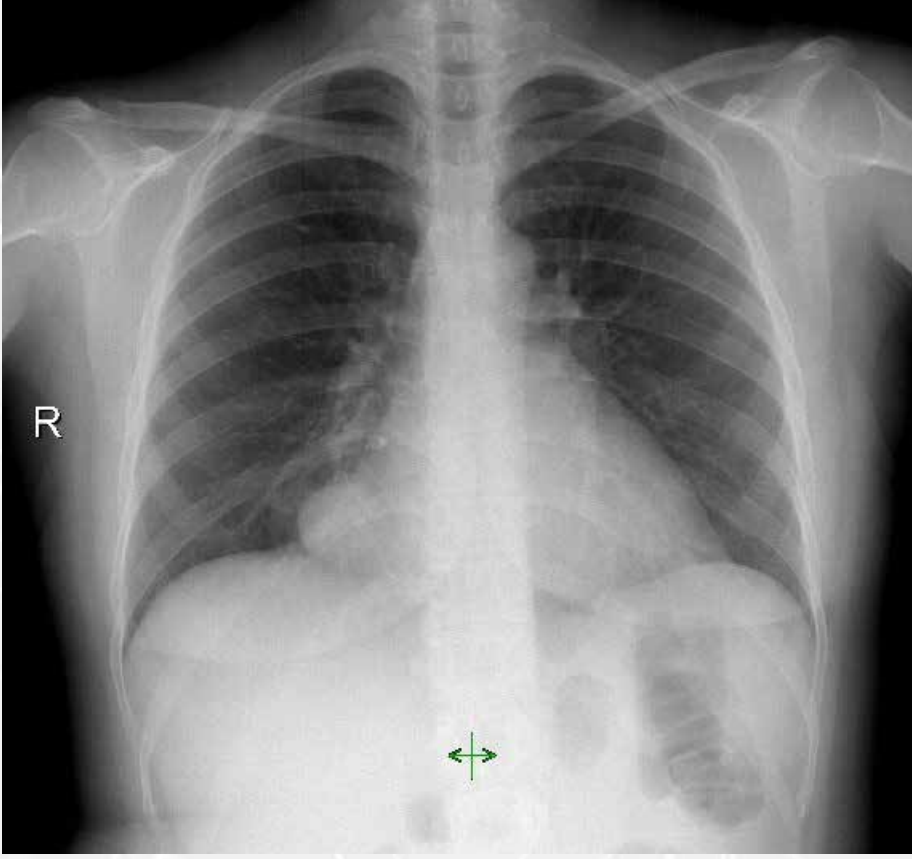
**GİRİŞ-AMAÇ:** Pulmoner arteriyovenöz malformasyon (PAVM), pulmoner arter ve pulmoner ven arasındaki kapiller geçişi olmayan anormal bir bağlantıdır. Nadir görülen bir durumdur. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Çoğunlukla konjenital olduğu kabul edilmekle beraber travma gibi nedenlerle sonradan da olabilmektedirler. Genellikle asemptomatiktir. Nadiren dispne, epistaksis, hemoptizi gibi semptomlar görülebilir. Bilgisayarlı tomografi PAVM'ların tanısında altın standart yöntemdir. Tedavi yöntemi olarak embolizasyon ve cerrahi tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Kliniğimizde PAVM nedeni ile opere edilen bir olgu literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek sunulmaktadır.

**OLGU:** Romatoid artrit nedeniyle takipli 44 yaşında kadın hastanın, akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda dansite artışı görüldü. Çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ parakardiyak alanda sağ orta lob medialinde 75x25 mm boyutlarında lobüle konturlu anevrizmatik görünüm izlendi. Vasküler Girişimsel Radyoloji bölümünce embolizasyon için uygun bulunmadı. Hastaya sağ torakotomi yapıldı ve eksplorasyonda orta lobda 5x8cm boyutlarında oldukça ince duvarlı pulsatil yapıda kitle lezyonu olduğu görüldü. Hilus ve fissür diseksiyonu sonucunda orta lob arterinin normale göre oldukça geniş, 15 mm çapta olduğu ve orta lob veninin superior pulmoner venden ayrı olarak direkt sol atriüma döküldüğü saptandı, hastaya sağ orta lobektomi yapıldı. Postoperatif akciğer grafisinde sağ akciğer alt zondaki dansite artışının olmadığı görüldü (Şekil-5). Hasta postoperatif 5. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu pulmoner arteriovenöz malformasyon olarak raporlandı. Hastanın birinci ve altıncı ay takiplerinde klinik ve radyolojik olarak sorun saptanmadı.

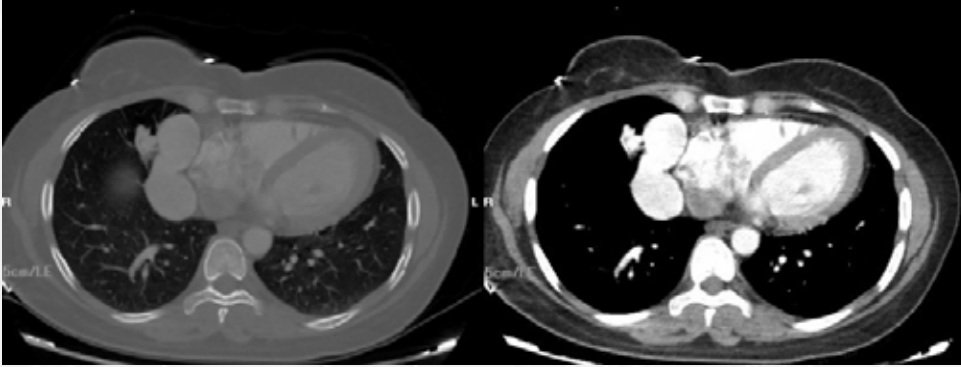
**TARTIŞMA:** PAVM, pulmoner arter ve pulmoner ven arasındaki kapiller geçişi olmayan anormal bir bağlantıdır. Genel popülasyonda kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülür. PAVM nadir görülen ve etyolojisi tam olarak bilinmeyen bir durumdur. Çoğunlukla konjenital olduğu kabul edilmekle beraber nadiren travma, karaciğer sirozu, amiloidoz gibi nedenlerle sonradan da olabilmektedirler. Hereditör hemorajik telanjektazi ile birliktelik gösterebilir. Çoğu asemptomatiktir. Semptomatik olan hastalarda ise dispne, epistaksis ve hemoptizi görülebilmektedir. Bilgisayarlı tomografi PAVM'ların tanısında altın standart yöntemdir. Tedavi yöntemi olarak embolizasyon ve cerrahi yöntem uygulanmaktadır. Embolizasyonun başarısız olması, kontrast madde allerjisi olması ve lezyonun embolizasyon için uygun bulunmaması gibi durumlarda cerrahi tedavi endikasyonu vardır. Olgumuzda sağ orta lobda bulunan bir pulmoner arteriyovenöz malformasyonun torakotomi ile eksizyonu yapıldı. Postoperatif komplikasyon olmaması ve takibinde radyolojik ve klinik olarak nüks saptanmaması embolizasyona uygun olmayan pulmoner arteriyovenöz malformasyonlarda cerrahinin başarısını göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** pulmoner arteriyovenöz malformasyon, cerrahi eksizyon, embolizasyon, insidental

Preoperatif posteroanterior akciğer grafisinde arteriyovenöz malformasyonun görünümü

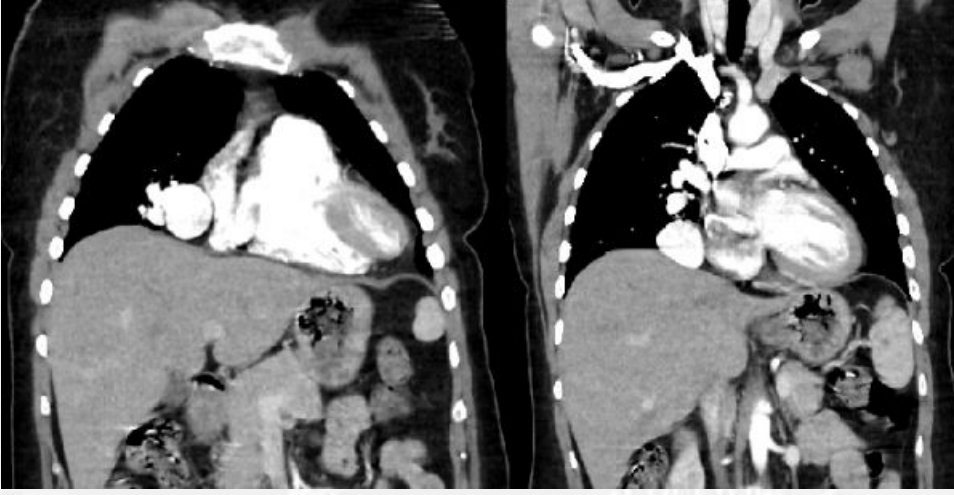


Koronal bilgisayarlı tomografi kesitlerinde arteriyovenöz malformasyonun görünümü

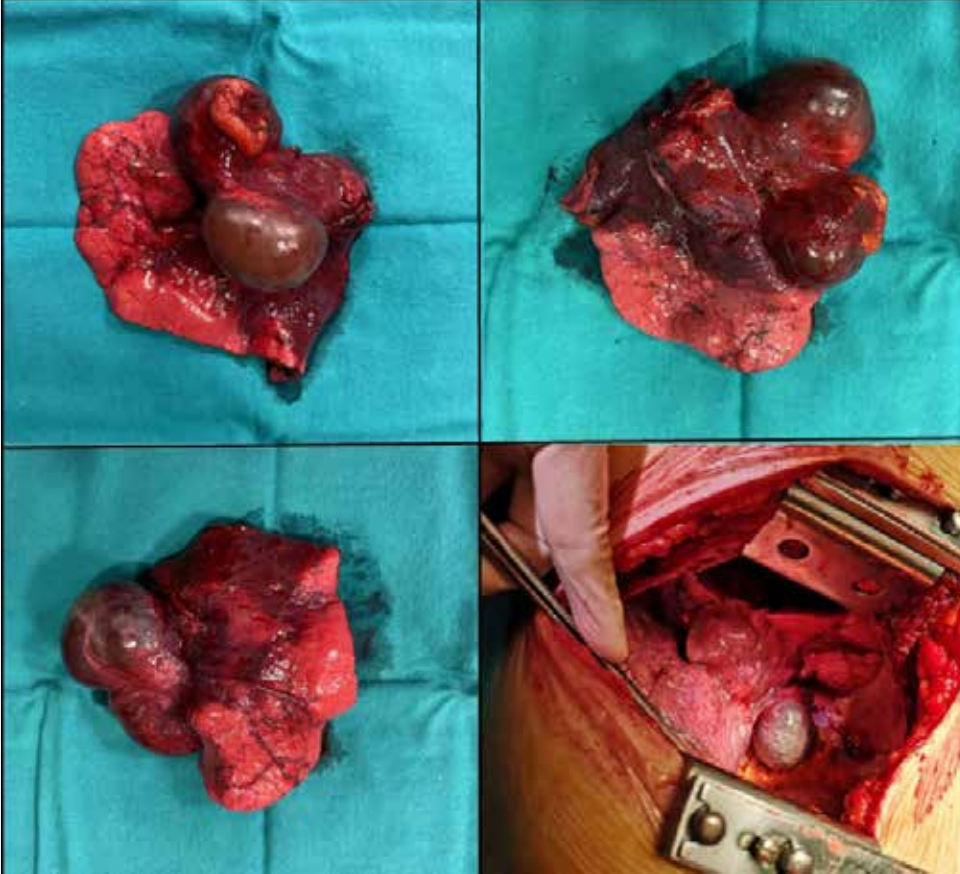




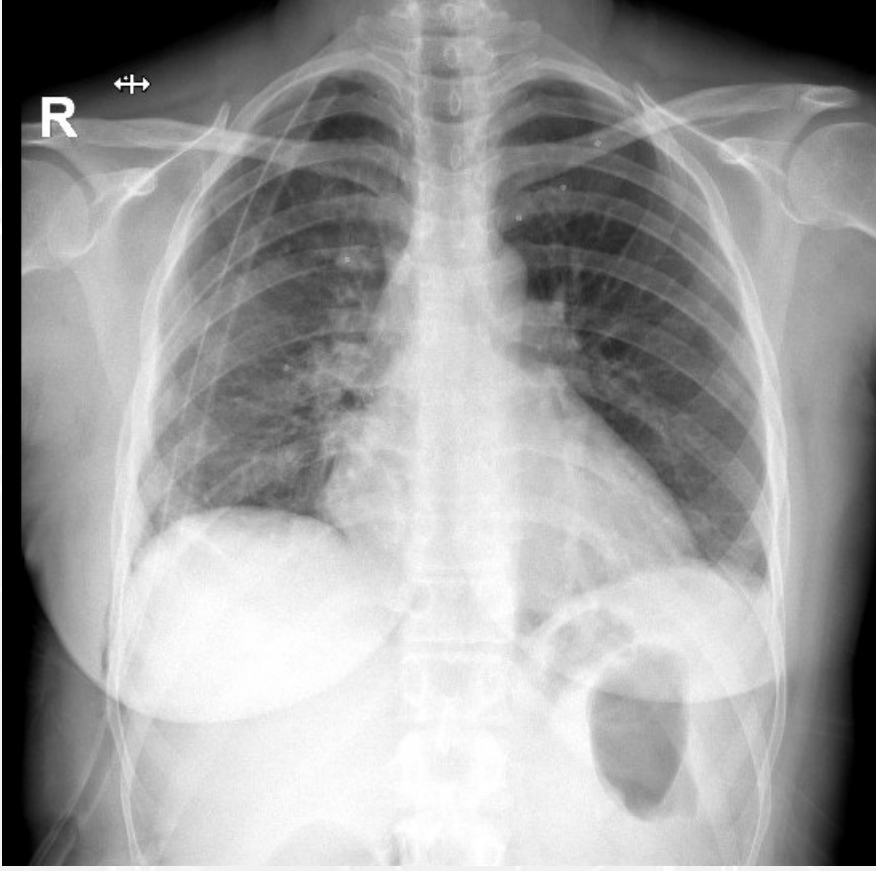
Aksiyal bilgisayarlı tomografi kesitlerinde arteriyovenöz malformasyonun görünümü



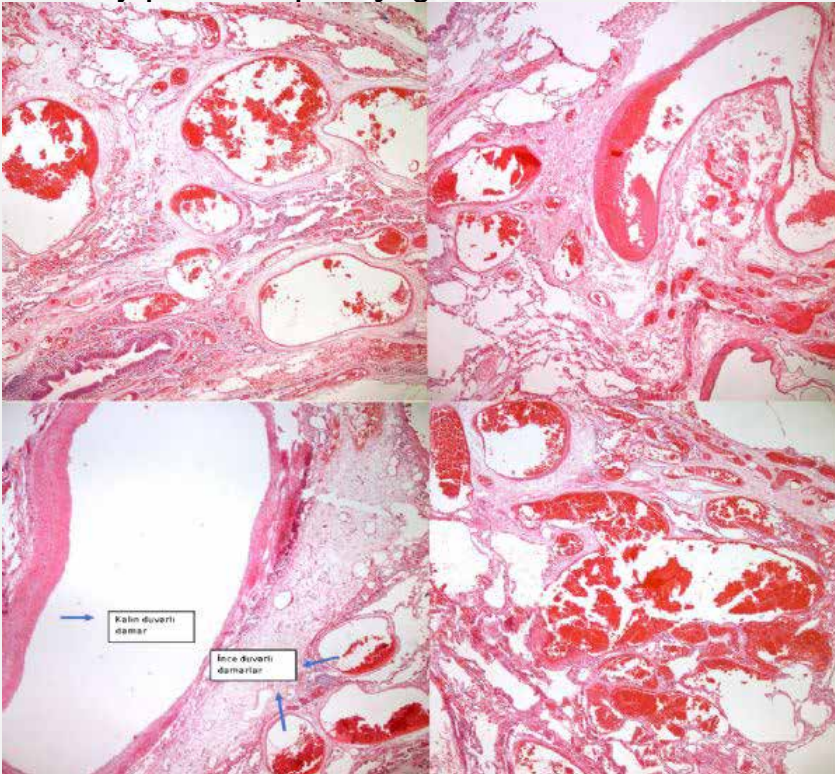
Pulmoner arteriyovenöz malformasyonun intraoperatif görünümü ve patolojik spesmen



Postoperatif posteroanterior akciğer grafisi



Akciğer parankiminde bir kısmı sırt sırta vermiş, kalın ve ince duvarlı, değişik çaplarda, disorganize çok sayıda vasküler yapıların histopatolojik görünümü





## EP-031

## MALİGNİTE İLE KARIŞABİLEN AKCİĞER KİST HİDATİĞİ

Zeynep Tilbe Saymaz, Ayşegül Şenyurt, Şükran Atıkcın

Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:** Kist Hidatik Ülkemizde Görülen Echinococcus Granulosus Paraziti Kaynaklı Endemik Zoonotik Bir Hastalıktır. Ülkemizde Prevalansı %0,05-0,4 Arasındadır. Özellikle Hayvancılık Ve Tarımla Uğraşan, Veterinerlik Hizmetlerinin Yetersiz Kaldığı Bölgelerde Sıktır. Sıklıkla Karaciğer Kistleri Yapmakla Birlikte Komplike Kist Hidatik Akciğerde Malignite İle Karışabilen Lezyonlara Sebep Olabilmektedir.

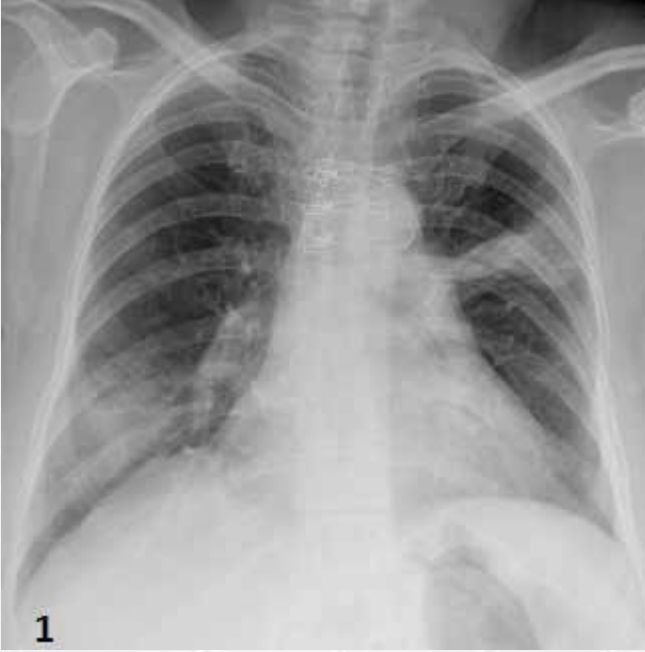
**OLGU:** 58 Yaş Kadın Hasta Ağızdan Kan Gelme Şikayeti İle Kliniğimize Başvurdu. Hastanın Fizik Muayenesinde Bilateral Solunum Sesleri Azalmıştı, Diğer Fizik Muayene Bulguları Normaldi. Göğüs Grafisinde Sağ Alt Zonda İnfiltrasyon Ve Sol Hilustan Üst Lob Periferine Uzanan Üçgen Şeklinde Düzgün Sınırlı Opasite Mevcuttu. Torax Bilgisayarlı Tomografisinde Sol Akciğer Üst Lobda Ve Sağ Akciğer Orta Lobda Hilustan Plevraya Uzanan İnternal Hava Bronkogramları İçeren Çevresel İnfiltratif Dansitelerin Eşlik Ettiği Düzensiz Sınırlı Geniş Yayılımlı İnhomojen Konsolidasyon Alanları Mevcuttu. Akciğer Malignitesi Düşünülen Hastaya Çekilen Pet-Bt De Sağ Akciğer Orta Lobda 4x3x2 Cm Kitle (Suvmax 6,57); Sol Akciğer Sol Akciğer Üst Lobda 4x2x4 Cm Kitle (Suvmax 4,01) İzlendi; Mediastende Sağ Üst-Alt Paratrakeal Lenf Nodu (Suvmax: 2,28) Ve Subkarinal Lenf Nodu (Suvmax: 2,98) İzlendi; Karaciğerde Sağ Lobda Büyüğü 7 Cm Olan Birbiri İle Komşuluk Gösteren İki Adet Hipodens- Ametabolik Lezyon (Kist?) Mevcuttu. Karaciğerdeki Lezyonlar İçin Çekilen Abdomen Usg De Karaciğer Sağ Lobda Büyüğü 9 Cm Olan İki Adet Kistik Lezyon (Kist Hidatik?) İzlendi. Hastadan İndirekt Hemaglitinasyon İstendi Ve Pozitifti. Hastaya Fiberoptik Bronkoskopi Yapılmış Olup Doğal İzlendi. Sağ Alttaki Kitle Görünümünden Yapılan Transtorasik İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi Aktif Kronik İnflamatuvar Değişiklikler Gösteren Antrakotik Akciğer Parankimi Olarak Gelmişti. Hastaya Tanısal Amaçlı Ebus Yapıldığında İse Sağ Alt Lobda Hemoraji Görülüp Tekrar Fob İle Devam Edildi. Sağ Alt Lobda Tıkayıcı Membran Tarzı Ebl İzlendi. Hasta Göğüs Cerrahisine Danışıldı Ve Kist Hidatik Ön Tanısı İle Hastaya Göğüs Cerrahisi Tarafından Sol Vats+Üst Lob Wedge Rezeksiyon Yapıldı. Biyopsi Materyali Kist Hidatik Olarak Raporlandı. Komplikasyon Gelişmeyen Hasta Taburcu Edildi.

**TARTIŞMA:** Kist Hidatik Görüldüğü Endemik Bölgelerde Halen Önemli Bir Hastalıktır. Komplike Kist Hidatikte İse Hastamızda Olduğu Gibi Akciğerdeki Lezyonlar Malignite İle Karışabilmektedir. Bu Nedenle Endemik Bölgelerde Ve Özellikle Ek Olarak Karaciğerde De Kistik Oluşumları Olan Hastalarda Ayırıcı Tanıda Kist Hidatik Akılda Tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** KİST HİDATİK, FİBEROPTİK BRONKOSKOPİ, ENDOBRONŞİAL ULTRASONOGRAFİ

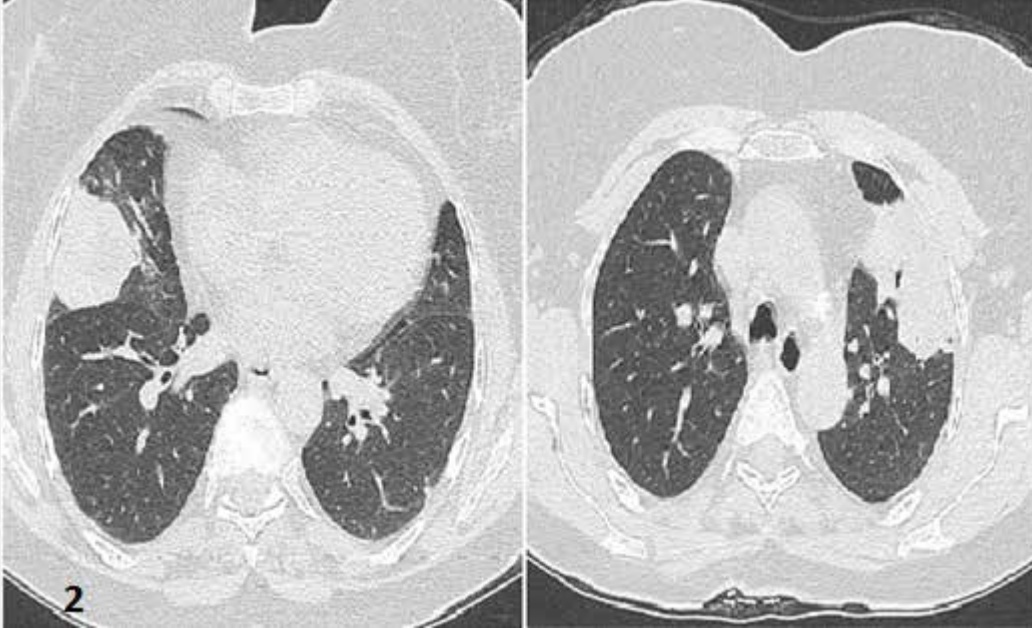


## 1. AKCİĞER GRAFİSİ



SAĞ ALT ZONDA İNFLTRASYON VE SOL HİLUSTAN ÜST LOB PERİFERİNE UZANAN ÜÇGEN ŞEKLİNDE DÜZGÜN SINIRLI OPASİTE

## 2. BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ



Sol akciğer üst lobda ve sağ akciğer orta lobda hilustan plevraya uzanan internal hava bronkogramları içeren çevresel infiltratif dansitelerin eşlik ettiği düzensiz sınırlı geniş yayımlı inhomojen konsolidasyon alanları

## EP-032

**NADİR GÖRÜLEN PLÖRİT OLGUSU: <i>BACILLUS MEGATERIUM</i> PATOJENİ İLİŞKİLİ PLEVRAL EFÜZYON**

Dilara Ömer Topçu, Nilüfer Aylin Acet Öztürk, Ezgi Demirdöğen, Aslı Görek Dilektaşlı, Ahmet Ursavaş, Mehmet Karadağ

Bursa Uludağ Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

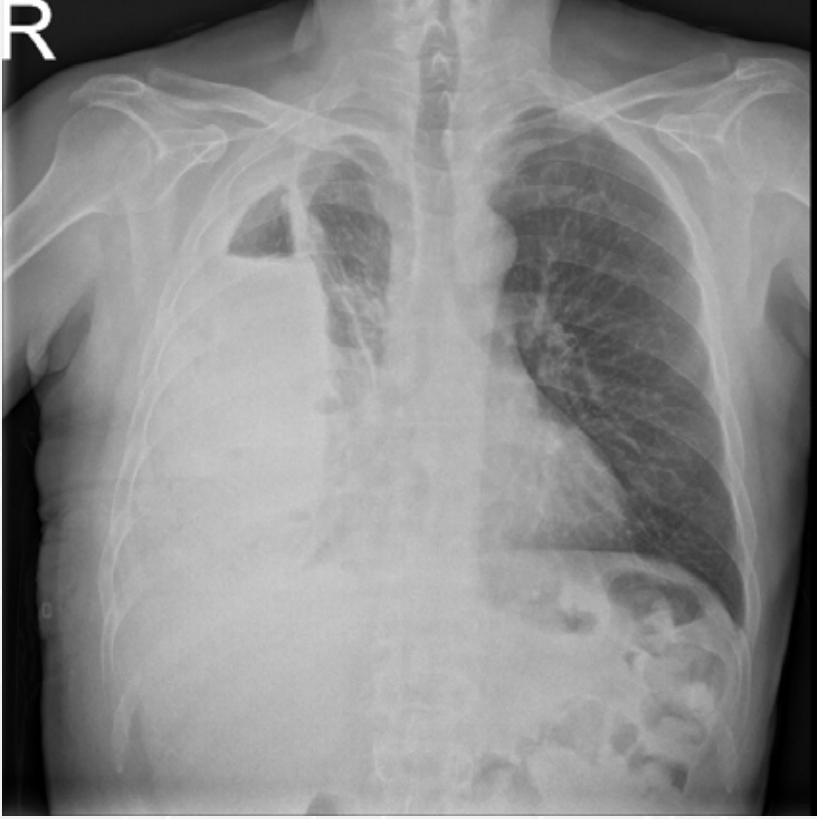
Plevral efüzyonlar, plevral hastalıkların büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. ABD 'de yaklaşık 1,5 milyon hastada plevral sıvı gelişmektedir.(1) Porcel ve arkadaşlarının çalışmasında plevral sıvılarının %27 si malign sıvı,%21 i kalp yetmezliği, %19 u pnömoni nedeni olarak dağıldığı bildirilmiştir. *Bacillus megaterium*;1,5-4 µm çapında gram-pozitif, aerobik, sporlu, çomak şekilli bakteri olup günümüzde rekombinant protein endüstrisinde kaynak olarak kullanılmaktadır.(4-5) Literatürde *B. megaterium* ilişkili enfeksiyonlar nadir olup göz,cilt, beyin tutulumuna yönelik vakalar bildirilmiştir.2006 yılında Ramos-Esteban ve arkadaşlarının bildirdiği göz cerrahisi sonrası oluşan lamellar keratit olgusu(6), 2011 yılında Duncan ve Smith'in bildirdiği primer cilt enfeksiyonu(7), 2015 yılında Guo ve arkadaşlarının bildirdiği beyin absesi vakası(8) ve 2018 yılında Crisafulli ve arkadaşlarının yayınladığı plörüt olgusu mevcuttur(9). Olgumuz literatürde bahsedilen ikinci nadir görülen enfeksiyöz plörüt vakası olma özelliği taşımaktadır.

59 yaş erkek hasta eforla nefes darlığı ve ateş şikayeti ile acil servise iki haftadır takılı plöroken kateter ile başvurdu. Bilinen hipertansiyon ve koroner arter hastalığı ile takipli hastanın 25 p/y sigara ve asbest maruziyeti varlığı mevcuttur. Acil servise başvurusundan 3 ay önce tekrarlayan plevral efüzyon açısından değerlendirilmiş olan olgunun ilk örneklerinde 20 Hücre %63 nötrofilik eksuda saptanmıştır. Acile başvurusundan iki hafta önce Video yardımlı toraks cerrahi (VATS) uygulanmıştır. VATS esnasında plevra morfolojisinde kollajenize stroma içinde düzensiz dağılmış iğsi hücreler içeren doku olarak izlenmiş ve alınan örneklerde desmoplastik tip malign mezotelyoma saptanmıştır. Acil başvurusunda yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı 21600 K/µL, CRP 190 mg/dL, prokalsitonin 0,29 µg/L saptandı. Toraks BT'de sağ plevral aralıkta pnömotoraks ve plevral efüzyon mevcuttu. Ampirik antibiyoterapi piperosillin-tazobaktam 3\*4,5 gr iv ve siprofloksasin 2\*400 mg iv başlandı. Plevral sıvı kültüründe *Bacillus megaterium* üremesi saptandı. Mevcut mikrobiyolojik sonuca yönelik olarak yapılan literatür incelemesine göre 4 gün piperasillin-tazobaktam kullanan hastanın tedavisi kesilip meropenem 3\*1 gr iv başlandı. Takiplerinde ateşleri devam eden hastaya yatışının 7. gününde linezolid 2\*600 mg iv eklendi. Ateşlerinin devamı üzerine linezolidin 11.gününde tedaviden linezolid kesilip amikasin 1\*1000 mg iv tedaviye eklendi. Mevcut tedavi ile klinik yanıt izlenen, kontrol kültürde üreme saptanmayan hasta sodyum-fusidat 500 mg 2\*1 po ile taburcu edilmiş olup, onkoloji polikliniğine yönlendirilmiştir.

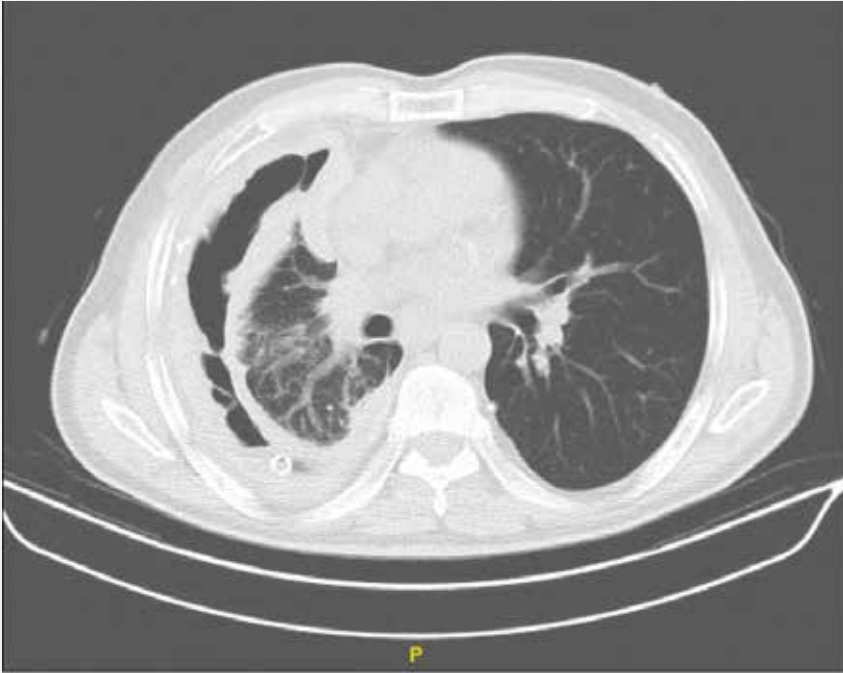
*Bacillus megaterium*, nadir görülen patojen olup literatürde toplamda 4 tane olgu sunumu bildirilmiştir. Vakamız literatürde bahsedilen 2. plörüt olgusu olma özelliği taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** B. megaterium, Plevral efüzyon, plörüt

Akciğer Grafisi



Toraks BT





## EP-033 YOĞUN BAKIMDA MYASTENİK KRİZ: OLGU SERİSİ

Kazım Rollas, Ali Çayır

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Miyastenik krize bağlı akut solunum yetmezliği olan 3 erişkin hastanın klinik özelliklerini sunuyoruz. Üç hastanın tamamı kadındı. Hastalığın başlangıç yaşı 52, 40 ve 26 idi. Diplopi veya bulber disfonksiyon ortak başvuru semptomlarıydı. 3 hastanın hepsinde mekanik ventilasyon gerektiren şiddetli bulber güçsüzlük ve solunum kas güçsüzlüğü vardı. Bilgisayarlı tomografide timik anormallik kaydedilmedi. Asetilkolin Reseptör antikolları 2 hastada tespit edildi. Tüm hastalar yoğun bakım ünitesinde IVIG ve / veya puls steroid aldı. Krizin nedeni bir hastada akciğer enfeksiyonu olarak tespit edildi. 26 yaşındaki hastada yoğun bakımda tedaviden sonra düzelen kardiyomiyopati vardı. Yoğun bakım ünitesine kabul edilen tüm hastaların mekanik ventilasyona ihtiyacı vardı (iki invaziv mekanik ventilasyon, 1 noninvaziv ventilasyon). Tüm hastalarda mekanik ventilasyon süresi <5 gündü. YBÜ kalış süresi 10, 8 ve 13 gündü. Başvuru anında tüm hastaların glasgow koma skoru 15 idi. Medyan pH, PaCO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub> ve HCO<sub>3</sub> sırasıyla 7,28, 81 mmHg, 68 mmHg ve 31mEq / L idi. Üç hastanın hepsinde hiperkapnik asidoz vardı. Tüm hastalar, medyan PaCO<sub>2</sub> 43 mmHg ile taburcu edildi. Miyastenik kriz, entübasyon ve mekanik ventilasyon gerektiren solunum yetmezliği ile karakterize myastenia gravis'in bir komplikasyonudur. Miyastenik krizi tetikleyen faktörler hızla belirlenmeli ve derhal hafifletilmelidir. Solunum kası yetmezliği ve hiperkapnik asidoz durumunda, ayırıcı tanıda miyastenik kriz düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** myastenia gravis, hiperkapnik solunum yetmezliği, mekanik ventilasyon, yoğun bakım

## EP-035

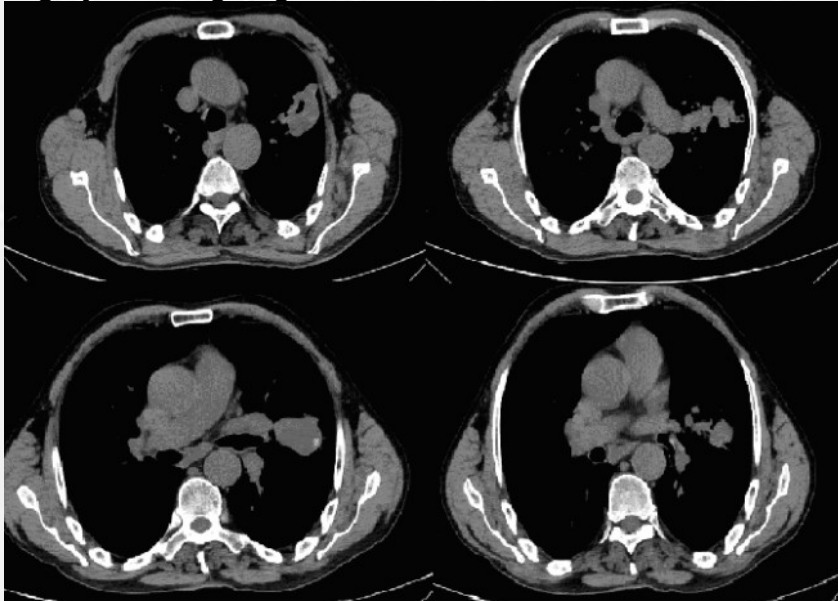
## MALİGNİTE ŞÜPHESİYLE BAŞVURAN KİST HİDATİK VAKASI

Özlem Kahya, Merve Sarı Akyüz, Furkan Atasever, Seda Tural Önür, Cengiz Özdemir, Sinem Nedime Sökücü

İstanbul Yedikule Göğüs ve Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

66 yaşında erkek hasta 7 aydır aralıklı devam eden hemoptizi şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde kronik hastalık öyküsü yoktu. Alışkanlıklarında 20 p/yıl sigara öyküsü mevcut ve alkol kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde oskültasyonda sol akciğer üst ve orta zonda solunum sesleri alınmıyordu. Posterior anterior akciğer grafisinde sol akciğer üst ve orta zonda periferik yerleşimli sınırları net ayırt edilebilen yuvarlak sınırlı opasite artışları saptandı. Hastanın çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde sol akciğer üst lobda perihiler alandan başlayarak perifere doğru uzanımı izlenen 5,5x4 cm transvers çaplara sahip nekrotik-kistik alanlar barındıran ve çevresinde nodüleritelerin de eşlik ettiği yumuşak doku dansitesinde kitle lezyonu saptandı(resim1). Hasta malignite şüphesiyle interne edildi. Hastanın çekilen pozitron emisyon tomografisinde sol akciğer üst lob anterior segmentte yerleşimli kostal plevral yüze oturan, hiler bölgeye de temas etmiş SUV-max değeri 6,3 olan lezyon saptandı. Hastaya sol akciğer üst lob plevral yerleşimli lezyon nedeniyle transtorasik iğne aspirasyon biopsisi yapıldı. Patolojisi eozinofilik, tabakalı germinal membrane olarak değerlendirildi. Hasta kist hidatik malignite ayırıcı tanısı açısından kist hidatik indirek hemaglutinasyon testi ve toraks manyetik rezonans görüntüleme uygulandı. Hastanın kist hidatik indirek hemaglutinasyon testi 1/2560 olarak saptandı. Hastanın toraks manyetik rezonans görüntülemesi plevral invazyon açısından değerlendirildiğinde Sol akciğer üst lobda parahiler alana uzanan yaklaşık 45x38 mm ve süperiorunda 33x22 mm boyutunda düzensiz konturlu multikistik yapıda ve plevral invazyon göstermeyen kitle lezyonu saptandı. Hasta kist hidatik ayırıcı tanısı açısından sol üst lob kistektomi operasyonu uygulandı. Patolojisi Kist hidatik (E. Granülozis) olarak sonuçlandı. Hasta post operatif albendazol kullanıldı Hidatik kist hastalığının etkeni cestod grubuna ait bir yassı solucan olan E. granulosus'dur. Genellikle belirtileri asemptomatiktir. Kist bronş lümenine rüptüre olduğunda kistik sıvı ve membran expektorasyonu, hemoptizi, pürülan balgam ve ateş gibi enfekte kist bulguları görülebilir. Perfore akciğer kistlerinde gelişen enfeksiyonla komplike olan olgularda tipik görüntüleri kaybolur. Lezyon içersinde periferik kontrast tutulumu izlenebilir. İnfeksiyon sonucu solid görünümü geliştiğinde apse ile maligniteden ayırım mümkün olmayabilir. Akciğer hidatik kistinde en etkili tedavi komplet kist eksizyonudur. Postoperatif dönemde, özellikle risk grubu hastalara albendazol ile ilave medikal tedavi seçeneği de değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** kist hidatik,malignite,parazitik hastalıklar

**Bilgisayarlı tomografi görüntüleri**

## EP-036 LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİTLE BERABER SEYREDEN BİR AKCİĞER KARSİNOMU OLGUSU

Zehra Dilek Kanmaz, [Merve Dilşad Gün](#)

Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Lökositoklastik vaskülit primer deri tutulumu ile seyreden bir küçük damar vaskülitidir. Etyolojide ilaçlar, infeksiyonlar, otoimmün hastalıklar, gıda ve gıda katkı maddeleri ve maligniteler gibi pek çok faktör yer alır. Neoplaziler nadiren vaskülitlerle birlikte görülürken vaskülitler neoplastik sendromun bir parçası olarak malignitelere eşlik ederler. Bu çalışmada her iki ayak bileğinde ve tibial bölgede lökositik vaskülit gelişen küçük hücre dışı akciğer karsinomu tanısı alan 71 yaşında erkek hastayı literatür bulgularıyla beraber tartışmayı amaçladık.

**OLGU:** Bilinen Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH) tanısı olan hasta artan dispne ve öksürük şikayeti ile hastanemize başvurdu. Pa Akciğer grafisinde solda kalın cidarlı kavite saptanan hastaya çekilen Toraks BT de 6x4 cm kitlesel lezyon görülmesi üzerine tetkik amacıyla hastaneye yatırıldı. 3 Balgam ARB sonucu negatif bulundu. Bronkoskopiye endobronşial lezyon saptanmadı.PET CT de suv max 6.56 saptanan lezyon malignite olarak değerlendirildi.Yatışının 3. Gününde alt ekstremitelerde bilateral eritemli lezyonlar gelişen hastada ilaç reaksiyonu düşünüldü. Antibiyotik kesildi. Eş zamanlı olarak hipereozinofilisi olan hastadan eozinofilik akciğer hastalıkları açısından tetkikleri istendi. PR3 ANCA.=POZİTİF, 64.6 saptandı. Dermatoloji konsültasyonu yapılan hastaya cilt biyopsisi önerildi. Akciğerdeki lezyona TTİA yapıldı. TTİA sonucu Küçük Hücre Dışı Akciğer Karsinomu olarak raporlanan hastanın eş zamanlı cilt biyopsisi sonucunun lökositoklastik vaskülit gelmesi üzerine paraneoplastik sendrom olarak değerlendirildi.

**Anahtar Kelimeler:** küçük hücre dışı akciğer kanser, paraneoplastik sendrom, lökositoklastik akciğer kanseri, pr3 anca, eozinofilik akciğer hastalıkları



## EP-037

## AKCİĞER KANSERİNİ TAKLİT EDEN TÜBERKÜLOZ OLGUSU

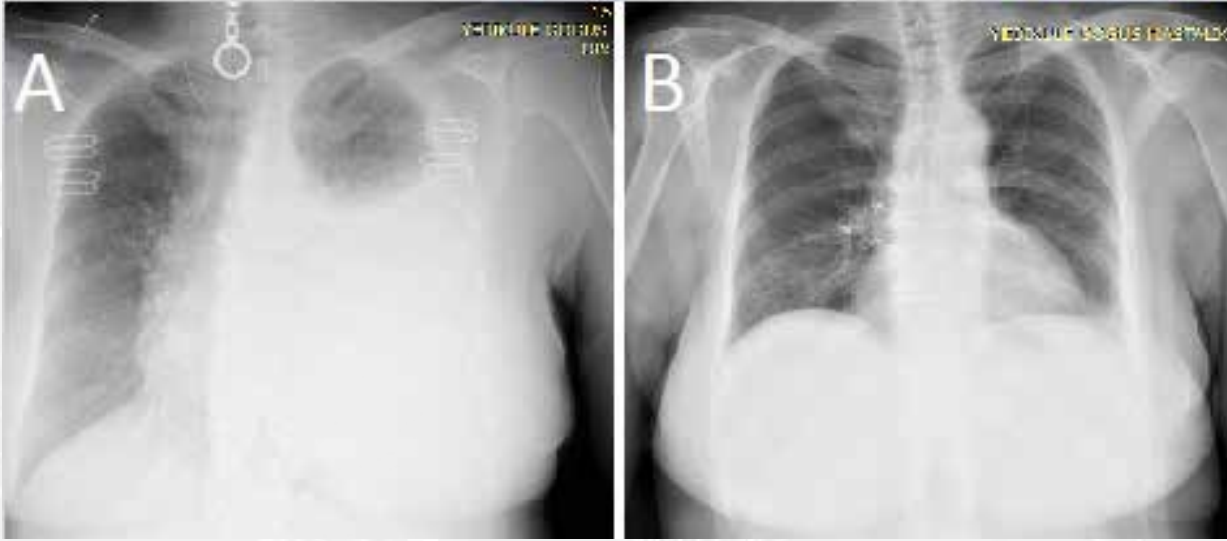
Amine Söylemez, Eminegül Yavuzsan, Umut İlhan, Mehmet Emin Sezgin, Esin Tuncay, Zehra Dilek Kanmaz, Esin Yentürk, Firdevs Atabey

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

Akciğer tüberkülozu farklı radyolojik görünümlemlerle ortaya çıkan ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereken bir hastalıktır. Tüberküloz plörezi akciğer dışı tüberkülozun sık görülen bir formudur. Tipik olarak eksüda vafında sıvı, plevral yaymada lenfositöz ve Adenozin Deaminaz (ADA) >45 IU/L bulunması tanısaldan değerlidir. Sunumumuzda plevral yüzeyde yer yer nodüler formda tutulum yapan, Pozitron Elektron Tomografide (PET) SUVmax yüksekliği, vertebra tutulumu ile maligniteyi taklit eden bir tüberküloz olgusunu sunduk. Bilinen hipotiroidi ve epilepsi tanılı 52 yaş kadın hasta, 1 aydır devam eden nefes darlığı ve sırt ağrısı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Hastanın çekilen posteroanterior akciğer grafisinde (PA AG) sol akciğerde Damoiseau hattı veren plevral effüzyon ile uyumlu görüntü (Resim 1A) saptanması üzerine torasentez yapıldı. Eksüda vafında sıvı aspire edildi. ADA değeri düşük bulundu. Purified Protein Derivative (PPD) 4 mm saptandı. 3 kez alınan sitolojik materyalde malignite saptanmadı. Hastada malignite olasılığı nedeni ile çekilen PET'te (Resim 2) sol akciğerde SUVmax 16 olan hipermetabolik lezyon, kostal plevral yüzeylerde izlenen parankimal kalınlaşma alanlarında yer yer nodüler form kazanan 2 cm kalınlığa ulaşan yoğun hipermetabolik lezyonlar (SUVmax:16.3), T7 vertebrada litik lezyon (SUVmax 16), boyunda ve batında orta yoğunlukta lenf nodları saptandı. supraklavikuler lenfadenopatisi(lam) mevcut olan hastanın eksizyonel biyopsi sonucu nekrotizan granülom olarak raporlandı. Ancak PET'te malignite ile uyumlu olan lezyonlar olduğu için akciğerdeki lezyonun bir koincidans olabileceği düşünülerek hastaya VATS yapıldı, sonucunda tüberküloz (tbc) ile uyumlu nekrotizan granülom geldi. Antitüberküloz başlanan hastanın tedavisinin 3. ayında radyolojik olarak PA AGde plevral sıvısında belirgin regresyon (Resim 1B) ve klinik olarak sırt ağrısı ve nefes darlığında ileri derece düzelme saptandı. Radyolojik ve klinik olarak malignite ön planda düşünülen olgunun histopatolojik tanı sonrası tüberküloz saptanması tüberkülozun radyolojik olarak maligniteyi taklit edebileceğini ve histopatolojik tanının önemini göstermektedir.

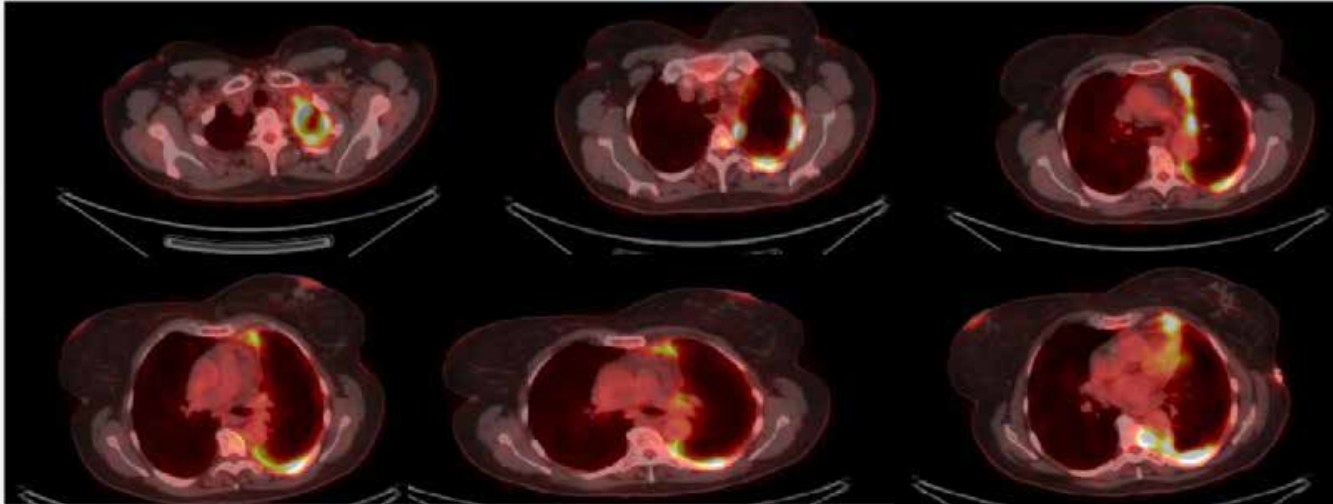
**Anahtar Kelimeler:** Malignite, Plevral sıvı, Tüberküloz

Resim 1



A. PA AG de Damoiseau hattı veren opasite artışı B. Tedavinin 3. ayında PA AG

Resim 2



Hastanın ilk başvurusundaki PET CT

## EP-038

**AKCİĞERE METASTAZ YAPAN NADİR BİR KARSİNOM: SERTOLİ-LEYDİĞ HÜCRELİ TÜRÖR**

Mine Gayaf<sup>1</sup>, Ceyda Anar<sup>2</sup>, Filiz Güldaval<sup>1</sup>, Gürdeniz Serin<sup>3</sup>, Necmettin Özdemir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İzmir Dr. Suat Seren göğüs Hastalıkları ve cerrahisi Eğitim araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi;Patoloji bölümü

**GİRİŞ:** Sertoli-Leydig hücre tümörü overin seks-kordstromal tümör grubundadır( 1). Bütün overneoplazmlarının % 0,5'inden daha azını oluşturur.Rekürrens ve metastaz sıklığı %5 den daha düşüktür(2).Burada akut bronşit bulguları ile başvuran, akciğere metastaz yapan Sertoli-Leydig hücreli tümör tanısı alan 64 yaşındaki hasta sunuldu.

**OLGU:** 64 yaşında kadın hasta öksürük ve hırıltılı solunum yakınması ile polikliniğe başvurdu. Mesleği emekli öğretmen olan hastanın özgeçmişinden 40 paket yılı sigara kullanımının olduğu öğrenildi. Solunum sistemi muayenesinde bilateralekspiratuarronküsler duyuldu. Hastanın çekilen PA akciğer grafisinde solda 2. ve 3. Ön kotlar arasında perihiler alanda yaklaşık 1 cm nodüler görünüm ile bilateralbronkovasküler görünümde artış saptandı (Resim 1). Akut bronşit tanısı ile hastaya bronkodilatör ve antibiyotik tedavisi verildi. Tedavi sonrası hastanın PA akciğer grafisindenodüler lezyonlarda gerileme olmaması üzerineçekilen akciğer bilgisayarlı tomografisinde sol akciğer üst lop apikal kesimde 24x13 mm boyutunda bilobüle görünümde üst lop lingulersegmentte 10mm boyutunda perifissürel bölgede 7,5mm ve sağ orta lopta 5,5 mm. ve kostadiafragmatik bölgede 10mm boyutunda nodüller izlendi (Resim 2a, 2b,2c).Nodüllerin metastatik olma ihtimali düşünülerek olgunun özgeçmiş hikayesi derinleştirildi. 2011 yılında postmenapozalvagina kanama nedeniyle soloverde kitle tesbit edilerek, opere edildiği ve gonadstroması kökenli granüloza hücreli tümör tanısı (PT1ANOMx:Evre 1A) aldığı öğrenildi. PET/BT'de akciğerdeki nodüllerde çevre doku ile eşdüzeyde 18FDG tutulumu saptandı. Malignite ile uyumlu nitelikte hipermetabolik odak saptanmamıştır olarak yorumlandı. Olguya tanı amaçlı sol akciğer nodüllerinden wedgerezeksiyon uyulandı. Patolojik tanı Overin Az DiferensiyelSertoli-Leydig Hücreli Tümör Metastazı olarak rapor edildi (Resim 3a, 3b).

**SONUÇ:** Olguyu Sertoli-Leydig hücreli tümörün nadir rastlanması ve akciğere metastazını 8 yıl sonra yapması, literatürde akciğere metastazının az olması nedeniyle sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer, over, metastaz,



Resim 1

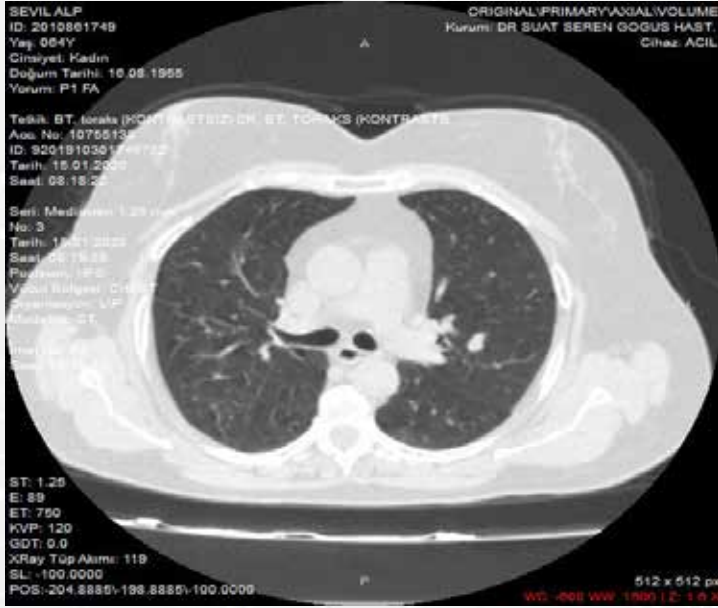


PA akciğer grafisinde solda 2. ve 3. Ğ-n kotlar arasında perihiler alanda yaklaşık 1 cm nodüllerle ĞrĞnĞm ile bilateral bronkovasküller ĞrĞnĞmde artış

resim 2a



resim 2b



Resim 2a



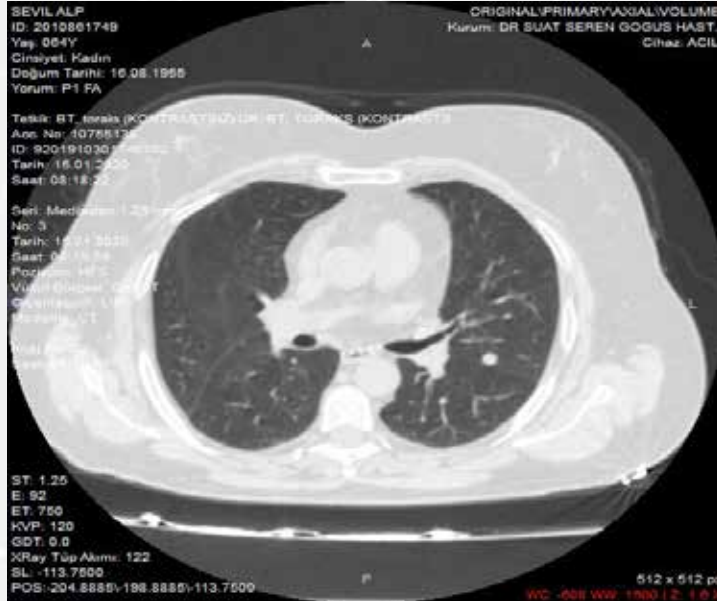
sol akciğer üst lobe apikal kesimde 24x13 mm boyutunda bilobüle gârlânde üst lobe linguler segmentte 10mm boyutunda periferel bârlgede 7,5mm ve sağ orta lobe 5,5 mm. ve kostadiafragmatik bârlgede 10mm boyutunda nodüller

resim 2b



sol akciğer 3/4 üst lop apikal kesimde 24x13 mm boyutunda bilob 3/4 le g 1/4 r 1/4 n 1/4 m de 3/4 üst lop linguler segmentte 10mm boyutunda perifiss 1/4 rel b 1/4 l g ede 7,5mm ve sağ orta lopta 5,5 mm. ve kostadiafragmatik b 1/4 l g ede 10mm boyutunda nod 1/4 l l er

resim 2c



sol akciğer 3/4 üst lop apikal kesimde 24x13 mm boyutunda bilob 3/4 le g 1/4 r 1/4 n 1/4 m de 3/4 üst lop linguler segmentte 10mm boyutunda perifiss 1/4 rel b 1/4 l g ede 7,5mm ve sağ orta lopta 5,5 mm. ve kostadiafragmatik b 1/4 l g ede 10mm boyutunda nod 1/4 l l er



## EP-039 TESADÜFEN AKCİĞER KANSERİ TANIMIZLA ÖNCE SPLENEKTOMİ, SONRA SAĞ BİLOBEKTOMİ YAPILAN İDİYO PATİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA TANILI ZOR OLGUMUZ

Orhan Dalkılıç<sup>1</sup>, Süleyman Hilmi Aksoy<sup>2</sup>, Mustafa Köroğlu<sup>3</sup>, Mustafa Solak<sup>4</sup>, Erkan Yıldırım<sup>5</sup>, İlker Abcı<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hisar Hospital, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

<sup>2</sup>Hisar Hospital, Radyoloji, İstanbul

<sup>3</sup>Hisar Hospital, Hematoloji, İstanbul

<sup>4</sup>Hisar Hospital, Tıbbi Onkoloji, İstanbul

<sup>5</sup>Hisar Hospital, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

<sup>6</sup>Hisar Hospital, Genel Cerrahi, İstanbul

Yurt dışından hastanemiz hematoloji polikliniğine idiyopatik trombositopenik purpura (ITP) tanısı ile başvuran 46 yaşında erkek olgumuza çekilen akciğer tomografisinde ve pet-ct de sağ üstte kitle saptanması üzerine akciğer kanseri ön tanısı konulduğu için kliniğimize yönlendirilmiş. Trombosit değeri çok düşük olduğu için kanama riski nedeniyle trombosit yüklemesi sonrası yeterli sayıya ulaşınca bronkoskopi yapıldı. Alınan biyopsi ile adenokarsinom tanısı gelmesi üzerine konsey sonrası önce genel cerrahi splenektomi, ardından göğüs cerrahisi sağ üst ve orta lobektomi yaptı. Post operatif süreçte onkoloji takibine alınan hastanın, hem ITP tanısı tedavisine devam ederken, hemde tanı aldığı akciğer kanseri operasyonunu tüm zor şartlara rağmen gerçekleştirmiş olduk. Buda bize ITP gibi kanama riski olan vakalarda gerekli tedbirleri alma sonrası bronkoskopi, sonra splenektomi de yapıldıktan sonra trombosit yeterli seviyeye ulaşip risk azalınca sağ üst+orta lobektomi ile başarılı bir şekilde akciğer kanseri ameliyatını olabileceğini göstermiş oldu.

**Anahtar Kelimeler:** İdiyopatik Trombositopenik Purpura, Bronş Kanseri, Splenektomi, Lobektomi.

### PET-CT



SAĞ ÜSTTE MALİGN KİTLE

## POST OP LOBEKTOMİ MATERYALİ



PATOLOJİ PİYESİ

## EP-040

**İNTRATORASİK KİTLENİN NADİR GÖRÜLEN BİR SEBEBİ; EKSTRAMEDULLER HEMATOPOEZ OLGUSU VE 8 YILLIK TAKİBİ**

Nazlı Çetin<sup>1</sup>, Sevin Başer<sup>1</sup>, Sibel Hacıoğlu<sup>2</sup>, Nilay Şen Türk<sup>3</sup>, Ayşegül Görmez<sup>3</sup>, Göksel Altınışık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

<sup>2</sup>Pamukkale Üniversitesi, Hematoloji Bilim Dalı, Denizli

<sup>3</sup>Pamukkale Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

**GİRİŞ:** Ekstrameduller hematopoez(EMH), sıklıkla hematolojik hastalıklara bağlı gelişen, kemik iliği dışında hematopoetik elementlerin üretimiyle seyreden nadir bir hastalıktır. Genellikle kronik anemiye sekonder görülen EMH organomegali ve tümör benzeri kitleler yapabilir. En sık karaciğer, dalak, lenf düğümleri daha az sıklıkla da böbrek, sürrenal bezler, meme, spinal kordda görülmektedir. İntratorasik EMH oldukça nadirdir. Paravertebral kitle görülmesi üzerine öncelikle akciğer kanseri olarak değerlendirilen ancak patolojik inceleme ile ekstrameduller hematopoez tanısı alan, 8 yıllık izlemde kitlesel görünümde boyut artışı dışında bir sorun saptanmayan beta talasemi olgumuzu sunmayı amaçladık.

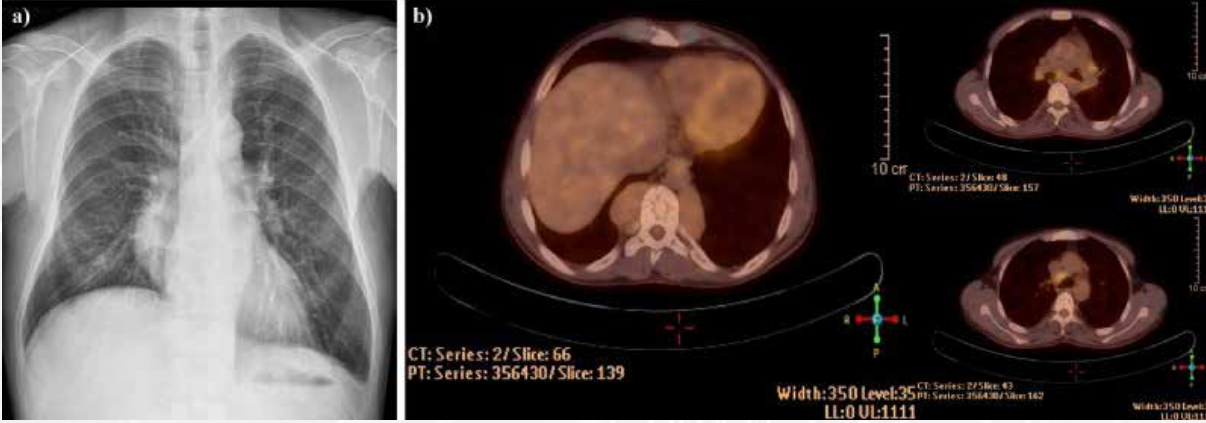
**OLGU:** 33 yaşında erkek hasta, işyeri rutin taramasında istenen akciğer grafisinde sorun saptanması üzerine polikliniğimize yönlendirilmiş.(Figure 1a) Hastanın şikayeti yoktu, fizik muayenesi ve vital bulguları normaldi. Özgeçmişini sorgulandığında talasemi intermedie nedeniyle splenektomi yapıldığı öğrenildi. Sık transfüzyon öyküsü yoktu. 15 paket/yıl sigara öyküsü vardı, 1 aydır içmiyordu. Toraks Bilgisayarlı Tomografi(BT)'de en büyüğü 20x10 mm olmak üzere pek çok mediastinal ve hiler lenfadenopati ile her iki hemitoraksta paravertebral büyüğü sağda 59x37x68 mm yumuşak doku dansitesi görülmesi üzerine Pozitron Emisyon Tomografisi(PET)/CT çekildi.(Figure 1b) Başvuru sırasında yapılan hematolojik tetkiklerinde normositer anemi ve trombositoz saptandı. Serum biyokimya incelemesinde: total bilirubin  $2.55 \times 10^{-2}$  g/L( $<1.2 \times 10^{-2}$  g/L), demir  $2387 \times 10^{-6}$  g/L( $33-193 \times 10^{-6}$  g/L), ferritin  $1295 \times 10^{-6}$  g/L( $30-400 \times 10^{-6}$  g/L), total demir bağlama kapasitesi  $2443 \times 10^{-6}$  g/L idi. Hemoglobin elektroferezinde Hbf 63,9 % (0-2%), Hba 28,6 % (94-99%), Hba2 4,7 % (1,5-3,5 %) idi. Öncelikle malignite düşünülerek hastaya göğüs cerrahisi tarafından Video-assisted thoracoscopic surgery(VATS) yapıldı, paravertebral kitleden alınan punch biyopsiler ile EMH tanısı konuldu. Şikayeti olmayan hasta takibe alındı, dördüncü ve sekizinci yıllarda Toraks BT'de minimal boyut artışı dışında bulgu görülmedi.(Figure 2) Takiplerinde yakınması olmadı. Hematoloji önerisiyle anagrelid, deferasiroks, allopurinol kullanan hastanın izlemi devam ediyor.

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** İntratorasik kitlelerde ayırıcı tanıda malign hastalıklar öncelikle düşünülse de pek çok benign hastalık da akılda tutulmalıdır. Ayrıntılı anamnez ve klinik bulgularla değerlendirme, non invaziv tanı yöntemleri, gereksiz cerrahi işlemleri önleyebilir. İntratorasik EMH sıklıkla asemptomatik olsa da plevral efüzyon, hemotoraks, spinal kompresyona bağlı nörolojik bulgular görülebilir. Tedavide radyoterapi, kan transfüzyonu, hidroksiüre, cerrahi yapılabilir. Tedavi sonrası nüks ve komplikasyonlar nedeniyle asemptomatik olgularda öncelik izlemdir. Semptom gelişmesi halinde semptom ve şiddetine göre uygun tedavi seçeneği belirlenir.

**Anahtar Kelimeler:** intratorasik ekstrameduller hematopoez, intratorasik kitle, talasemi intermedie

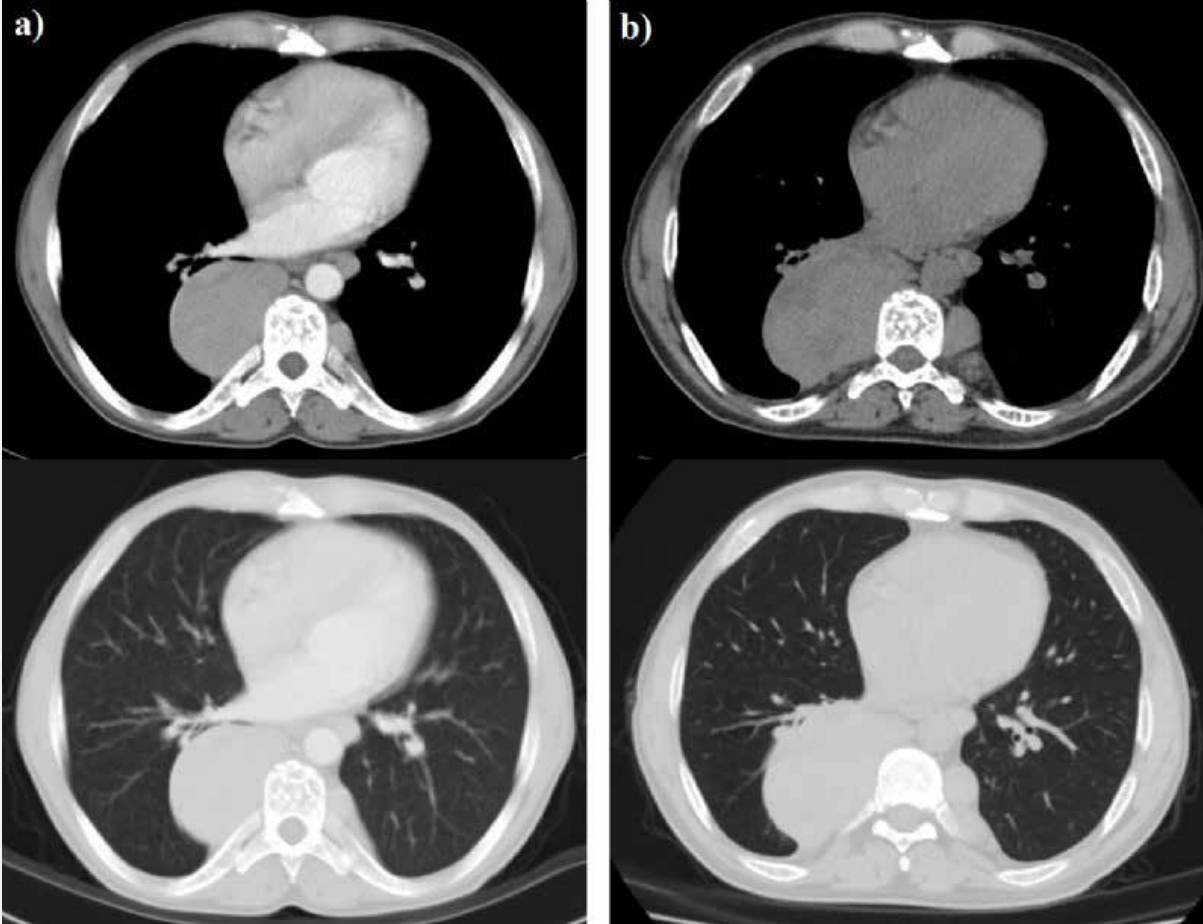


Resim 1



a) Sağ akciğer parakardiak alanda kalp konturunu silmeyen düzgün sınırlı heterojen dansite b) En büyüğü 12.9 x 9.3 mm multipl paratrakeal lenf nodları (SUV max: 1.90), en büyüğü 18.6 x 9.6 mm multipl inferior trakeobronşial lenf nodları (SUV max: 3.65), karinada 6.9 mm lenf nodu (SUV max: 2.83), sol hiler en büyüğü 13.1 x 9.7 mm multipl lenf nodları (SUV max: 3.0), sağ hiler en büyüğü 9.8 x 9.3 mm multipl lenf nodları (SUV max: 3.25), sol paraaortik 13.1 x 8 mm boyutlu lenf nodu (SUV max: 3.0) T7 -T9 vertebralar düzeyinde, paravertebral yerleşimli solda 45 x 20.3 mm, sağda üstteki 49 x 37.2 ve alttaki 41.8 x 23.6 mm boyutlu hiperdens kitle (SUV max: 2.28)

Resim 2



a) Tanı sonrası 4. yılda çekilen toraks BT kesiti, b) 8. yılda çekilen toraks BT kesiti

## EP-041

**TÜRKİYE'DE GÖĞÜS CERRAHİSİ ALANINDA EN ÇOK ATIF ALAN MAKALELERE GENEL BAKIŞ: BİBLİYOMETRİK ANALİZ**

Oya Yıldız İlhan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi, Adana

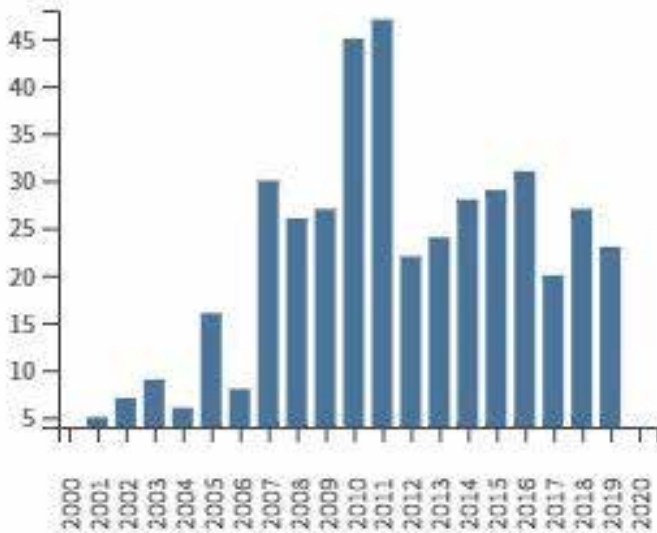
**GİRİŞ:** Herhangi bir bilim dalında yayınlanmış olan bilimsel çalışmaların belirli aralıklarla incelenmesi; ele alınan bilim dalındaki gelişim düzeyinin ve ağırlıklı olarak hangi konular üzerinde yoğunluk olduğunun belirlenmesi açısından önem arz edebilir. Bu çalışmada, göğüs cerrahisi alanında Türkiye'den "Science CitationIndex (SCI)" ve "SCI Expanded (SCIE)" indekslerde yayınlanan makalelerle ilgili bilgi sunulmaya çalışıldı. METOD: Web of Science "core collection" [v.5.31] veri tabanında gelişmiş arama kısmına CU=TURKEY AND TOPIC=THORACIC SURGERY yazılarak, SCI ve SCIE indekslerinde taranan dergilerde 14.08.2020 tarihine kadar yayınlanan Türkiye kaynaklı makalelere ulaşıldı.

**BULGULAR:** Tüm dünya ülkelerinden gönderilen toplam makale sayısı 13,928 idi. Bunlar içerisinde 11.051 tanesi araştırma makalesi idi. Türkiye yazarlarından gönderilen araştırma makale sayısı 438 ve bu toplam sayının % 3,96'sı idi. Yıllara göre yayın sayısı resim 1 de verildi. Göğüs cerrahisi alanında Türkiye 9. Sırada yer almaktadır. Ülkelere göre sırası ile; birinci ülke Amerika Birleşik Devletleri ( %2,17), 2. Ülke Japonya ( %10,3) ve 3. sırada Almanya (%9,1) yer almakta idi. Bibliometrik sisteminde analiz edildiğinde Türkiye'nin yayın sayısı yıllık ortalama %15,09 oranında artmıştır. Türkiye'nin toplam atıf sayısı 7,187, self atıfları çıkardığımızda 4,088 idi. Yıllara göre atıf sayısı resim 1 de verildi. En çok atıf alan makale; 'The effects of three different analgesia techniques on long-term postthoracotomy pain' isimli Şentürk M. ve arkadaşlarının yaptığı, 'Anesthesia And Analgesia' dergisinden yayınlanan 238 atıf alan makaledir. Sadece 3 makale 100'ün üstünde atıf almıştır.

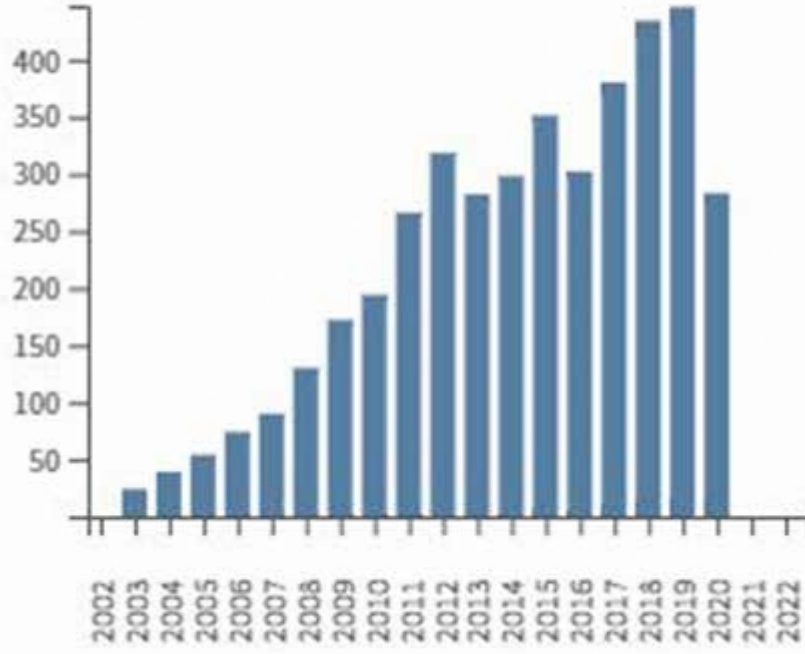
**SONUÇ:** Göğüs cerrahisi alanında yazılan araştırma makalelerine 1994 tarihinde başlanmasına rağmen dünya genelinde 9. Sırada yer almaktadır. Göğüs cerrahisi alanında yapılan çalışmaları görmek adına yapılacak bibliometrik analizlerin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Atıf, bibliyometrik analiz, göğüs cerrahisi

**Resim 1: Total Publications by Year**



Resim 2: Sum of Times Cited by Year





## EP-042

## TANISI DÖRT YIL GECİKMİŞ GENÇ BİR AKCİĞER ADENOKARSİNOMU OLGUSU

Hasan Demir<sup>1</sup>, Damla Serçe Unat<sup>1</sup>, İbrahim Onur Alıcı<sup>1</sup>, Semra Bilaçeroğlu<sup>1</sup>, Zekiye Aydoğdu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Göğüs Hastalıkları Servisi, SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerr. Eğit. ve Araşt. Hastanesi

<sup>2</sup>Patoloji Birimi, SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerr. Eğit. ve Araşt. Hastanesi

Yirmi beş yaşında erkek hasta halsizlik nedeniyle düşme, yaygın ağrılar, iştahsızlık ve 3 ayda 15 kg zayıflama yakınmalarıyla hastanemiz Acil Servisi'ne başvurmuş. Akciğer grafisinde, sağ hilusa superpoze 9 cm çaplı bir kavite ve bilateral yaygın pulmoner mikronodüller (Resim 1) izlenince, COVID-19'u dışlamak amacıyla, COVID-19 şüpheli hastaların tetkik gördüğü servise yatırılmış. Özgeçmişinde bilinen bir hastalık ve sürekli ilaç, sigara veya madde kullanım öyküsü tanımlamadı. Demir presleme işinde çalışıyordu ancak toz, ısı, buhar vb. maruziyeti yoktu. Dört yıl önce çekilen toraks BT'sinde sağ akciğer alt lop superior segmentteki 9 mm çaplı kaviter nodül nedeniyle radyolojik takip önerildiğini ancak yaptırmadığını belirtti. Soygeçmişinde dedesinin akciğer kanserinden eksitus olduğu öğrenildi. Fizik bakışında, vital bulguları normal sınırlardaydı. Sağ hemitoraks alt kısmında raller duyuldu. Diğer sistem bakıları olağandı. Laboratuvar bulguları: Lökosit: 16300/µl, nötrofil: 12600/µl, AST: 54 U/L, LDH: 358 U/L, CK:1250 U/L, D-Dimer: 4645 ng/mL, diğer rutin tetkikleri normal sınırlardaydı. Oda havasında PO<sub>2</sub>: 65 mmHg, O<sub>2</sub> satürasyonu, %93'tü. Nazofaringeal sürüntüde COVID-19 PCR testi 3 kez, balgamda ARB teksif 2 kez negatif sonuçlandı. PET-BT'sinde sağ akciğer alt lob superior segmentteki 9 cm çaplı multikaviter kitle lezyonu, bilateral diffüz ve birçoğu kaviter mikronodüller, yaygın kemik iliği ve kemik lezyonlarında malignite düzeyinde artmış 18FDG tutulumu izlendi (Resim 2). Fleksibl bronkoskopi ile, bronkoalveoler lavaj ve transbronşial biyopsi yapıldı. Bronkoalveoler lavaj mikrobiyolojik (nonspesifik bakteriyel, mikobakteriyel, fungal) tetkikleri negatif, sitolojisi benign idi. Transbronşial biyopsi patolojik incelemesinde, primer akciğer adenokarsinomu saptandı; TTF-1 ve Napsin-A pozitif, ALK ve OCT4 negatif bulundu; ROS, EGFR ve diğer moleküler inceleme sonuçları bekleniyor. Multipl kemik metastazlarına bağlı ağrıları için analjezik tedavi ve vertebral metastazlara palyatif radyoterapi başlandı. Moleküler inceleme sonuçlarına göre, hedefe yönelik tedavi veya kemoterapi verilmesi planlandı, takibe alındı.

Bu olguyu aşağıdaki noktaları vurgulamak amacıyla sunduk:

1. Hiç sigara kullanmamış, genç bir hastada akciğer adenokarsinomunun sık görülmemesi ve dedesinin de akciğer kanserinden eksitus olmasına dayanarak, hastamızdaki adenokarsinomun genetik bir bozukluktan kaynaklanabileceği,
2. Akciğer adenokarsinomlarının yavaş progresyon gösterip uzun süre asemptomatik kalabileceği ve buna bağlı olarak tanılabilir tetkiklerin hasta tarafından ihmal edilip geciktirilebileceği,
3. Akciğer adenokarsinomları ve metastazlarında da kavitasyon izlenebileceği,
4. COVID-19 pandemisinde, COVID-19 dışı hastaların, özellikle de maligniteli hastaların tanısında gecikme yaşanabileceği

**Anahtar Kelimeler:** pulmoner, adenokarsinom, genç, nonsmoker, kavitasyon, COVID-19

Resim 1



Yatıştaki akciğer grafisi

Resim 2



PET-BT

## EP-043

## NADİR GÖRÜLEN PULMONER NODÜL; ALVEOLAR ADENOM

Sertan Bulut<sup>1</sup>, Deniz Çelik<sup>1</sup>, Zafer Aktaş<sup>1</sup>, Çiğdem Biber<sup>1</sup>, Fatma Benli Tanrıkulu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ANKARA

<sup>2</sup>Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Patoloji Anabilim Dalı, ANKARA

**GİRİŞ:** Alveolar adenom ilk olarak Yousem ve Hochholzer tarafından 1986 yılında tanımlanan çok nadir gözlenen birtümördür. WHO sınıflamasına göre sklerozan pnömositom, alveolar adenom, papiller adenom, müsinöz kistadenom, mukus glandadenom olarak 5 farklı alttip içerir. Ortalama görülme yaşı 60'tır. Olgular genellikle asemptomatik, ancak plöretikağrı ve nefesdarlığı olabilir. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklerden hafif fazladır. Bugüne kadar 50'den az olmak üzere çok az olgu bildirilmiştir. Tümör boyutu 0,7-6cm arasında değişir. Toraks BT görünümü genellikle iyisınırlı, lobülekontürlü, soliter özellikler gösterir. PET-BT nonspesifiktir. Ayırıcı Tanıda sklerosing pnömositoma, papiller adenom lenfanjioma ve atipik adenomatöz hiperplazi bulunmaktadır. İnsidental olarak saptanan nodüller lezyonun tetkiki sonrasında tanıalan ve küratif tedavi amaçlı cerrahi yapılan olgumuzunuyoruz.

**OLGU:** Mayıs 2019'da sağ el 3. Parmakta tendon kılıfının dev hücreli tümörü olması nedeniyle tarama amaçlı incelenen 49 yaşında kadın olgunun PA akciğer grafisinde sol üst lobda insidental olarak nodüller lezyon saptanıyor. Çekilen toraks BT ile Kasım 2019'da kurumza başvuran olgu tetkik edildi. Hiçbir semptomu yoktu. Sigara içmemişti. Fizik muayenesinde tüm sistem muayeneleri normaldi. Hemogram, diğer kantetikikleri ve SFT normaldi. PET/BT çekildi ve sol süt lob anterior segmentte 29x24x24mm boyutlarında SUVmax:0,95 olan lobüle kontürlü lezyon tespit edildi. Aralık 2019'da Önce tanısal Transtoraksik tru-cut akciğer biyopsisi ve ardından küratif tedavi seçeneği olarak wedge rezeksiyon uygulandı. Lezyonun makroskopik incelemesinde 2,9cm çapında düzgün sınırlı kesit yüzünün beyaz renkli ve yumuşak kıvamlı olduğu görüldü. Mikroskopik incelemede alveolar boşluklara benzeyen iyi sınırlı, yer yer basıklaşmış, kuboidal epitel ile döşeli kistik boşluklar izlendi. Bu boşlukların içleri boş yada yer yer eozinofilik materyal ile kısmen doluydu. Arada stroma yer yer kollojenize olup monoton görümlü spindle hücreler içermekteydi (Şekil 3). Mitotik aktivite ve atipi dikkati çekmedi. Yapılan pankeratin, TTF1 ve surfaktan çalışmasında tarif edilen kistik boşlukları döşeyen epitelde pozitif boyanma olmuş, aktin ve CD34 çalışmasında tarif edilen stromal hücrelerde boyanma tespit edilmiştir (Şekil 4-5). PAS ve müsin ile kistik boşluklar içerisinde asellüler materyalde pozitiflik görüldü. Histopatolojik ve immünohistokimyasal veriler alveolar adenoma ile uyumlu olarak rapor edildi. Olgumuz 8 aydır semptomsuz ve nüks olmadan takiptedir.

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Alveolar adenomun kadınlarda daha sık gözlenmesi, tümörün radyolojik özellikleri literatür verileriyle uyumludur. Alveolar adenoma histopatolojisinde alveolar boşluklara benzeyen değişen boyutlarda içerisinde eozinofilik materyal bulunduran kistik boşluklar ve spindle hücrelerin izlendiği solid alanlar içerir. Kistik yapıların epitelinde pansitokeratin, TTF-1, CEA ve surfaktan ile pozitiflik izlenirken stromal hücreler negatiftir. Stromal hücrelerde SMA, S100 ve CD34 pozitif olabilir. Bizim olgumuzda da literatür bilgileri ile uyumlu bulgular saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Alveolar Adenom, Benign Tümör, Pulmoner Nodül

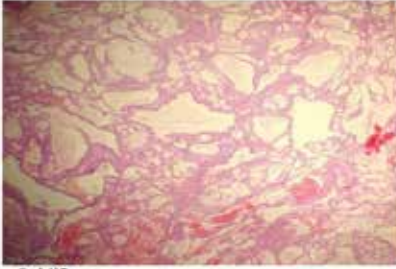
**Alveolar adenom**





Soliter pulmoner nodül olarak tetkik edilen hastanın PA grafi-Yan Grafi;( şekil1 ) PET-BT ve Toraks BT kesitleri; ( Şekil2)

#### Alveolar Adenom Patoloji



Şekil3: H&E x10 ; Lümenlerinde granüler materyal bulunduran kistik alanlar



Şekil4: H&E x10 Kist epitelinde pansitokeratin pozitifliği



Şekil5: H&E x10 Kist epitelinde TTF1 pozitifliği

## EP-044 PULMONER EMBOLİ İLE BAŞVURAN ATİPİK MENENGIOMA PLEVRA METASTAZI OLGUSU

Sertan Bulut<sup>1</sup>, Deniz Çelik<sup>1</sup>, Zafer Aktaş<sup>1</sup>, Yetkin Ağaçoğlu<sup>2</sup>, Çiğdem Biber<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, ANKARA

<sup>2</sup>Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Patoloji Ana Bilim Dalı, ANKARA

**GİRİŞ:** Atipik menengioma bir beyin tümörüdür. Nadir metastaz yapar. Özellikle beyindışı metastazları daha da nadirdir. En sık pulmoner parankime metastaz yapmaktadırlar. Bizim olgumuz primer beyin tümörü tedavisinin hemen 2 ay sonrasında klinik ve radyolojik olarak ön planda pulmoner emboli kliniği düşündürmesi ve ancak mevcut plevral sıvının patolojik incelemesi sonucunda malignite tespit edilmiş nadir rastlanan olgu olması nedeniyle sunuyoruz.

**OLGU:** 1 yıldır baş ağrısı, kulakta çınlama yakınmaları olan hasta 4 ay önce doktor başvurusu sonrası incelemelerinde sol parietal 49x49 mm kitle lezyonu gözlenmesi üzerine tetkik edilmiştir. Hastanın sigara öyküsü yoktu. Eşlik eden kronik hastalık olarak sadece hipotroidi vardı. Olguya beyin operasyonu sonrasında; atipik menengioma, psammomatöz meningotelyomatöz tip olup, mitoz 4-5/10 BBA, Ki-67 proliferasyon indeksi: %6, komşu kemik yapıya invazyonu olan malignite tanısı konulmuştur. Takiben grade 2 atipik menengioma + kemik metastazı nedeniyle 54Gy/200cGy lokal beyin ışınlama yapılmıştır. Primer hastalığa yönelik cerrahi ve radyoterapi tedavileri sonrası PA akciğer grafisi normal görünümdeydi (Şekil 1A). Beyin RT tedavisinden 2 ay sonra nefes darlığı yakınması başlaması üzerine incelenen hastanın odahavasında oksijen saturasyonu 92 ve akciğer muayenesinde sağ akciğer alt zonda matite alınması ve solunum sesi şiddeti azalmış olması ayrıca Posteroanterior akciğer grafisinde ise sağda daha fazla olacak şekilde bilateral plevral efüzyon (Şekil 1B) olması üzerine dispne etiyojisi ve plevral efüzyon nedeniyle değerlendirildi. Geçirilen cerrahi öyküsü olması ani başlangıçlı nefes darlığı tariflemesi ve d-dimer değerinin 3,05mg/dl (0-0,44) yüksek oluşu nedeniyle BT angiografi çekildi. BT angiografide bilateral intraparakimial dallarda yer yer trombusla uyumlu olabilecek hipodens dolum defekti görünümü ve ayrıca solda minimal olmak üzere bilateral plevral efüzyon saptandı (Şekil 2A, 2B). Transtoraksik EKO'da EF: 60, sPAP: 30 mmHg olarak bulundu. Sağ akciğerdeki plevral efüzyon tetkiki sonucunda serohemorajik görünümde, exuda vasfında sıvı olarak bulundu ve sıvının yayma sitolojik ve hücre bloğu incelemesi ile; yaymalarda ve hücre bloğuna ait kesitlerde lenfositler ve mezotel hücreleriyle arada yaygın psammoma cisimcikleri içeren meningotelyal hücrelerden oluşan neoplastik hücreler izlendi. Yapılan immünohistokimyasal boyamada meningotelyal hücreler vimentin kuvvetli, EMA ve CEA ile fokal pozitif boyanma gösterirken; TTF-1 ve S100 protein ile boyanma yoktu. Ki-67 proliferasyon indeksi yaklaşık %8-10 oranında ve aradaki mezotel hücrelerinde ise CK5/6 ve kalretinin ile pozitif boyanma vardı. PAS ve müsin ile meningotelyal hücrelerde pozitiflik olmayıp hastanın sonucu atipik psammomatöz menengioma (resim 3A, 3B) metastazı ile uygun olarak bulundu. Olgu Bu aşamada primer merkezine refer edildi.

**SONUÇ:** Olgumuzun nadir plevral patolojilerinden biri olması nedeniyle kıymetli olduğunu düşünüyoruz ve eksüda etiyojisini açıklayacak pulmoner emboli gibi bir neden olsa dahi malignite varlığındaki olgularda histopatolojik incelemelerinin mutlaka yapılmasının önemini de vurgulamak istiyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Atipik Menengioma, Plevra Metastazı, Pulmoner Tromboemboli

## Atipik menengioma, plevra metastazı



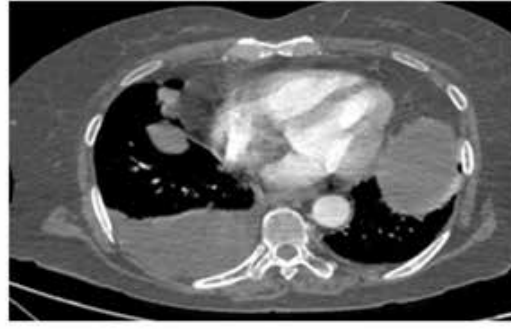
1A: 25.03.2020, cerrahi ve beyin rt sonrası



1B: 24.05.2020

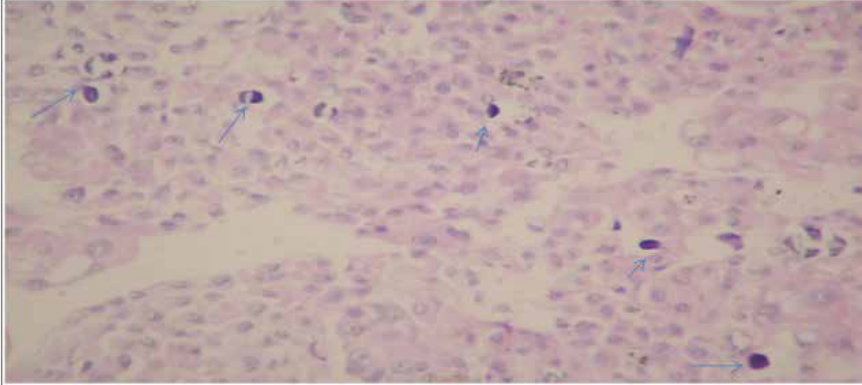
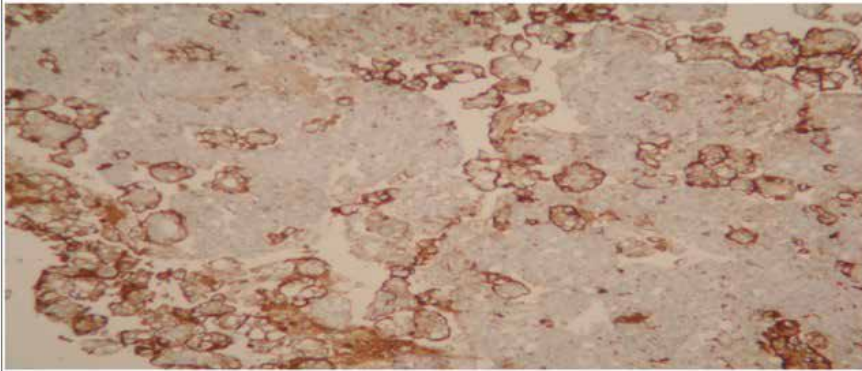


2A: 24.05.2020, BT Angiografi.



2B: 24.05.2020, BT Angiografi.

## atipik psammomatöz menengioma

Resim3A: Atipik  
Psammomatöz  
Menengioma H&E X 400  
\*okışareti: psammomlarResim3B:  
İmmunohisto  
Kimyasal boyama  
X 200



## EP-045

## EBUS-TBNA ESNASINDA İĞNE SİRİALİNİN MİGRASYONU

Nilgün Yılmaz Demirci<sup>1</sup>, Ali Çelik<sup>2</sup>, Züleyha Galata<sup>1</sup>, Ahmet Selim Yurdakul<sup>1</sup>

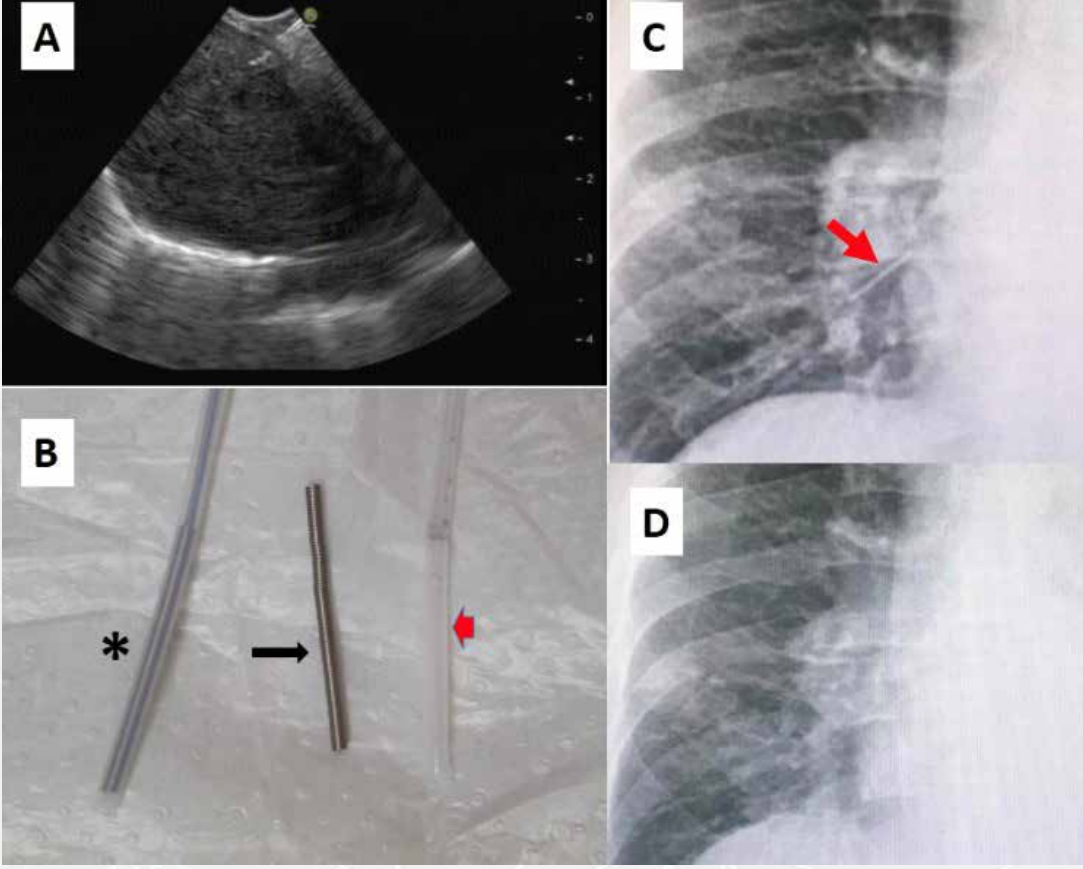
<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

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

Endobronşiyal ultrason eşliğinde transbronşiyal iğne aspirasyonu (EBUS-TBNA) mediastinal, hiler kitle ve lenf nodlarının değerlendirilmesini ve örneklenmesini sağlayan non-invaziv bir tekniktir. Tanı değeri yüksek olup komplikasyon oranı ise düşüktür. Ajitasyon, hipoksi, öksürük, kanama gibi minör komplikasyonlar bronkoskopi ile benzerdir. Mediastinal amfizem, perikardit, iğne ve ekipman ilişkili komplikasyonlar, tansiyon pnömoperitoneum ve ölüm gibi majör komplikasyonlar da bildirilmiştir. Majör komplikasyon oranları %0.14-0.16 arasında değişmektedir. Biz de EBUS-TBNA esnasında komplikasyon olarak iğne spiralinin migrasyonunu literatürde ilk vaka olarak sunuyoruz. 63 yaşında erkek, sağ akciğer orta lobda nodül ve büyümüş subkarinal lenf nodu nedeniyle kliniğimize başvurdu. Tanı ve evreleme amacıyla EBUS-TBNA yapıldı (EB-1970UK-Pentax, HiVisionAvius, Hitachi, Japan). Subkarinal lenf nodundan, 22G iğne OmniTip Ultra HD, Medelec ile üç defa TBNA yapıldı (Şekil 1A). Patoloji sonucu küçük hücreli karsinom ile uyumluydu. İşlem midazolam ve lokal anestezi altında yapıldı. İşlem esnasında herhangi bir anormal durum; aşırı iğne bükülmesi veya direnç olmaksızın 15 dakika sürdü. İşlem sonrası iğneyi kontrol ettiğimizde iğnenin geçtiği spiralin yerinde olmadığı fark edildi (Şekil 1B). kırmızı ok başı). Hasta tekrar değerlendirildi ve öksürük dahil hiçbir yakınması yoktu. Akciğer grafisinde sağ hiler alanda spirale bağlı radyoopasite izlendi (Şekil 1C). Spiralin distal bronş sistemine veya gastrointestinal sisteme migrasyonu gibi komplikasyonlar konusunda hasta bilgilendirildi ve hospitalize edildi. Göğüs cerrahisi ile birlikte değerlendirilen hastaya derin sedasyon altında rijit bronkoskop içinden fleksibl fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Sağ bronkus intermediusta spiral görüldü ve hafif olduğu için büyük çaplı aspirasyon kanülü ile kolayca aspire edildi (Şekil 1B siyah ok). İşlem sonrası herhangi bir komplikasyon olmaksızın hasta taburcu edildi (Şekil 1D). Literatürde spiralin iğne kılıfından çıkarak migrasyon yaptığı ilk olgu bizim olgumuzdur. İşlem esnasında iğneyi aşırı bükmeden ve mukozal direnç ile karşılaşmadan başarılı bir şekilde tamamlamış olmamız bu komplikasyonun muhtemelen bir üretim hatasından kaynaklandığını düşündürmüştür. İğne spirali periferik bronşa veya akciğer parankimine doğru yer değiştirirse idi torakotomi dahil komplike hale gelebilirdi. Bu potansiyel komplikasyon nedeniyle, bronkoscopistler işlemden sonra hem iğneyi hem de iğnenin içinden geçtiği spirali dikkatlice kontrol etmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** EBUS-TBNA, iğne, spiral, komplikasyon

Şekil 1



Şekil 1. A. Subkarinal lenf nodu içinde EBUS iğnesine ait hiperekojen görüntü. B. Kılıftaki iğnenin görüntüsü (\*), aspire edilen spiral (siyah ok) ve boş kılıf (kırmızı ok ucu). C. Sağ hiler alanda spirale bağlı radyoopasiteyi (kırmızı ok) gösteren Akciğer Grafisi. D. İşlem sonrası Akciğer Grafisi.

## EP-046

**KIRSAL ALANLARDA VE BÜYÜK ŞEHİRLERDE YAŞAYAN KİŞİLERİN SOLUNUM FONKSİYONLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Sertan Akyol, Deniz Aslan, Güzin Kaya Aytutuldu

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

**GİRİŞ:** Çalışmanın amacı, büyük şehirlerdeki kentsel yaşam ile kırsal kesimdeki köy yaşamının insanların solunum fonksiyonları üzerindeki etkilerini karşılaştırmaktır.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** Bu çalışma, 20-50 yaş arası köy halkından (KH, n = 15) ve şehir halkından (ŞH, n = 15) olmak üzere iki gruba ayrılarak 30 kişi ile gerçekleştirildi. Çalışmadaki katılımcılar Marmara bölgesinden seçilmiştir. Katılımcılara çalışmaya dahil olmadan önce, çalışmanın amacı ve planı açıklandı ve her katılımcıdan bilgilendirilmiş yazılı onam alındı. Tespit edilen sosyo-demografik özellikler arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sigara ve alkol alışkanlıkları, egzersiz davranışları, solunum fonksiyon sorunları, kronik hastalıkları hakkında bilgi edebildiğimiz sorular yer almaktadır. Veriler, katılımcıların formları doldurması ile toplandı. FEV1 / FVC oranı spirometre ile ölçüldü. Solunum kaslarının maksimum gücünü değerlendirmek için MEP / MIP ölçümü yapıldı. İnspirasyon ve ekspirasyon sırasında göğüs kafesi genişliği, insanların nasıl nefes aldığını anlamak için ölçüldü. Yaşam kalitesi ise, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi (WHOQOL-TR) ile ölçüldü.

**BULGULAR:** MEP skoru KH'de istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Ayrıca MIP skoru KH'de daha yüksek bulundu, ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı ( $p > 0.05$ ). Gruplar arasında FEV1, FEV1 / FVC oranı ve PEF skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen KH'de değerler daha yüksek bulundu. WHOQOL-TR'nin psikolojik alt parametresi KH'de istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Epigastrik ve subkostal bölgede inspirasyon ve ekspirasyon arasındaki göğüs kafesi farklılıkları da KH'de daha yüksek bulundu.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Köy halkının ekspiratuar kas gücü ve psikolojik durumu büyük şehirlerde yaşayanlara göre daha iyi bulundu. Köyde yaşayan insanların aktif yaşam tarzı, ekspiratuar kas gücünü etkileyebilir. Köyde araba ile seyahat etmek yerine tarlada çalışmak, hayvanlara her gün bakmak ve odun kesmek gibi aktif yaşam tarzı profili var, böylece bilinçli olarak yapmasalar bile her gün düzenli kardiyo aktivitesi yapmış oluyorlar. Psikolojik faktörler, yaşam tarzı koşullarından etkilenerek teknolojiden uzaklaşmayı ve pek çok motivasyonel aktiviteye sahip olmayı sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Fev1/Fvc,Kent,Kırsal,Mıp/Mep,Solunum



## EP-047

## 1 AYDA 3 OLGU: PRİMER SPONTAN PNÖMOMEDİASTİNUM

Barış Hekimoğlu

Ordu Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahi Servisi, Ordu

Spontan pnömomediastinum, mediastende hava bulunmasıdır ve oldukça nadir görülür. Altta yatan travmatik ya da travmatik olmayan neden bulunmayan durumda ise primer spontan mediastinum adını alır. Aynı ay içerisinde, acil servisimize göğüs ağrısı nedeni ile başvuran 3 genç hastada tespit edilen bu durum, göğüs ağrısı ile acil servislerde görülen hastalara yaklaşımda primer spontan mediastinumunun da olabileceğinin hatırlatılması amacı ile sunuldu.

**OLGULAR:** 15 ve 16 yaşında iki kadın hasta ile 18 yaşında erkek hastalar olup, anamnezlerinde ağır kaldırma, kusma, ıkınma, diş enfeksiyonu ve travma gibi herhangi etiyolojik neden barındırmayan ve sadece retrosternal göğüs ağrısı semptomları bulunan 3 genç olgudur. Olguların sigara öyküsü olmayıp, tanıları kardiyak marker ve ekg negatiflikleri görüldükten sonra çekilen toraks bilgisayarlı tomografi ile konmuştur. Özgeçmişlerinde geçirilmiş pnömotoraks dahil ek hastalıkları olmayan olguların, aile öykülerinde de özellik bulunmamaktadır. 3 vaka da nazal oksijen inhalasyonu ve günlük postero-anterior akciğer filmleri, lökosit ve crp düzeyleri ile takip edilmiştir. Yatış sonrasında 2. Gün takiplerinde grafi ve kan değerlerinde anormal bulgu olmayan ve ateş takiplerinde sorun saptanmayan hastaların oral alımı açılmıştır. 3. Gün takiplerinde de patolojik bulgu saptanmayan hastalar önerilerle taburcu edilmiştir. Taburculuk sonrası 10. Gün kontrolleri rutin seyretmiştir. Hastalar ile 6 ay sonra telefon ile irtibata geçilerek nüks etmedikleri ve aynı semptomu göstermedikleri saptanmıştır.

**SONUÇ:** Primer spontan pnömomediastinum oldukça nadir görülmektedir ve hastaların büyük çoğunluğu sadece klinik takip ve konservatif tedavi ile taburcu olabilmektedirler. Çok nadir olarak tansiyon yada pnömotoraks durumu gözlenebilmekte ve sadece bu durumlarda cerrahi müdahale endikasyonu oluşmaktadır. Acil servislerin rutin işleyişlerinde, göğüs ağrısı ile gelen genç hastalara yaklaşımda akılda tutulmasını önermekteyiz.

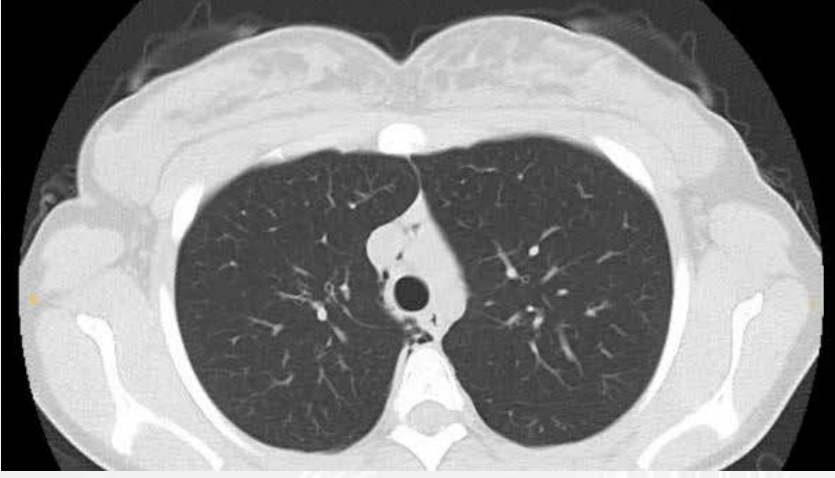
**Anahtar Kelimeler:** Acil servis,göğüs ağrısı,primer spontan pnömomediastinum

## olgu 1



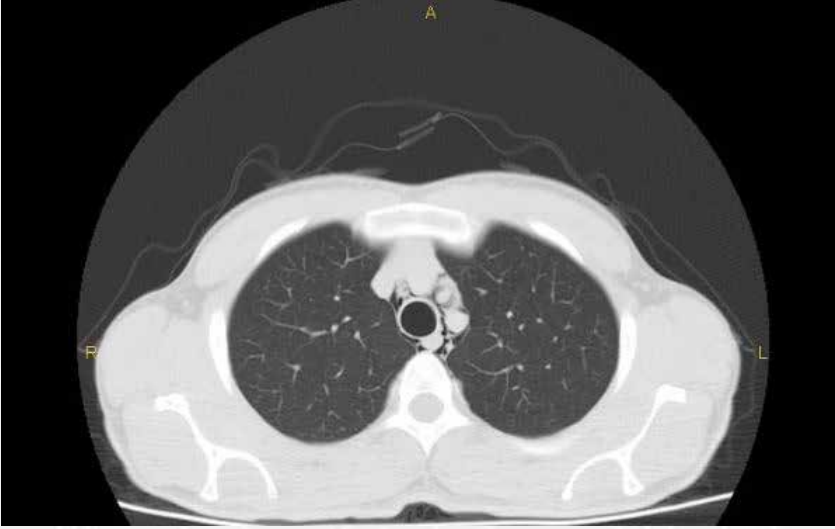
15 yaş kadın hasta BT görünümü

## olgu 2



16 yas kadin hasta BT gorunumu

## olgu 3



18 yas erkek hasta BT gorunumu

## EP-048

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE PERİFER PANDEMİ HASTANESİNDE YAPILAN GÖĞÜS CERRAHİSİ AMELİYATLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

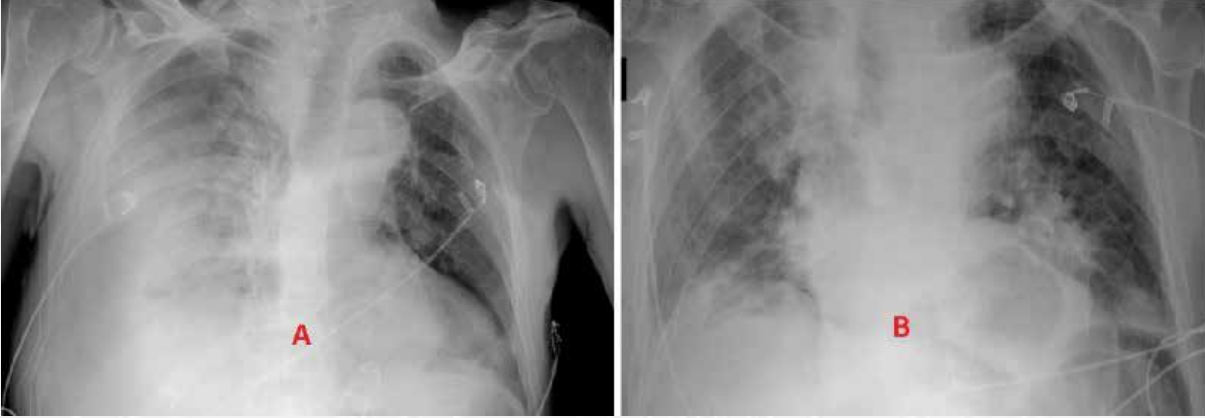
Bariş Hekimoğlu

Ordu Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahi Servisi, Ordu

Covid-19 Pandemisi, tüm dünyada cerrahi vakaların gerek ameliyat öncesi sürecini gerek ise ameliyat sonrası sürecini doğrudan değiştirmiştir. Perifer hastaneler olarak kabul edilen hastanelerde ise doğrudan pandemi hastanesi konumu alındığından bu süreçler halen daha aktif olarak farklı algoritmalar ile düzenlenmeye çalışılmaktadır. Bu çalışma, Ordu Devlet Hastanesi'nde Mart-Ağustos 2020 pandemi sürecinde acil travma olgularında ve diğer ertelenmesi durumunda hasta sağlığında bozulmaya neden olacak olgulardaki operasyonel yaklaşımımızın geçtiği süreci göstermek için yaptık. Vakalarımız özet ile 10 acil travmatik torakotomi (hemotoraks-hemopnömotoraks-perikardial tamponad-göğüs duvarı geniş destrüktif yaralanması), 2 akciğer kanseri nedeni lobektomi +lenf nodu diseksiyonu, 1 torakotomi ile metastezektomi, 2 torakotomi ile ampiyem nedeni fibrotoraks dekortikasyon, 2 uniportal VATS ile parsiyel dekortikasyon, 5 uniportal VATS ile pnömotoraks cerrahisi (apikal wedge ile büllektomi ve plörektomi/abrazyon kombinasyonu), 2 uniportal VATS ile plevra biyopsisi, 2 skalen lenf nodu eksizyonel biyopsisi, 4 rijid ve feleksibl bronkoskopik yabancı cisim çıkarılması, 6 tanısal-biyopsili fleksibl bronkoskopi, 2 tanesi covid pozitif hasta olmak üzere 6 tane tanısal fleksibl bronkoskopi olmak üzere 24 major ve 18 minör müdahale yapıldı. Çalışmamızda pandemi başında yapılan vakalara yaklaşım ile pandeminin 5. Ayına girilirken yaklaşımdaki farklılıklar incelendi. Sonuç olarak, Covid-19 pandemisinde perifer devlet hastanesinde yaşanan göğüs cerrahisi süreci ile ilgili deneyimlerimiz bize şunu gösterdi: Vaka sürecinin ekip halinde dayanışma ile başarılı şekilde yapılabileceğini,ekipteki tüm servis-yoğun bakım-ameliyathane sürecinin dikkatli şekilde düzenlenmesi ile pandemi sürecinde vakalara devam edilebileceği ortaya kondu. İlaveten hastaların beklenmesi halinde sağlığını olumsuz olarak etkileyecek operasyonların da plan ve program içerisinde devam edilmesini önermekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, Göğüs cerrahisi, Ekip çalışması



**olgu künt toraks yaralanması**

*ağaçtan düşen 74 yaşında erkek hastadaki masif hemotoraks (1500 cc aktif drenaj) ameliyat öncesi ve sonrası filmleri (4 adet kot parçalı fraktür sütür ve eksternal yama ile sabitlendi)*

**olgu penetran toraks yaralanması**

*Kalas ile penetran toraks travması*

## EP-049

## KARANTİNA DÖNEMİNDE ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN UYKU HİJYENİ

Mustafa Saygin

Süleyman Demirel Üniversitesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, Isparta

**AMAÇ:** Bu çalışma, uyku fizyolojisi ve uyku bozuklukları dersi alan üniversite öğrencilerinin karantina dönemi ve uyku hijyeni arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla yapıldı.

**MATERYAL-METOD:** Kesitsel tipteki araştırmamız Klinik Çalışmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı. Çalışmaya uyku fizyolojisi ve uyku bozuklukları dersini alan öğrenciler dahil edildi. Veriler öğrencilerden saglikveuyku.com adlı internet sitesi üzerindeki veri tabanından Tanıtıcı Anket Formu ve Uyku Hijyeni İndeksi kullanılarak yapıldı. SPSS 22.0 versiyonu ile analizler yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik, t testi ve ANOVA analizi kullanıldı.

**BULGULAR:** Çalışmamıza toplam 130 öğrenci (Erkek: 53 (%40,8); Kadın: 77 (%59,2)) katıldı. Öğrenciler; Sağlık Bilimleri 38 (%29,2), İİBF 35 (%26,9), Mühendislik 24 (%18,5), Fen-Edebiyat 11 (%8,5), Hukuk 9 (%6,9), Mimarlık 8 (%6,2) ve İlahiyat 5 (%3,8) olarak dağılmaktaydı. Öğrencilerin yaş ortalaması  $21,02 \pm 2,23$ , Vücut kitle indeksleri  $22,25 \pm 4,64$  kg/m<sup>2</sup> ve uyku hijyeni indeksi  $20,22 \pm 7,14$  olarak bulundu. Uyku hijyeni indeksinde cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p > 0,05$ ). Uyku hijyeni indeksi Sağlık Bilimleri-İlahiyat ( $p = 0,039$ ), İİBF-İlahiyat ( $p = 0,013$ ) ve Mimarlık-İlahiyat arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p = 0,029$ ) ve indeks puanları İlahiyat Fakültesi öğrencilerinde daha düşüktü. En yüksek uyku hijyeni indeksi puanına sahip olan hukuk fakültesi olarak bulundu.

**SONUÇ:** Karantina döneminde öğrencilerin uyku hijyeni indeksinin kötü olduğu saptandı. Karantina döneminde meydana gelen olağanüstü yaşam tarzının kötü uyku hijyenine yol açtığını düşünüyorum. Bu nedenle toplumda uyku hijyeni eğitiminin yaygınlaştırılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Pandemi dönemi, Üniversite öğrencisi, Uyku hijyeni.

## EP-050

## EOZİNOFİLİK PNÖMONİLERDEN CHURGE STRAUSS SENDROMU

Gamze Yazıcı

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, BURSA

**GİRİŞ:** Churg Strauss Sendromu (CSS), küçük ve orta çaplı arter ve venleri etkileyen, astım, iki veya daha fazla akciğer dışı organı tutan, sistemik vaskülit veya periferik eozinofili ile karakterize nadir bir hastalıktır. Eozinofili sıklıkla dikkat çekici düzeydedir. Sistemik olarak, pulmoner infiltrasyon, kardiyomyopati, koroner arterit, perikardit, polinöropati (simetrik veya mononöritis multipleks), iskemik barsak hastalığı, eozinofilik gastroenterit, oküler inflamasyon, nazal perforasyon, glomerulonefrit, kutanöz nodüller ve/veya purpura görülebilen durumlardır. Kadınlarda ve erkeklerde sıklığı aynı olan hastalık genellikle 3 ve 4. dekadlarda görülür.

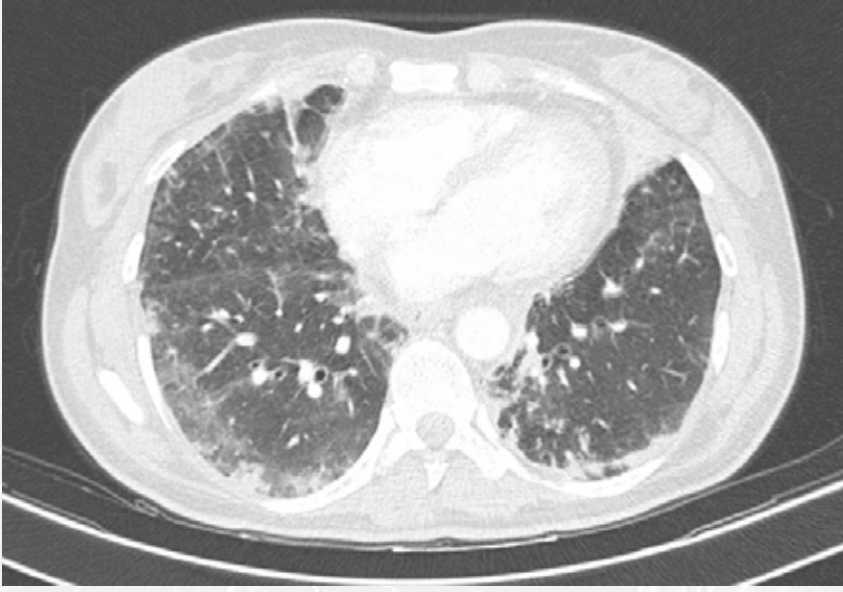
37 yaş kadın, allerjik rinit, astım komorbiditeleri, 2017'de endoskopik sinüs cerrahisi geçirme öyküsü olan hasta, 10 gündür devam eden halsizlik, ateş, öksürük şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede oskültasyonda ral, wheezing ve ronküs vardı. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 23000  $\mu$ l, Eozinofil: 7990 IU/ml, eozinofil yüzdesi %34, total IgE: 5.4 IU/ml, sedimentasyon: 62 mm/sa şeklindeydi. PA AC grafide; bilateral heterojen dansite artışı mevcuttu. Toraks BT'de her iki akciğerde yama tarzında belirsiz sınırlı asiner örnek denilecek lezyonlar, bilateral buzlu cam alanları vardı. Hastaya hipereoziofilik sendrom? ön tanısı ile ileri tetkik amacıyla kemik iliği biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu: "Eozinofilik granülositer seri elemanlarında belirgin artış gözlenen hipersellüler aspirat" şeklinde geldi. KBB tarafından vaskülit? öntanısı ile romatolojinin önerisi ile nazal biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu: "Polimorf nüveli lökosit ve eozinofil lökositten zengin eksuda materyali, iltihabi granülasyon dokusu" şeklinde sonuçlandı. Nöropati? açısından nöroloji tarafından EMG yapıldı: "Bulgular duyuşsal ve motor iletimi etkilemiş asimetrik özellikler gösteren bir polinöropati ile uyumludur" şeklinde geldi. Yapılan tüm tetkikler sonucunda: astım, periferik eozinofili, yer değiştiren pulmoner infiltratlar, paranazal sinüs anormalliği, polinöropati kriterlerini karşılayan hastaya (6 kriterden 5'ini karşılaması sebebiyle) Churge Strauss Sendromu tanısı kondu. Üç gün art arda 500 mg pulse steroid, sonrasında kilosuna uygun olarak 1 mg/kg (60 mg prednol iv) ile tedavisi başlandı. Tedavi ile birlikte hastanın semptom ve bulguları tama yakın düzeldi. PA AC grafisinde belirgin regresyon izlendi.

**SONUÇ:** Astım, periferik eozinofili, yer değiştiren pulmoner infiltratlar, paranazal sinüs anormalliği, nöropati (poli veya mono), ekstrasvasküler eozinofili olan damar içeren biyopsiden 4'ünün olması durumunda Churge Strauss Sendromu tanısı konulmaktadır.

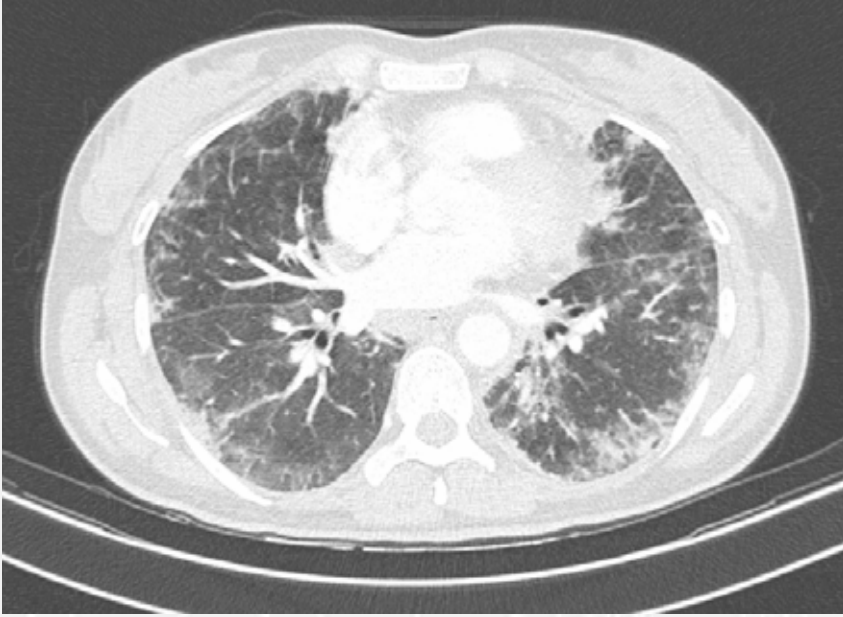
**Anahtar Kelimeler:** churge strauss, eozinofilik pnömoni, periferik eozinofili



CT



CT



## EP-051

## AKCİĞER KANSERİNİ TAKLİT EDEN PULMONER AKTİNOMİKÖZ OLGUSU

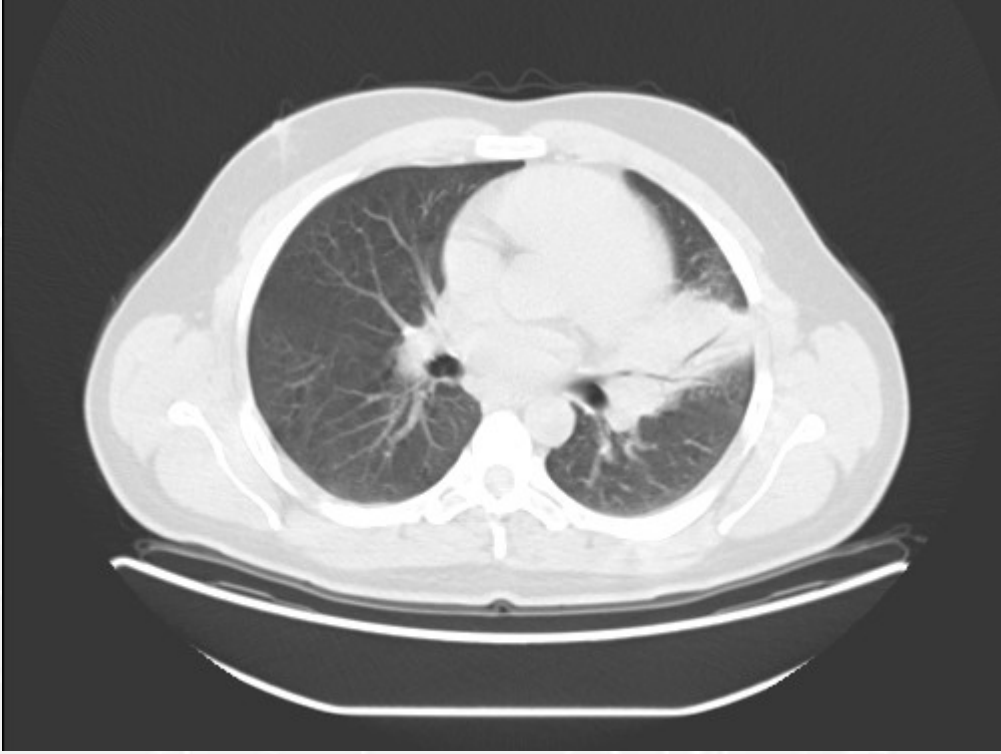
Yasemin Söyler, Nevin Taci Hoca, Mine Ünal, Feza Uğurman

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

Aktinomikoz; filamentöz, gram pozitif, anaerobik bakterilerin neden olduğu nadir görülen, kronik granülomatöz bir hastalıktır. Vücuttaki yerleşimine göre farklı formları olup klasik formu serviko-fasiyal tiptir (%50), bunu takiben abdominal tutulum (%20) ve torasik tutulum (%15-20) görülür. Kesin tanısı aktinomiçes sülfür granüllerinin histolojik olarak ya da kültürde tanımlanmasıyla konulabilir. Kültür pozitiflik oranı düşük olup literatürde çoğu olgunun tanısı klinik ve histopatolojik bulgulara dayanmaktadır. En sık *Actinomyces israeli* olmak üzere insanlarda patojen olarak saptanabilen 6 üyesi vardır. 28 yaşında erkek hasta, hemoptizi nedeni ile dış merkezde tetkik edilmiş, fiberoptik bronkoskopi (FOB) ve endobronşial ultrasonografi yapıp tanısız olmasının nedeni ile ileri tetkik amacıyla hastanemize yönlendirilmişti. Hemoptizinin ilk olarak 3 ay önce yaklaşık 400cc olduğu, sonrasında 1 ay önce tekrar ettiği öğrenildi. Ek hastalığı, düzenli kullandığı ilaç, alkol ve sigara kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde dış çürükleri dışında patolojik bulgu saptanmadı. Rutin kan kontrollerinde sedimentasyon ve CRP'de hafif yükseklik dışında patolojik değer yoktu. PA AC grafisinde sol akciğer, alt zonda kalp komşuluğunda sınırları belli olmayan dansite artışı izlendi. PET-BT'de sol akciğer linguler segmentte hilustan periferik uzanım gösteren, kitle görünümü kazanmış konsolidasyon alanında ve mediastinal lenf nodlarında (sol hiler 2,2 cm) artmış metabolik aktivite tutulumları saptandı (Resim 1). FOB yapıldı, lingula ayrım karinası geniş, lingula girişinden itibaren yaygın mukozal milimetrik lezyonlarla infiltrate görünümde ve daralmış izlendi. Linguladan bronş lavajı alındı, sitoloji, kültür ve ARB gönderildi. Üreme olmadı. FOB biopsi sonucu aktif kronik inflamasyon bulguları ve aktinomiçes kolonizasyonu olarak sonuçlandı. Hastaya klinik, radyoloji ve patoloji sonuçlarıyla aktinomiçes enfeksiyonu tanısı konularak amoksisilin tedavisi başlandı ve takibe alındı. 3 ay sonra belirgin pulmoner şikayeti yoktu, radyolojik kontrolde lezyonda gerileme izlenmekte idi (Resim 2). Pulmoner aktinomikozun tanısı zordur ve immun yetmezliği olmayan bir erişkinde enfeksiyon kaynağı olması nadir bir durumdur. Klinik ve radyolojik olarak tüberküloz, akciğer apsesi veya akciğer kanserini taklit edebilir. Bu benzerlikler genellikle yanlış tanıya veya tanıda gecikmeye neden olur. Biz olgumuzu akciğer kanseri araştırılan bir hastada ayırıcı tanıda aktinomikozların da akıldan tutulması için sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** aktinomikoz, enfeksiyon, kanser

Resim 1.

*PET-BT kesiti: Kitle görünümü kazanmış konsolidasyon alanı*

Resim 2.



TEDAVİ ÖNCESİ



TEDAVİ SONRASI

*Tedavi öncesi ve tedavi sonrası PA AC grafisi*



## EP-052

## COVID-19 PNÖMONİSİ SONRASINDA GELİŞEN PULMONER FİBROZİS OLGUSU

Ayşe Çifci<sup>1</sup>, Deniz Çelik<sup>1</sup>, Murat Yıldız<sup>1</sup>, Sertan Bulut<sup>1</sup>, Sezgi Şahin Duyar<sup>1</sup>, Yusuf Taha Güllü<sup>2</sup>

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

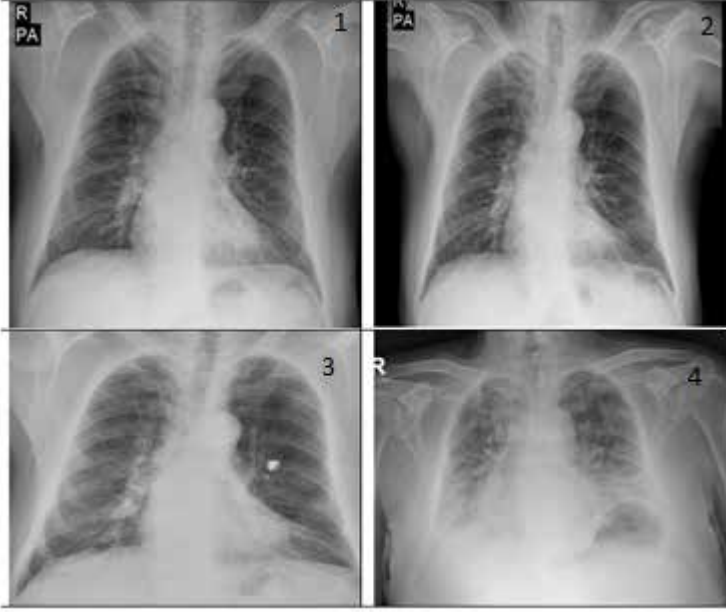
<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Samsun

**OLGU:** 68 yaşında erkek hasta 27/06/2020 tarihinde viral pnömoni (COVID-19 PCR pozitif) tanısıyla dış merkezde yoğun bakımda yatırılarak azitromisin, favipiravir, hidroklorokin, 3 doz immunplazma, kolimisin, imipenem-silastin, tigesiklin tedavileri uygulanmış. Spesifik tedavi sonrası yüksek akım oksijen (HFNO) gereksiniminin devam etmesi nedeniyle Toraks BT çekilmiş. Her iki akciğerde yaygın amfizomatöz değişiklikler ve alt lob subplevral alanlarda fibrotik değişiklikler raporlanmış. Fibrozis öntanısıyla ileri tetkik için hastanemize 112 ile nakil edildi. Üçüncü basamak yoğun bakım sonrası HFNO ihtiyacı nedeniyle GYBÜ'ne nakil alındı. Öyküsü derinleştirildiğinde COVID-19 pnömonisi öncesi bronkodilatatör tedaviyle normal sosyal aktivitelerine devam ettiği, 50 yıl kalaycılık yaptığı aynı zamanda 45 paket/yıl sigara içtiği öğrenildi. 2016'da İAH açısından araştırıldığı, toraks BT çekildiği, eşlik eden KOAH, HT ve KAH için tedavi kullandığı öğrenildi. Kabul fizik muayenesinde bilateral alt zonlarda yaygın raller mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvarında hafif CRP yüksekliği dışında anormal bir sonuç izlenmedi. Hastaneye ilk kabulünde alınan balgam kültüründe Klebsiella pneumoniae üremesi olması üzerine duyarlı olduğu sulbactam-sefaperazon ile tedavisi 10 güne tamamlandı. GYBÜ'nde 2 gün HFNO devam edilen olguda daha sonra 5-6lt/dk akımda nazal O<sub>2</sub> tedavisine geçildi. Yatışında başlanan metilprednisolon dozu tedricen 16 mg/gün dozuna düşüldü. Doz düşüşünü tolere etti. 5 lt/dk akımda nazal O<sub>2</sub> alırken alınan AKG'de pH:7,54 PaO<sub>2</sub>:53,9 mmHg PaCO<sub>2</sub>:27,9 mmHg idi. Raporlanan konsantratör cihazı ile 5 lt/dk akımda nazal O<sub>2</sub> ile SpO<sub>2</sub> %88-92 civarında seyretti. Klinik olarak stabil izlenmesi üzerine USOT, medikal ve kortikosteroid tedavisi ile intertisyel akciğer hastalıkları polikliniğine iki hafta sonra başvurmak üzere taburcu edildi. Taburculuk öncesi olgunun 2016-2018-2019 ve 2020 direk grafilere ve 2016-2020 toraks BT'leri incelendiğinde izlenmekte olan fibrozisin viral pnömoni sonrasında geliştiği görüldü. İAH? Stannozis? KOAH zeminlerinde viral pnömoni sonrasında fibrozis gelişen olguyu tartışmak üzere sunmayı planladık.

**TARTIŞMA:** Aralık 2019'da, başta solunum yolu enfeksiyonu olmak üzere çok çeşitli semptomlara neden olan yeni bir koronavirüs olan SARS-CoV-2 ortaya çıktı. Hastalığın seyri asemptomatik hastalıktan solunum yetmezliğine kadar değişebilmektedir. Pulmoner fibrozis, akut ve kronik interstisyel akciğer hastalıklarının patolojik bir sonucudur. Hasar görmüş alveolar epitelin başarısız rekonstrüksiyonu, fibroblastların, kollajen ve diğer hücre dışı matriks bileşenlerinin aşırı birikimi ve normal akciğer yapısının bozulması ile karakterizedir. COVID-19 pnömonisi sonrasında pulmoner fibrozis gelişebilmektedir, bu durumun risk faktörlerinin saptanması ve tedavisi konusunda çalışmalar sürmektedir.

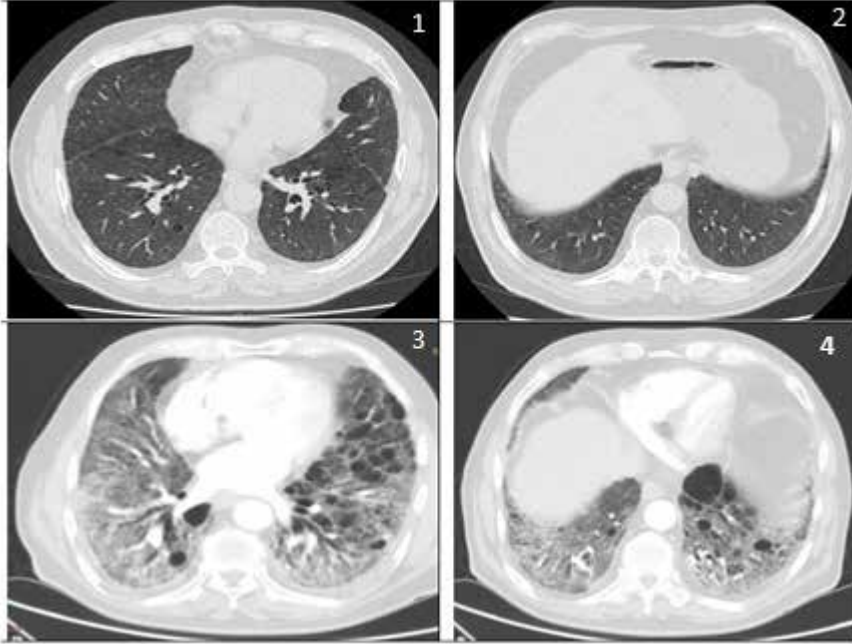
**Anahtar Kelimeler:** COVID-19 pnömonisi, Diffüz parankimal akciğer hastalığı, Pulmoner fibrozis,

Resim 1.



1. 29/11/2016 tarihli akciğer grafisi 2. 05/12/2018 tarihli akciğer grafisi 3. 30/10/2019 tarihli akciğer grafisi 4. 10/08/2020 tarihli COVID-19 sonrası taburculuk akciğer grafisi

Resim 2.



Resim 1 ve 2. 14/12/2016 tarihli Toraks BT kesit örnekleri Resim 3 ve 4. 21/07/2020 tarihli fibrozis olarak raporlanan COVID-19 pnömonisi sonrası Toraks BT kesit örnekleri

## EP-053

## GÖĞÜS HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN İNHALER CİHAZLARIN KULLANIM DURUMLARININ ARAŞTIRILMASI

Hülya Bulut<sup>1</sup>, Sibel Arabacı<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>İzmir Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi

**AMAÇ:** Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı tedavisinde kullanılan inhaler cihazlar, hastalar tarafından yaygın olarak yanlış kullanılmaktadır. Çalışmanın amacı; inhaler cihazların hatalı kullanım oranlarını belirlemek, yanlış kullanıma etkili olabilecek eğitim alma durumunu değerlendirmektir.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Haziran 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında Manisa'da bir ilçe devlet hastanesinde Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran, daha önceden inhaler tedavi verilmiş ve 1 aydan uzun süredir inhaler ilaç kullanan 150 hasta çalışmaya alındı. Örneklem sayısı power analizi ile hesaplandı. Olgular rastgele örnekleme yöntemiyle seçildi. Hastaların sosyo-demografik, klinik özellikleri ve cihaz kullanım durumlarını içeren sorular soruldu. Verilerin analizinde ortalama, frekans ve standart sapma kullanıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 150 hastanın yaş ortalaması 44.12± 12.28. Hastaların %62'si erkek, %65.33'ü evli, %46.67'si ilköğretim mezunu, %46.67'si emekli, %48'inin geliri kısmen yeterli, %76.67'si ilçe de yaşıyor. Hastaların %70'i sigara kullanıyor. Hastaların ortalama hastalık süresi 11,53 ± 8,4 yıl ve %63,33'ünün hastalığı 4 yıl ve üzerindedir. Hastaneye yatış sıklığına bakıldığında %80'ini hastaneye yatmamıştır. Hastaların kullandığı cihazlar; diskus %44,67, inhaler kapsül %33,33, turbuhaler %26,67, easyhaler %20, ÖDİ %8'dir. Kullandığı cihazdan fayda gördüğünü ve memnun olduğunu söyleyenlerin oranı %65,33'dür. Tüm hastaların ancak %38,67'si inhaler cihazını doğru olarak kullanabiliyor. %35,06'si cihazı tamamen (etken medde bronş mukozasına yeterli düzeyde ulaşmayacak şekilde) yanlış kullanıyor, %26,27'si kısmen hatalı kullanıyor. Hastaların 105'i (%70) inhaler cihaz eğitimi almıştır.

**SONUÇLAR:** Bu çalışmada inhaler cihaz doğru kullanım oranı düşük çıkmıştır. Bu çıkan sonucun nedeninin inhaler cihaz eğitimi vermek için emek ve zaman gereksinimine ve yoğun poliklinik şartlarında hasta başına düşen zamanın kısıtlı olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Astım, KOAH, Inhaler Cihazlar



## EP-054

## GÖĞÜS SERVİSİNDE YATAN HASTALARIN AĞRI DURUMLARININ ARAŞTIRILMASI

Hülya Bulut, Muazzez Selçuk

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

**AMAÇ:** Ağrı vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, bireyin geçmiş deneyimleriyle ilgili, duyuşsal veya emosyonel hoş olmayan bir deneyimdir. Ağrı, insanların yaşam kalitesini önemli ölçüde etki ederek yaşam kalitesini düşüren akut veya kronik olarak meydana gelen bir semptomdur. Ağrının kontrolünde kullanılan farmakolojik ajanlarda analjeziklerdir. Çalışmamız göğüs servisinde yatan hastaların ağrı tedavisi ve analjezik kullanım durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** İzmir'de bir eğitim ve araştırma hastanesinin göğüs servislerinden birinde yatan hastalarla 01 Ocak 2019- 31 Ocak 2020 tarihleri arasında yapılan retrospektif ve tanımlayıcı bir çalışmadır. HBYS ve arşivlerdeki dosyalardan veriler alınmıştır. Çalışmamızda, hastalarının demografik özellikleri, hastanede yatış süresi, algoloji konsültasyonu ve analjezik kullanımları araştırılmıştır. Veriler yüzdelik dağılım, bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi, kruskal wallis varyans analizi ve pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı kurumundan izin alınmıştır. Yanılma olasılığı  $p < 0.05$  olarak alındı.

**BULGULAR:** Çalışmamızda toplam 1200 hasta incelenmiştir. Hastalar yaş ortalaması  $63.28 \pm 12.28$ 'dür. Hastaların %67.4'si erkek, %32.6'i kadındır. Sigara kullanma oranı %52.6'dır. Ortalama yatış gün sayısının  $6.8 \pm 6.9$  gün olduğu saptandı. Hastaların % 28.8'si malignite, %71.2'ü malignite dışı tanılıdır. Hastaların %73.7'si ağrı kesici kullanmıyor, %14.8'si nonopioid, %7.6'sı zayıf opioid, %3.9'si güçlü opioid kullanıyor. Hastaların %22.16'sı visseral, %2.57'sinin mix ağrısı vardır. Hastaların %3.64'sinin algoloji konsültasyonu vardır. %8.58'un ağrı skalası 4-7 arasındadır. Hastaların ağrı kesici kullanımları ile tanıları arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır ( $p < 0.05$ ).

**SONUÇ:** Araştırmamızdan elde edilen sonuca göre ağrısı olan hastalarda analjezik kullanımı önemli bir etkiye sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı, Ağrı Tedavisi, Analjezik Kullanımı

## EP-055 STOMALI HASTALARDAKİ UYKU KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Hülya Bulut<sup>1</sup>, Bilge Salman<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

**GİRİŞ:** Türkiye kanser istatistikleri 2016 verilerine göre ise kolorektal kanser; erkeklerde en çok görülen 10 kanser türü arasında hem erkeklerde hem de kadınlarda 3. sırada yer almaktadır. Artan kanser insidanslarına paralel olarak uygulanan cerrahi girişimlere bağlı olarak stoma açılması yaygınlaşmaktadır. Stoma hastaların yaşam kalitesinde değişikliklere neden olmaktadır. Bilindiği gibi uyku, temel bir biyolojik fonksiyondur ve yaşam için oldukça gereklidir. Bu çalışma bireylerin fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlığı için kritik önemi olan uykunun, stomalı bireylerde nasıl olduğunu ve etkileyen etmenleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

**YÖNTEM:** Bu araştırma kesitsel bir araştırmadır. Araştırma verileri 01.01.2019-31.12.2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evren ve örneklemini belirlenen 1 yıllık süre içinde Stomaterapi ünitelerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 stomalı birey oluşturmuştur. Araştırma verileri anket yöntemi ile toplanmış, 16 sorudan oluşan Stomalı Bireyleri Tanılama Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ) kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Araştırmaya katılan stomalı hastaların, yaş ortalaması  $43.75 \pm 12.72$ , %60.5'i erkek, %60.5'nin kronik bir hastalığı yoktu ve %32.5'inin beden kitle indeksi  $18.2-24.9$  kg/m<sup>2</sup> aralığındaydı. Bireylerin stoma özellikleri incelendiğinde, %56.9'unun ileostomisi vardı ve %72.5'inin stoması geçiciydi. Bireyler, ortalama  $19.70 \pm 44.60$  aydır stoma ile yaşamakta, %40'ı stoma bakımında destek almakta, %62.5'inin herhangi bir stoma komplikasyonu yoktu. Bireylerin, PUKÖ toplam puan ortalaması,  $7.35 \pm 4.38$  (min:1-max:15) olarak bulunmuştur. Uyku kalitesi toplam puanı ile bireylerin sosyodemografik ve stoma özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

**SONUÇ:** Araştırmaya katılan stomalı hastaların uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal kanser, Stomalı Hastalar, Uyku Kalitesi

## EP-056

## RİVAROKSABAN KULLANIMI SONUCU PSOAS KASINDA GELİŞEN HEMATOM

Aysel Sünnetçioğlu

Yüzüncü yıl Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü

**GİRİŞ:** Yeni jenerasyon oral antikoagülanların (YOAC) kanama açısından varfarine göre daha güvenli olduğu gösterilmiş olsa da özellikle 65 yaş üzerinde olan ve böbrek yetmezliği bulunan hastalarda kanama komplikasyonları görülebilmektedir.

**OLGU:** HT, kalp yetmezliği ve Non Valvüler Atriyal Fibrilasyon öyküsü olan ve 2 yıldır rivaroksaban 20mg/gün kullanan 67 yaşında bayan hasta nefes darlığı, öksürük, karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede sağ skapula altında ral, batin muayenesinde karın üst kadranda hassasiyet vardı. Hastada uzamış protrombin zamanı, artmış INR ve kreatin değeri saptandı. Batin Bilgisayarlı tomografide sol psoas kası içinde yaklaşık 9x8 cm boyutunda hematoma tespit edildi.(şekil1). Böbrek yetmezliği nedeniyle rivaroksaban kesildi.

**SONUÇ:** Biz burada rivaroksaban kullanımı sonucu psoas kasında hematoma gelişen bir vaka sunduk. Son zamanlarda yaygın olarak kullanılan YOAC'lar yaşlılar ve özellikle böbrek yetmezliği olan hastalara başlanıldığında, bu hastalar kanama komplikasyonları nedeniyle dikkatli izlenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Rivaroxaban, psoas kası, hematoma

## şekil.1



Psoas kası içinde hematoma bilgisayarlı tomografi kesiti



## EP-057

## COVID-19 PNÖMONİSİNİ TAKLİT EDEN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS VAKASI

Ece Şahinoğlu<sup>1</sup>, Serap Argun Barış<sup>1</sup>, Sevtap Doğan<sup>2</sup>, Aynur Karadenizli<sup>3</sup>, İlknur Başyigit<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

<sup>3</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Koronavirüs-19 hastalığı dünya genelinde yaygın, yüksek ölüm oranı olan bir acil durumdur. Tanı için COVID-19 pnömonisi ile uyumlu radyolojik bulguların yanısıra real-time PCR sonucunun pozitifliği de gereklidir. 63 yaşında akciğer kanseri ve sistemik lupus eritematozus (SLE) tanıları olan ve tarafımıza öksürük ve dispne ile başvuran bir kadın hastayı burada sunduk. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğer parankiminde COVID-19 pnömonisi ile uyumlu olan yaygın buzlu cam dansiteleri saptandı. Hastadan iki kez gönderilen real-time COVID-19 PCR negatif olarak raporlandı. Hidroksiklorokin, azitromisin ve piperasilin-tazobaktam tedavisi sonrası anlamlı radyolojik yanıt alınamadı. SLE'nin akciğer tutulumu olabileceği düşünülerek metil prednizolon başlanması ardından klinik ve radyolojik yanıt alındı. Pandemi döneminde COVID-19 ayırıcı tanısı oldukça zordur.

**Anahtar Kelimeler:** Sistemik Lupus Eritematozus, COVID-19, Pnömoni, Ayırıcı Tanı

## figür 2



*Bilateral akciğer parankiminde yaygın buzlu cam dansiteleri ve bronşektazi*

figür 5



*Eski buzlu cam alanları kaybolmuş (Kortikosteroid tedavi sonrası)*

## EP-058

**MALİGN HAVA YOLU DARLIĞI NEDENİ OLARAK PRİMER TRAKEABRONŞİYAL ADENOİD KİSTİK KARSİNOM**

Sertan Bulut<sup>1</sup>, Zafer Aktaş<sup>1</sup>, Çiğdem Biber<sup>1</sup>, Deniz Çelik<sup>1</sup>, Yetkin Ağaçoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

**GİRİŞ:**Trakeobronşiyal adenoid kistik karsinomlar (AKK) 2015 WHO akciğer tümörü sınıflamasına göre; primer akciğer kanserlerinin tükrük bezi tümörleri sınıfının subtipinde yer alan, yavaş büyüyen, diğer akciğer kanseri tiplerine göre daha iyi sağkalım oranlarına sahip,tüm akciğer malignitelerinin %0,04- 0,2'sini oluşturan bir tümördür. 2/3'ü trakeadan, 1/3 bronşiyal sistemden kaynaklanır. AKK, havayollarında submukozal alanda yer alan bronşiyal sekretuar hücrelerden köken alır. Histolojik görünüm kesin tanı koydurma imkanı sağlamakta birlikte küçük biyopsi örneklemesinde adenokarsinom, küçük hücreli karsinom, bazaloid karsinom, ve lenfomadan ayırt etmek zorlaşabilir. Kemosenitif bir tümör değildir. Primer tedavisi üzerinde net bir görüş olmamakla birlikte cerrahi ve ardından en az 60 Gy olacak şekilde radyoterapidir. Bizim olgumuzda hava yolu darlığı nedeniyle rijit bronkoskopi yardımcı girişimsel işlem ile tümör rezeksiyonu yapılan ve primer AKK tanısı koyduğumuz olgumuzu sunuyoruz.

**OLGU:** Öncesinde bilinen bir pulmoner hastalığı veya şikayeti olmayan 50 yaş erkek olgunun 6 aydır giderek artan nefes darlığı,hırıltıları başlamış, 2-3 kat merdiveni çıkamaz hale gelmesi ve sürekli hırıltı balgam yakınmalarının olması üzerine Haziran 2020'de doktor başvurusunda bulunmuş. PA akciğer grafisinde (şekil1A) özellik olmayan olgunun Toraks BT incelemesinde trakeal sütunu belirgin daraltan mikst tipte lezyon (Şekil1B) mevcuttu. 15 paket/ yıl sigara içme öyküsü, eşlik eden oral antidiabetikle regüle diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı vardı. Fizik muayenesinde; dinlemekle belirgin stridor ve oskültasyonda ekspirium sonu yer yer ronküsleri vardı. Laboratuvar değerleri tablo1'dedir. PET/BT'de mediasten girimi düzeyinde trakea sol lateralinde hava sütununu büyük oranda daraltan ve trakea anterioruna uzanan, özefagusun sınırları ayırt edilemeyen, yaklaşık 30x25x28mm boyutlu yumuşak doku lezyonunda ılımlı metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:3,77) mevcut olup başka odakta tutulum saptanmadı. Tanı ve tedavi amaçlı girişimsel bronkoskopik işleme alındı. Rijit bronkoskopi ile trakeaya girildi. Trakea ortasında trakeayı %90 daraltan mikst lezyonunun (şekil2A) EBL kısmı 60watt APC ile koterize edilerek mekanik rezeksiyonla çıkarıldı. Rezidü duvar lezyonlarına APC ile koterizasyon yapıldı. İşlem sonrası trakea %85 oranında açıldı (şekil2B). İşlem sırasında ve işlem sonrasında komplikasyon saptanmadı. Çıkarılan parçalar patolojiye gönderildi. Patolojik tanı adenoid kistik karsinoma ile uyumludur şeklinde raporlandı. Olgumuz bu aşamada medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi ve cerrahi açıdan değerlendirildi.Girişimsel bronkoskopik tedavi sonrası Küratif Radyoterapi başlanan olgumuzun tedavisi hala devam etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Trakeabronşiyal Adenoid Kistik Karsinom, Nefes darlığı, Girişimsel Bronkoskopi, Stridor



## Adenoid Kistik Karsinom



Resim1A



Resim1B: Trakeadaki belirgin daralma

Toraks BT kesitinde belirgin Trakeal daralma

## adenoidkistikarsinom,RIJİDöncesi/sonrası



Resim2A



Resim2B

**Adenoid Kistik Karsinom Laboratuvar değerleri**

|   |                        |
|---|------------------------|
| Löosit ( $\times 10^3/\mu\text{L}$ ),   | 4360 (4,6-10,2)        |
| Hemoglobin ( gr/dL )                    | 13,6                   |
| Hemotokrit %                            | 39,6                   |
| Trombosit ( $\times 10^3/\mu\text{L}$ ) | 134000 (142000-424000) |
| BUN (mg/dL)                             | 15                     |
| Kreatinin (mg/dL)                       | 1,14                   |
| AST (IU/L)                              | 13                     |
| ALT IU/L)                               | 13                     |
| CRP (mg/L)                              | 0,33                   |
| Sedimentasyon (mm/saat)                 | 17                     |
| EF (%)                                  | 57                     |
| SPAP (mmHg)                             | 17                     |

## EP-059

**COVID-19 HASTALARININ PULSE OKSİMETRE İLE ÖLÇÜLEN OKSİJEN SATURASYON DEĞERLERİNİN KAN GAZI ANALİZİNDEN DAHA DÜŞÜK ÖLÇÜLDÜĞÜNÜN GÖZLEMLENMESİ: VAKA SERİSİ**

Celal Satıcı<sup>1</sup>, Mustafa Asım Demirkol<sup>1</sup>, Mustafa Alkan<sup>2</sup>, Sinem Nihal Esatoglu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, İstanbul, Türkiye

Dijital nabız oksimetresi hızlı bir noninvaziv testtir ve arteriyel oksijen saturasyonunu tahmin etmek için kullanılır. Bununla birlikte, hareket artefaktı, hipotansiyon, oje, koyu cilt pigmentasyonu ve venöz titreşimler gibi bir dizi nedenden dolayı olduğundan daha düşük sonuçlar verebilir. Takip ettiğimiz ortalama (SS) yaş  $65,7 \pm 17,0$  olan 17 hastanın 10'u (% 58,8) erkekti. Nabız oksimetresi ve arteriyel kan gazı analizi ile ölçülen oksijen saturasyon düzeylerinin bulguları Tablo'da gösterilmiştir. Son zamanlarda ciddi akut solunum sendromu koronavirüs-2'nin (SARS-CoV-2) neden olduğu Koronavirüs hastalığı (COVID-19) olan ve dijital nabız oksimetresi tarafından yanlış olarak düşük oksijen saturasyonu tespit edilen bir dizi hastayla karşılaştık. Viral enfeksiyona bağlı iltihaplanma ile hiper pıhtılaşma arasındaki ilişki zaten bilinmektedir. Endotel hücre tutulumunun, farklı vasküler yataklarda bozulmuş mikro dolaşım fonksiyonunun olası bir nedeni olduğu ileri sürülmüştür. Ciceri ve meslektaşları yakın zamanda "Mikrovasküler COVID-19 akciğer damarları obstrüktif tromboinflamatuvar sendrom (MicroCLOTS) olarak adlandırılan yeni bir hipotez önerdiler. Bu hipotez şu bulgulara dayanıyordu: İlk olarak, SARS-CoV-2, reseptör anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 yoluyla endotel hücrelerine girer. İkincisi, virüsün replikasyonu, pro-enflamatuar sitokinlerin salınmasına ve makrofajların aktivasyonuna ve endotelial hücrelerde kompleman kademmesine neden olur. Kompleman kaskadının aktivasyonu, daha fazla immün yanıtı, doku hasarını ve mikrovasküler trombozu tetikler. Üçüncüsü, mikrovasküler tromboz ile endotel hasarının ilerlemesi akciğerde lokal olarak yayılabilir ve potansiyel olarak birkaç organın mikrovasküler yatağına kadar uzanır. Olgu serimizde tüm hastalar hemodinamik olarak stabildi ve klinik hipoperfüzyon bulgusu yoktu. Ayrıca hiçbir hastada anemi, hipotermi, oje, pigmente deri, disemoglobinemi ve hiperbilirubinemi yoktu. Nabız oksimetre probunun uygunsuz şekilde yerleştirilmesi gözlemimizin bir sınırlaması olsa da, farklı nabız oksimetre cihazlarıyla tekrarlanan ölçümler tutarlıydı. Nabız oksimetresi ve arteriyel kan gazı analizi arasındaki uyumsuzluğun, akciğerle sınırlı olmayan yaygın mikrovasküler trombozu da gösterebileceğini ve MicroCLOTS hipotezini daha da destekleyebileceğini ileri sürüyoruz. Ayrıca oksijen saturasyonu, COVID-19 yönetiminde önemli bir izleme aracıdır. Bazı hastalar sessiz hipoksemi yaşayabilir ve evde nabız oksimetresi taramasının COVID-19 pnömonisi için bir erken uyarı sistemi sağlayıp sağlamayacağı konusunda devam eden bir tartışma vardır. Bununla birlikte, arteriyel kan gazı analizi, arteriyel oksijen saturasyonunu değerlendirmek için daha uygun görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, nabız oksimetresi, oksijen saturasyonu, vasküler hiperinflamasyon



**Findings of Oxygen Saturation Measured by Pulse Oximeter and Arterial Blood Gas**

|            | FiO <sub>2</sub> levels applied | Oxygen saturation (Pulse oximeter) | Oxygen saturation (Arterial blood gas) |
|------------|---------------------------------|------------------------------------|--|
| Patient 1  | 0.21                            | 84%                                | 95%                                    |
| Patient 2  | 0.44                            | 82%                                | 97%                                    |
| Patient 3  | 0.50                            | 79%                                | 93%                                    |
| Patient 4  | 0.44                            | 80%                                | 95%                                    |
| Patient 5  | 0.21                            | 84%                                | 95%                                    |
| Patient 6  | 0.52                            | 70%                                | 99%                                    |
| Patient 7  | 0.21                            | 87%                                | 97%                                    |
| Patient 8  | 0.37                            | 85%                                | 94%                                    |
| Patient 9  | 0.37                            | 85%                                | 94%                                    |
| Patient 10 | 0.40                            | 83%                                | 95%                                    |
| Patient 11 | 0.34                            | 87%                                | 95%                                    |
| Patient 12 | 0.52                            | 80%                                | 93%                                    |
| Patient 13 | 0.37                            | 80%                                | 97%                                    |
| Patient 14 | 0.21                            | 85%                                | 92%                                    |
| Patient 15 | 0.21                            | 89%                                | 95%                                    |
| Patient 16 | 0.34                            | 80%                                | 94%                                    |
| Patient 17 | 0.34                            | 85%                                | 91%                                    |

## EP-060

**KRONİK Q ATEŞİ HASTALIĞININ TEDAVİ SONRASINDA GELİŞEN HODGKİN LENFOMA OLGUSU**

Gülgün Çerçi, Emine Bahar Kurt, Melike Bağnu Yücege

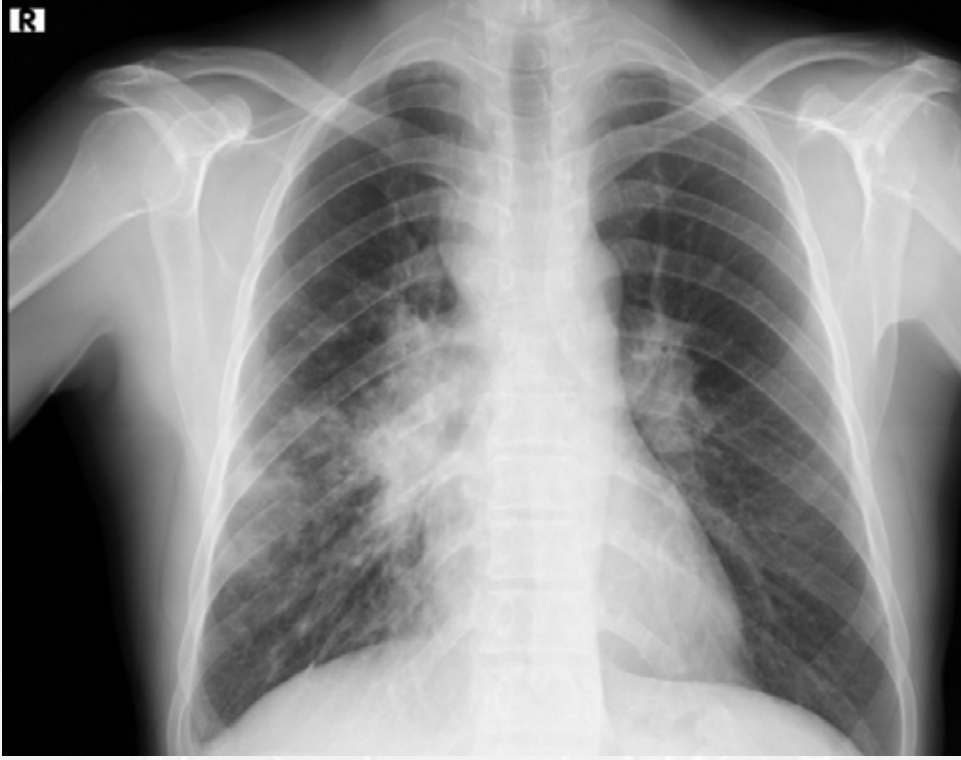
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

**GİRİŞ:** Q ateşi hücre içi gram negatif bakteri olan *Coxiella burnetii* tarafından oluşturulan, klinik belirtileri geniş, zoonotik bir hastalıktır. Bakteri insanlara rezervuarı olan koyun, keçi ve sığırlardan bulaşır. Vakaların %60'ı asemptomatik seyrederken %1-5'inde hastalık kronikleşmektedir. İmmünosupresyon, malignite, gebelik ve kalp kapak patolojileri kronikleşme için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Burada dış merkezde kardiyak tutulumu da olan kronik Q ateşine yönelik tedavi almış, sonrasında gelişen hodgkin lenfoma tanılı hasta sunuldu.

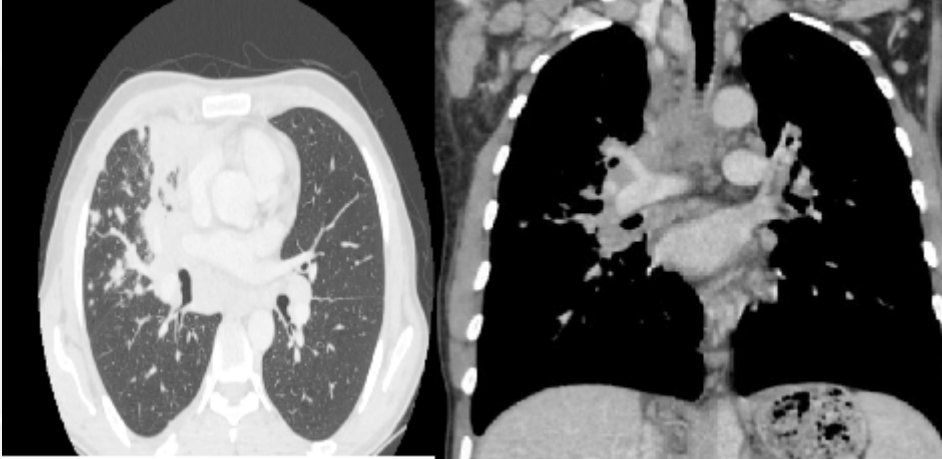
**OLGU:** M.E. 44 yaşında çiftçilik ve hayvancılık yapan erkek hasta, sığır kesimi esnasında yüzüne kan sıçramasından 2 ay sonra başlayan bulantı, kusma, kuru öksürük, gece terlemesi, ateş, kilo kaybı şikayetleriyle enfeksiyon hastalıklarına başvuruyor. Klinik bulgular, maruziyet öyküsü, *Coxiella* seroloji tetkiklerinde faz 1 Ig G titresi yüksekliği ile q ateşi lehine değerlendirilmiş. Ekokardiyografide perikardiyal effüzyon saptanmış ve kardiyak tutulumu kabul edilerek doksisisiklin ve siprofloksasin tedavisi başlanmış. O dönemde torako-abdominal BT sinde patolojik bir bulgusu yokmuş. Sekiz ay sonra *Coxiella Burnetii* faz 1 Ig G titresi 1/64 e düşmesi ve stabil kalması, şikayetlerinde gerileme olması nedeniyle tedavi sonlandırılmış. Tedavi bitiminden 1 ay sonra kuru öksürüğün artması, kilo kaybı, ateş şikayetlerinin tekrar başlaması, boyun, koltuk altı ve inguinal bölgelerde ağrılı, ele gelen LAP'(lenfadenopati) ların tespit edilmesi ve toraks BT'de sağda yeni gelişen konsolidasyon, nodüler opasiteler özellikle ön mediasten yerleşimli LAP'ları olması nedeniyle kronik Q ateşi pnömonisi, tüberküloz, malignite ön tanılarıyla tarafımıza yönlendirildi. Hastaya bronkoskopi ve EBUS işlemi sonunda mikobakteri pcr ve *coxiella* pcr negatif bulundu. Sağ boyun LAP'ından yapılan biyopsi sonucu nodüler sklerozan tip hodgkin lenfoma lehine geldi. PET CT de akciğer parankimi, mediasten ve batındaki LAP tutulumları olan hasta evre 4 Hodgkin lenfoma kabul edilip tedavi ve takip için hematoloji servisine devredildi.

**SONUÇ:** Q ateşi hastalığının seyrinde klinikteki değişmelerin kronikleşme diye basite alınmayarak, yeni gelişen atipik lezyonlara tanısal işlem yapılması ile tamamen farklı ve tedavi edilebilir bir hastalık ortaya konmuştur. Literatürde Q ateşi ve lenfoma ilişkisi gösterilen çok vaka olduğu düşünülecek olursa kronik Q ateşi hastalarında bu hastalığa zemin hazırlayabilecek ek hastalıkları da gözden geçirmek yerinde olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Ateş, Burnetii, *Coxiella*, Hodgkin, Lenfoma, Tüberküloz

**30.06.20 İlk Başvuru Akciğer Direkt Grafisi**

Hastanın tarafımıza ilk başvuru direkt akciğer grafisi. Mediastendeki genişleme sağ hilusta daha belirgin olarak görülmektedir.

**30.06.20 İlk Değerlendirme Tomografisi**

Hastanın tarafımıza başvurduğundaki istenilen tomografi. Mediastende lenfadenopati ve sağ orta zonda nodüler opasiteler dikkat çekmektedir.



## EP-061

**CAPTAIN: YETERSİZ KONTROLLÜ ASTIMDA GÜNDE BİR KEZ, TEK İNHALERDE FLUTİKAZON FUROAT/UMEKLİDİNYUM/VİLANTEROL'ÜN (FF/UMEC/VI), FF/VI'YE GÖRE ETKİLİLİĞİNİN ASTIM KONTROL TESTİNDE DEĞİŞİKLİK VE TROUGH FEV<sub>1</sub> İLE İLİŞKİSİ KULLANILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

Andrew Fowler<sup>1</sup>, Huib Kerstjens<sup>2</sup>, Zelig Bailes<sup>1</sup>, Maggie Tabberer<sup>1</sup>, Neil Barnes<sup>3</sup>, Neil Barnes<sup>4</sup>, Guy Peachey<sup>1</sup>, John Oppenheimer<sup>5</sup>, Laurie Lee<sup>6</sup>

<sup>1</sup>GSK, Stockley Park West, Uxbridge, Middlesex, İngiltere

<sup>2</sup>Groningen Üniversitesi ve Groningen Üniversite Tıp Merkezi, Groningen, Hollanda

<sup>3</sup>GSK, Brentford, Middlesex, İngiltere

<sup>4</sup>Barts ve Londra Tıp Fakültesi ve Diş Hekimliği Fakültesi, Londra, İngiltere

<sup>5</sup>Rutgers New Jersey Tıp Fakültesi, Newark, NJ, A.B.D.

<sup>6</sup>GSK, Upper Providence, PA, A.B.D.

**GİRİŞ:** Astım tedavisinde, astım kontrolüne ulaşmak ve sürdürmek birincil hedeftir. İnhale kortikosteroid (İKS)/uzun etkili 2-agonist (LABA) tedavisine rağmen bazı hastalarda semptomların kontrolü yetersiz kalmaktadır. İKS/LABA ile astım kontrolü yetersiz olan hastalarda günde bir kez tek inhaler ile uygulanan flutikazon furoat/umeklidinyum/vilanterol (FF/UMEC/VI) ile FF/VI'yi karşılaştırmalı olarak inceleyen bir çalışmadaki Astım Kontrol Anketi (ACQ) verilerini bildiriyor ve FEV<sub>1</sub> değişiklikleri arasındaki ilişkiyi araştırıyoruz.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Bu Faz IIIA, randomize, 24-52 hafta süren paralel gruplu çalışma bronkodilatör öncesi FEV<sub>1</sub><%85 ve ACQ-6  $\geq$ 1.5 olan astımlı yetişkinleri içermiştir. Hastalar Ellipta inhaler ile günde bir kez FF/VI (100/25,200/25mcg) veya FF/UMEC/VI'ye (100/31.25/25, 100/62.5/25, 200/31.25/25, 200/62.5/25mcg) randomize edilmiştir. FF/UMEC62.5mcg/VI için önceden tanımlanan sonlanım noktalarını bildirmekteyiz: 24.haftada ACQ-7 skorunda başlangıca göre ortalama değişim (CFB) ve ACQ-7,-6, ve -5'e yanıt veren hastaların oranı (klinik açıdan önemli minimal fark, MCID: $\geq$ 0.5 azalma); hem 12.haftada hem de 24.haftada astım kontrolüne (ACQ-7/6/5 skoru  $\leq$ 0.75) ulaşan hastaların oranı ve 4.haftada destekleyici analizler. FF dozları her bir UMEC dozu için birleştirilmiştir (Tablo). 24.haftada trough FEV<sub>1</sub> değişimi ile ACQ-7 yanıtı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için lojistik regresyon tedaviden bağımsız olarak post hoc yapılmıştır. (GSK sponsorluğunda, 205715/NCT02924688)

**BULGULAR:** Tüm gruplar, 24.hafta ACQ-7 skorunda MCID'de -0.5'den fazla LS ortalama CFB iyileşme sergilemiştir (Tablo). FF/UMEC62.5mcg/VI ile 24.haftada FF/VI'ye göre rakamsal olarak daha büyük iyileşmeler (-0.089 [-0.156, -0.023]) 4.hafta gibi erken bir zamandan itibaren görülmüştür (-0.070 [-0.129, -0.012]). FF/UMEC62.5mcg/VI ile ACQ-7,-6 ve -5 yanıtına sahip olan hastaların oranında da 4. ve 24.haftalarda FF/VI'ye göre artış gözlenmiş ve 24.haftada FF/UMEC62.5mcg/VI ile yanıt olasılığı FF/VI'ye göre daha yüksek bulunmuştur (ACQ-7,-6 ve -5 yanıtlarının olasılık oranları sırasıyla 1.43, 1.31 ve 1.23). Çalışma popülasyonunda trough FEV<sub>1</sub> ile ACQ-7 skoru arasındaki korelasyon 24.haftada yalnızca orta düzeydedir ve trough FEV<sub>1</sub> değerinde daha fazla CFB, ACQ-7'de başlangıca göre daha fazla iyileşme ile ilişkili bulunmuştur (korelasyon:-0.37). 24.haftada ise FEV<sub>1</sub>'de 100mL artış, 24.haftada ACQ-7 yanıtına sahip olma olasılığını %26 (%95 GA: 21, 30) arttırmıştır.

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** FF/UMEC62.5/VI hem ACQ-7 skorunda CFB hem de tüm ACQ ölçümlerinde yanıt verenler ile ölçülen astım kontrolünü FF/VI'ye göre iyileştirmiştir. ACQ-5/6'da iyileşme ve trough FEV<sub>1</sub> ile ACQ-7 yanıtı arasında gözlenen orta düzeyde ilişki, astım kontrolünde iyileşmenin sadece solunum fonksiyonunda değişikliklere bağlı olmadığını ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Astım, Flutikazon Furoat/Umeklidinyum/Vilanterol, kontrol, ACQ

Tablo:

|  |                               | Birleştirilmiş          |                         |
|--|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|
|  |                               | FF/VI<br>N=813          | FF/UMEC/VI<br>N=814     |
| <b>ACQ-7</b>                             |                               |                         |                         |
| N*                                       |                               | 745                     | 761                     |
| LS ortalama CFB <sup>†</sup><br>(%95 GA) | 4.Hft                         | -0.450 (-0.492, -0.409) | -0.521(-0.562, -0.479)  |
|  | 24.Hft                        | -0.678 (-0.725, -0.630) | -0.767 (-0.813, -0.720) |
| Fark (%95 GA)                            | 4.Hft                         | -0.070 (-0.129, -0.012) |                         |
|  | 24.Hft                        | -0.089 (-0.156, -0.023) |                         |
| Yanıt veren hasta, n<br>(%) <sup>†</sup> | 4.Hft                         | 333 (42)                | 398 (50)                |
| Olasılık Oranı<br>(%95 GA)               |                               | 1.45 (1.18, 1.79)       |                         |
|  | 24.Hft                        | 436 (55)                | 498 (63)                |
|  |                               | 1.43 (1.16, 1.76)       |                         |
| Astım kontrolü, n (%)                    | 12.Hft ve 24.Hft <sup>†</sup> | 102 (13)                | 142 (18)                |
| Olasılık Oranı<br>(%95 GA)               | 12.Hft ve 24.Hft <sup>†</sup> | 1.31 (0.98, 1.76)       |                         |
| <b>ACQ-6</b>                             |                               |                         |                         |
| Yanıt veren hasta, n<br>(%) <sup>†</sup> | 4.Hft                         | 418 (52)                | 449 (56)                |
| Olasılık Oranı<br>(%95 GA)               |                               | 1.21 (0.98, 1.49)       |                         |
|  | 24.Hft                        | 503 (62)                | 547 (68)                |
|  |                               | 1.31 (1.06, 1.63)       |                         |
| Astım kontrolü, n (%)                    | 12.Hft ve 24.Hft <sup>†</sup> | 202 (25)                | 218 (27)                |
| Olasılık Oranı<br>(%95 GA)               | 12.Hft ve 24.Hft <sup>†</sup> | 1.10 (0.86, 1.39)       |                         |
| <b>ACQ-5</b>                             |                               |                         |                         |
| Yanıt veren hasta, n<br>(%) <sup>†</sup> | 4.Hft                         | 389 (48)                | 414 (51)                |
| Olasılık Oranı<br>(%95 GA)               |                               | 1.17 (0.95, 1.44)       |                         |
|  | 24.Hft                        | 486 (60)                | 520 (64)                |
|  |                               | 1.23 (1.00, 1.52)       |                         |
| Astım kontrolü, n (%)                    | 12.Hft ve 24.Hft <sup>†</sup> | 169 (21)                | 193 (24)                |
| Olasılık Oranı (%95<br>GA)               | 12.Hft ve 24.Hft <sup>†</sup> | 1.18 (0.92, 1.51)       |                         |

\*24.haftada analiz edilebilir verileri bulunan hastaların sayısı; †yanıt veren hasta 24.haftada ACQ toplam skorunda başlangıca göre  $\geq 0.5$  puan azalma olan hasta olarak tanımlanmıştır; ‡astım kontrolü hem 12.haftada hem de 24.haftada ACQ skorunun  $\leq 0.75$  olması şeklinde tanımlanmıştır. Başlangıçtaki ACQ toplam skorunun eksik olduğunda, yanıt verme durumu eksiktir ve hastalar analize alınmamıştır. Hft, Hafta.

## EP-062

## ASTİM KLİNİĞİNE NEDEN OLAN RETROSTERNAL GUATR OLGUSU

Eminegül Yavuzsan, Binnaz Zeynep Yıldırım

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

33 yaşında, bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan, nonsmoker erkek hasta polikliniğe nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Hastanın 2 yıldır astım tanısı ile tedavi ve takibinin yapıldığı öğrenildi. Hastanın LABA+ICS+LTRA kullanımına rağmen nefes darlığında giderek artma şikayeti mevcuttu. Anemnezinde parsiyel tiroidektomi öyküsü olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde solunum sesleri kabalaşmıştı. Hastanın posteroanterior akciğer grafisi çekildi. Sol paratrakeal alanda homojen opasite izlendi. Kontrastlı Toraks BT planlandı. Toraks BT de Boyun kesitlerinde tiroid bezi sağ lobu ve isthmus izlenemedi. Sol lob lojundan başlayarak toraks yönüne uzanımı izlenen heterojen kontrast tutulumu kistik dejenerasyon alanları da içeren yaklaşık 6x4 cm çaplı kitle lezyonu izlendi (plonjan nodüler guatr?). Trakea kitle nedeniyle sağa itilmiş ve daralmış olarak izlendi. SOL PARATRAKEAL ALANDA TRAKEAYA BASI YAPAN HETOREJEN KİTLE? nedeni ile sternotomi planlandı. Hastaya total sol tiroidektomi uygulandı. Hastanın cerrahi sonrası nefes darlığı şikayeti anlamlı olarak azaldı. Tiroid kitlesinin %50'den büyük bölümünün sternal çentiğinin altında; mediasten içinde olması retrosternal guatr olarak adlandırılmaktadır. Retrosternal guatrlar primer ve sekonder olarak sınıflanmaktadır. Primer substernal guatrlar tüm retrosternal guatrların %1'ini oluştururlar ve mediastende bulunan ektopik tiroid dokusundan kaynaklanırlar. Sekonder retrosternal guatrlar boyundaki tiroid bezinin aşağı uzanmasından kaynaklanır. Tiroidektomi yapılan olgularda retrosternal guatr %1 - 30 sıklıkta görülmektedir. Yavaş büyüdüklerinden genelde 5 -6 dekatta belirti verirler. Hastalarda trakea gibi çevre yapıları bası sebebiyle kronik öksürük, ses kısıklığı, dispne görülebilir. Mediastende büyük boyutlara ulaşmış, ana vasküley yapıları ve hayati organları malpozisyona uğratmış ve yapışık olduğu düşünülen retrosternal tiroid olgularında sternotomi veya torakotomi düşük morbidite oranı ile başarıyla uygulanmaktadır. Hastamıza klinik prezentasyonu ve yaşı nedeniyle astım ön tanısıyla inhaler bronkodilatör tedavi başlanmıştı. Tedaviye rağmen düzelmeyen, artarak devam eden, süreklilik gösteren dispne şikayetinde trakea ve bronşiyal sistemde kısmi veya tam obstrüksiyon oluşturan nedenler düşünülmelidir. Bu vakada tiroid lobektomi öyküsü olmasına rağmen erken dekatta trakeayı ileri derecede daraltacak boyutlara ulaşan retrosternal guatr tablosunun erken dönemde astım kliniğiyle karışabileceğini vurgulamak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** astım, retrosternal guatr, tiroidektomi, trakeal darlık



## Cerrahi işlem öncesi ve sonrasında PA grafleri

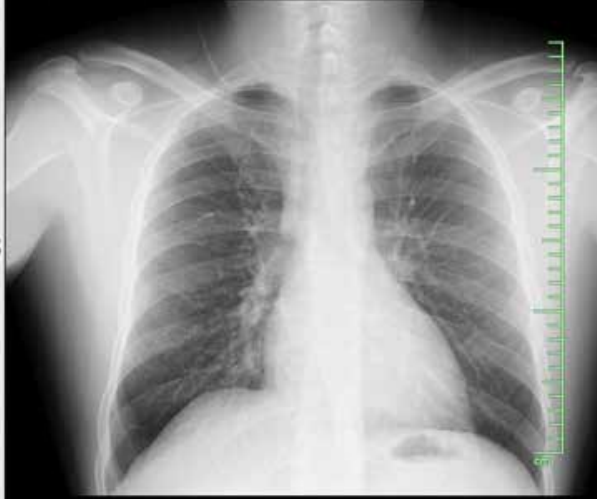
033Y M  
47191231974  
16.07.2020 08:43:55  
RESİM 1001

CHEST



033Y M  
47191231974  
10.08.2020 08:00:54  
RESİM 1001

CHEST



## Trakeayı daraltan heterojen kitle

16.07.2020 15:03:10  
RESİM 46



## EP-063

**BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNİN GÖĞÜS HASTALIKLARI KLİNİK İÇAP NÖBETLERİNDE YAPILAN FİBEROPTİK BRONKOSKOPİ İŞLEMLERİNE GENEL BAKIŞ**

Yakup Arslan, Hatice Çetindoğan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Ankara,Türkiye

**GİRİŞ:** Fiberoptik bronkoskopi işlemi Göğüs Hastalıkları Disiplininde şüphesiz en önemli girişimsel işlemdir. Gerek elektif şartlarda, gerekse Göğüs Hastalıkları İcapçılığında uygun endikasyonlarda hem diagnostik hem de terapötik amaçlı olarak uygulanmaktadır.

**MATERIAL VE METHOD:** SBÜ Gülhane EAH Göğüs Hastalıkları Kliniğinde 01.03.2019 ile 01.03.2020 tarihleri arasında mesai dışında, Göğüs Hastalıkları Klinik İcap Nöbetlerinde Fiberoptik Bronkoskopi yapılan vakalar retrospektif olarak değerlendirildi.

**SONUÇLAR:** Bu kapsamda, Göğüs Hastalıkları İcapçılığında Fiberoptik Bronkoskopi yapılan hasta sayısı, 59 olarak bulundu. Hastaların yaş ortalamaları 62,83 ve cinsiyet dağılımında ise 41 (% 69,5)'e karşı 18 (%30,5) olarak erkek baskınlığı tespit edildi. Fiberoptik bronkoskopi, vakaların 38' ine (%64,4) terapötik maksatlı ve 21'ine (% 35,6) de diagnostik amaçlı yapılmıştır. Sıklık sırasına göre ilk 3 endikasyon, vaka sayı ve yüzdeleri ile; 22 vaka (%37,3) ile atelektazi, 14 vaka (%23,7) ile solunum yetmezliği ve 10 vaka (%17) ile hemoptizi olarak tespit edildi. Sıklık sırasına göre ilk 3 klinik dağılımı ise; cerrahi (postop/anestezi) yoğun bakım 27 vaka (%45,76), dahili yoğun bakım 21 vaka (%35,59) ve acil servis 5 vaka (%8,47)dir.

**SONUÇ:** Göğüs Hastalıkları Klinik İcap Nöbetlerinde Fiberoptik Bronkoskopi işleminin, başta atelektazi, solunum yetmezliği ve hemoptizi gibi acil endikasyonlar da, postop anestezi ve cerrahi yoğun bakımlar öncelikle olmak üzere tüm yoğun bakımlarda hem diagnostik hem de terapötik olarak hayati önem ve etkinliğe sahip olduğu unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Fiberoptik bronkoskopi, Göğüs Hastalıkları İcap Nöbeti, Göğüs Hastalıkları

## EP-064

**FATAL SEYİRLİ KOSTA, VERTEBRA, STERNUM, SKAPULA, PLEVRA VE LENF BEZİ  
TÜBERKÜLOZLU GENÇ ERKEK OLGU**

Aydan Mertoğlu<sup>1</sup>, Mücahit Fidan<sup>1</sup>, Günseli Balcı<sup>1</sup>, Emel Cireli<sup>1</sup>, Zekiye Aydoğdu Dinç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SBÜ İZMİR DR SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GÖĞÜS HASTALIKLARI

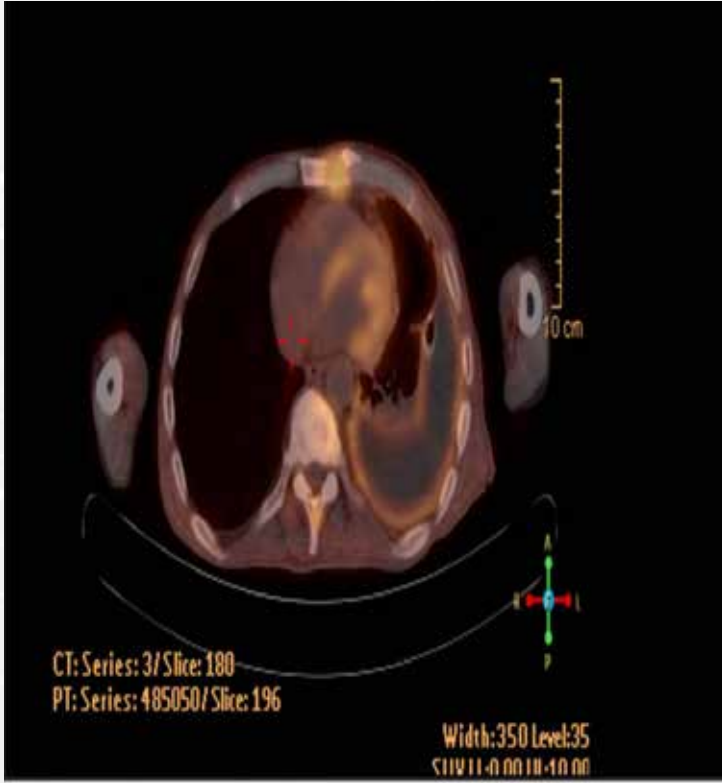
<sup>2</sup>SBÜ İZMİR DR SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ

50 yaş erkek, çiftçi. Hasta boyun ve sırt ağrısı, üst ve alt ekstremitelerde güç kaybı şikayetleri ile dış merkez nöroloji polikliniğine başvuruyor. Yapılan tetkiklerde plevral efüzyon ve kemiklerde çok sayıda metastaz ile uyumlu lezyon saptanması üzerine hastanemize yönlendiriliyor. Özgeçmişinde kronik hastalık yok. Soy geçmiş özelliği yok. Sigara 20 paket/yıl, 4 yıldır exsmoker. Vitaller olağan. Fizik bakı hasta kaşektik, sol hemitoraksta arkada alt alanlarda perküsyonla matite alındı, oskültasyonla aynı alanda solunum sesleri azalmış olarak duyuldu. Nörolojik muayenede kuadriparezi saptandı. Toraks BT' de sol hemitoraksta plevral efüzyon, sağ akciğerde alt lob süperior, üst lob anterior ve posterior segmentlerde yer yer nodüler özellikte ve tomurcuklu dal görünümünde infiltrasyonlar, mediastende sağ üst-her iki alt paratrakeal, sağ hiler subkarinal LAP saptandı. Balgam çıkaramıyan olguda plevral sıvı örnekledi, makroskopik; sarı bulanık görünümde, eksüda vafında olduğu saptandı, sitolojisi benign olarak raporlandı. Plevral sıvı direkt bakıda ARB görülmedi, nonspesifik kültüründe üreme saptanmadı. Bu arada kuadriparetik olan hastanın çekilen boyun ve torakal MR larında servikal ve torakal vertebraları tutan çok sayıda metastaz ile uyumlu lezyonlar saptandığından malignite düşünülerek PET BT çekildi. PET BT de sol hemitoraksta efüzyon dışında multiple juguler, servikal, supra-infraklavikuler, parasternal, mediastinal, supradiafragmatik, frenik ve retrokrural LAP lar, multiple kemik lezyonlarında; skapula, sternum, kostalar, vertebralar, sakrum ve pelvis kemiklerinde malignite düzeyinde FDG tutulumu izlendi. İzlemde plevral sıvı arttığı için plevra biyopsisi yapıldı. Patoloji nekrotizan granümatöz plörit olarak raporlandı. Hastaya 4'lü anti tbc tedavi başlandı. Ancak hasta Tbc plörezi +malignite? olabilir mi diye yaygın kemik lezyonlarından biopsi planlandı. Sternumdan İİAB yapıldı ve hücre bloğu hazırlandı. Mikrobiyolojik incelemede Tbc PCR(+), Patoloji: Nekrotizan granümatöz enfeksiyon olarak raporlandı. Daha sonra hastanın tbc kültüründe üreme görüldü. Hasta bu haliyle değerlendirildiğinde kanıtlanmış kemik tüberkülozu ve tüberküloz ampiyem tanısı aldı. Tedavinin 1. haftasında exitus oldu. Olgu; genç, immunitiyi baskılayan herhangi bir hastalığı olmayan bir hastada, fatal seyirli, radyolojik bulgulara göre bir çok organı tutan (akciğer, plevra, kemik, lenf bezi) yaygın tüberküloz enfeksiyonlarının artık nadir görülmesi ve başlangıç kliniği ile maligniteyi taklit etmesi nedeniyle sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Plevra, kemik, lenf bezi, akciğer, tüberküloz

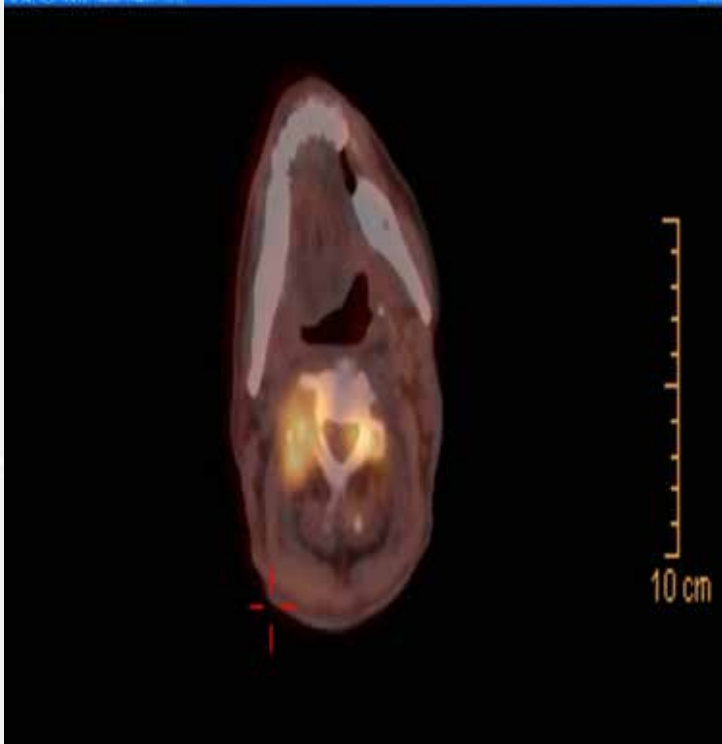


resim 1



Sol hemitoraksta plevral efüzyon ve sternum lezyonunda FDG tutulumu

resim 2



Vertebradaki kemik lezyonları(SUVmax:10.3)

## EP-066 EVEROLİMUS İLİŞKİLİ PULMONER TOKSİSİTE

Züleyha Galata<sup>1</sup>, Ozan Yazıcı<sup>2</sup>, Nilgün Yılmaz Demirci<sup>1</sup>

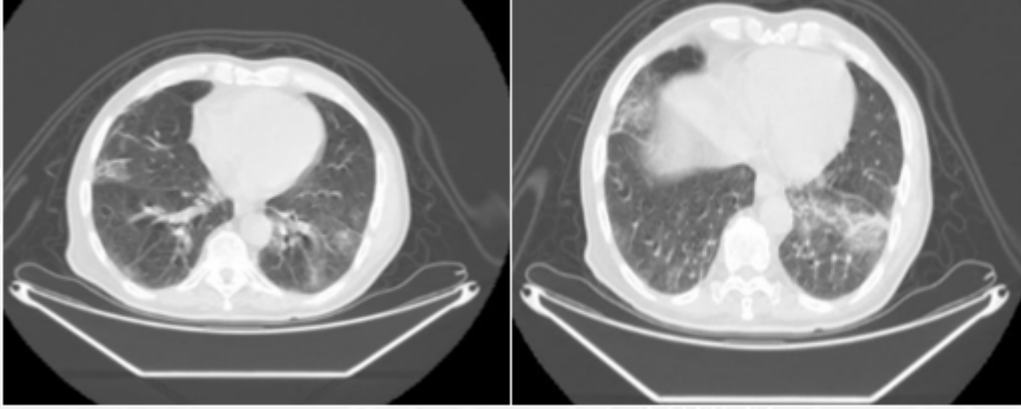
<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı

Everolimus, çeşitli kanserlerin tedavisinde kullanılmak üzere FDA tarafından onaylı bir mTOR(memeli rapamisin hedef) inhibitörüdür. İlk olarak renal hücreli karsinom tedavisinde kullanılmıştır. Everolimus tedavisine bağlı intersitisyel pnömoni %5-15 olguda görülmektedir. Genelde hafif seyretmesine rağmen nadiren şiddetli ve hayatı tehdit edici olarak da seyredebilmektedir. Biz de bu nedenle bir olgumuzu sunarak literatüre katkı sağlamayı amaçladık. 68 yaşında erkek hasta, bir aydır olan kuru öksürük yakınması nedeniyle tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde HT ve 2003 yılında renal hücreli karsinom nedeniyle sol böbrekten operasyon öyküsü vardı. Takiplerinde akciğer parankiminde yeni gelişen nodüller olması nedeniyle 2010 yılında sağ akciğer, 2017 yılında ise sol akciğerden alınan wedge rezeksiyon materyallerinin patoloji sonuçları şeffaf hücreli renal hücreli karsinom metastazı ile uyumluydu. Radyoterapi ve kemoterapi de almış olan hasta 3 aydır everolimus kullanıyordu. Fizik muayenesinde vital bulguları normaldi. Oskültasyonda bilateral subskapular alanlarda ince ralleri vardı. Labratuvar tetkiklerinde HGB (Hemoglobin) - 11,6 g/dL, HCT (Hematokrit) - 35,8 %, PLT (Trombosit) - 261 x10.e3/uL, WBC (Lökosit) - 10,66 x10.e3/uL, CRP Nefelometrik - 105 mg/L saptandı. Onkolojik takiplerinde çekilmiş olan PET CT akciğer parankim alanlarında sağ akciğer orta lob lateral ve alt lob superior segmentlerde, sol akciğer alt lobda peribronşial buzlu cam dansiteleri mevcuttu (Şekil 1). Fiberoptik bronkoskopi yapılarak sol akciğer alt lobdan alınan BAL örneğinde %80 makrofaj, %10 lenfosit ve %10 nötrofil lökosit saptandı. Mikrobiyolojik incelemede herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Bulguların ilaç başlangıcından sonra gelişmesi ve mevcut bulgulara sebep olabilecek enfeksiyöz bir etken saptanmadığından dolayı everolimus ilişkili pnömonitis düşünülerek ilaç kesildi ve metilprednizolon 32 mg başlandı. 2 hf sonra yapılan kontrol muayenesinde kuru öksürük şikayeti gerilemişti. Steroid tedavisine 3 ay daha doz azaltılarak devam edildi. 3 ay sonra çekilen toraks bilgisayarlı tomografide radyolojik bulguların da tamamen düzeldiği izlendi (Şekil 2). Kullanılan birçok kemoteröpatik ajanda olduğu gibi everolimusun da pulmoner toksisitesinin olduğunun hekimlerce iyi bilinmesi, sistemik yan etkilerinin ve pnömoninin erken dönemde farkedilmesi önemlidir. Everolimus ilişkili pulmoner toksisite ilaç kullanımının herhangi bir döneminde olabilmektedir. Radyolojik olarak akciğerde yeni gelişen infiltrat varlığında ilaç toksisitesi mutlaka akılda bulundurulmalıdır. Tedavide literatürde farklı yaklaşımlar olmakla beraber genellikle ilacın kesilmesi ve steroid tedavisinin başlanması önerilmektedir.

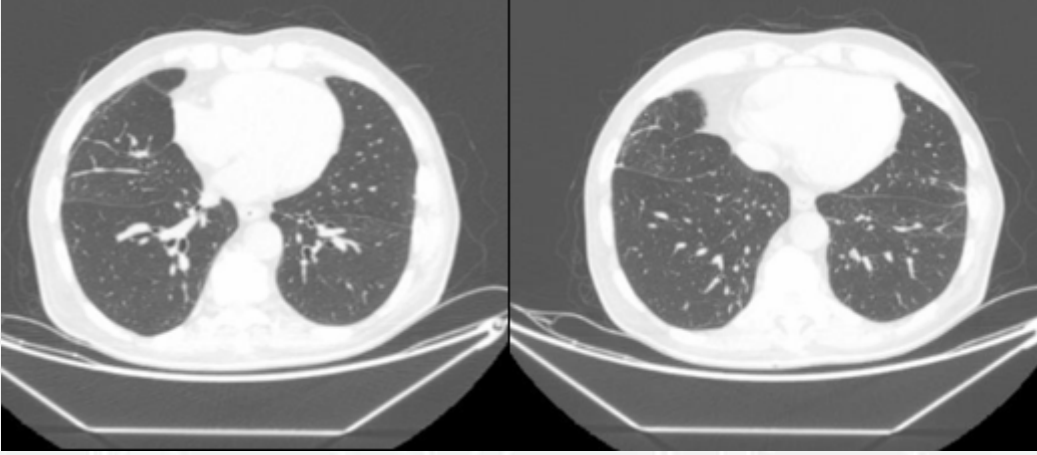
**Anahtar Kelimeler:** everolimus, pulmoner, toksisite

Şekil 1



Tanı anındaki PET CT akciğer parankim görüntülerinde izlenen buzlu cam dansiteleri

Şekil 2



Tedavi sonrasında bulguların regresyonunu gösteren toraks bilgisayarlı tomografi görüntüleri



## EP-067

**SBÜ. İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDEKİ TEMMUZ 2018-ARALIK 2018 TARİHLERİ ARASINDAKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ŞİDDET OLAYLARININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Vildan Akçakaya İnan, Ali Ozan Yurtseven, Yusuf Okan Türkoğan, Eylem Bıçak, Arzu Yiğit

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

**GİRİŞ/AMAÇ:** Ülkemizde şiddet olayları son yıllarda artarak devam etmekte ve toplumda yaygın ve ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddetin başlıca görüldüğü alanlar ise kadına ve sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddet olaylarıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin 2002 yılı "sağlık sektöründe iş yeri şiddeti" başlıklı ortak raporuna göre sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlası mesleklerini uyguladıkları herhangi bir zamanda şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir. Kurumumuzda sağlık çalışanlarının yaşadıkları şiddet olaylarının incelenmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

**YÖNTEM GEREÇLER:** Araştırmamız Temmuz 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında İzmir'de bir eğitim ve araştırma hastanesinde meydana gelen Sağlık Çalışanlarının yaşadıkları şiddet olayları incelenmiştir. Hukuk Birimi ve Çalışan Hakları ve Güvenliği Biriminin arşivleri taranarak verilere ulaşılmıştır. Çalışmamızda hastanemizde şiddete uğrayanların ve uygulayanların sosyo-demografik özellikleri, şiddet olayının meydana geldiği ay, gün, saat dağılımı, olayın gerçekleştiği birim, şiddetin türü, şiddeti uygulayan, şiddete uğrayanın hizmetten çekilme hakkını kullanıp kullanmadığı ve hukuki yardım talep edip etmedikleri araştırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik değerler kullanılmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumdan izin alınmıştır.

**BULGULAR:** Kurumumuzda sağlık çalışanlarının Temmuz 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında toplam beyaz kod bildirimini 12 olup, bunların % 58'ini hemşireler, % 34'ünü doktorlar % 8'ini güvenlik oluşturmaktadır. Şiddete uğrayanların, % 83'ünü Kadın, %58'ini 38-47yaş arası, % 92'sinin Üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Şiddeti uygulayanların ise %67'si Erkek, % 25'i 48-57 yaş arasındadır. Şiddet olayının % 24,5'u Ağustos ve Ekim aylarında, % 24'ü Perşembe günü, % 41'i 16:01-24:00 saatleri arasında, % 25'i klinikler, acil servis ve polikliniklerde olmuştur. Şiddetin % 75'i Sözlü Şiddet şeklinde olurken, % 58'i Hastalar tarafından yapılmıştır.

**TARTIŞMA:** Çalışmamızda şiddete uğrayanların, % 83'ünü Kadın, %58'ini 38-47 yaş arası, % 92'sinin Üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Hastanemizde Haziran 2012-Haziran 2018 yılları arasında yaptığımız benzer bir çalışmada şiddete uğrayanların, % 66,96'sinin Kadın, % 48,02'sinin 18-27 yaş arası, % 87,22'sinin Üniversite mezunu olduğu görülmüştür. İki çalışma arasında şiddete uğrayanların yaşları arasındaki farklılığın Haziran 2012-Haziran 2018 arasında yapılan çalışmanın süresinin uzunluğundan kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

**SONUÇ:** Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet yıllar geçtikçe azalmak yerine artmaktadır. Şiddetin önlenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından hastayla sağlık çalışanını karşı karşıya getiren sistemsel sorunlar biran önce çözümlenmeli, şiddete başvuran kişilere yönelik yasal düzenlemeler yapılarak cezai yaptırımlar arttırılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıkta Şiddet, Çalışan Güvenliği, Beyaz Kod

EP-068

**SBÜ. İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDEKİ 2010 OCAK-2018 HAZİRAN TARİHLERİ ARASINDA HUKUK BİRİMİNE YANSIYAN SABİM BAŞVURULARININ RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ**

Vildan Akçakaya İnan, Yusuf Okan Türkdöğen, Arzu Yiğit, Eylem Bıçak

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

**GİRİŞ/AMAÇ:** 01.01.2004 tarihinde çalışmalara başlayan, Sağlık Bakanlığı Halkla İlişkiler Koordinatörlüğü tarafından yürütülmekte olan SABİM projesi, Sağlıkta vatandaşın sesine kulak vermeyi, yaşanan sorunları bizzat dinlemeyi ve çözüm bulmayı hedefleyerek sistemin işleyişindeki aksaklıkları yönetim bazında yeniden gözden geçirmeyi ve gerekirse reorganizasyonu amaçlayan ve aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'nın uygulama ve faaliyetleri hakkında da gerekli bilgileri vatandaşa vermeyi hedefleyen bir uygulamadır. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezinde 7 gün, 24 saat boyunca, tamamı sağlık personelinin oluştuğu, sağlık sisteminin işleyişine hâkim, sağlık mevzuatı konusunda yeterli bilgilerle donatılmış operatörler hizmet vermektedirler. Kurumumuzda Hukuk Birimi'ne yansıyan SABİM Başvurularının analiz edilerek, yapılacak olan iyileştirme faaliyetlerinin planlanması amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

**YÖNTEM-GEREÇLER:** Araştırmamız 2010 Ocak - 2018 Haziran tarihleri arasında İzmir'de bir eğitim ve araştırma hastanesinde meydana gelen ve hukuk birimine yansıyan SABİM başvuruları incelenmiştir. Hukuk Birimi arşivleri taranarak verilere ulaşılmıştır. Çalışmamızda Sabime başvuru yapan ve hakkında başvuru yapılanların sosyo-demografik özellikleri, başvuru yapılan yıl, ay, gün, saat dağılımı, olayın geçtiği birim ve başvuru konusu araştırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik değerler kullanılmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumdan izin alınmıştır.

**BULGULAR:** Kurumumuzda Hukuk Birimine yansıyan 2010-2018 tarihleri arasında toplam Sabim başvuruları 329'dur. Yıllara göre dağılıma bakıldığında 2010 yılında % 6, 2011 yılında % 8, 2012 yılında % 12, 2013 yılında % 15, 2014 yılında %18, 2015 yılında % 7, 2016 yılında % 10, 2017 yılında %11, 2018 yılında % 13 olmuştur. Hakkında Sabim başvurusu yapılanlardan bilinenlerin %20'si Erkek, %16'sı kadındır. Başvuruların %64'ü Genel başvurudur. Sabim Başvurularının % 13'ü Mart ayında, % 21'i Salı günü, %37'si 16:01-24:00 saatleri arasında, %37'si ve polikliniklerde olmuştur. Hastanemizde hukuka yansıyan SABİM başvuruları en çok % 17,3'le İşleyiş konusunda olmuştur.

**TARTIŞMA:** Çalışmamızda Sabim başvurularının yapıldığı aylar değerlendirildiğinde, Ocak, Şubat, Mart aylarında başvuru sayısının yüksek olmasının, hastanemizin bölge göğüs hastanesi olması, bu aylarda yatak doluluk oranının en fazla olması ve solunumla ilgili salgın hastalıkların en yoğun olduğu aylar olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Sabim başvurularının en fazla poliklinikler de yaşanan olaylarla ilgili gerçekleşmesinin nedeni ise hastaneye müracaatta muayene sırası olarak MHRS randevu sisteminin ve bakanlığın belirlemiş olduğu öncelikli hasta sırasının diğer müracaat eden hastalar tarafından bilinmemesi olduğu düşünülmüştür.

**SONUÇ:** Sabim Başvurularının azaltılması için toplumun sağlık okur yazarlığının artırılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sabim, Hukuk, Sağlık Çalışanı, Hasta

## EP-069

## MEDIASTİNAL NÖROFİBROMATOZİS' DE TEK PORT VATS EKSİZYON

Gülşen Yılmaz, İlteriş Türk, Pınar Bıçakcioğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi SUAM, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye

**GİRİŞ:** Von Recklinghausen hastalığı olarak da bilinen nörofibromatoz tip 1 (NF1), en yaygın tek gen bozukluklarından biridir ve genellikle insanlarda deri, kas-iskelet sistemi ve nörolojik bozukluklarla ilişkilidir. NF 1'de toraks ve akciğerler çeşitli şekillerde etkilenmektedir. Lezyonların çoğu benign olmakla birlikte malign dejenerasyon gösterebilir. Olgumuzda cilt ve batin lezyonları mevcut olan 18 yaşında kadın hasta NF1 tanısı ile dış merkezde takipli olup anterior mediastende yeni gelişen lezyonu nedeniyle kliniğimize başvurdu. Nörofibrom ön tanısı ile tek port sol VATS anterior mediasten kitle eksizyonu yaptığımız postoperatif patoloji sonucu benign periferik sinir kılıfı tümörü/ Nörofibrom olarak gelen hastayı sunuyoruz.

**OLGU:** Onsekiz yaşında kadın hasta dört yıldır NF1 tanısı ile takipli olup iki haftadır göğüs ağrısı mevcut. Hastanın fizik muayenesinde; solunum sesleri heriki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, aksiler çil, cafe-laut lekeleri ve nörofibromlar izlendi (Resim-1). Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmadı. Postero-anterior (PA) Akciğer grafisinde: patoloji görülmemiş olup Toraks BT' de prevasküler alanda arkus aorta anterior komşuluğunda 22x12 mm boyutlarında düzgün konturlu yumuşak doku kitlesi izlendi (Resim-2). Ayrıca hastanın anterior abdominal duvarda nörofibromları mevcuttu. Hastaya tanı ve tedavi amaçlı tek port sol VATS anterior mediasten kitle eksizyonu yapılarak lezyon total eksize edildi. Postoperatif patoloji benign periferik sinir kılıfı tümörü/ Nörofibrom olarak geldi. Hasta postoperatif 4. gününde şifa ile taburcu edildi.

**SONUÇ:** Nörofibromlar mediasteninin ikinci sıklıkla görülen nörojenik tümörü olup genellikle benign olmasına rağmen malign dejenerasyonda gösterebilirler. Tedavisi lezyonun total eksizyonu olup son yıllarda VATS tekniklerinde ilerlemeler kaydedilmesiyle komplike olmayan mediastinal lezyonların güvenle eksizyonu sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** İntratorasik nörofibrom, nörofibromatoz tip 1, tek port VATS, von recklinghausen hastalığı

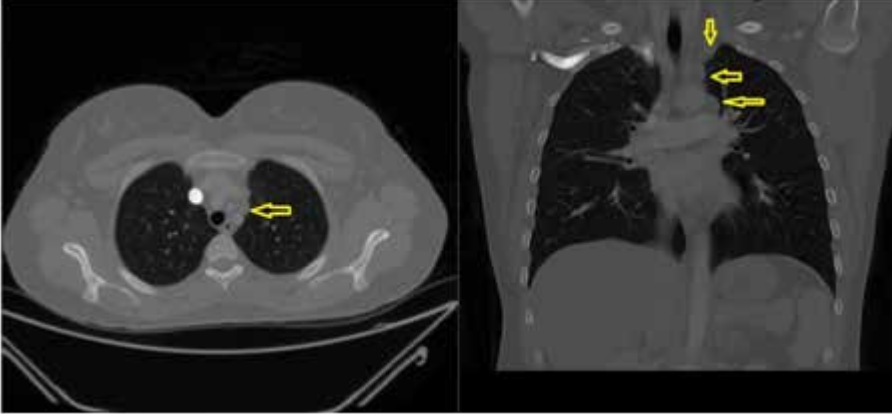
Resim-1



Cafe-laut lekeleri ve abdominal nörofibrom

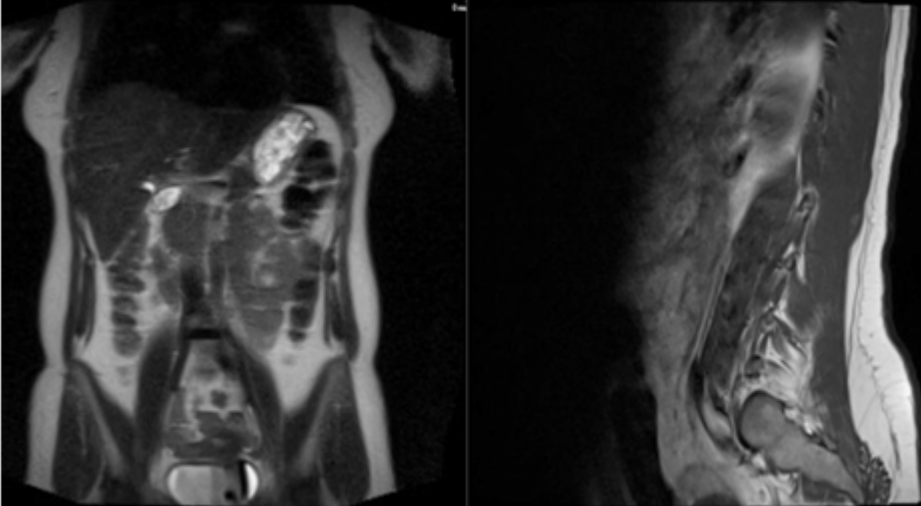


Resim-2



Toraks BT' de prevasküler alanda arkus aorta anterior komşuluğunda 22x12 mm boyutlarında düzgün konturlu yumuşak doku kitlesi

Resim-3



MR da anterior abdominal duvarda nörofibrom

Resim-4



İntraoperatif ve eksizyon sonrası lezyonun görünümü

## EP-070

## MALİNG PLÖREZİYİ TAKLİT EDEN TÜBERKÜLOZ OLGUSU

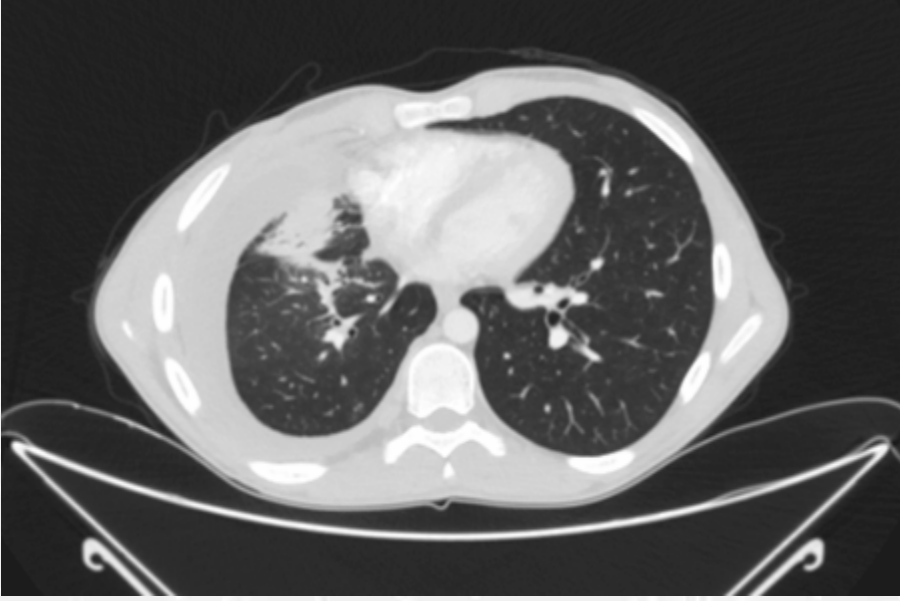
Aslı Kocaoğlu, Neslihan Boyracı, Betül Kırık, Fatma Toksöz Anıl, Hülya Abalı, Cengiz Özdemir, Sinem Nedime Sökücü, Seda Tural Önür

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

Tüberküloz plörezisinin insidansı toplumdaki tüberküloz insidansının %35'i olarak gözlenmektedir. DSÖ verilerine göre ortalama tüberküloz insidansı yüzbinde 39'dur. Tüberküloz plörezisi 15-40 yaş grubunda ve erkeklerde daha sık görülür. Radyolojik ve patolojik olarak tüberküloz ile malignitenin benzerlik gösterebileceğini ve patolojide malignite şüphesinde dahi tüberkülozun akıldan çıkarılmaması gerektiğini vurgulamak amacıyla olgumuzu sunmak istedik. 18 yaşında erkek hasta 1.5 ayda 5 kilo kaybı ve efor ile çabuk yorulma şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde bilinen kronik hastalığı olmadığı ve yaklaşık bir yıldır pediatri bölümü tarafından enfeksiyon değerlerinde yükseklik sebebiyle tetkik edildiği öğrenildi. Alışkanlıklarında hastanın sigara öyküsü olmadığı ve ilaç kullanım öyküsü olmadığı öğrenildi. Solunum sistemi muayenesinde sol akciğer sesleri normal sağ akciğer sesleri belirgin azalmış ve derinden idi. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Yapılan tetkiklerinde PAAC'de sağda açıklığı 7. ön kot hizasına uzanarak damoiseau hattı veren opasite artışı plevral effüzyon olarak değerlendirildi. Çekilen toraks tomografisinde (Resim 1) mediastende hemen tüm istasyonlarda kısa çaplı 12-13 mm'ye ulaşan LAP'lar ve sağ akciğer üst lobda sentriasiner nodüler lezyonlar yanı sıra büyüğü üst lob apikal segmente ince cidarlı yaklaşık 13 mm boyutunda kaviter lezyon izlenmekte idi. Ayrıca sağda orta lob düzeyinde alt loba uzanım gösteren geniş konsolidasyon sahası mevcuttu. Sağ hemitoraksı çepeçevre saran, kısmen lokulasyon gözteren kalın plevra yaprakları arasında en geniş yerinde 7 cm ölçülen plevral effüzyon izlenmekteydi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:12.43 10e3/uL, CRP:54 mg/dL, Sedim:50 mm/saat saptandı. Tüberküloz plörezi ön tanısıyla tanısal torasentez yapıldı ve ADA:43.1 U/L plevral mayii eksuda vasfında saptandı. Plevral biyopsi yapıldı patoloji sonucu; fibrin atipik glandüler hücreler olarak sonuçlanan hastanın iki plevral sitoloji sonucunda atipik glandüler hücreler olarak saptanması üzerine malignite açısından FOB yapıldı lavaj örneklemesinde tümöral hücreye rastlanmayan hastanın lavaj ARB sonucu negatif olarak saptandı (Resim 2). Cerrahi konseyde görüşülen hastaya tanısal VATS yapıldı nekrozlaşan granümatöz plörit saptanan hastaya tüberküloz plörezi tanısı konuldu ve tüberküloz tedavisi başlandı. Tüberküloz plörezisi yapılan tüm incelemere rağmen geç tanı alan ve malignite ile karışabilecek klinik, radyolojik ve patolojik görünümlere sahip olabilir. Yapılan bir çalışmada tüberküloz plörezisi plevra biyopsisi ile tanı oranı %70 civarında saptanmıştır. Tüberküloz plörezide plevra biyopsi örneğinde kazeifikasyon nekrozu gösteren granülomların saptanması tüberküloz tanısında yararlıdır. Biz de patoloji tanısı sonucunda malignite düşünülen bu olgumuzda tüberküloz ve malignitenin ayrıcı tanısında dikkat edilmesi gerektiğine dikkat çekmek istedik.

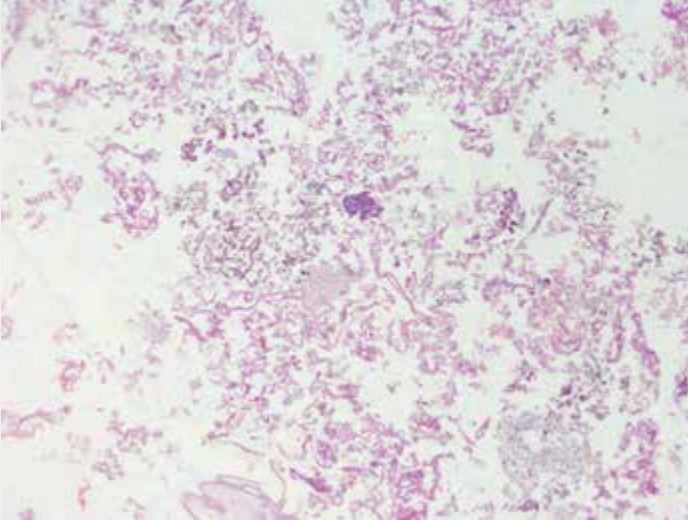
**Anahtar Kelimeler:** Plevra biyopsisi, tüberküloz plörezi, tüberküloz

Resim 1



sağ akciğer üst lobda sentriasiner nodüler lezyonlar yanı sıra büyüğü üst lob apikal segmente ince cidarlı yaklaşık 13 mm boyutunda kaviter lezyon

Resim 2



20X10 Atipik glandüler hücre kümeleri



## EP-071

**BRONKOSKOPİK LAVAJIN AKCİĞER KANSERİ TANISINDAKİ YERİ: BİR OLGU SUNUMU**

Aslı Kocaoğlu, Neslihan Boyracı, Betül Kınık, Fatma Toksöz Anıl, Hülya Abalı, Cengiz Özdemir, Sinem Nedime Sökücü, Seda Tural Önür

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

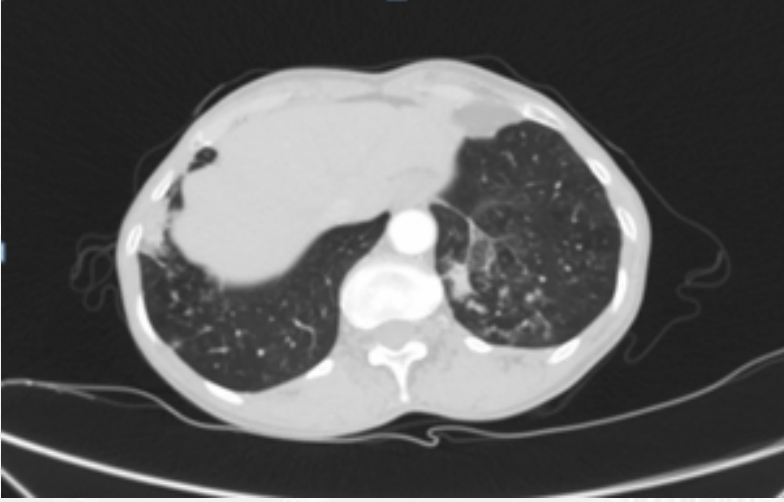
Türkiye'deki akciğer kanser insidansı erkeklerde 75.8/100.000, kadınlarda 9.58/100.000 bulunmuştur. Sigara kullanımı akciğer kanseri ve KOAH hastalığı etiyolojisinin ortak paydası olarak KOAH tanılı hastaların izleminde akciğer kanseri gelişme insidansı yaklaşık % 1,7 olarak bulunmuştur. Akciğer kanseri tanılı hastaların %50-80'inde KOAH varlığı ortaya konulmuştur. Tanısal işlemler bize komordite tanısında yön gösterici olabileceği gibi kritik hastalarda dikkatli düşünülmelidir. Biz de kronik obstrüktif akciğer hastalığının akciğer kanseri ile birlikteliği araştırırken bronş lavajıyla adenokanser tanısı alan hastamızı testin doğruluğuna dikkat çekmek için sunmak istedik.

56 yaşında kadın hasta son 1 yıldır progresif tarzda nefes darlığı ve göğüs-sırtta ağrı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Ayrıntılı anamnezi alındığında hastanın karotis arter darlığı, mitral valv prolapsusu ve gastrit tanıları olduğu takipte olduğu öğrenildi. Alışkanlıklarında halen smoker olan hastanın 80 paket/yıl sigara içme öyküsü mevcutken ilaç kullanım öyküsü mevcut değildi. Fizik muayenesinde solunum sesleri bilateral kaba ve ronküsleri mevcutken diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Tetkiklerinde SFT'de postbronkodilatör FEV1:0.46(%21) ile ileri derecede obstrüksiyon saptanması üzerine bronkodilatör tedavi başlandı ve pulmoner rehabilitasyon programına alındı. Çekilen bilgisayarlı tomografisinde (Resim 1) her akciğer alanında amfizem, sağda alt zonda subplevral 4mm çaplı nodülle solda alt zonda plevrada düzensizlik ve büyüklüğü paravertebral heterojen dansitede düzensiz sınırlı 21x10mm boyutlu konsolide kitle net ayrımı yapılamayan görünüm izlendi. PET-CT'de; Sol akciğerde alt loblarda dağınık yerleşimli tomurcuklananağaç dalı tarzında konsolidasyon alanlarında heterojen düşük-orta düzeyli tutulumlar (SUVmax:3.2). Sağ akciğerde de orta lob medial segment düzeyinde benzer nitelikte dansite artış alanında hafifçe artmış patolojik FDG tutulumları (SUVmax:2.3) izlenmiştir. Hastaya FOB yapıldı kronik bronşitik değişiklikler dışında bulgu izlenmedi. Sol alt lobdan ARB, PCR ve sitoloji lavaj örneklemelerinde patoloji sonucu küçük hücreli dışı karsinom sınıflandırılmayan tip olarak değerlendirilirken lavaj ARB negatif olarak saptandı ve takiplerde kültür negatifliği saptandı (Resim 2). Cerrahi konseye rehabilitasyon sonrası operabilite için değerlendirilmesi planlanan hastanın kontrol tomografisinde sol alt zondaki kitlesel lezyonda spontan belirgin regresyon gözlenmiş olup takibe alınmıştır.

Akciğer kanseri KOAH hastalarında sık görülen bir komorbitedir. Hastalığın tanısı için yapılan girişimsel işlemler sonrası alınan materyal tanısal değerlerinde lavaj sitoloji oranı %26.3, endobronşiyal biyopsi için %74.4, transtorasik iğne aspirasyonu için %56.4'tur. Bu testlerin yalancı pozitiflik oranı ise %1-3'tür. Biz de fonksiyonel kapasitesi sınırdaki hastaların tetkik sonuçlarında dikkatli davranılması açısından olgumuzu sunmak istedik.

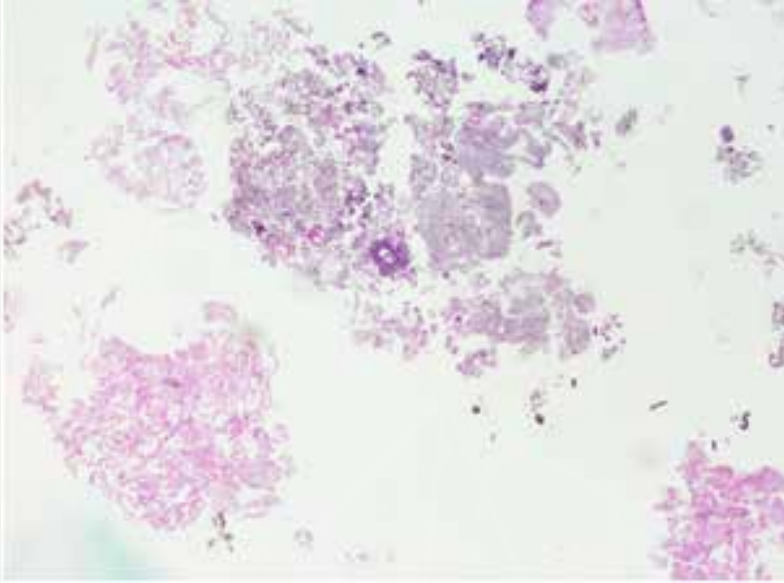
**Anahtar Kelimeler:** Akciğer kanseri, bronkoskopik lavaj, kronik obstrüktif akciğer hastalığı,

Resim 1



Solda alt zonda plevrada düzensizlik ve büyüklüğü paravertebral heterojen dansitede düzensiz sınırlı konsolide kitle

Resim 2



20X10 Atipik glandüler hücre grupları

EP-072

**COVID TANISIYLA İZLENEN VAKADA GELİŞEN SOĞUK ANTİKORLU OTOİMMÜN HEMOLİTİK ANEMİ OLGUSU**

Erva Nur Özçankaya, Gökhan Karakurt, Egemen Demir, Kübra Ünal, Mehmet Bayram

İstanbul Medipol Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

**GİRİŞ:** Otoimmün hemolitik anemi (OİHA); eritrosit yüzeyine bağlanan antikorlar ile ortaya çıkan, eritrositlerin yıkımı ile belirgin bir hastalıktır. Çoğu hastada idiyopatik olan bu durum, Enfeksiyon ile ilişkili de olabilmektedir. Tanı; anemi, hiperbilirubinemi, retikülositoz ve pozitif direkt coombs (DC) testi ile konur. Klinik görünüm belirtisiz olgulardan hemolitik anemi ve yaşamı tehdit eden akut hemolize kadar değişmektedir. Altta yatan hastalıklar, hemolizin hızı ve otoantikorun tipi klinik şiddeti belirlemektedir. Otoimmün hemolitik anemiler soğuk ve sıcak olarak iki tipe ayrılır. Soğuk antikorlu tip, tüm otoimmün hemolitik anemi olgularının %16-32'sini oluşturur ve sıklıkla enfeksiyonlar sonrasında gelişir. Genellikle kendini sınırlayıcı özellikte olup, birkaç hafta içerisinde düzelir. Steroid ve intravenöz immünglobulin (İVİG) tedavisi ile düzelmeyen olgularda plazmaferezin yararlı olabileceği gösterilmiştir.

**OLGU:** 75 Y yabancı erkek Bilinen KOAH,DM,HT,BPH,KBY, KAH hastası halsizlik, bulantı şikayetleriyle acil servise başvurmuş. Metastatik timik karsinom olarak takip edilen hasta 11 gün önce KT almış. Hasta covid testi pozitif gelmesi üzerine covid servisine yatırıldı. Desatüre olan hasta Plaquenil, azitro ve sonrasında favipiravir ile takip edilirken; HGB: 8,2 HCT:24 sonrasındaki kan sayımında 6,3 HCT:19,5 geldi. Eritrosit süspansiyonu takıldı. ES sonrasındaki HGB:7,4,HCT:7,7 ve tekrar ES sonrası HGB:10,2,HCT:12,3 geldi ve HCT,HGB uyumsuzluğu için hematolojiyle ve gis kanama açısından gastroenterolojiyle konsulte edildi. Kanama odağı bulunamadı. Hematoloji önerisiyle ileri tetkiklerde İndirekt coombs:pozitif Direkt coombs:pozitif Soğuk aglutinasyon: pozitif çıktı. Ssonucunda soğuk antikorlu otoimmün hemolitik anemi tanısı koyuldu ve plazmaferez tedavisi başlandı. Tedaviye yanıt alındı ve hasta taburcu edildi.

**SONUÇ:** covid serviste takip ettiğimiz pcr pozitif hastanın hgb düşüklüğü sonrası eritrosit süspansiyonuyla takibine devam ettik. Takiplerimizle hgb stabilitesini sağlayamadık ve aynı zamanda da hgb, hct uyumsuzluğu sonucu ileri tetkik yaptık. soğuk antikor pozitif ve direk,indirekt coombs pozitifliği sonrası soğuk antikorlu otoimmün hemolitik anemi tanısı koyduk. Covid viral enfeksiyonu ilişkili otoimmün hemolitik anemisi oluşmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Covid, hemolitik anemi, soğuk antikor



## EP-074 BRONŞİOLİTİS OBLİTERANS NADİR GÖRÜLEN: OLGU SUNUMU

Ahmet Yurttaş, Nilüfer Aylin Acet Öztürk, Aslı Görek Dilektaşlı, Ezgi Demirdögen, Ahmet Ursavaş, Mehmet Karadağ

Bursa Uludağ Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Ana Bilim Dalı, Bursa

**GİRİŞ AMAÇ:** Bronşiolitis obliterans, obliteratif bronşiolit veya konstriktif bronşiolit olarak da bilinir. Akciğer nakli veya hematopoetik kök hücre nakli (HSCT) sonrasında ortaya çıktığında bronşiolit obliterans sendromu olarak adlandırılır. Bronşiolitis obliterans, küçük hava yollarının tıkaçıcı bir akciğer hastalığı türüdür. Terminal ve distal bronşiyollerin fibrozisi ve hava akımı obstrüksiyonu gösteren spirometri karakteristik özellikleriyle nadir görülen bir hastalıktır. Genellikle akciğer fonksiyonunda ilerleyici düşüşe yol açar ve değişken sonuçları vardır.Kliniğimizde takip ettiğimiz BO olgusunu sunuyoruz.

**OLGU:** 18 yaşındaki bayan hasta 20 gündür devam eden eforla nefes darlığı, öksürük şikayetiyle hastanemize başvurdu.Özgeçmişinde tek böbrek ve çocukluk çağında sık sık enfeksiyon şikayetleri mevcut olan ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede saturasyon düşüklüğü dışında anlamlı bulgu saptanmadı.Solunum sisteminde; bilateral scapula altında ince raller duyuluyordu. Diğer tüm sistem muayeneleri normaldi. Tam kan sayımında wbc:15000 Crp:9,5 saptandı. Akciğer grafisinde; bilateral orta ve alt zonlarda yaygın retikülonodüler dansite artışı izlendi. Akciğer tomografisinde; Her iki akciğer parankiminde mozaik attenüasyon mevcut.; Her iki akciğer parankiminde sağ hemitoraksda ve alt lob segmentlerinde yer yer kistik özellikteki bronşiektazik değişiklikler, peribronşial kalınlaşma görünümüleri mevcut.Her iki akciğer alt lob segmentlerinde plevral yüzlerdeki kalınlaşma, havalanma artışı görünümü mevcuttur. Arter kan gazı analizinde Ph: 7,31 pO<sub>2</sub>: 35 mmHg pCO<sub>2</sub>: 65 mmHg O<sub>2</sub> sat: %70 idi.Hastaya NIMV tedavisi başlandı.Yapılan ileri tetkiklerinde; Solunum fonksiyon testinde; FEV<sub>1</sub>:%18, FVC:%24, FEV<sub>1</sub>/FVC:%63, DLCO:%32, DLCO/VA:%91 idi. Otoantikorlar negatif saptandı.İmmunglobulinler normal saptandı. İntersitisyel akciğer hastalığı ön tanısıyla FOB yapıldı.Biyopsi sonucu; iltihaplı bronş mukozası olarak raporlandı. Mevcu bulgularla çocukluk çağında geçirilmiş enfeksiyonlara sekonder bronşiolitis obliterans düşünüldü.1mg/kg kortikosteroid başlanıp tedricen azaltılarak 12. ayda kesildi.Kontrol akciğer grafisinde gerileme saptanan hasta halen takibimizdedir.

**TARTIŞMA:** Bronşiolit obliteransın tanı ve tedavisi multidisipliner bir ekiple yapılır.Kabul edilmiş standart tedavi rejimi yoktur. Progresyon gösteren bir patolojidir.Çocukluk çağı enfeksiyonlara sekonder bronşiolitis obliterans nadir olması nedeniyle olgu sunumuyla sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Bronşiolitis Obliterans, İntersitisyel Akciğer Hastalığı, Solunum Fonksiyon Testi

Paac Grafisi



Toraks BT



## EP-075 KEMİK TUTULUMU İLE METASTATİK KANSERİ TAKLİT EDEN PULMONER SARKOİDOZ OLGUSU

Ece Şahinoğlu, Ahmet Hamdi Ilgazlı

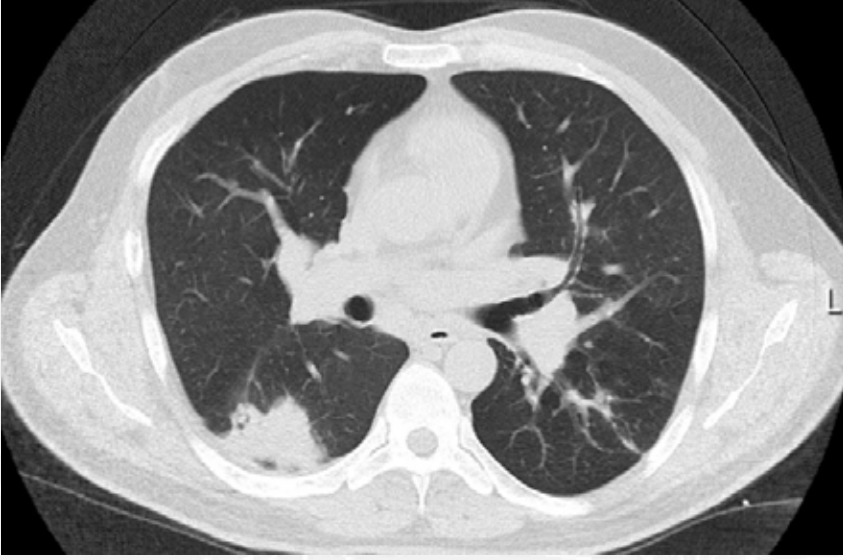
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Sarkoidoz özellikle akciğerleri ve mediastinal lenf nodlarını tutan, cilt, göz ve diğer organ sistemlerini etkileyebilen ve daha nadir olarak kemik ve kemik iliği tutulumu yapan bir hastalıktır. Non-kazeöz, non-nekrotizan granümatöz inflamasyon tipiktir. 39 yaşında erkek hasta nefes darlığı, halsizlik ve yorgunluk ile polikliniğimize başvurdu. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide her iki akciğer hilusunda 2 cm'lik multiple lenfadenopati ve sağ akciğer alt lob superiorunda 4 cm'lik, periferik yerleşimli konsolidasyon izlendi (Figür 1). PET/CT'de; akciğer parankimindeki bu konsolidasyonun SUVmax değeri 16, mediastinal lenfadenopatilerin SUVmax değeri 15 ve abdominal lenfadenopatilerin SUVmax değeri 12 olarak izlendi. Vertebral kolon ve pelvik kemikte SUVmax değeri 11,8 olan multifokal tutulum izlendi (Figür 2). Hasta öncelikle herhangi bir malignitenin metastazı veya lenfoma olabileceği düşünülerek değerlendirildi. Lenfoma ile metastatik kanser ayırıcı tanısı oldukça zordu. Hastaya girişimsel radyoloji tarafından transtorasik tru-cut akciğer parankim biyopsisi ve iliak kemik biyopsisi dahil bir çok biyopsi yapıldı. Alınan bütün örneklerin patolojisi non-nekrotizan granümatöz inflamasyon olarak raporlandı. Malignite veya enfeksiyon düşündürür bulguya rastlanmadı. Sarkoidozun iliak kemik tutulumu biyopsi ile kanıtlandı. Malignitenin dışlanması ardından kortikosteroid tedavi başlandı. Steroid tedavisine yeterli yanıt alınamayan hastanın mevcut tedavisine metotreksat da ilave edildi. Sonrasında klinik ve radyolojik iyileşme son derece anlamlı idi. Biz bu olguda tanıyı doğrulamak için yeni biyopsiler alınarak yeniden histopatolojik değerlendirmenin önemini ve böylece malign/benign hastalık ayırıcı tanısının önemini vurgulamayı hedefledik.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz, Kemik Tutulumu, Metastatik Kanser, Ayırıcı Tanı

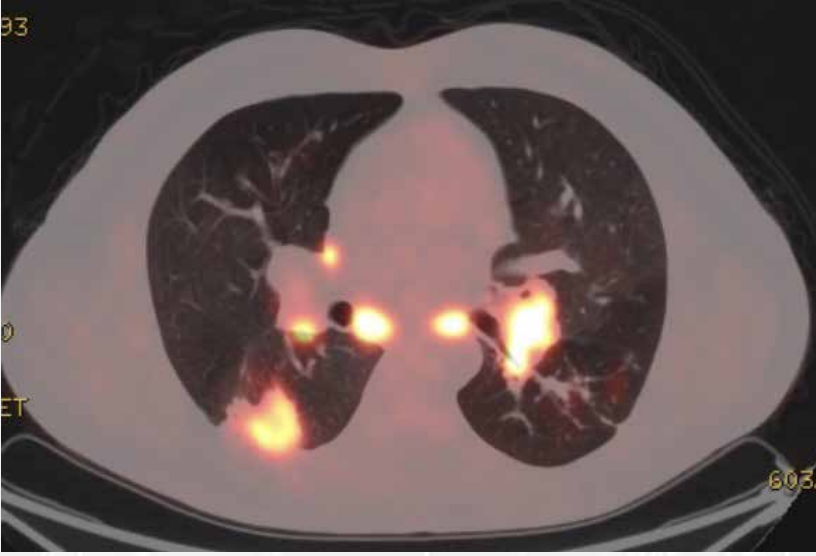


Figür 2



Sağ akciğer alt lob superiorda periferik yerleşimli 4 cm çapında konsolidasyon

Figür 3



akciğer parankimindeki 4 cm'lik konsolidasyon alanlarının SUVmax değeri 16, mediastinal lenfadenopatilerin SUVmax değeri 15

## EP-076

**PULMONER NÖROENDOKRİN TÜMÖR SAPTANAN BİR OLGUDA, AİLESEL MULTİPLE ENDOKRİN NEOPLAZİ TİP I MUTASYON VARLIĞI**

Nevin Taci Hoca<sup>1</sup>, Hüsrâ Tetik Manav<sup>1</sup>, Yasemin Söyler<sup>1</sup>, Canan Celep<sup>1</sup>, Mine Önal<sup>1</sup>, Nesrin Gürçay<sup>2</sup>, Feza Uğurman<sup>1</sup>

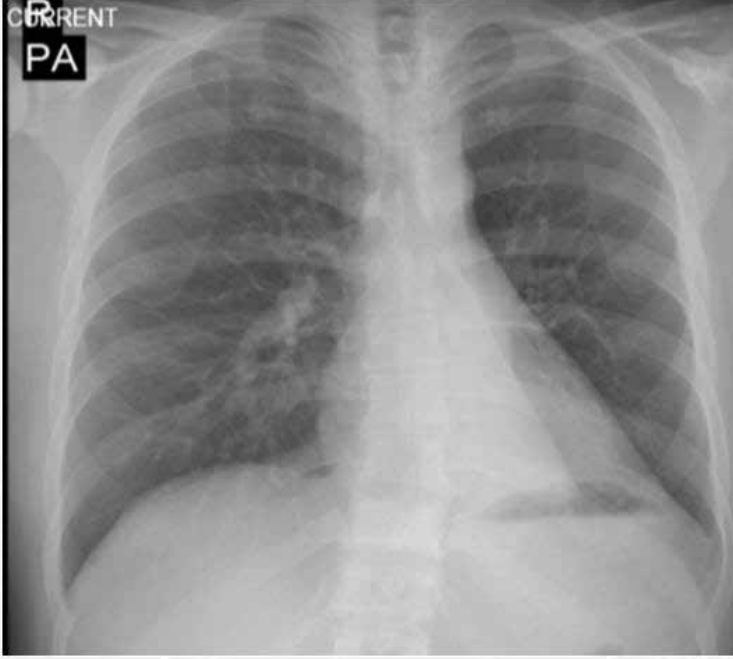
<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, 1. Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Patoloji Kliniği

Multiple endokrin neoplazi tip 1(MEN 1); hipofiz, paratiroid, pankreas ve ön bağırsak kökenli nöroendokrin doku neoplazisi ile ilişkili, otozomal dominant kalıtım gösteren bir sendromdur. Entero-pankreatik karsinoid tümörler MEN 1'li hastalarda iyi tanımlanmış olmasına rağmen, bronkopulmoner karsinoid tümörler nadiren görülmektedir. 34 yaşında erkek hasta, üç yıldır olan ve son zamanlarda artan öksürük ve balgam yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinde; 5 yıl önce hiperparatiroidi nedeniyle paratiroidektomi öyküsü ve hipofiz adenomuna bağlı hiperprolaktinemi nedeniyle kabergolin kullanımı mevcuttu. Sigara öyküsü yoktu. Soy geçmişinde; babada hiperparatiroidi nedeniyle paratiroidektomi öyküsü mevcuttu ve pankreas kanseri nedeniyle vefat etmişti. Üç kardeşinde hiperparatiroidi nedeniyle paratiroidektomi öyküsü ve hipofiz adenomu mevcut olduğu öğrenildi. Fizik muayene bulguları normal olarak değerlendirildi. Akciğer grafisinde sol alt lob atelektazisi ile uyumlu görünüm izlendi (Resim 1). Rutin laboratuvar incelemelerinde belirgin patolojik bir bulgu izlenmedi. Toraksbilgisayarlıtomografisinde(BT);solakciğeraltlobdaatelektazi-kollapsgörünümüizlendi(Resim2).Bronkoskopik incelemede sol alt lob konsantrik olarak daralmıştı distale geçilemedi. Düzensiz görünümdeki mukozadan biyopsi alındı. İmmünohistokimyasal inceleme de yapılan patoloji sonucu, düşük-orta dereceli nöroendokrin tümör olarak raporlandı. PET-BT'de; kraniyumda sağ parietalde 1.5 cm boyutlu hipodens lezyon vardı. Tiroid bezi sağ lob anteriorunda artmış metabolik aktivite tutulumu izlendi (SUV max:4.62). Sol hiler bölgede alt lob bronşunu oblitere eden yaklaşık 3.5 cm boyutlu yumuşak doku dansitesinde patolojik artmış metabolik aktivite tutulumu saptandı (SUV max:5.71). Karaciğerde büyüğü 2.3 cm boyutlu hipodens lezyonlarda fokal artmış metabolik aktivite tutulumu saptandı (SUV max:6.31).Kemikte değişik lokalizasyonlardadüşükdüzyeartmışmetabolikaktivitetutulularıizlendi(SUVmax:3.85). Kraniyal MR'da vertex düzeyinde falx serebri posteriorunda 21x23x18 mm boyutlu yoğun kontrast madde tutan metastaz ile uyumlu lezyon saptandı. Tiroid USG de her iki tiroid lobunda büyüğü 18 mm çapında solid alanlar içeren birkaç adet heterojen nodül görüldü. Tiroid biyopsi sonucu nöroendokrin tümör metastazı olarak değerlendirildi. Karaciğer, multiple kemik, tiroid ve beyin metastazları olan hasta medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisine konsülte edilerek multidisipliner bir merkeze yönlendirildi. Sonuç olarak; MEN-1 sendromunda nöroendokrin diferensiyasyon gösteren bronkopulmoner karsinoid tümörler nadir olarak izlenmektedir. MEN-1 saptanan olguların aile bireylerinin taranması ile malignitelerin erken saptanması morbidite ve mortalitenin azaltılmasına neden olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** nöroendokrin karsinom, multiple endokrin neoplazi,

Resim 1

*Akciğer grafisinde sol alt lob ateletazisi*

Resim 2

*Toraks BT'de sol akciğer alt lobda ateletazi-kollaps görünümü*



## EP-077

**PADEMİDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN OLUMSUZ REAKSİYONLARIN BELİRLENMESİ**Halil Nacar<sup>1</sup>, Ayşe Turan<sup>2</sup><sup>1</sup>Adana İl Sağlık Müdürlüğü<sup>2</sup>Seyhan Devlet Hastanesi Adana

**GİRİŞ-AMAÇ:** Aralık 2019'dan bu yana dünya, küresel olarak hızla yayılan ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından salgın olarak ilan edilen Coronavirus hastalığı (COVID-19) olarak bilinen yeni bir bulaşıcı hastalık salgını ile karşı karşıyadır. COVID-19'un son derece bulaşıcı olması nedeniyle, sağlık çalışanlarının N95 maske, cerrahi maske, eldiven ve koruyucu giysiler gibi kişisel koruyucu donanımları (KKD) giymeleri gerekmektedir. KKD kullanımı olumsuz birtakım reaksiyonlara neden olabilmektedir. Bu nedenle yapılan çalışmada amaç; pandemi birimlerinde görev alan sağlık çalışanlarının uzun süreli KKD kullanımına bağlı reaksiyonlarını araştırmaktır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Kesitsel tipteki çalışmanın verileri sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile elde edilmiştir. Anket formunda demografik özellikler (cinsiyet, yaş, meslek, çalışma yılı vb.) ile ilgili bilgiler yer alırken, KKD malzemeleri kullanım durumları ve reaksiyonlarının değerlendirildiği toplam 17 soru bulunmaktadır. Gerekli yasal izinleri alınan çalışma 30 Temmuz- 14 Ağustos 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

**BULGULAR:** Çalışmaya 65 sağlık çalışanı katılmış, bunların %64.6'sı (n=42) kadın, %87.7'si (n=57) üniversite mezunu, %72.3'ü (n=47) hemşire ve %27.7'si (n=18) hekimdir. Katılımcıların yaş aralığı incelendiğinde %58.5'inin (n=38) 35-44 yaş, %15.4'ünün (n=10) 45-54 yaş ve %13.8'inin (n=9) ise 25-34 yaş aralığında olduğu bilinmektedir. Hastanede çalışma süreleri sırasıyla; %23.1'i 16-19 yıl, %20.0'si 12-15 yıl, %18.5'i 0-3 yıl, %15.4'ü 4-7 yıl, 20 yıl ve üzeridir. Kullanılan KKD sıklığı Tablo 1'de yer almıştır. %23.1'inde (n=15) kronik enaz bir hastalık mevcut olup, sekiz saatlik mesai baz alındığında N95/ FFP2 maske kullanım ortalaması 3,75±2,30 saat, tüm vücut tulum 121,38±118,87 dakika, eldiven 3,95±1,81 saat, cerrahi maske 4,00±2,51 saat, ve yüz koruyucu siperlik 2,78±1,89 saat kullandıklarını bildirmişlerdir. N95/ FFP2 maske kullanımına bağlı %54,1 (n=33), eldivene %37,5 (n=24), tüm vücut tulumuna bağlı da %23,0'ünde (n=14) reaksiyon geliştiğini bildirmiş olup, reaksiyon dağılımları Tablo 2'de belirtilmiştir. Reaksiyonlar sonrasında %10,9'u (n=7) eldivene, %4,9'u (n=3) tulum ve %23,0'ü de maskeye bağlı sağlık sorunları ile ilgili tedavi aldıklarını bildirmişlerdir.

**SONUÇ:** Sağlık çalışanları, nihai olarak hastalarını, kendini ve daha geniş bir topluluğu korumaktan sorumludur. COVID-19 salgınında uzun süre KKD giymek, sağlık çalışanları için potansiyel sağlık tehditleri oluşturabilmektedir. Enfeksiyon, cildiye uzmanları, kalite birimi ve çalışan güvenliği ile koordineli çalışılarak kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık çalışanlarının iyilik halinin sağlanması amacıyla gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacak stratejiler geliştirilmesi sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** sağlık çalışanı, kkd, pandemi

**Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Kullandığı Kişisel Koruyucu Donanımlar**

| Kişisel Koruyucu Donanımlar | n  | %    |
|-----------------------------|----|------|
| Göz koruyucu gözlük         | 47 | 72.2 |
| N95/ FFP2 maske             | 54 | 83.1 |
| Cerrahi maske               | 56 | 86.2 |
| Yüzkoruyucu kalkanı/siperi  | 53 | 81.5 |
| Saç bonesi/koruyucu         | 46 | 70.8 |
| Eldiven                     | 63 | 96.9 |
| Çizmeler                    | 21 | 32.3 |
| Tüm vücut tulum             | 41 | 67.7 |
| Galoş                       | 1  | 1.5  |

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Kullandığı Kişisel Koruyucu Donanıma Bağlı Gelişen Reaksiyonlar

| Kişisel Koruyucu Donanımlar                                  | n  | %    |
|--|----|------|
| N95/ FFP2  | 23 | 69.7 |
| Yüz bölgesinde kaşıntı                                       | 18 | 54.5 |
| burun köprüsünde skarlaşma                                   | 6  | 18.2 |
| Kuru cilt  | 13 | 39.4 |
| Maske takılan bölgede sivilce/akne oluşumu                   | 23 | 69.7 |
| Baş ağrısı   | 16 | 48.5 |
| Solunum hızında artış  | 7  | 21.2 |
| Hipoksemi  | 18 | 54.5 |
| Sıcak basması/aşırı terleme                                  | 5  | 15.2 |
| Temas ürtikeri   | 9  | 27.3 |
| Deri yaralanması (sürekli basınca bağlı)                     | 4  | 12.1 |
| Alerjik kontakt dermatit                                     |    |      |
| Eldiven  | 4  | 16.7 |
| Egzema   | 2  | 12.5 |
| Çatlamış cilt  | 17 | 70.8 |
| Aşırı terleme  | 13 | 54.2 |
| Alerjik kontakt dermatit                                     | 1  | 4.2  |
| Uzun süre kullanıma bağlı deride kalınlaşma (likenifikasyon) | 0  | 0    |
| Eritem/ vezikül oluşumu                                      | 7  | 29.2 |
| Kuru cilt  | 2  | 8.3  |
| Mantar infeksiyonu   | 3  | 12.5 |
| El derisinde renk değişikliği                                | 2  | 8.3  |
| Kaşıntı  |    |      |
| Tulum  | 6  | 42.9 |
| sivilce/akne   | 10 | 71.4 |
| kaşıntı  | 3  | 21.4 |
| döküntü  |    |      |

## EP-078

## SEYHAN DEVLET HASTANESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ COVID-19 İLE İLGİLİ BİLGİ VE ALGI DURUMLARI

Ayşe Turan<sup>1</sup>, Leyla Şengezer<sup>1</sup>, Halil Nacar<sup>2</sup>, Tuğba Tülin Turunç<sup>1</sup>, Fatma Hikmet Yeşil<sup>1</sup>, Nureddin Özdeğer<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Seyhan Devlet Hastanesi

<sup>2</sup>Adana İl Sağlık Müdürlüğü

<sup>3</sup>Adana İl Sağlık Müdürlüğü-İsg

**GİRİŞ-AMAÇ:** Sağlık çalışanlarının bilgisi, 2019 koronavirüs hastalığının (COVID-19) yayılmasını önlemek ve kontrol etmek açısından önem arz etmektedir. Bu çalışma sağlık profesyonellerinin COVID-19 hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek, mevcut boşlukları anlamak ve strateji geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ-YÖNTEM:** Kesitsel tipteki çalışma 1-14 Temmuz 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Anket formu ile veriler elde edilmiş, istatistiksel paket programında analizleri yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli yasal izinler alınmıştır. Çalışmaya gönüllü olan 212 kişi katılmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmaya katılanların %65,4'ü (n=138) kadın, %42,9'u (n=90) 35-44 yaş, %25,7'si (n=54) 25-34 yaş ve %21,9'u (n=46) 45-54 yaş aralığındadır. Eğitim durumları incelendiğinde %64,5'i (n=136) üniversite, %13,7'si (n=29) lise, %11,8'i (n=25) yüksek lisans mezunudur. Sağlık çalışanlarının hastanede çalışma süreleri %19,6'sı (n=41) 4-7 yıl, %19,1'i (n=40) 8-11 yıl, %18,7'si (n=39) 0-3 ile 20 ve üzeri yıldır. Meslek dağılımlarında %46,4'ü (n=98) hemşire/ebe, %27,5'i (n=58) kamu işçisi, %15,2'si (n=32) hekim ve %10,9'u (n=23) ise memurdur. Sağlık çalışanlarından %61,9'u (n=130) Covid-19 pozitif tanımlı hasta ile karşılaştığını, %55,2'si (n=116) Covid-19 hastasına hizmet verdiğini belirtmiştir. Katılımcıların %31,0'i (n=65) Covid-19 testini yaptırmış ve %98,5'i (n=64) negatif, %1,5'i (n=1) ise test sonucunun pozitif geldiğini serviste yatarak tedavi olup taburcu olduğunu bildirmiştir. Koronavirüs salgını hakkında bilgi kaynağı olarak birinci sırada; haberler medya kaynakları (TV, radyo gazete vb.) daha sık yer alırken, bunu sırasıyla sosyal medya (Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat vb.), aile üyesi, arkadaş ve resmi ulusların web siteleri (DOH, CDC, MOH, WHO...) takip etmiştir. Katılımcılar bilgi düzeylerini; %51,9'u "iyi", %32,0'i "orta", ve %10,2'si ise "çok iyi" olarak belirtmiştir. Meslek ile bilgi durumu arasında fark saptanmış ve hemşire ve hekim grubunda yüksek bulunmuştur (p=0.0001). Yeni koronavirüsün inkübasyon süresi sorusuna %40,4'ü 2-14 gün cevabını vermiştir. Covid-19 hastalığı semptomlarını %93,8'i, bulaş yollarını %61,5'i, %81,0'i ise komplikasyonlarını doğru tanımlamıştır. Yeni koronavirüs risk azaltma yöntemlerini %93,8'i sıralayabilmiştir. Çalışanların %69,6'sı Covid-19 hastalığından endişelendiğini korktuğunu bildirmiş olup, bu duygularının %50,3'ü "kesin tedavisi olmadığı, %28,0'i "bulaşıcı olduğu, %11,8'i "yeni bir hastalık olduğu" ve %9,9'u ise "önleyici yöntem olmadığı için" şeklinde belirtmişlerdir.

**SONUÇ:** Enfeksiyon kaynağını kontrol altına alarak, iletim yolunu bloke ederek ve duyarlı popülasyonları koruyarak enfeksiyon kontrol uygulamalarını uygulamak çok önemlidir. Bu nedenle tüm çalışanların pandemi haline gelen koronavirüs hakkında bilgilerinin aralıklı olarak yenilenmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** bilgi durumu, covid-19, sağlık çalışanı



## EP-079

## PNÖMOTORAKS COVID-19'UN İLK SEMPTOMU OLABİLİR Mİ?

Leyla Nesrin Acar<sup>1</sup>, Ebru Sayılır Güven<sup>1</sup>, S.Ş. Erkmen Gülhan<sup>1</sup>, Seray Hazer<sup>1</sup>, Pınar Bıçakçioğlu<sup>1</sup>, Fatma Benli Tanrıku<sup>2</sup>, Dicle Kaymaz<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>SBÜ Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

<sup>3</sup>SBÜ Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

**GİRİŞ:** Koronavirüs hastalığı (COVID-19), ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde bildirildi ve kısa zaman sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi olarak ilan edildi. COVID-19 hastalarında ateş, öksürük, yorgunluk, tat ve koku duyularında kayıplar gibi hafif semptomlar görülebilir. Ancak hızlı ilerleyen ciddi solunum yetmezliği de görülebilir. Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT), bilateral buzlu cam, hava bronkogramları ve konsolidasyon ile karakterizedir. Nadir olsa da plevral efüzyon, kavitasyon, pnömomediastinum ve pnömotoraks görülebilir. Yayınlarda, genellikle bu olgularda gelişen pnömotoraksın COVID-19 pnömonisi veya mekanik ventilatöre bağlı gelişen barotravma sonrasında oluştuğu bildirilmiştir. Pnömotoraks, acil tanı ve tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Burada acil servise pnömotoraks nedeniyle müracaat eden ve takipleri sırasında COVID-19 tanısı koyduğumuz olgumuzu sunuyoruz.

**OLGU:** Göğüs ağrısı, nefes darlığı şikayeti ile acil servise müracaat eden 19 yaşında erkek hastanın çekilen posteroanterior akciğer grafisinde sol hemitoraksta pnömotoraks saptandı. Hastanın özgeçmişinde ek hastalığı yoktu, sigara içiyordu. Hastaya tüp torakostomi uygulandı. COVID-19 PCR testi negatif olan hastaya uzamış hava kaçağı nedeniyle video yardımcı akciğer cerrahisi+wedge rezeksiyon uygulandı. Postoperatif dönemde akciğerde ekspansasyon gücünü görüldü. Hastaya fiberoptik bronkoskopi uygulandı, mukozaların frajil, submukozal vaskülaritede artış saptandı. Takipler sırasında gönderilen COVID-19 PCR testi pozitif raporlandı. Hasta Göğüs Hastalıkları Kliniği Kovid Servisine nakil edilerek tedavisi tamamlandı. Patoloji akciğer parankim örneklerinde büllöz, amfizematöz değişiklikler, konjesyon, kanama alanları, skar alanları, fokal birkaç alanda kolestrol kleftleri, multinükleer dev hücreler ve fibrin trombüsleri olarak rapor edildi. Hasta poliklinik kontrolü ile açık drenajla eve taburcu edildi.

**SONUÇ TARTIŞMA:** Pandemi döneminde tüm olgular özellikle pnömotoraks ile müracaat eden olguların COVID-19 pozitif olabileceği düşünülmesi, cerrahi müdahale yapılacak ise dünya sağlık örgütünün önerdiği korunma yöntemlerine uyulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, Pnömotoraks, Cerrahi

## EP-080

## AKCİĞER REZEKSİYONU SONRASI HASTALARIN AJİTASYON VE SEDASYON DURUMLARININ RİCMOND SKALASINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Yücel Özgür

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Anestezi Kliniği Eğitim Araştırma Hastanesi

**AMAÇ:** Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve araştırma Hastanesi' nde 2020 ocak ayı içerisinde akciğer rezeksiyonu operasyonu yapılan hastaların ajitasyon ve sedasyon durumlarını değerlendirmektir. **METOD:** Hastanemizde 2020 Ocak ayı içerisinde akciğer rezeksiyonu operasyonu yapılan 69 hasta çalışmaya alındı. Ameliyat bitiminde ekstübe edilen hastalar Ricmond Ajitasyon ve Sedasyon Ölçeği ile değerlendirildi. Hastalar tanı, yaş, ek hastalık ve yapılan operasyon gibi demografik özellikleri ile ölçek skorları karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Hastaların 49'i erkek, 20'si kadın idi. Yaş aralığı 16-86 yıl, ortalaması ise 53,8 olarak hesaplandı. Bu hastalarda akciğer kanseri (n= 27), akciğer nodül/kitle (n=12), plevral efüzyon (n=8), pnömotoraks (n=7), med lam (n=4), mediastinal kitle (n=3), intertisyel akciğer hastalığı (n=3), bronşiektazi (n=2), yabancı cisim (n=2), lipom (n=1), hemoptizi (n=1), timoma (n=1), plevral kalınlaşma (n=1) tanıları mevcuttu. Yapılan girişimler torakotomi (n=28), video yardımcı göğüs cerrahisi girişimi (VATS) (n=27), mediastinoskopi (n=7), sternotomi (n=1), göğüs duvarı kitle çıkarılması (n=2) şeklinde sıralandı. Torakotomi operasyonları ortalama 3,5 saat, vats operasyonları ise 1,5 saat sürdü. Uyanma sonrası hastalar Ricmond ajitasyon ve sedasyon ölçeğine göre değerlendirildi. Skorlar -3 ile +2 arasında değer buldu. 24 hastada "+1", 17 hastada "0", 14 hastada "-1", 7 hastada "-2", 5 hastada "+2", 2 hastada "-3" skorları gözlemlendi. Kadınlar ve erkekler arasında skor yönünden anlamlı bir farklılık gözlenmedi. Yaşa bağlı olarak skorlarda anlamlı değişiklik gözlemlendi: 10-30 yaş arasında uyanma esnasında ajitasyon (p=0,02), 50-70 yaşa arası uykuya eğilim veya sedatize uyanma oranlarında artış gözlemlendi (p=0,04). Torakotomi yapılan hastaların %33'ü "-1", %33'ü "+1" değerini alırken, mediastinoskopi yapılan hastaların %85'i "0" yani sakin olarak uyandı. Vats yapılan hastaların %25'i "-1", %25'i "+1" %31'i "0" değerini aldı. Hastaların %81'i "-1,0 ve +1" değerlerinden birini aldı. 12 hipertansiyon şikâyeti olan hastanın %50'si "-1" skoru alırken, KOAH hastalığı olan 5 hastanın %60'ı uyandıgında "0" yani sakin olarak uyandı.

**SONUÇ:** Akciğer rezeksiyonu operasyonları büyük cerrahi grupta yer alan ameliyatlardır (1). Hastaların anestezi sonrası Ricmond Ölçeği'nin +1 ve üzerinde olması postoperatif dönemde ağrı, bulantı, kusma, kan şekeri düzeyinde artma, hipertansiyon ve yatış süresinde uzama gibi komplikasyonlara neden olabilir (2,3). Ricmond ölçeğinin -1 ve altında olması uyanma süresinde uzama, hipotansiyon, postoperatif solunum desteği ve yoğun bakım yatış süresinde uzama gibi durumlara neden olabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer rezeksiyonu, Postoperatif ajitasyon ve sedasyon, Ricmond skoru

**EP-081****PULMONER TUTULUMU OLAN HİPEREZOİNOFİLİK SENDROM OLGUSUNDA  
MEPOLİZUMAB TEDAVİSİ**

Demet Polat Yuluğ (0000-0002-8122-4457), Mukadder Çalikoğlu

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Hipereozinofilik sendrom (HES); sekonder nedenler dışlandıktan sonra persistan hipereozinofili ( $>1500/mm^3$ ) ile seyreden, bir veya birden fazla organ tutulumu ile karakterize lökoproliferatif bir hastalıktır. Miyeloproliferatif varyant HES dışındaki olgularda kortikosteroidler birinci basamak tedavidir. Bununla birlikte, uzun süreli kortikosteroid tedavisi önemli yan etkilere neden olmaktadır. Tedaviye dirençli olgularda hidrokorti, vinkristin, siklosporin, alemtuzumabın etkisi gösterilmiştir. Bu yazıda, anti IL-5 monoklonal antikoru olan mepolizumab ile tedavi edilen idiyopatik HES tanılı olgu sunuldu. 22 yaşında kadın hasta, kronik öksürük şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde allerjik rinit ve dermatit öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesi normaldi. Akciğer grafisi normaldi. Hastanın kliniğimizde yapılan tetkiklerinde; beyaz küre:  $25,14 \times 10^3/\mu L$ , mutlak eozinofil sayısı:  $14,11 \times 10^3/\mu L$ , eozinofil yüzdesi: %56,1 olarak saptanmıştı. Rutin biyokimyasal tetkikleri, dışkıda parazit, hepatit markerları ve anti-HIV negatif bulundu. Tiroid fonksiyon testleri, hormon profili, serum immunglobulinleri, kompleman seviyeleri, normal sınırlarda ve total IgE  $2300 IU/mL$  bulundu. Romatoid faktör, anti-nükleer antikor (ANA), anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA), t(9;22) ve BCR-ABL, FIP1L1-PDGFR testleri negatif bulundu. Bilgisayarlı toraks tomografisinde çok sayıda mediastinal lenf nodu saptandı. PET-CT görüntülemesinde multiple mediastinal hipermetabolik lenf nodları (suv max 7) ve sol akciğerde retikülonodüler infiltrasyon alanlarında (suv max 2,5) artmış metabolik tutulum eozinofilik infiltrasyon ile uyumlu olarak raporlanmıştı. Kemik iliği biyopsisi hipersellülerdi ve yaklaşık %40 eozinofili izlendi. Bronkoalveolar lavajda hücresel dağılım; %60 eozinofil, %20 makrofaj ve %5 lenfosit olarak bulundu. Hasta idiyopatik HES olarak kabul edildi. Kalp veya diğer organ tutulumu tespit edilmedi. 60 mg/gün metilprednizolon başlandı. 1 yıl metilprednizolon tedavisi alan hastanın tedavisi, ilaç yan etkileri nedeniyle kesildi. Hastaya 100 mg/ay mepolizumab başlandı. Mepolizumab tedavisinin 5. ayında semptomları geriledi ve eozinofili düzeldi. Hastanın tedavisi devam ediyor. Uzun süreli tedavi nedeniyle kortikosteroid tedavisinin yan etkilerine sıklıkla rastlanmaktadır. Mepolizumab tedavisinin, kortikosteroidde bir alternatif olabileceğini düşünmekteyiz.

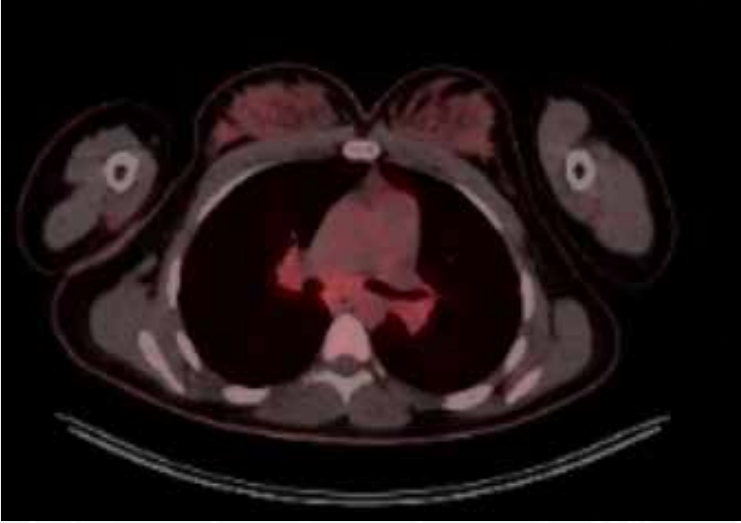
**Anahtar Kelimeler:** Hipereozinofilik sendrom, mepolizumab, eozinofili



Akciğer Grafisi



Pet-BT



## EP-082

## PRİMER PROKSİMAL TRAKEA EPİTELOİD ANJİOSARKOMU

Ayperi Öztürk<sup>1</sup>, Melahat Uzel Şener<sup>1</sup>, Afife Büke<sup>1</sup>, Funda Demirağ<sup>2</sup>, Aydın Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H, Patoloji, Ankara

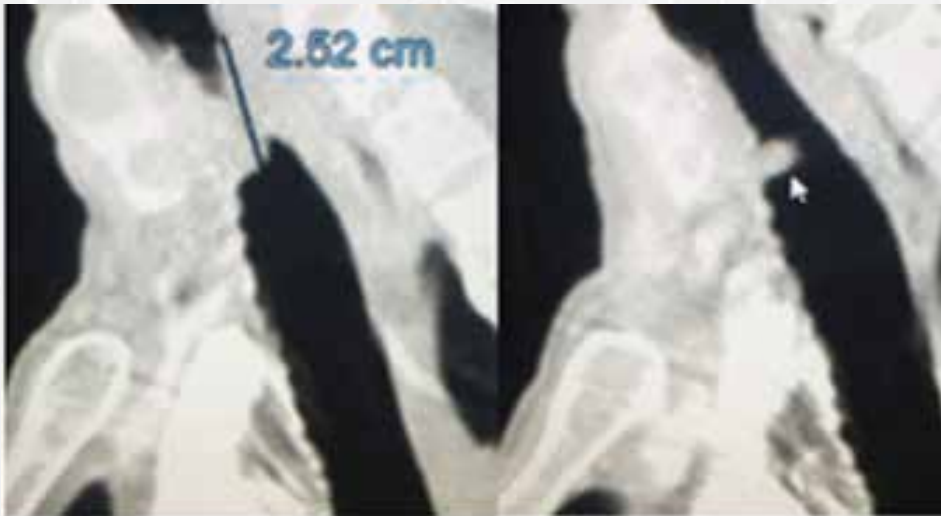
**GİRİŞ:** Primer trakeal tümörler, tüm tümörlerin %0.4'ünü oluşturur ve kanser ölümlerinin %0.1'ini oluşturur. Anjiosarkomlar ise kan veya lenfatik damarlarda ortaya çıkan damar endotel duvarını kaplayan malign neoplazmlardır ve tüm sarkomların %1 ini oluşturur. Primer trakeal epiteloïd anjiosarkom (EAS) çok nadir görülür. Hemoptizi ile başvuran olgumuzu çok nadir olması, tanı ve tedavi zorluğu nedeniyle sunduk.

**OLGU SUNUMU:** 75 yaşında erkek hasta 1,5 aydır tekrarlayan, günlük yaklaşık 20-30cc hemoptizi ile geldi. WBC:9300/ml, HGB:11,9g/dL, PLT: 305000/ml, kreatin:0,74mg/dL idi. Toraks bilgisayarlı tomografide trakea proksimalinde lümeni daraltan lezyon saptandı (Resim 1). Pozitron emisyon tomografisinde subglottik düzeyde trakea sol lateralinde trakea hava sütununda daralmaya neden olan ve trakea arka komşuluğunda özefagus üst ucu ile devamlılık gösteren yumuşak doku dansiteleri (SUVmax:7,01) ve bunların distalinde trakea sol lateralinde sol ana karotid arter komşuluğunda yaklaşık 1,5 cm çapında nodüler lezyon (SUVmax:6,77) izlendi. Fiberoptik bronkoskopide vokal kordun hemen distal trakea proksimalinde sol posterolateral ve anterior duvarda aktif kanamalı miks lezyon izlendi. Hastaya güvenli havayolu sağlamak amacıyla rijit bronkoskopi yapıldı. Kord vokalin 2 cm altında bulunan lezyonlara APC ile Koterizasyon uygulanarak mekanik tümör rezeksiyonu yapıldı (Resim 2). Patoloji sonucu CD31 ve fokal pankeratin pozitif; TTF-1 ve P40 negatif, histopatolojik EAS ile uyumlu olarak raporlandı. Primer cerrahi tedavi planlanan hastanın takibinde masif hemoptizi gelişmesi üzerine hasta entübe edildi ve yoğun bakım yatışının 7 gününde exitus oldu.

**TARTIŞMA:** EAS, erken metastatik potansiyele sahip oldukça agresif bir endotelial malignitedir ve ilerleyen yaş prognozu daha da kötüleştirir. Literatürde primer trakeal EAS ilgili olgu sunumu ise sınırlı sayıda olup tüm olguların ortak özelliği masif hemoptizidir. Az sayıda vaka olması nedeniyle tedavi sonuçları ile ilgili literatür bilgisi yoktur. Primer metastatik olmayan hastalık için öncelikle cerrahi eksizyon tedavi yöntemi olarak denenmektedir.

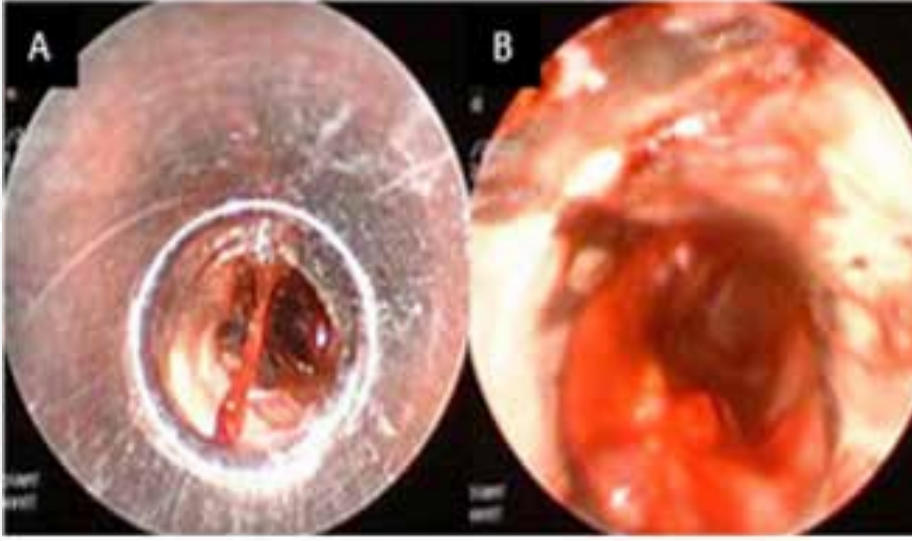
**Anahtar Kelimeler:** trakea tümör, epitheloid anjiosarkom, hemoptizi

## Resim 1



Trakea proksimalinde lümeni daraltan lezyon

Resim 2



A. İşlem öncesi trakea; B. İşlem sonrası trakea posterior duvar



## EP-083

## COVID-19 PNÖMONİSİNE BAĞLI ENTÜBASYON SONRASI TRAKEAL DEFORMİTE OLGUSU

Ayperi Öztürk, Melahat Uzel Şener, Özlem Ertan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara

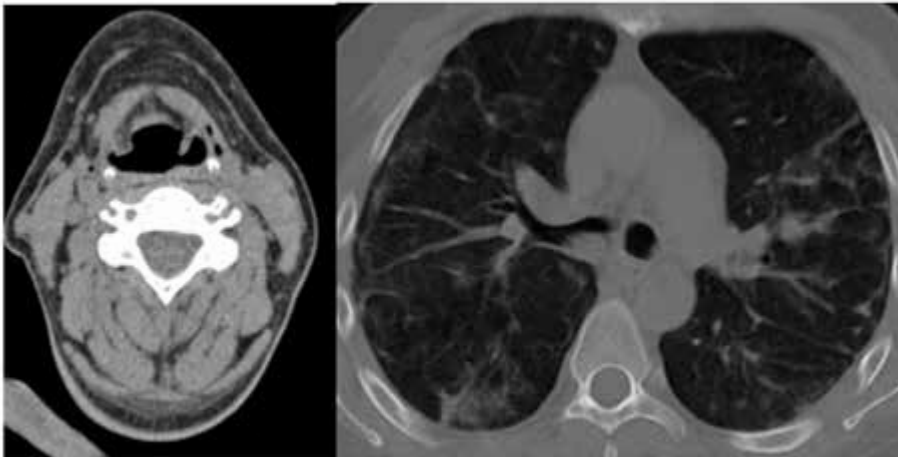
**GİRİŞ:** Şiddetli akut solunum yolu sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2)'nin neden olduğu pnömoni vakalarının şiddetine göre yoğun bakım ünitesinde takibi gerekmektedir; mekanik ventilasyon için uzun vadeli endotrakeal entübasyon ve ardından trakeostomi ihtiyacı doğabilir. Uzun süreli entübasyon sonrası trakeal stenoz nadir ancak ciddi bir komplikasyondur. Burada Covid-19 pnömonisine bağlı uzun süreli entübasyon sonrası gelişen trakeal stenoz olgusu sunuldu.

**OLGU:** 43 yaşında erkek hasta, Covid-19 pnömonisi nedeniyle yoğun bakımda takipliyken hava yolu değerlendirilmesi amacıyla hastanemize sevk edildi. Öyküsünde hastanın 35 gün yoğun bakımda takip edildiği, 3 kez ekstübasyon denendiği ancak başarılı olunamadığı ve çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde trakeada darlık ve sekel fibrotik değişiklikler saptandığı öğrenildi. Hastaya yoğun bakım servisinde noninvaziv mekanik ventilasyon eşliğinde yüz maskesinden fiberoptik bronkoskop ile girildi ve vokal kordun 1,5 cm distalinde granülasyon dokusu ile lümenin daraldığı izlendi. Hastanın hava yolu açıklığı sağlanması amacıyla genel anestezi altında trakeoskop ile girildi. Vokal kordun 14 mm altında 10 mm derinliğinde posterior membranöz duvarda derin cepleşme izlendi; kord vokalin 4 cm distalinde 0,5 cm derinliğinde stenoz saptandı ve dilatasyon uygulandı. İşlem sonrası saturasyon değeri normalsınırlara ulaşan ve mekanik ventilatör ihtiyacı kalmayan ancak trakea posterior duvarda oluşan cep nedeniyle sekresyon birikmesi sonucu ani nefes darlığı öyküsü olan hastaya cerrahi operasyon kararı verilerek ilgili merkeze yönlendirildi.

**TARTIŞMA - SONUÇ:** Entübasyon sonrası trakeal stenoz, iyi bilinen uzun süreli endotrakeal entübasyon riskidir, ancak COVID-19 ve COVID-19 olmayan hastalar arasındaki farkı tanımlamak için henüz yeterli çalışma bulunmamaktadır. Mekanik ventilatör gerektiren şiddetli covid-19 pnömonisini atlatan hastalarda geç stenoz olguları da literatürde bulunmaktadır. Pandemi sürecinde girişimsel işlem gereken Covid-19 enfeksiyonu olan hastaların PCR sonucu negatifleştikten sonra işlemin yapılması gerekmektedir.

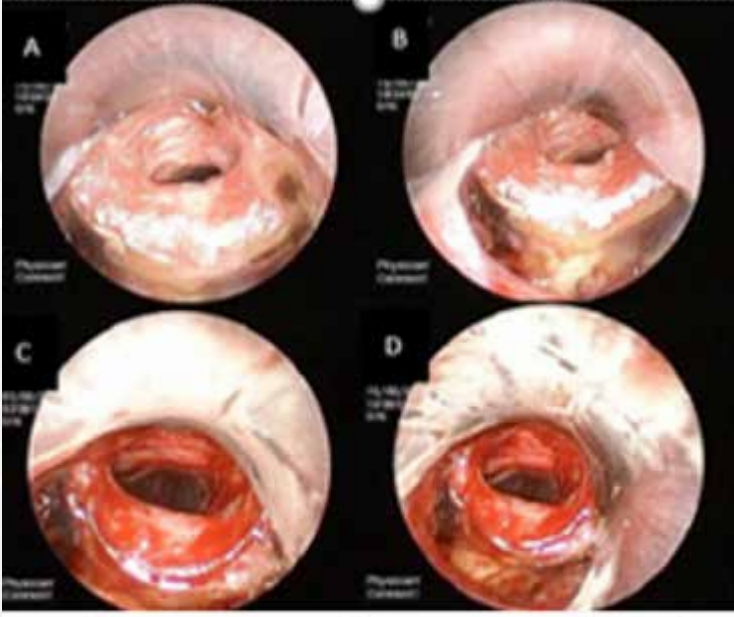
**Anahtar Kelimeler:** covid-19, pnömoni, trakeal stenoz

## Resim 1



Trakea posterior duvarda saptanan cep , COVID pnömonisi sonrası sekel lezyonlar

Resim 2



A,B: İşlem öncesi trakea posterior duvarda  
cep ve distalinde darlık hattı;  
C, D: Dilatasyon sonrası darlık hattı

## EP-084

**SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİMİZE BAŞVURAN HASTALARIN CİNSİYET DAĞILIMI VE CİNSİYET FARKININ TEDAVİ SÜRECİNE ETKİSİ**

Neslihan Özçelik, Songül Özyurt

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

**AMAÇ:** Sigara/ Tütün kullanımı son yüzyıla kadar erkek cinsiyete ait bir davranış olarak algılsa da özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda tütün ürünleri kullanımı gittikçe artmaktadır. Bu çalışma sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalarda cinsiyetin sigara bırakma üzerinde rolü ve bunu etkileyen faktörlerin araştırılması amacı ile yapılmıştır.

**YÖNTEM:** Ocak 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında RTE Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinin sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerden çalışmaya katılmayı kabul edenlere uygulanan anketten elde edilen veriler analiz edildi. Analizlerde SPSS 17.0 kullanıldı.  $p < .05$  anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

**BULGULAR:** Bir yıllık süre içerisinde toplam 322 başvuru olmuştu. Bu hastaların yaş ortanca değeri 40 yaş olup minimum 17 maksimum 82 yaş idi. Olguların %64'ü ( $n=206$ ) erkek, %36'sı ( $n=116$ ) kadın idi. Toplam 322 başvurunun %46'sının ( $n=148$ ) çalışmaya katılmayı kabul etmediği, %54'ünün ( $n=174$ ) ise çalışmaya katıldığı saptandı. Çalışmaya katılmayı kabul etmede yaş ve cinsiyet değişkenleri anlamsız bulundu ( $p > .05$ ). Sigara bırakmak amacıyla başvuran kadınların ailelerinde sigara içme oranı, erkeklerinkinden anlamlı yüksek bulundu (%85,2 vs. %45,1;  $p < .001$ ). Sigara bırakmak amacıyla başvuran erkeklerin Fageström bağımlılık skorunun anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve daha çok medikal tedavi önerildiği görüldü. Eğitim düzeyleri açısından kadın ve erkek her iki grubun birbirine benzer oranlarda eğitime sahip olduğu saptandı ( $p > .05$ ). Yaşadığı yer değişkeni açısından, eşlik eden bir başka hastalık varlığı açısından da benzer bulundu ( $p > .05$ ). Poliklinik devamlılığı sorgulandığında erkek hastaların devamlılık oranı kadınlara göre daha fazlaydı. Bir yıl sonunda sigara bırakma oranı erkeklerde anlamlı olarak daha fazlaydı. Devamsızlık nedenleri sorgulandığında kadın hastalar daha çok kendini hazır hissetmediği için tedaviden vaz geçtiğini belirtti. Erkek hastalar ise zamanı olmadığından yakınmaktaydı.

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Başlangıçta sigara bırakma niyeti ile başvuran erkek hasta sayısı kadınlardan fazlaydı. Aynı zamanda istatistiksel olarak erkekler daha fazla poliklinik devamlılığı ve sigara bırakma oranına sahipti. Bu sonuçlar kadınların tütünle mücadele konusunda yeterli farkındalıkta olmadığını göstermektedir. Bu durumun telafisi için gerekli girişimler yapılmalı ve halkın bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** cinsiyet, sigara, sigara bırakma polikliniği



## EP-086

**PANDEMİNİN ERKEN DÖNEMİNDE COVID-19'UN KLİNİK VE BULAŞMA ÖZELLİKLERİ -BİR GÖĞÜS HASTANESİNDEN 35 VAKANIN RETROSPEKTİF ANALİZİ**

Mine Gayaf<sup>1</sup>, Ceyda Anar<sup>2</sup>, Filiz Güldaval<sup>1</sup>, Gülistan Karadeniz<sup>1</sup>, Gülru Polat<sup>1</sup>, Aysu Ayrancı<sup>1</sup>, Özgür Batum<sup>1</sup>, Dursun Tatar<sup>1</sup>, Covid Çalışma Grubu<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

**GİRİŞ:** Salgının erken evresinde, COVID-19 ile diğer patojenlerin neden olduğu enfeksiyonlar arasındaki ayırım yeterince tanınmamaktadır. Bu nedenle, SARS-CoV2 ile enfekte hastaları tespit etmek ve nozokomiyal enfeksiyonu önlemek için uygun koruyucu önlemleri almak daha da zordur. Bu çalışmada, 16 hasta ve 19 sağlık personeli dahil olmak üzere tek bir göğüs bölümünden 35 COVID-19 vakasının klinik ve bulaşma özelliklerini analiz ettik.

**MATERIAL-METHOD:** Salgının erken evresinde 10 mart 2020 – 30.04.2020 tarihleri arasında İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları hastanesinde COVID-19 tanılı hastalar için karantina servisleri ayarlanırken o dönemde ayrı olarak planlanan göğüs hastalıkları servisine yatan ve/veya tansport yapılan hastalar incelendi. Bu dönemde bu hastalardan enfekte olan sağlık personelleri, hastalar, sağlık personelinde enfekte olan diğer personeller retrospektif olarak incelendi.

**BULGULAR:** Analiz edilen hastaların 11'i (%31.4) erkek ve 24'ü (68.6) kadındı. Hastaların median yaşı 50 (min-max 25-85) yıldı. Sağlık personelinin ortanca yaşı 42 (min-max 36-85) idi. 16 ağır olmayan vaka (% 45.7) ve 18 ağır vaka (% 51.4) vardı, 10 vaka öldü (% 28.6). Enfekte vakaların 24'ü (% 68,6) SARS-CoV-2 nükleik asit testi ile doğrulandı, 11'i (31,4%) klinik ve radyolojik olarak olası COVID-19 vakası olarak teşhis edildi. Enfekte vakaların 25'inin (% 76) pozitif maruziyet geçmişi vardı. 2'sinin hastadan refakate, 4'ünün sağlıkçıdan sağlıkçıya, 9'unun hastadan sağlıkçıya, diğer 9'unun ise hastadan hastaya ve bir vakanın dan refakatçıdan hastaya bulaştırma yolu mevcuttu. Yaşın  $\geq$  65 olması, ek hastalığın, KOAH'ın ve semptomlardan nefes darlığının olması ve akciğer grafisinde tutulum görülmesi sağkalım ile anlamlı olarak ilişkili bulundu (p sırasıyla; 0.027, 0.009, 0.038, 0.000 ve 0.033). Laboratuvar bulgularından lenfopeninin, nötrofil yüksekliğinin, CRP ve NLR artışının olması sağkalım ile istatistiksel olarak ilişkili saptandı (p sırasıyla; 0.005, 0.001, 0.014 ve 0,000).

**SONUÇ:** SARS-CoV-2 oldukça bulaşıcıdır. Salgında hastanede yatan hastalar ve sağlık personeli yüksek enfeksiyon riski altındadır. Potansiyel "süper yayıcı", karantina ve kapsamlı korumanın uygulanmasından önce iletimin kaynağı olabilir. COVID-19'un, kişisel risk faktörü olarak ek hastalığı olan özellikle KOAH ve yaşı 65 üzerinde olan hastalarda kötü prognozla ilişkili olduğu sonucuna varıldı. Bu nedenle, karantina ve dezenfeksiyon gibi kapsamlı koruyucu önlemlerin uygulanması, nozokomiyal enfeksiyonu kontrol etmek için çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** koronavirüs hastalığı 2019, SARS-CoV-2, nozokomiyal enfeksiyon, bulaşma

## EP-087

## TRANSDİYAFRAGMATİK İNTERKOSTAL KARACİĞER HERNİYASYONU: OLGU SUNUMU

Deniz Kaygusuz, Leyla Nesrin Acar, Ebru Sayılır Güven, Seray Hazer, Pınar Bıçakcıoğlu,  
Selim Şakir Erkmen Gülhan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Ankara

**GİRİŞ:** Transdiyafragmatik interkostal karaciğer herniyasyonları nadir görülmektedir ve çoğunlukla travmalara bağlı oluşmaktadır. İnterkostal mesafeden karaciğer, dalak gibi solid organların herniyasyonu genellikle asemptomatiktir. Ancak strangüle olabilen ince barsak veya kolon herniyasyonlarında, oluşan tıkanıklığa ve nekroza bağlı morbidite ve mortalite artmaktadır.

**OLGU SUNUMU:** 59 yaşında kadın hasta sağ posterolateral torakotomi insizyonun yerinde şişlik ve ağrı şikayeti ile kliniğimize müracaat etti (Resim 1A). Fizik muayenede insizyon hattında redükte edilebilen kitle saptandı. Hastanın öyküsünde 11 yıl önce toraks duvarında apse nedeniyle 8. ve 9. kosta parsiyel rezeksiyon operasyonu mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografide sağ hemitoraksta orta alt zonda defektif görünüm ve bu düzeyde karaciğerin herniye olduğu görüldü (Resim 1B, C, D). Hastaya cerrahi onarım tedavisi önerildi, ama hasta kabul etmedi.

**TARTIŞMA:** Transdiyafragmatik interkostal herniler çoğunlukla abdominal bölgeye olan penetran ve künt travmalar sonucu görülmektedir. Nadiren spontan gelişen hernilerde mevcuttur. Bu durum çoğunlukla abdominal basıncın arttığı durumlarda meydana gelir. Dansçılarda, ağır yük kaldıranlarda, aşırı kuma veya öksürme sonrasında görülebilmektedir. İnterkostal herniler akut veya kronik süreçte gelişebilir. Diyafragma veya interkostal mesafede ki kaslarda meydana gelen rüptür ve kot fraktürleri sonrasında oluşabilir. Bizim olgumuzda da toraks duvarında gelişen abse nedeniyle parsiyel kot rezeksiyonu yapılmış olup göğüs duvarı bütünlüğü bozulmuştur. Kas dokunun zayıflaması ile beraber kronik süreçte karaciğer mevcut zayıf alandan herniye olmuştur. Solid bir organ olması nedeniyle strangülasyon görülmemiş, öksürmekle prolobe olan ve ele gelen şişlik olarak semptom vermiştir. Tedavisi cerrahi onarım olup, mevcut herniye olan organın redüksiyonu, diyafragmatik defektin tamiri ve göğüs duvarının güçlendirilmesi şeklindedir. Nüks gelişmesi riski olduğundan göğüs duvarı defekti mesh ile desteklenebilir.

**SONUÇ:** Toraks duvarı rezeksiyonları sonrasında akut veya kronik dönemde herniyasyon görülebilmektedir. Cerrahi esnasında kas doku güçlendirilmeli, mevcut defekt büyük ise mesh ile desteklenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** interkostal herni, karaciğer herniyasyonu, transdiyafragmatik herni

## Resim 1



A) sağ göğüs duvarında posterolateral torakotomi insizyonu üzerinde şişlik B,C,D) toraks BT'de transvers ve coronal kesitte sağ göğüs duvarındaki defekten herniye olan karaciğerin görünümü

## EP-088

## PEDIATRİK HASTADA İNTRATORASİK CASTLEMAN HASTALIĞI

İlteriş Türk<sup>1</sup>, Gülşen Yılmaz<sup>1</sup>, Funda Demirağ<sup>2</sup>, Pınar Bıçakçoğlu<sup>1</sup>, Selim Şakir Erkmek Gülhan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi SUAM, Göğüs Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi SUAM, Patoloji Kliniği

**GİRİŞ:** Castleman hastalığı; 1954 yılında Benjamin Castleman tarafından tanımlanan, nadir görülen lenfoproliferatif bir patolojidir. Patofizyolojisinde lenfoid dokularda plazma hücrelerinin ve B lenfositlerin kontrolsüz çoğalması sonucu oluşan anjiofoliküler lenf nodu hiperplazisi rol oynar. Histopatolojik olarak hyalen vasküler, plazma hücreli ve HHV-8 ilişkili ve multisentrik alt tipleri mevcuttur. Lezyonların en sık görüldüğü yer toraktır. Boyun, batin ve pelviste de görülebilir.

**OLGU:** On yaşında daha önceden bilinen bir ek hastalığı olmayan kadın hasta öksürük ve nefes darlığı şikayetiyle başvurduğu dış merkezde tetkik edildi, çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) mediastinal lenf nodlarında hipertrofi olduğu görüldü. Toraks dışı lezyonu olmayan ve lenfoma ön tanısıyla biyopsi amacıyla merkezimize yönlendirilen hastaya sağ video yardımcı göğüs cerrahisi (VATS) ile mediastinal kitleden biyopsi operasyonu yapıldı. Postoperatif patoloji sonucu lenfoid hiperplazi olarak raporlandı ve hasta takibe alındı. 3 ay sonraki kontrol BT'de sağ hemitorakstaki ve mediastindeki lezyonlarda büyüme tespit edilmesi üzerine biyopsi tekrarlandı ve castleman hastalığı tanısı kondu. Cerrahi eksizyon kararı alınarak hasta servise yatırıldı. Biyopsiler sırasında mediastinal lezyonun hemorajiye yatkın olduğu gözlemlendiği için preoperatif dönemde femoral arterden kateterizasyon sağlanarak kitlenin arteri embolize edildi. Embolizasyonun ertesi günü sağ kas koruyucu minitorakotomi ile mediasten kitle eksizyonu ve 3,10,11 numaralı lenf nodları diseksiyonu uygulandı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon izlenmedi ve 4. gün bazal dren, 5. gün ise apeks dren sonlandırılarak hasta taburcu edildi. Patoloji raporunda, mediasten kitle, 10 ve 11 numaralı lenf nodları hyalen vasküler tip castleman hastalığı, 3 numaralı lenf nodu ise reaktif hiperplazi olarak raporlandı. Patoloji sonucunun hyalen vasküler tip gelmesi üzerine cerrahi eksizyonun yeterli olduğu düşünülerek hastaya kemoterapi planlanmadı ve takibe alındı. Hasta operasyonun 2. ayında takiplerine devam etmektedir.

**SONUÇ:** Castleman hastalığı nadir görülen bir patoloji olmasının yanı sıra, tanı konulamayan lenf nodu hiperplazilerinde mutlaka akla gelmesi gereken bir hastalıktır. Lokal formlarda malignite potansiyeli düşükken, multisentrik tipte multipl miyelom, B hücreli lenfoma, hodgkin lenfoma veya kaposi sarkomu gelişme riski mevcuttur ve prognoz kötüdür. Preoperatif tanısı genellikle zordur ve cerrahi eksizyon hem tanı hem tedavi için kabul görmüş bir yaklaşımdır. Postoperatif dönemde seçilmiş hastalarda kemoterapi tedavie eklenir ve yakın takip önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** castleman hastalığı, göğüs cerrahisi, lenfadenopati



Castleman hastalığı



Toraks BT'de mediastende lenfoproliferatif oluşum



## EP-089

## AKCİĞER ABSESİ OLGULARIMIZIN KLİNİK VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Gizem Türkes, Berrin Zinnet Eraslan, Seda Beyhan Sağmen, Coşkun Doğan, Sevda Şener Cömert

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**GİRİŞ:** Akciğer absesi piyojenik mikroorganizmaların akciğer parankimasında doku nekrozu ve kavite oluşumuna yol açması sonucu oluşan lokalize süpüratif bir lezyondur. Etiyoloji ve klinik bakımından primer ve sekonder olarak sınıflandırılır ve bu iki alt grup tanısal özellikleri ve tedavi açısından da birbirinden ayrılır. Sekonder akciğer abseleri ekstrapulmoner infeksiyon veya sepsis, immünoşüpresyon veya malignite ile birlikte görülebilirler. Çalışmamızda kliniğimizde yatan akciğer absesi olgularının özelliklerini belirlemeyi ve iki grubu birbirleri ile kıyaslamayı amaçladık.

**BULGULAR:** Prospektif olarak planlanan çalışmaya yaş ortalamaları 55.4±18.8 (min:16; maks:85) yıl olan %17.4 (4)'ü kadın, %82.6 (19)'sı erkek toplam 23 olgu dahil edildi. 13 (%56.5) olguda malignite tanısı mevcuttu. Hastalarda en sık rastlanan semptomlar öksürük (%95.7), balgam (%82.6) ve ateş (%30.4) idi. Olguların ortalama lökosit, C-reaktif protein ve prokalsitonin değerleri sırasıyla 12691±9387 /mm<sup>3</sup>, 204±107 mg/L, 2.77±7.23 ng/ml olup, olguların %52.2'sinde lökositoz, hepsinde C-reaktif protein yüksekliği ve %78.3'ünde prokalsitonin yüksekliği mevcuttu. Olguların %17.4'ünde sepsis bulguları saptandı. Olgular ortalama 5.78±2.4 hafta yatarak antibiyotik tedavisi aldılar. Tedavi sonrasında, radyolojik olarak 8 (%34.8) olguda tam regresyon saptanırken 5(%21.7) olguda kısmi regresyon görüldü. Takip sırasında 3 olguda ampiyem gelişti. Bu olguların tümü malignitesi olan olgulardı. 6(%26.1) olgu tedavi sırasında klinik kötüleşme nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatırıldı. İki grup karşılaştırıldığında klinik ve demografik bulgular açısından aralarında fark olmamakla beraber malignitesi olan akciğer absesi olgularında lökosit sayısının anlamlı olarak daha düşük olduğu ve ampiyem gelişiminin sadece bu grupta olduğu (p=0.047, p<0.0001) saptandı. 8 olguda etken patojen saptanabilmiş olup bu olguların tümünde altta yatan malignite mevcuttu (p<0.001).

**SONUÇ:** Akciğer absesi olgularının klinik bulguları birbirine benzemekle beraber, çalışmamızda altta yatan malignitesi olan olguların tümünde etken patojen saptanmış olması doğru tedavi planlamak için mutlaka mikrobiyolojik örnek gönderilmesi gerektiğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer absesi, primer, sekonder

EP-090

**COVID-19 PNÖMONİ HASTALARININ MEAN PLATELET VOLÜME(MPV) /PLATELET(PLT) ORANLARININ VE PLATELETCRİT (PCT) DEĞERLERİNİN PROGNOZ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Zuhal Çavuş, Ayşe Vahaboğlu, Ülkü Aygen Türkmen

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ:** Covid-19 pandemisi özellikle pnömoni ile ortaya çıkan ve yoğun bakım gerektirecek kadar ağır seyreden klinikle karakterizedir. Hastalığın seyri sırasında çeşitli parametreler klinik gösterge olarak kullanılmış olup şu anda kesin bir parametre bulunmamaktadır. Hastaların yatış hemogramından bakılan MPV/PLT oranı veya PCT klinik seyri gösterecek bir parametre olabilir.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Mart 2020-Mayıs2020 tarihleri arasında hastanemiz yoğun bakım ve servislerde yatmış olan 18 yaş üstü hastalar taranarak demografik verileri, eşlik eden hastalıkları ve laboratuvar testleri (PLT,MPV, MPV/PLT oranı, PCT) geçmişe dönük olarak elektronik verilerden toplandı. Covid-19 pnömonisi tanısı ile servise yatmış olan hastalar hafif klinik seyirli ve yoğun bakımda takip edilen hastalar ağır klinik seyirli olarak değerlendirildi. Covid(-) kontrol grubuyla beraber her üç grubun yatış hemogramlarından MPV/PLT ve PCT oranları hesaplandı ve aradaki istatistiksel fark belirlendi.

**BULGULAR:** Gruplar arası PLT, MPV ve MPV/PLT oranı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arası PCT değerleri karşılaştırıldığında Covid (+) YBÜ ve Covid (+) Servis arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Ancak Covid(-) grup ile Covid(+) Ybü ve Covid(-) grup ile Covid (+) Servis arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ).

**TARTIŞMA:** Gruplar arasında MPV, MPV/PLT, Plt sayıları açısından bir fark saptanmazken PCT değeri gruplar arası istatistiksel anlamlı olarak farklı bulundu. PCT ve MVP platelet derivasyonlarının en çok kullanılanlarıdır. Platelet deriveleri trombosit aktivasyonunun ve dolayısıyla inflamasyonun belirleyicileri olarak çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Her ikisi de platelet sayısı ve boyutu üzerinden hesaplanan değerler olup rutin hemogram incelemesinde sayısal değer olarak yer almaktadır. (1-2) Çeşitli çalışmalarda MVP/PLT ve PCT değerlerinin sepsis, yeni doğan respiratuar distress sendromu, pulmoner emboli, KOAH gibi hastalılarda prognoz hakkında fikir verdiği belirlenmiştir. Hastaların tam kan sayımından elde edilebilecek bu değerler sepsis, ARDS gibi hastalıklarda prognozu belirleyebilecek bir faktör olarak değerlendirilmiştir (3-4).

Her ne kadar Yang ve ark. MPV/PLT oranını influenza A gibi bir viral enfeksiyon üzerinde çalışarak anlamlı sonuçlar elde etmişlerse de bizim çalışmamızdan çıkan sonuçlara dayanarak ilk yatış hemogramından elde edilen PCT değeri MPV/PLT'den daha yüksek oranda hastalığın prognozu hakkında fikir verebilir diyebiliriz.(5)

**Anahtar Kelimeler:** platecrit, mean platelet volume, covid19



## EP-091

**TRAKEOTOMİZE MEKANİK VENTİLATÖR TAKİPLİ SKOLYOZ OLGUSUNUN NIMV İLE HAYATININ DEĞİŞİMİ**

Gökhan Karakurt, Şükrü Egemen Demir, Ervanur Özçankaya, Kübra Ünal, Mustafa Düger

Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Non invaziv mekanik ventilatörler akut-kronik akciğer hastalıklarında, solunumu etkileyen nöromuskuler hastalıklarda, göğüs deformitesi nedeniyle solunumu kısıtlanan olgularda hem hekime ve hastaya zaman kazandırma hem de hasta konforu adına bazen de entübasyona gidişi engelleyen etkin cihazlardır. Fallot tetralojisi nedeniyle opere edilen, ileri skolyozu olan ve post op uzamış entübasyon nedeniyle trakeostomize-mekanik ventilatör desteğiyle 4 aydan uzun süredir ara ara serviste takip edilen olgunun yakın takip sonrası NIMV ile günlük yaşantıya dönüşü sürecini paylaşmak istedik.

Fallot tetralojisi olan olgu yaklaşık 4 ay evel VSD açısından opere edilmiş. Sonrasında ise yoğun bakımda takip edilip ekstremitelere edilemeyince bir süre sonra trakeotomi açılmış. Bir süre takip edildikten sonra ara ara trakeotomi kapatılma denemeleri yapılmış her seferinde tekrar yoğun bakım sürecine girmiş. Ardından TO-MV ile takip süreci başlamış. Sonraki takiplerinde pnömoni nedeniyle yoğun bakım yatışları olmuş. Tarafımıza danışıldığında yeniden serviste görüldü. Pnömoni tedavisi tamamlandıktan sonra tedavisi yeniden gözden geçirildi. Mukolitik ve bronkodilatör tedavileri devam edildi. Bilinen başka hastalığı yoktu. Toraks BT'de sol akciğerde belirgin volüm kaybı izlendi. Kardiyak açıdan EF normal değerlerde, Pulmoner Hipertansiyon düşünülmemişti. Bronkoskopik değerlendirmede trakea normal görünümdeydi. Hastanın öncelikle mekanik ventilatör ayarları değiştirildi. Tidal volüm 6 Lt/Dk baz alınarak volüm kontrol modda bir süre takip edildi, venöz kan gazında hiperkarbi geriledi. Satürasyonları normal yüzdelerde seyretti. Hasta, trakeotomisi kanülden elle kapatıldığında rahat soluyabiliyordu. Sekresyonları da geriledikten sonra KBB görüşü de alınıp kanüle tıpa konarak NIMV denendi. Kan gazı, klinik durum baz alındığında hastanın tolere ettiği görüldü. 48 saat sonra trakeotomisi kapatıldı ve gün içi 4 saat NIMV ile 2 saat NIMV desteği olmaksızın, gece ise uyuduğu sürece NIMV desteği ile izlendi. İlerleyen süreçte FTR ve Diyetetik desteği de alındı. Hasta günlük kısa aralıklarla yürütüldü. Tolere ettikçe sadece gece uyurken NIMV desteği ile takip edildi. 4 aydan uzun süredir yatağa bağımlı olan hasta NIMV desteği sayesinde günlük hayatına döndü. Yapılmış olan cerrahi işlem açısından da fayda gördü. Pro-BNP 35000 pg/ml seviyesinden 460 pg/ml seviyesine düştü. 1 ay sonraki kardiyoloji ve göğüs hastalıkları poliklinik kontrolünde kardiyak fonksiyonlarda kötüleşme saptanmadı. Kan gazında hiperkapni sınır düzeyindeydi. Günlük işlerini büyük ölçüde yapabilmekteydi. Her geçen gün daha iyi hissettiğini belirtti. 3 ay sonrası için yeniden değerlendirme planlandı.

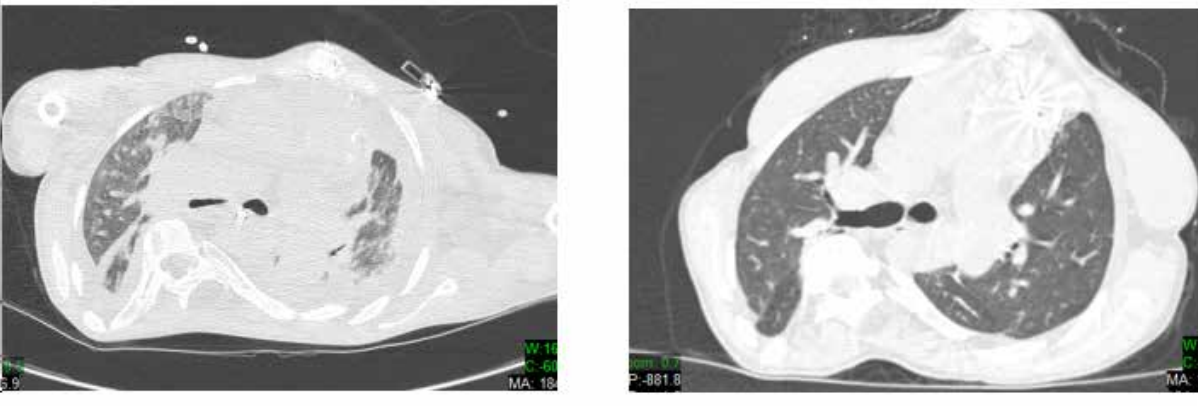
**Anahtar Kelimeler:** Non İnvaziv Mekanik Ventilatör, Skolyoz, Trakeotomi

### Non İnvaziv Mekanik Ventilatör Ve Geçiş Süreci



Fotoğraflar Hasta Ve Yakını Onayı Alınarak Paylaşıldı.

### Ventilatör Desteği Öncesi ve Sonrası Toraks BT



## EP-092

**RADYOLOJİK OLARAK TRAKEAL DARLIĞI TAKLİT EDEN VOKAL KORD PATOLOJİSİNE BAĞLI STRİDOR**

Ayşe Çifçi, Deniz Çelik, Murat Yıldız

Sertan Bulut (0000-0003-1267-3440), Melahat Uzel Şener, Ayperi Öztürk  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

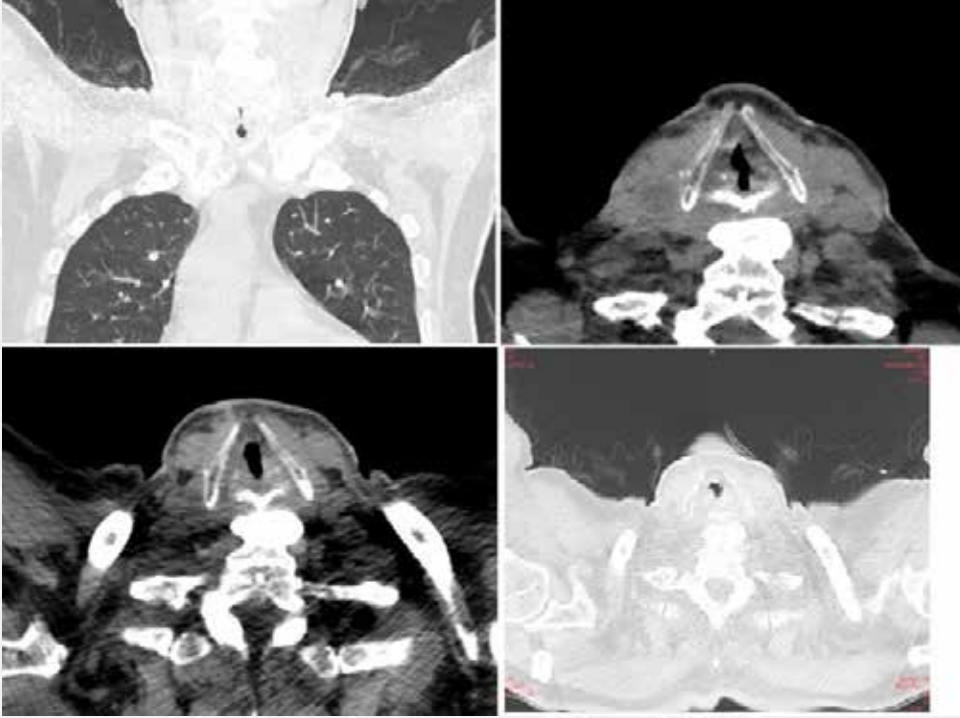
**OLGU:** 70 Yaşında erkek hastanın 27.07.2020 tarihinde bilinç bulanıklığı, nefes darlığı ve hırıltılı solunumu olması üzerine dış merkez acil servise başvurmuş. Takibi esnasında solunum arresti ve daha sonra kardiyak arrest olması üzerine CPR uygulanmış. CPR sonrası entübe edilmiş ve 3 gün boyunca entübe kalmış. Ekstübasyon sonrasında NIV ile takip edilip hastanemize sevk edilen hasta Göğüs Yoğun Bakım Kliniğine (GYBÜ) yatırıldı. Öyküsünde emekli öğretmen olduğu, geçmişte 40 paket/yıl sigara içmiş olduğu, OSAS ve HT tanılarıyla gece BIPAP S 16/9 cmH<sub>2</sub>O yanısıra ACE inhibitörü, betabloker ve aspirin kullandığı öğrenildi. 9 ay önceki SFT'de obstrüksiyon izlenmemişti. Soygeçmişinde erkek kardeşi bilinmeyen bir nedenden dolayı yurtdışında 9 aydır trakeostomi ile yaşamını sürdürdüğü öğrenildi. Fizik muayenede inspiratuvar stridor, sol bazalde raller, diğer alanlarda solunum sesleri azalması izlendi. Batında ve sol göğüs lateralinde ciltaltı krepitasyonlar mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuvar sonuçlarında hafif bir CRP yüksekliği ve hipopotasemi dışında bariz bir bulgu izlenmedi. Dış merkez toraks BT'de CPR sonrası kosta fraktürü ve hemotoraks izlenmesi üzerine Göğüs Cerrahisine danışıldı, takip dışında ek önerileri olmadı. Dış merkezde başlanan piperasilin-tazobaktam tedavisine devam edildi. Tedavi 10 güne tamamlandı. CRP artışı olması üzerine imipenem silastin + amikasin başlandı. Klinik ve laboratuvar yanıt izlendi. Aralıklı NIV ile takip edildi. NIV çıkarıldığında stridor izlenmesi ve artış olması üzerine BT sanal bronkoskopi (Boyun ve Toraks BT) çekildi. Vokal kordlar asimetrik görünümde olup supraglottik düzeyde posteriorda belirginleşen duvar kalınlaşmaları ve hava sütununda belirgin daralma dikkati çekmiş olarak raporlandı. Girişimsel Pulmonoloji kliniğince yapılan rijit bronkoskopide trakeal darlık görülmedi. Vokal kordlarda yapısal düzensizlik olarak değerlendirildi. İşlem genel anestezi altında yapıldığından vokal kord hareketleri değerlendirilemedi. İşlem sonrası 1 gün entübe kaldıktan sonra ekstübe edildi. GYBÜ'ne alınarak aralıklı ST 22/6 cmH<sub>2</sub>O basınçlarla NIV ile takip edildi. Genel durumu stabil seyreden hasta oda havasında SpO<sub>2</sub> %96 idi. USOT ihtiyacı olmayan hasta taburcu edilerek vokal kord patolojileri araştırılmak üzere ayaktan KBB kliniğine sevk edildi.

**TARTIŞMA:** Stridor üst hava yollarının kısmi obstrüksiyonunda klinik olarak en önemli belirtidir. Kısmi obstrüksiyona bağlı olarak oluşan türbülant hava akımının sebep olduğu yüksek perdeli sestir. Olgumuzun radyolojik görüntülerinde hava sütununda belirgin darlık izlenmesine rağmen rijit bronkoskopisinde sadece vokal kordlarda patoloji izlenmesi nedeniyle olgumuzu tartışılmak üzere sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Stridor, Trakeal darlık, vokal kord patolojileri



Resim 1



Resim 2

**Hasta Bilgileri**  
Adı Soyadı : [Redacted] Tarih : 8/14/2020  
Yaş : 70 Cinsiyet : Erkek

**Klinik Bilgi** : Stridoru olan hastaya trakeal darlık? Nedeniyle g

**Spirometri / Flow-Volume**  
160 cm, 69 kg, erkek, 750 cm<sup>3</sup> -1000 -1000  
Test ID: 12.2819 / 14.14.4

| parametre | unit | pred | act  | %pred |
|-----------|------|------|------|-------|
| FVCek     | l    | 3.33 | 2.97 | 89    |
| FEV1      | l    | 2.58 | 2.28 | 88    |
| FEV1/FVC  | %    | 72   | 77   | 89    |
| PEF       | l/s  | 7.04 | 6.61 | 94    |
| MEF75     | l/s  | 6.37 | 6.57 | 103   |
| MEF50     | l/s  | 3.58 | 2.60 | 73    |
| MEF25     | l/s  | 0.66 | 0.75 | 136   |
| MEF25-75  | l/s  | 2.99 | 1.79 | 60    |
| Astx      | µg/l |      | 8.39 |       |

## EP-093

**AKCİĞER REZEKSİYONU YAPILAN HASTALARIN PREOPERATİF VE POSTOPERATİF SFT DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Yücel Özgür

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Anestezi Kliniği

**AMAÇ:** Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde 2019 yılı içerisinde akciğer kanseri nedeniyle rezeksiyon yapılan hastaların preoperatif ve postoperatif, ölçülen FEV<sub>1</sub> ve FVC değerlerini karşılaştırmaktır.

**METOD:** Hastaların tanı, yaş, solunum fonksiyon testleri (SFT) değerleri, rezeksiyon tipi ve lokasyonu gibi demografik özellikleri belirlendi. Operasyondan 2 ay önce ve sonrasında yapılan testin değerleri kayıt edildi. İstatistiksel analizleri yapıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 12 kadın, 34 erkek olmak üzere 46 hasta alındı. Yaş ortalaması 57,8 yıl saptandı. Hastaların 40'ına(%87) lobektomi, 6'sına (%13) pnömonektomi uygulandı. Operasyon bölgeleri lobektomilerde sağ üst %33, sağ alt %17, sol üst %28, sol alt %22 gözlenirken; pnömonektomilerde sağ taraf %55, sol ise %45 olarak gözlemlendi. Lobektomilerde preoperatif FEV<sub>1</sub> ortalaması 2,1 L, postoperatif 1,7 L; preoperatif FVC 2,9 L, postoperatif ise 2,2 L olarak hesaplandı. Pnömonektomilerde preoperatif FEV<sub>1</sub> ortalaması 2,01 L, postoperatif 1,3 L; preoperatif FVC 2,7 L, postoperatif ise 1,5 L gözlemlendi. Rezeksiyon sonrası değişimler istatistiksel olarak anlamlı görüldü (p=0,001). Pnömonektomilerde lobektomilere göre FEV<sub>1</sub> ve FVC arasındaki değişim operasyon öncesine göre daha anlamlıydı (p=0,032; 0,010). Erkeklerde başlangıç FVC değerleri kadınlara göre anlamlı olarak yüksekti (p=0,01).

**SONUÇ:** Akciğer rezeksiyonu operasyonları büyük cerrahi grupta yer alan ameliyatlardır. Pnömonektomi öncesi FEV<sub>1</sub>'in >2 L, lobektomi hastaları için 1,5 L'nin üzerinde olması önerilir. SFT, standart cihazlar kullanarak akciğer fonksiyonlarını ölçmeye yönelik yapılan manevralardır ve rezeksiyon sonrası tedavinin başarısının değerlendirilmesinde kullanılabilecek bir tetkiktir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer rezeksiyonu, Akciğer kanseri, FEV<sub>1</sub>, FVC

## EP-094

## ÇOCUKLUK ÇAĞI MEDIASTİNAL KİTLE: NÖROBLASTOM

Necati Solak, Seray Kalaycıoğlu Hazer, Leyla Nesrin Acar, Ebru Sayılır Güven, Pınar Bıçakçioğlu, Selim Şakir Erkmen Gülhan

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

Sempatik sinir sisteminden köken alan ve sinir dokusunun bulunduğu her yerde gelişebilen bir tümördür. Nöroblastom genellikle retroperitoneal yerleşim yerini gösteren tümörlerdir. %40 primeryerleşim yeri adrenal medulla, %10-20 oranında mediastendir. Mediasten sinir dokusundan en zengin alanı posterior mediasten ve özellikle paravertebral sulcustur. Kız erkek oranı eşittir. %75 i 4 yaş altında çocuktur. "Çocukluk çağı mediastinal kitle: Nöroblastom" olgusunu sunacağız. 5,5 yaşında kız hasta 2019 yılının Şubat ayında dış merkezde halsizlik nedeniyle başvurduğu merkezde yapılan tetkikler sonucunda sol sürrenalde nöroblastom tanısı konulmuş. Nöroblastom nedeniyle opere edilen hasta 12 kür KT-RT almış, 5 ay önce yeniden halsizlik şikayetleri olması üzerine dış merkeze başvuran hastanın toraks bt de sağ paratrakealden başlayan subkarinale uzanan kitle izlendi. PET- BT istenmiş ve PET-BT de Boyunda sol alt jugulerde 13x7 mm (SUVmax: 6.77), mediastende sağ üst paratrakeal (SUVmax: 6.20), Subkarinal santrali olası nekroza sekonder hipometabolik görünümdeki 24x19x30 mm boyutunda (SUVmax: 5.37), sol ana bronş anteriorunda 10x6 mm boyutunda (SUVmax: 2.81), üst retroözofageal 7 mm çapında (SUVmax: 4.77) lenf nodlarında artmış metabolik aktivite tutulumları saptanmıştır. Primer lezyonun çıkartıldığı bölgede rezidü-nüks doku ile uyumlu olabilecek belirgin kitle görünümü saptanmamış olup nöroblastom metastazı lehine değerlendirildi. Hastaya serratus anterior kası korunarak torakotomi ile toraska girildi. Mediastende supraklavikuler, sağ üst ve alt paratrakeal, sağ hiler alandan subkarinal alana uzanım gösteren, retroözefagal ve sol hemitoraskta torasik aorta medialinde lezyonlar palpe edildi. hiler alandan subkarinale uzanan kitlenin nervus vagustan köken aldığı izlendi. Metastatik lezyonlar kapsülü korunarak eksize edildi. Postoperatif 5. günde komplikasyon gelişmeyen hasta drenleri sonlandırılarak taburcu edildi. Patolojisi "küçük mavi hücreli yuvarlak hücreli tümör, immünohistokimyasal çalışmada tümör hücrelerinde CD56, kromogranin ve sinaptofizin ile diffüz pozitif boyanma görüldü. Ki67 proliferasyon indeksi %95 olarak hesaplandı. TTF1, pankeratin ve CD99 ile boyanma saptanmadı. Nöroblastom metastazı ile uyumludur" olarak raporlandı. Nöroblastom küçük mavi hücreli tümörlerden biridir. İmmatür ganglion hücrelerinden kaynaklanır. Radyolojik olarak kalsifikasyon gösteren kitle varlığı %80 inde bulunur. İntraspinal uzanım MR ve BT de "kum saati" bulgusu tanıda önemli ayrıntıdır. Primer nöroblastom metastazı tanısı alan hastanın orta ve posterior mediastende metastatik lezyonlar izlendi. Metastatik lezyonlar parankim veya mediastende olan çıkabilecek tüm lezyonlar hem tanı hem tedavi amacıyla çıkarılmalıdır

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk çağı, mediastinal kitle, nöroblastom



## EP-095

**AKCİĞER ADENOKARSİNOMUNDA ENERJİ METABOLİZMASININ YENİDEN PROGRAMLANMASI: İN SİLİKO ANALİZ**

Fatma Benli Tanrıkulu<sup>1</sup>, Mustafa Emre Ercin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji, Ankara

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Trabzon

**GİRİŞ:** Normal hücreler, insan tümörlerinin çok aşamalı gelişimi sırasında yavaş yavaş kanserin ayırt edici özellikleri olarak bilinen bir dizi biyolojik beceri geliştirir. Bu beceriler arasında, karsinogenez sürecinde tümörü besleyen metabolik yeniden programlama, glikoliz, pentoz fosfat yolu, mitokondriyal biyogenez, glutaminoliz, lipid metabolizmasının artacak şekilde regülasyonu ile tanımlanır. Bununla birlikte, hızlandırılmış büyüme ve proliferasyon için, kanser hücresi, baş ve boyun, serviks, karaciğer, akciğer ve prostat kanserini içeren solid malign tümörlerde sıklıkla görülen tümör hipoksisine bağlı olarak metabolizma değişiklikleri gerektirir. Akciğer adenokarsinomunda metabolik yeniden programlama henüz net bir şekilde aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada, akciğer adenokarsinomlarında enerji metabolizmasının programlanması ile ilişkili genlerin ekspresyon düzeylerinin moleküler patolojide kullanılan biyoinformatiksel yöntemlerle belirlenmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇLER VE YÖNTEM:** GSE10072 veri setinin mikrodizin verileri, akciğer adenokarsinomunda enerji metabolizmasının yeniden programlanmasını araştırmak için "Gen Expression Omnibus" veritabanından indirildi. Gen ekspresyon seviyesindeki farklılıklar, Affymetrix Human Genome U133 Plus 2.0 Array platformunun mRNA transkriptlerinin, 58 tümörlü ve 49 tümör içermeyen dokulardan elde edilmesi ile yeniden analiz edilmesi sonucu üretildi. Biyoinformatik analiz R programı ile "Biobase", "Limma" ve "Geoquery" kütüphaneleri kullanılarak yapıldı. Transkriptlerin ekspresyon profillerinin karşılaştırılmasında " $\log_2$  kat değişimi  $> 1$ " ve  $P \leq 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** DAVID (Annotation, Visualization and Integrated Discovery için Veri Tabanı) işlevsel açıklama sistemi kullanılarak akciğer adenokarsinomunda "Warburg" etkisine ek olarak, alternatif metabolik yollarla ilişkili genlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulundu.

**SONUÇ VE TARTIŞMA:** Akciğer adenokarsinomunda enerji metabolizmasının yeniden programlanmasında rol alan genlerin belirlenmesi hedefe yönelik tedavide farklı seçenekleri gündeme getirecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer adenokarsinomu, moleküler patoloji, metabolik yeniden programlama, biyoinformatik

## EP-096

## MULTİPLE KAVİTER LEZYON OLGUSUNDA MYCOBACTERİUM FORTUITUM

Melahat Uzel Şener, Ayperi Öztürk, Canan Celep, Aydın Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Atatürk Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara

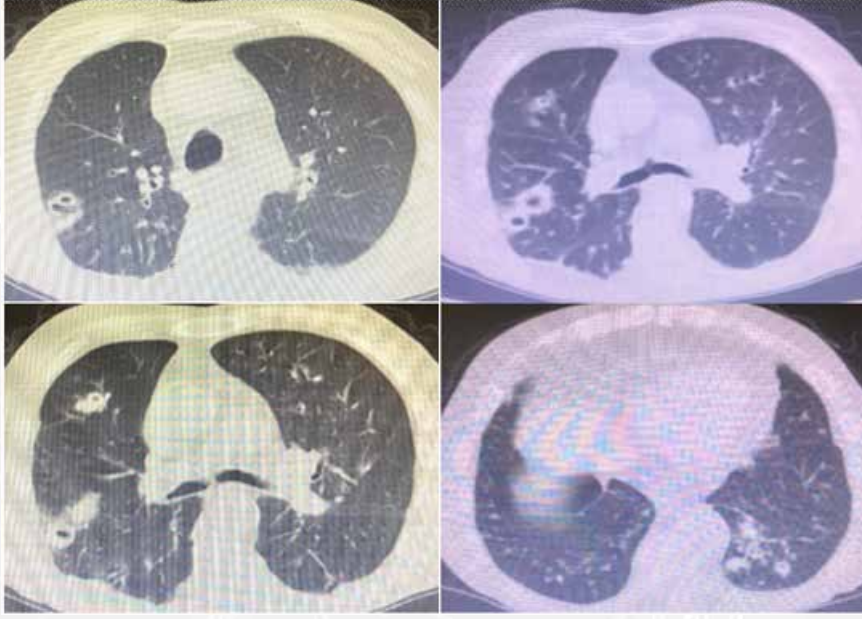
**GİRİŞ:** Atipik mikobakteriler akciğer, lenf bezleri, deri ve yumuşak dokuları tutabilen, özellikle immünsupresif kişilerde yaygın hastalık oluşturabilen, aside dirençli, hareketsiz, sporlu basillerdir. Yaymada diğer mikobakterilerden ayırt edilemezler. M. Tuberculosis (MTB)'den en hızlı BACTEC yönteminde -nitro--asetilamino--hidroksi propiofenon inhibitörüyle; diğer mikobakterilerden ise biyokimyasal yöntemler ve polimeraz zincir reaksiyonu metoduyla hızlı şekilde ayırdedilebilir. Kaviter lezyonların ayırıcı tanılarında atipik mikobakterilerin hatırlanması açısından olgumuzu paylaşmak istedik.

**OLGU:** Bilinen kronik obstruktif akciğer hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği olan 80 yaşında erkek hasta, 5 gündür olan nefes darlığı, öksürük, balgam şikayetiyle başvurduğu dış merkezden verilen antibiyoterapi sonrası şikayetlerinde gerileme olmaması nedeniyle tarafımıza başvurdu. Laboratuvar değerlerinden sadece C-reaktif protein yüksekti (285mg/L). Ateşin düşmemesi, akciğer grafisinde kavitasyon ve bilateral infiltrasyon varlığı nedeniyle hospitalize edilerek parenteral antibiyoterapi başlandı. Kollajen doku markerları gönderildi; negatifti. Takibinde radyolojik ve klinik iyileşme olmaması (düşmeyen ateş) nedeniyle antibiyoterapisi genişletildi (vankomisin-tigesiklin); toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Her iki akciğerde en büyüğü sağ üst lob bazalinde 34x23 mm ölçülen çok sayıda, bir kısmı kavitasyon gösteren nodüller, sol akciğer alt lob posterior segmentte 48x20 mm boyutlu konsolidasyon izlendi (Resim 1). Hastanın gönderilen seri balgam örneklerinde ARB menfi sonuçlandı. Metastaz ayırıcı tanısı için çekilen pozitron emisyon tomografide BT 'de izlenen bir kısmı kaviter nodüler lezyonlarda (SUVmax:8.25) ve sol akciğer alt lob kollaps/konsolidasyon alanında artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:7.22) saptandı; hastaya malignite ayırıcı tanısı için BT eşliğinde transtorasik biyopsi yapıldı; organize pnömoni olarak raporlandı. Organize pnömoni tedavisi için ileri yaş ve kültür sonucu henüz çıkmadığı için klaritromisin tedavisi eklendi. Laboratuvar, atipik mikobakteri olabileceği yönünden bilgilendirildi. Balgam kültür sonucu Mycobacterium fortuitum üredi. Takibinde klinik iyileşme gözlenen hastanın tedavisi oral klaritromisine geçilerek 6 aya tamamlandı. Akciğer grafisiyle takip edilen hastanın lezyonlarında tam iyileşme izlendi (Resim 2)

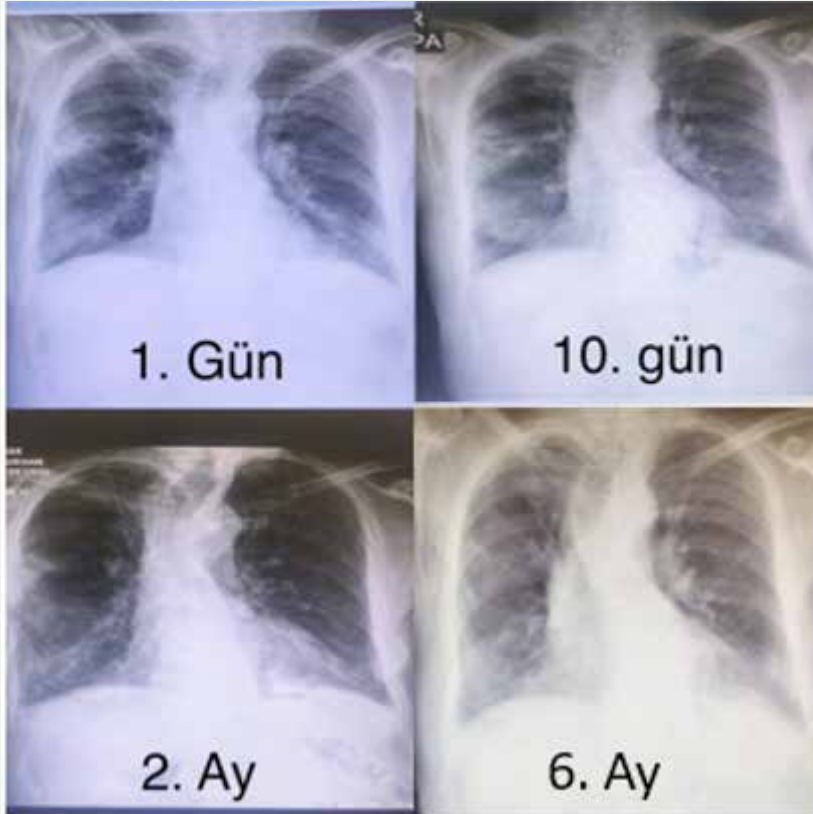
**TARTIŞMA:** Kaviter lezyon izlenen hastalarda atipik mikobakteriler akılda tutulmalıdır; kültürde üretilmesi zor olduğundan mikrobiyoloji laboratuvarıyla iş birliği içinde olunmalıdır. M. Fortuitum atipik mikobakteri olup sıklıkla deri, kemik, eklem ve göz tutulumuyla seyrederken akciğer tutulumu nadirdir. Atipik mikobakteri saptanan olguların tedavisine en az iki parenteral ajanla başlanıp 2-6 hafta içerisinde klinik yanıt alınması durumunda oral tedaviye geçilerek tedavi 6 aya tamamlanır. Bu olgu hem kaviter nodüllerle ortaya çıkması hem de akciğer tutulumu olan M. Fortuitum olması nedeniyle sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** kaviter lezyon, atipik mikobakteri, enfeksiyon

Resim 1



Resim 2





**EP-097****COVID19 NEDENİYLE SERVİSE İNERNE EDİLEN VE KOMORBİDİTESİ OLAN HASTALARIN KOMORBİDİTESİ OLMAYAN HASTALAR İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Burcu Arpınar Yiğitbaş, Gizem Köybaşı, Nurten Aysan, Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ:** COVID19 pandemisi sırasında komorbidite nedeniyle interne edilen hastalar çoğunluktadır. Komorbidite varlığı birçok hastalığın seyrini etkilemekte ve yönetimini de zorlaştırmaktadır. Ayrıca bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar ile olan etkileşimler her hekimi tedavi seçiminde de dikkatli olması gereken konulardandır. Hem bu hastaların genelde 65 yaş üzeri olmaları hem de birçok değişik tipte ilaç kullanmaları hastalıkların tedavisini zorlaştırmaktadır. Çalışmamızda COVID19 nedeni ile interne edilen hastaların komorbiditeleri sorgulanmış olup komorbiditesi olan hastalar arasındaki farklılıklar araştırılmıştır.

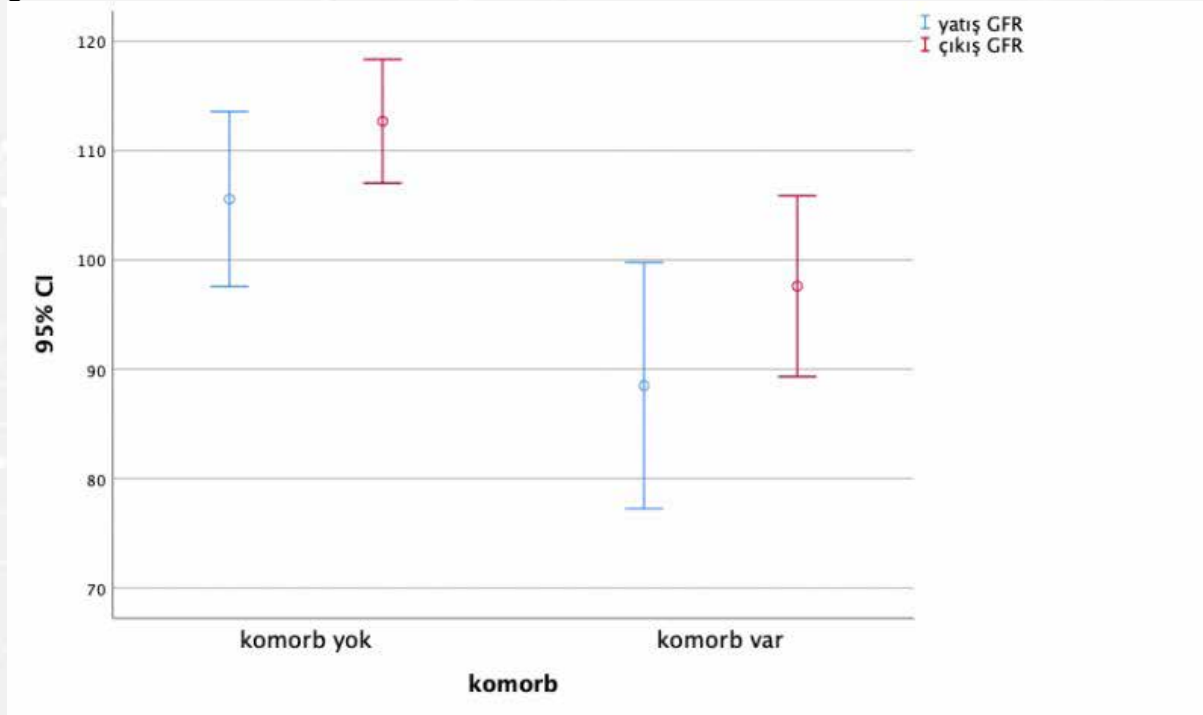
**METOD:** Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim araştırma Hastanesi 1-A kliniğine yatan hastalar çalışmaya alınmış olup bu hastaların verileri hastane veri tabanından elde edilmiştir. Hastaların komorbiditeleri olup olmadığı, laboratuvar bulguları ve radyoloji bulguları kayıt edilmiştir.

**BULGULAR:** Servisimize yatan ve dosyasında eksik bilgi bulunmayan 39 hasta çalışmaya alınmıştır. Tedavi edilen hastaların hepsi taburcu edilmiş olup YBU'ne gönderilen ya da ölen hasta olmamıştır. Hastaların komorbiditeleri sorgulandığında 23 hastanın eşlik eden hastalığı olduğu 16 hastanın ise olmadığı saptanmıştır. En sık rastlanan komorbidite %23,92 ile HT, sırası ile DM %21,75, Astım %10,87 ve İKH (%6,52) ile hipotiroidi (%6,52) olmuştur. Kadın hastalarda (15/17) daha fazla eşlik eden hastalık izlenmiştir (Grafik 1). PA grafide yaygın hastalık saptanan 14 hastanın 12'sinde komorbidite eşlik ettiği görülmüştür. Komorbiditesi olan hastaların olmayanlara göre nötrofil ve lenfosit sayıları, Albumin ve MCV değerleri daha düşük saptanmış olup RDW değerleri de anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Komorbiditesi olan hastaların tedavi sonrası BUN ve Kreatinin ve troponin değerleri de komorbiditesi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

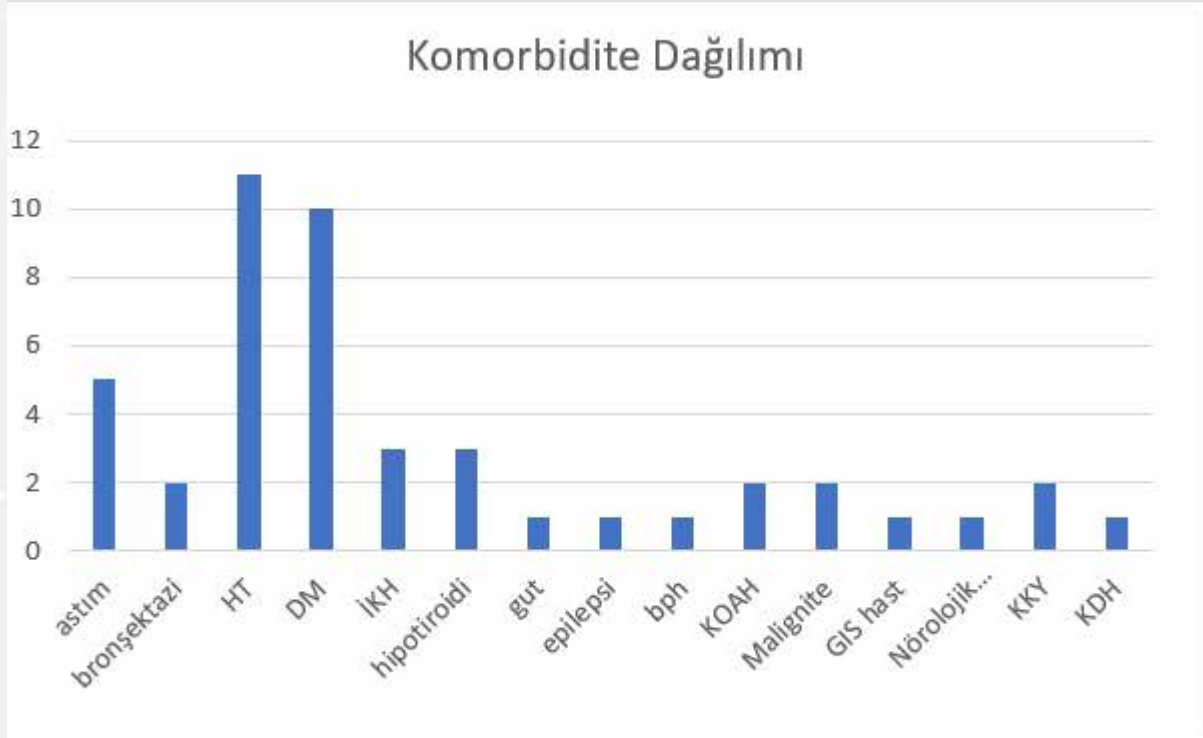
**SONUÇ:** Çalışmamızın sonucunda komorbiditesi olan hastalarda COVID19 pnömonisi PA grafide daha şiddetli izlenmiştir. Bu hastaların başlangıç nötrofil ve lenfosit sayılarının daha düşük olması hastalığa daha yatkın olduklarını gösterebilir. Tedavi sonrası böbrek fonksiyonlarındaki artış ise kullanılan ilaçlar ile eşlik eden hastalıklarına bağlı ilaçlarla birlikte muhtemel bir nefrotoksiteyi akla getirebilir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID19, komorbidite, pnömoni

Grafik 2: Komorbidite olan ve olmayan hastalarda tedavi başı ve tedavi sonu EGFR değerlerinin grafik gösterimi



Resim1: Komorbidite dağılımı



## EP-098

## TOPLUM KÖKENLİ PNÖMONİ (TKP) ETKENİ OLARAK STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Nurten Aysan, Gizem Köybaşı, Burcu Arpınar Yiğitbaş, Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar

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

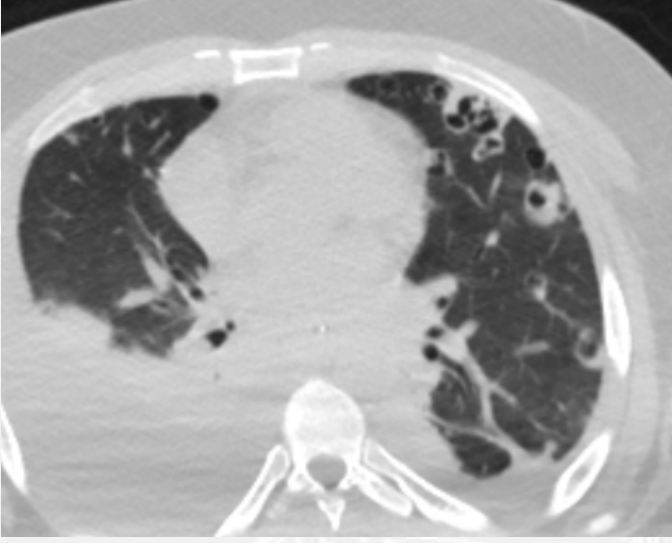
Staphylococcus aureus sağlıklı insanların % 25-50' sinde normal floranın bir parçası olup kolonizasyon oranları diyabetiklerde, intravenöz ilaç bağımlılarında, HIV enfeksiyonlu olgularda, hemodiyaliz hastalarında ve cilt bütünlüğü bozulan hastalarda artar. TKP en sık nedeni S. Pneumonia olmakla birlikte diğer etkenlerin Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis staf aureus olduğu bilinmektedir. Özellikle kontrolsüz diyabet gibi immün supresyon durumlarında, gribal semptomlar sonrası gelişen nodüler-kaviter lezyonlarla seyreden, nekrotizan pnömonili hastalarda staf aureus ilk sıralarda aklımıza gelmesi gereken etkenlerdendir.

**OLGU 1:** İran uyruklu, 32 yaşında erkek hasta, bilinen diabetes mellitus dışında kronik hastalık anamnezi yoktu. Hasta nefes darlığı ateş öksürük ve balgam şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hastanemizin acilinden solunum yetmezliği tablosuyla solunum yoğun bakım ünitesine(ybü) alınan hasta 15 gün kadar ybü de takip edildikten sonra solunum yetmezliğinin ortadan kalkması ve genel durumunun düzelmesi sonucu hasta servisimize devr alındı. Hastanın hastane başvurusunda; wbc:24 bin crp:213.Çekilen akciğer grafisinde bilateral multilober yaygın yer yer kaviteleşmiş nodüler opasiteler ve dağınık yerleşimli opasite artışları mevcuttu. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografi de multifokal kaviter lezyonlar, nodüler opasiteler ve konsolidasyonlara ek olarak plevral efüzyonu olduğu görüldü. Hastanın alınan kan, balgam ve plevra mayii kültürlerinin 3 ünde de staphylococcus aureus üremesi oldu. Pnömoni etkeni staf olarak belirlenen hastanın antibiyoterapisi mevcut üremeye ait antibiyogram doğrultusunda meronem+targocid olarak düzenlendi. Mevcut tedavi altında radyolojik bulguları gerileyen enfeksiyon parametreleri ve kliniği düzelen hasta servis takibi sonrası taburcu edildi. Bu olgumuzla özellikle gribal enfeksiyonları takiben gelişen, immunsuprese hastalarda TKP etkeni olarak Staf aureusun ön planda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** pnömoni, staphylococcus aureus, immunsuprese



Resim 1



Resim 2



## EP-099 İNTERTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARINDA (İAH) TANISINDA AÇIK AKCİĞER BİYOPSİSİ

Gizem Köybaşı, Nurten Aysan, Burcu Arpınar Yiğitbaş, Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar

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

İnterstisyel akciğer hastalıkları (İAH), akciğer interstisyumunu tutan, bilinen veya bilinmeyen nedenlere bağlı gelişen, yaklaşık 150 hastalıktan oluşan heterojen bir hastalık grubudur. İAH'nin görülme sıklığı henüz tam olarak bilinmemektedir. İnsidansı yılda 3-26/100.000 olarak bildirilmektedir. Anamnez, fizik muayene, radyolojik ve fizyolojik bulgular, bronkoskopi ve bronkoskopik materyaller ve seçilmiş olgularda cerrahi akciğer biyopsisi ile tanı konur. Çoğu zaman kesin tanıya ulaşabilmek için invaziv tanı yöntemlerine ihtiyaç vardır. Bronkoalveoler lavaj, transbronşiyal iğne aspirasyonu, transbronşiyal akciğer biyopsisi, cerrahi biyopsi ve kriyobiopsi tanıda kullanılan yöntemlerdir.

**OLGU 1:** 58 yaşında bilinen Diabetes Mellitus tanılı mum imalatı işinde çalışan erkek hasta nefes darlığı ve ateş şikayeti ile dış merkeze başvurmuş olup şikayetleri gerilememesi üzerine hasta tarafımıza başvurdu. Toraks BT de; her iki ac orta ve alt loblarda belirgin olmak üzere yama tarzında diffüz dansite artışı, interlobüler-lober septal kalınlaşmalar, peribronşial kalınlaşma ve düzensizlikler, alt loblarda bronşektazik fibrotik dansite artışı ve her 2 akciğerde buzlu cam dansitesi görüldü. Hastaya Fob (lavaj; arb-sitoloji-nsk gönderildi) yapıldı. Tanısal özellik saptanmadı. Takiplerinde şikayetleri gerilemeyen ve hipoksisi gelişen hastaya steroid başlandı. Daha sonra hastaya VATS ile Wedge biyopsi yapıldı. Patolojik tanısı ORGANİZE PNÖMONİ olarak geldi. Şikayetleri gerileyen hasta 16 mg prednol ile taburcu edildi.

**OLGU 2:** 53 yaşında bilinen kronik hastalık anamnezi olmayan kadın hasta 3-4 aydır olan öksürük, sırt ağrısı ve göğüs ağrısı şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Çekilen toraks bt de bilateral ac bazal segmentlerinde periferik retiküler infiltrasyonlar, eşlik eden traksiyon bronşektazisi, bilateral bazal segmentlerde bal eteği görünümü ve med lam mevcut idi. Hastaya fob ile sağ paratrakeal wang ia ve sağ orta lobdan bal yapıldı. Tanısal özellik saptanmadı. Şikayetleri gerilemeyen hastaya üst ve alt lob dan VATS ile Wedge biyopsi alındı. Patolojik tanısı DESKUAMATİF İNTERTİSYEL PNÖMONİ olarak geldi. Hastaya 8 mg steril tedavisi başlandı. Şikayetleri geriledi.

**OLGU 3:** 74 yaşında bilinen koah+ ht tanılı kadın hasta nefes darlığı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Çekilen toraks BT de her iki akciğerde üst, orta ve alt zonlarda retikülonodüler dansite artışları, her iki akciğer orta ve alt zonlarda buzlu cam dansiteleri izlendi. Hastaya Fob (BAL), WANG İA, Rijit Fob kriyo TBB yapıldı. Tanısal özellik saptanmadı. Daha sonra hastaya sağ üst lobdan WEDGE REZEKSİYON yapıldı. Patoloji sonucu KRONİK HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİ olarak geldi. Hastaya delkortil ve azatiopürin başlandı. Hastanın şikayetlerinde bariz düzelme görülmedi.

Açık akciğer biyopsisi interstisyel akciğer hastalıklarının hem tanı hem tedavi seçimi hem de tedavi cevabının öngörülmesinde önemlidir. Bu 3 olgumuzda İAH tanısında açık ac biyopsisinin yeri ve önemini vurgulamak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** iah,,vats,biyopsi

## EP-100

## SANTRAL SİNİR SİSTEMİ TUTULUMU OLAN 2 MİLİER TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Merve Fidan, Ecem Naz Ertürk, Mukadder Çalikoğlu

Mersin Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Mersin

**GİRİŞ:** Milier tüberküloz (Tb) basilin hematogen yayılımıyla oluşan yaygın hastalığı tanımlar. Yüksek kan akımlı organlar başta olmak üzere her organ tutulabilmektedir. Ekstrapulmoner Tb olgularının %1-5'inde meningoensefalit formu izlenirken, %1'inde tek intrakranial tüberküloz görülür. Tüberkülozlar %15-34 olguda multipl olabilir. Multifokal Tb hastalarının %23'ü göçmen, %52'si immunokompromise ve %38'i HIV-pozitifdir. Burada multifokal tüberküloz ve leptomeningeal tüberküloz olan, ek hastalığı olmayan 2 göçmen olgu sunulmuştur.

**OLGU 1:** Suriye uyruklu, 29 yaşında, kadın bir aydır eforla nefes darlığı, öksürük, ateş yakınmalarıyla başvurdu. Ek hastalığı olmayan hastanın fizik muayenesinde; vital bulgular normal, oksijen saturasyonu %98'di, sistem muayeneleri normaldi. Akciğer grafisinde bilateral milier görünüm mevcuttu (Şekil 1). Kan biyokimyasal tetkiklerinde; CRP (8 mg/dl) yüksekliği dışında anormal bulgu yoktu. Klinik ve radyolojik olarak miliyer Tb düşünülen hastanın açlık mide suyunda (ASM) ARB pozitifliği tespit edildi ve HRZE başlandı. Tedavinin 5. gününde baş ağrısı ve sağ kolda kasılma yakınmasıyla Nöroloji Kliniğine konsülte edildi. Serebral MR'da infra ve supratentorial bölgede multipl tüberküloz raporlandı (Şekil 2). Metilprednizolon 40mg/gün ve levetirasetam 2x500 mg/gün eklendi. Tedavinin 7. gününde semptomlarda gerileme ile taburcu edildi.

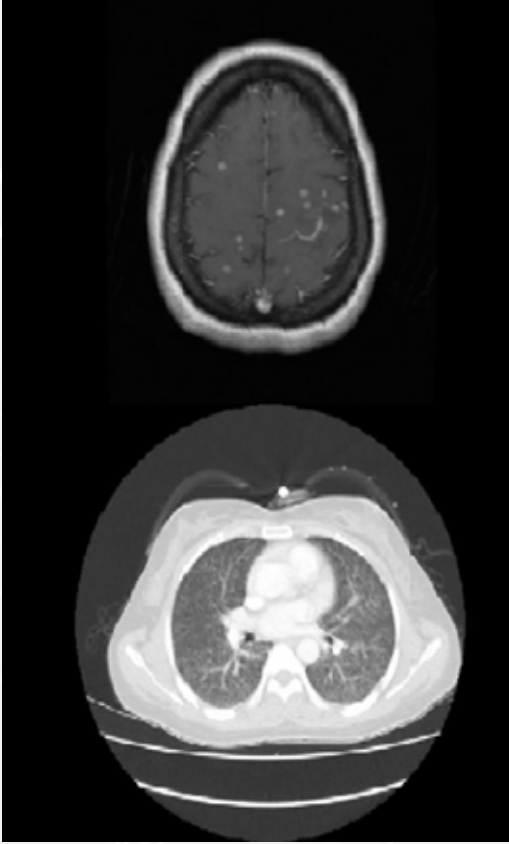
**OLGU 2:** İki haftadır baş ağrısı, ateş, nefes darlığı olan 28 yaşında, Suriyeli kadın çalıştığı hane halkında COVID19 tespit edilmesi üzerine başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede takipne (hızı 28/dk), ateş (38) ve oksijen saturasyon düşüklüğü (5 L/dk nazal oksijenle satO<sub>2</sub>%91) dışında anormal bulgu yoktu. Akciğer grafisinde yaygın milier pulmoner infiltratlar vardı (Şekil-1). Toraks BT'de bilateral mikro-nodüler infiltrasyonlar izlendi. COVID19 PCR negatif bulundu ve AMS alınması sonrasında HRPE ile tedavi başlandı. AMS kültüründe M. tuberculosis üredi. Serebral MR'da çoklu parankimal nodüllerle birlikte temporoparietomeningeal kalınlaşma izlendi. Metilprednizolon 1 mg/kg olarak eklendi. Tedavi altında diplopi gelişen hastada etambutol toksisitesi dışlandı ve tedaviye devam edildi. Bir hafta sonra tekrarlayan şiddetli diplopi nedeniyle çekilen 2. serebral MR'da nodüllerde progresyon izlendi. Tedavi değişikliği yapılmadı, yatarak izlemi devam ediyor.

**SONUÇ:** Olgular, ekstrapulmoner tüberkülozlu hastaların erken dönemde ancak %10-20'sinin semptomatik olması nedeniyle, SSS tüberkülozunun tanı ve tedavisindeki gecikmeyi önlemenin önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

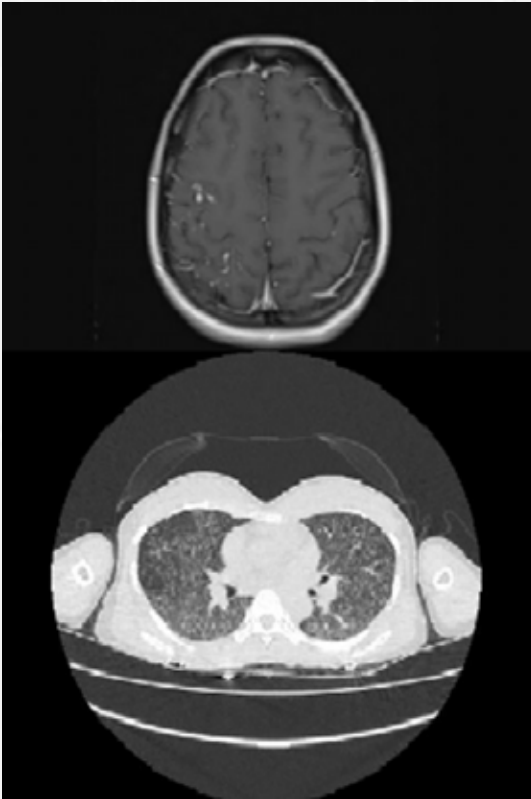
**Anahtar Kelimeler:** Miliyer tüberküloz, Mycobacterium tuberculosis, Leptomeningeal, Tüberküloz



Resim 2



Resim1



50.yıl



Türkiye  
Solunum  
Araştırmaları  
Derneği