

# SOLUNUM GÜNLERİ

## 11. Kış Sempozyumu



5-8 Mart 2023

Karınna Otel, Uludağ



[www.akademiksolunum.org.tr](http://www.akademiksolunum.org.tr)



**DERNEK İLETİŞİM BİLGİLERİ**  
**Akademik Solunum Derneği**  
Aksaray Mah. Yokuş Çeşmesi Sok.  
Berk Apt. No: 34 D: 4 Cerrahpaşa - İstanbul  
Tel : +90 212 588 90 75  
E-posta : info@akademiksolunum.org.tr



**ORGANİZASYON SEKRETERYASI**  
**Topkon Kongre ve Etkinlik Hizmetleri**  
Zühtüpaşa Mah. Rifatbey Sok. No: 24  
34724 Kalamış-Kadıköy / İstanbul  
Tel : +90 216 330 90 20  
Faks: +90 216 330 90 05  
E-posta: solunum2023@topkon.com



### YÖNETİM KURULU

#### BAŞKAN

Bülent TUTLUOĞLU

#### BAŞKAN YARDIMCISI

Turhan ECE

#### GENEL SEKRETER

Birsen Pınar YILDIZ

#### SAYMAN

Serdar ERTURAN

#### ÜYELER

Akın Eraslan BALCI

Bahattin ÇOLAKOĞLU

Günay AYDIN

Mahir İĞDE

Selim BADUR

Sibel ARINÇ

Teyfik TURGUT

### DÜZENLEME KURULU

#### SOLUNUM OKULU BAŞKANI

Birsen Pınar YILDIZ

#### BİLİMSEL KURUL

Akın Eraslan BALCI

Bahattin ÇOLAKOĞLU

Birsen Pınar YILDIZ

Bülent TUTLUOĞLU

Canan AKMAN

Günay AYDIN TOSUN

Haluk ÇOKUĞRAŞ

Kamil KAYNAK

Mahir İĞDE

Murat TOPRAK

Nail YILMAZ

Selim BADUR

Sibel ARINÇ

Teyfik TURGUT

Turhan ECE

# SOLUNUM GÜNLERİ

11. Kış Sempozyumu

5-8 Mart 2023

Karina Otel, Uludağ



## BİLİMSEL PROGRAM

5 MART 2023, PAZAR

14:00-16:30	<b>TEORİKTEN PRATİĞE BRONKOSKOPİ KURSU</b> Oturma Başkanları: Sibel Arınç, Sevdâ Cömert
16:30-17:00	<b>Kahve Arası</b> ☕
17:00-17:30	<b>AÇILIŞ</b> Birsen Pınar Yıldız, Bülent Tutluoğlu



### BİLİMSEL PROGRAM

#### 6 MART 2023, PAZARTESİ

09:00-10:30	<b>SEMPOZYUM - ALERJİK RİNİT ve ASTIM</b> Oturum Başkanları: Bahaüddin Çolakoğlu, Kurtuluş Aksu
09:00-09:20	<b>Rinit Hastasına Yaklaşım, Alerjik mi Değil mi?</b> Metin Keren
09:20-09:40	<b>Allerjik Astım + Rinit Birlikteliğinde Tedavi Yaklaşımı</b> Kurtuluş Aksu
09:40-10:00	<b>Allerjik Astım + Rinit 2023'te Literatür Ne Diyor?</b> Metin Keren – Kurtuluş Aksu
10:00-10:30	Tartışma
10:30-11:00	Kahve Arası ☕
11:00-12:00	 <b>UYDU SEMPOZYUM- Celtis</b> <b>KOAH'ta Sinerjik Etkili ve Güvenilir Dual Bronkodilatör Tedavi</b> Oturum Başkanları: Birsen Pınar Yıldız, Hakan Günen Konuşmacılar: Hakan Günen, Birsen Pınar Yıldız
12:00-14:30	Öğle Yemeği 🍴
14:30-16:30	<b>TARTIŞMALI GÜNCEL KONULAR</b> Oturum Başkanları: Bülent Tutluoğlu, Birsen Pınar Yıldız
14:30-14:50	<b>Öksürükle Başvuran Hastaya Yaklaşım</b> Bülent Tutluoğlu
14:50-15:10	<b>Olgularla İnterstisyel Akciğer Hastalıkları</b> Gülşah Günlüoğlu
15:10-15:30	Tartışma
15:30-16:00	Kahve Arası ☕
16:00-17:30	<b>YÜKSEK AKIMLI OKSİJEN TEDAVİSİ ve GİRİŞİMSSEL YÖNTEMLER- TEMEL ESASLAR, PRATİK UYGULAMALAR (YUVARLAK MASA: FİZYOLOJİDEN PRATIĞE)</b> Oturum Başkanları: Hakan Günen, Hatice Kutbay Özçelik
16:00-16:30	<b>Yüksek Akım Oksijen Tedavisi</b> Hatice Kutbay Özçelik
16:30-17:00	<b>KOAH'ta Bronkoskopik Girişimsel İşlemler</b> Mehmet Akif Özgül
17:00-17:30	Tartışma



### BİLİMSEL PROGRAM

#### 7 MART 2023, SALI

08:30-10:30	<b>KONFERANS - GÖĞÜS HASTALIKLARINDA GÜNCELLEME - 2023</b> Oturum Başkanları: Gülfer Okumuş, Hakan Günen
08:30-08:50	<b>ASTİM</b> Kurtuluş Aksu
08:50-09:00	Tartışma
09:00-09:20	<b>KOAH</b> Hakan Günen
09:20-09:30	Tartışma
09:30-09:50	<b>Bronşektazi</b> Sevda Cömert
09:50-10:00	Tartışma
10:00-10:20	<b>Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon</b> Gülfer Okumuş
10:20-10:30	Tartışma
10:30-11:00	<b>Kahve Arası</b> ☕
11:00-12:00	<b>Konferans: AKCİĞER RADYOLOJİSİ</b> Oturum Başkanı: Sibel Arınç, Günay Aydın
11:00-12:00	<b>İPF Tanı ve Ayırıcı Tanısında Radyoloji</b> Canan Akman
12:00-14:30	<b>Öğle Yemeği</b> 🍴
14:30-15:30	<b>UZMANINA DANIŞ</b> Oturum Başkanları: Günay Aydın, Murat Toprak
14:30-14:50	<b>Kronik Havayolu Hastalıklarında Pulmoner Rehabilitasyon</b> Seda Tural Önür
14:50-15:00	Tartışma
15:00-15:20	<b>Uyku Apne Nasıl Düşünelim, Tanıda ve Tedavide Zorlanıyor muyuz?</b> Ahmet Ursavaş

# SOLUNUM GÜNLERİ

11. Kış Sempozyumu

5-8 Mart 2023

Karina Otel, Uludağ



## BİLİMSEL PROGRAM

### 7 MART 2023, SALI

15:20-15:30	Tartışma
15:30-15:50	<b>Akciğer Kanseriinde Hemoptizi</b> <i>Hüsnü Baykal</i>
15:50-16:00	Tartışma
16:00-17:30	<b>OLGU KONSEY MİNİ SEMPOZYUM- Olgularla Klinik Yaklaşım</b> Oturum Başkanları: Ahmet Ursavaş, Didem Görgün Hattatoğlu
16:00-16:20	<b>Olgu-1</b> <i>Ahmet Ursavaş</i>
16:20-16:30	Tartışma
16:30-16:50	<b>Olgu-2</b> <i>Didem Görgün Hattatoğlu</i>
16:50-17:00	Tartışma

### 8 MART 2023, ÇARŞAMBA

09:30-12:00	<b>SEMPOZYUM: ENFEKSİYON HASTALIKLARI</b> Oturum Başkanları: Günay Aydın, Didem Görgün Hattatoğlu
09:30-10:30	<b>Toplum Kökenli Pnömoni- Güncel Yaklaşım</b> <i>Didem Görgün Hattatoğlu</i>
10:30-11:00	<b>Akılcı İlaç Oturumu</b> <i>Cihan Aydın</i>
11:00-11:30	<b>Bildiri/Poster Oturumu</b> Oturum Başkanı: <i>Sibel Arınç</i>
11:30-12:00	<b>Kapanış ve Program Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi</b> <i>Bülent Tutluoğlu</i>

# SOLUNUM GÜNLERİ

11. Kış Sempozyumu

5-8 Mart 2023

Karınna Otel, Uludağ



## SÖZEL BİLDİRİLER



SS-01

### Kalıtsal Faktör V Eksikliği Olan Hastada Covid-19 Pnömonisi ve Tüberküloz Birlikteliği (Bir Olgu)

Elçin Nil Ay Temür<sup>1</sup>, **Ayşe Bahadır<sup>1</sup>**, Sibel Yurt<sup>1</sup>, Mehmet Akif Özgül<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

#### Giriş-Amaç:

Kalıtsal Faktör V eksikliği daha çok deri ve mukoza kanamaları ile seyreden nadir bir koagülasyon bozukluğudur. Prevalansının 1/1.000.000 olduğu bildirilmektedir ve genelde doğumu takip eden ilk yıllar içinde ortaya çıkmaktadır. Faktör V düzeyi ile kanama ağırlığı arasında net bir ilişki yoktur. Bu nedenle sadece faktör seviyesine göre kanama ağırlığını belirlemek uygun değildir. Kanamalar genellikle homozigot ya da birleşik heterozigot olan ve faktör düzeyi %5'in altında saptanan olgularda ortaya çıkmaktadır. Klinik olarak Faktör V eksikliği çoğunlukla dış eti kanamaları, burun kanaması, cerrahi, travma ve doğuma sekonder uzun süren kanamalar ile karakterizedir. Olguların %75'inde faktör seviyesi düşüktür. Buna bağlı olarak bu hastalarda fonksiyon azalmıştır (Tip I). %25 olguda ise kan Faktör V düzeyi normal olmasına rağmen, fonksiyon bozuktur (Tip II). Faktör V eksikliği, klinikte PT ve aPTT değerlerinde uzama ile gider. Bilinen kalıtsal Faktör V eksikliği olan hastamızda, Covid-19 pnömonisi ve tüberküloz birlikteliği ile ilgili olgumuzu sunmayı amaçladık.

#### Olgu:

Doğum sırasında intrakranial hemoraji geçirmesi ile tanı almış Faktör V eksikliği olan 18 yaşında erkek hasta öksürük ve halsizlik şikayetiyle acil servise başvurdu. Covid pcr testinin pozitif gelmesiyle 2 hafta süreyle pandemi servisinde takip edilen, ampirik antibiyoterapi tedavisi de aldıktan sonra anlamlı klinik ve radyolojik düzelme olmayan ve akut faz reaktanlarında progresyonu olan hasta ileri tetkik ve tedavi için göğüs hastalıkları servisimize nakil edildi. Bilinen akciğer hastalığı olmayan hastanın fizik muayenesinde sağda daha belirgin olmak üzere raller mevcut olup oda havası saturasyonu %97'ydi ve vitalleri stabildi.

Başvurusunda çekilen toraks-bt'sinde sağda daha belirgin olmak üzere her iki hemitoraksta yaygın retikülönodüler paternde parankimal buzlu cam dansitesinde infiltrasyon alanları izlendi. Bulgular enfeksiyon açısından anlamlı görüldü(CORADS-4) ve sağ üst zonda 2,5 cm çapında kaviter lezyon izlenmekteydi. Paac'de sağ hemitoraksta daha belirgin olan yaygın retikülönodüler patern ve yoğunluk artışı görüldü.(Resim 1)

Ayırıcı tanıda tüberküloz düşünülerek tüberküloz balgam pcr ve balgamda mikobakteri kültürü gönderildi. Mikobakteri kültüründe Mycobacterium tuberculosis üremesi oldu ve ARB ++++ olarak sonuçlandı. Hastaya balgamda tüberküloz pcr pozitif gelmesiyle dörtlü tüberküloz tedavisi Ethambutol 1500 mg Isoniazid 300 mg Rifampisin 600 mg Pirazinamid 2000 mg olarak başlandı. Tüberküloz Rifampin ve Isoniazid direnç geni negatif sonuçlandı.





Tüberküloz tedavisinin 6. gününde tedavi başlangıcında 1.84 olan PT/INR değeri, 18.7'ye ve aPTT 36.1'den 324'e yükseldi. Ön planda Rifampisin'e sekonder INR yüksekliği olduğu düşünülen kalıtsal Faktör V eksikliği olan hastamıza, hematolojiye konsülte edilerek aralıklarla taze donmuş plazma ve K vitamini replasmanları yapıldı. Rifampisin kesilmeyerek dördümlü tüberküloz tedavisine yakın koagülasyon parametre takibi ile devam edildi. Hastada hedeflenen INR aralığı, kanama kontrolü ve klinik düzelmeye sağlandıktan sonra taburcu edilerek tüberküloz tedavisine ayaktan aynı dozlarla devam edildi. Tedavisinin 3. ayında radyolojik ve klinik regresyon görülmesiyle İzoniazid 300 mg ve Rifampisin 600 mg ile idame tedavisine geçildi. (Resim 2) Hastanın halen tüberküloz tedavisi devam etmekte.

**Tartışma-Sonuç:** Ülkemizde yürütülen Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı sayesinde her yıl hasta sayısında azalma gözlenmekle birlikte Türkiye tüberküloz açısından hala risklidir. Covid-19 pandemisi ile birlikte tüberküloz vakalarının tanı almasında gecikme yaşanabilmektedir. Covid-19 pnömonisi ve akciğer tüberkülozunun beraber seyrettiği olgularda, hastalığın klinik seyrini doğru değerlendirerek erken teşhis ile tüberküloz tedavisine erken başlamak yüksek önem taşımaktadır. Tüberküloz ilaçlarının farmakodinamisinin bilinmesi ve yakın klinik takip ile nadir görülen koagülasyon bozukluğu olan hastalarda da zorlu tedavi süreci başarıyla tamamlanabilmektedir.



Resim-1



Resim-2



### SS-02

#### Tütün Kullanımı Ağır Covid-19 Enfeksiyonu İçin Risk Faktörü Mü?

*Cihan Aydın<sup>1</sup>, Nermin Zerman<sup>1</sup>*

1 Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş:** Covid-19 pandemisi, solunum yetmezliği ile ölüme neden olabilen bir viral enfeksiyondur. Tütün kullanımının ağır Covid-19 enfeksiyonu ile ilişkisi ile ilgili çelişen sonuçlara ulaşan çalışmalar mevcuttur.

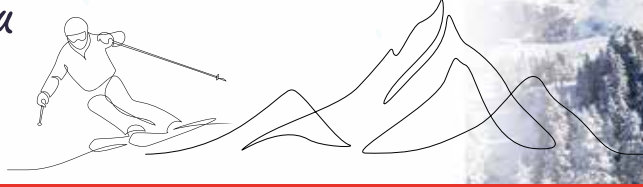
**Amaç:** Mevcut çalışmalardaki tartışmalı sonuçlar nedeniyle ağır Covid-19 ve tütün kullanımının ilişkisini saptamayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Tek merkezli retrospektif çalışmamıza Mart 2021-Kasım 2021 arasında Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi göğüs hastalıkları polikliniğine postcovid dönemde başvuran hastalar dahil edildi. Hastaların demografik verileri, sigara kullanım öyküsü ve komorbiditeleri kaydedildi.

**Bulgular:** Servis ve yoğun bakım yatışı ile tütün kullanımı arasında ilişki saptanmadı. İleri yaş, diabetes mellitus, hipertansiyon ve iskemik kalp hastalığı Covid-19 ağırlığı için risk faktörü idi.

**Tartışma ve Sonuç:** Sonuçlarımız tütün kullanımının ağır Covid-19 enfeksiyonu için risk faktörü olmadığı yönündedir.

**Anahtar Sözcükler:** Covid-19, enfeksiyon, tütün kullanımı



### SS-03

#### Akciğer Kanseri Hemoptizi

##### Hüsnü Baykal

Ankara Atatürk Sanatoryum EAH, Sağlık Bilimleri Üniversitesi,  
Ankara, Türkiye

**Hemoptizi:** Hasta için son derece endişe verici bir durum ve araştırma gerektiren yaygın bir solunum semptomudur.

**Klinik:** Gerçek hemoptizi parlak kırmızı renkte, köpüklü görünümündedir, GIS kanamaları öksürükle değil kusma ile olur, köpük görülmez ve sindirilmiş kan görünümü vardır. Kanamanın miktarı olayın ciddiyetinin değerlendirilmesinde önemlidir.

**Masif Hemoptizi:**  $\geq 500\text{mL}/24\text{h}$  veya  $\geq 100\text{ mL}/\text{h}$ 'in üzerindeki kanama. *Solunum sıkıntısı ve /veya hemodinamik bozukluk yapan her kanama masif hemoptizi kabul edilerek tetkik ve tedavi süreci başlatılmalı.* Büyük hacimli hemoptizide, bir travma hastasına benzer şekilde, ABC'leri ele alarak başlamalıdır. Masif hemoptizili hastalar kan kaybından değil boğulma nedeniyle ölürlür. Masif hemoptiziden ölüm oranı, kanama hızına ve etiyolojiye bağlıdır.

Hastaların çoğunluğunda kanama sınırlı iken % 5 olguda masif , % 3 ölümlü sonuçlanır, 'MASİF' kelimesini volüm olarak tanımlayabilecek evrensel bir ortaklık yok. Ani gelen 150-200 cc debisi yüksek bir kanama, 150 cc kapasitesi olan hava yollarının anatomik ölü boşluğunu hızla doldurur, ventilasyonu desteklemek mümkün olmaz.

**Masif Hemoptizinin En Önde Gelen Nedenleri:** Tüberküloz, bronşektazi, miçetoma Akciğer kanseri embolizasyon gerektiren hemoptiziler içerisinde %3-30. Malignite varlığında 24 saatte 1.000 mL'den fazla hemoptizi yüzde 80'lik bir ölüm oranı.

#### Akciğer Kanseri Vaskülarize Bir Tümör

- *Tümörün kendisinden ya da lokal etkilerinden kaynaklanan kanamalar;* mukozal infiltrasyonu, damarlar içerisine invazyon veya erozyon, obstrüktif lezyona sekonder gelişen nekrotizan enfeksiyonlara bağlı invazyon veya kanamalar/ tümör nekrozu
- *Tedavi veya ek hastalıklardan kaynaklanan sekonder kanamalar;* kemoterapi sonucu oluşan trombositopeni, antikoagülan veya antitrombosit tedavi kullanımı, Tirozin kinaz inhibitör (epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR) TKİ:erlotinib, gefitinib, afatinib/ Anaplastik lenfoma kinaz (ALK):krizotinib, alectinib gibi) ve anti-anjiyogenik faktör kullanımı (VEGF TKİ: sunitinib ve sorafenib), pulmoner tromboemboli, alveoler hemoraji, karaciğer tutulumuna sekonder. **\*\*Özellikle tirozin kinaz inhibitörü ilaçların biyolojik etkileri kolay geri döndürülemez ve hemoptizi haftalarca sürebilir.**
- **Pulmoner Arteriyel Sistem;** akciğerlerin % 99 oranında kan ihtiyacını karşılar, gaz değişiminden sorumlu. **Bronşiyal Arteriyel Sistem:** gaz değişimini sağlamaksızın intra/ ekstrapulmoner hava yolları ile pulmoner vasküler yapıların beslenmesi

Tedavi gerektiren şiddetli hemoptizi vakalarının % 90 ı bronşiyal arter kaynaklı, % 5 pulmoner arter kaynaklı, % 5 non-pulmoner/bronşiyal dışı sistemik arter kaynaklı.



### Akciğer Kanserli-Hemoptizili Bir Hastada Yaklaşım ve Değerlendirme Nasıl Olmalı?

Hemoptizinin süresi ve miktarına, öksürük ile havayolu temizlenme mekaniklerine, hastanın kardiyopulmoner rezervine bağlı; hasta yatak istirahatine alınmalı, kanayan taraf altta kalacak şekilde yatmalı, mutlaka iki kateter ile damar yolu, volüm replasmanı, gerekirse inotrop destek, öncesinde antikoagülan kullanımı varsa TDP/Kvit, antitüsitif, traneksamik asit (transamin ampül) parenteral verilebilir [kanama süresini azalttığı gösterilmiştir]. Standart dozu yoktur. 500-1000mg günde üç kez ya da 1gr IV 10dk'da verilmesini takiben 1gr 8 saatte IV infüzyonla verilebilir, enfeksiyon şüphesi varsa ampirik antibiyotik.

- **İlk Öncelik Hava Yolu Değerlendirilmesi ve Yönetimi;** Masif bir hemoptizide entübasyon gerekirse 8 ya da daha geniş tüpler kullanılmalı, çift lümenli endotrakeal tüp ile uygulanan entübasyon yanlış yerleştirme, travma ve daralan tüp çapı nedeni ile çok kabul görmemekte

### Rijid Bronkoskopi; Hemoptizi/ Masif Hemoptizi Kontrolünde Fleksibl Bronkoskopiye Üstün

#### Tanısal Yaklaşım Nasıl Olmalı?

Akciğer grafisi hemen ilk aşamada uygulanmalı, bir çok hastada tedaviyi planlama açısından yararlı değil. Kanama odağını lateralize etmede yardımcı.

**Toraks BT;** kanama bölgesini yaklaşık % 60-100 arasında saptayabilir, spesifik kanama nedenini % 60 - % 100 oranında tahmin ettirir, oran akciğer kanseri söz konusu olduğunda % 100'e daha yakın

**Bronkoskopi;** Hemoptizilerin tanısında/lokalize edilmesinde primer metod. Rijit bronkoskopi anestezi gerektiren bir işlem/ hemoptizinin kontrolü söz konusu olduğunda çok *efektif*. Malignite odağının bilinmesine rağmen kanama yerinin bronkoskopi ile tam tespit oranı % 45-70 arasında. Balon oklüzyon, soğuk salin solüsyonu ve diğer topikal maddeleri uygulama ve lazer koagülasyon yöntemleri gibi başlangıç prosedürler için çok önemli bir yöntem.

**Tedavi:** \*Bronkoskopi aracılıklı tedavi, \*bronşiyal arteriyel embolizasyon (BAE), \*cerrahi. 1973 yılında yapılan ilk embolizasyondan hemoptiziye yaklaşım tamamen değişti.

**Bronkoskopik Yaklaşım;** Sadece bronkoskopik girişim bazen kesin bir müdahale olanağı sağlayabilir, eembolizasyon veya cerrahi tedaviye kadar zaman kazandırabilir, genelde santral lezyonlarda bronkoskopik yaklaşım, periferik lezyonlarda da BAE veya cerrahi tedavi tercih edilir. Her zaman rijit bronkoskopi ya da rijit+ fleksibl bronkoskopi kullanımı, yalnızca fleksibl cihaz kullanımına üstündür.

**İlk Basamak Yöntemler Yetersiz Kalırsa;** Endobronşiyal balon kateter uygulaması, endobronşiyal lazer/argon plazma koagülasyon/Kriyoterapi, bu yöntemlerle hemoptizi kontrolünde farklı serilerde % 60-94 başarı. **Diğer müdahaleler:** Traneksamik asit endobronşiyal uygulaması, Fibrinojen-trombin uygulaması ile tamponlama, Stent tamponad, Selüloz hemostatik tıkaçlar, Endobronşiyal Watanabe spigot oklüzyon (EWS)

**Bronşiyal Arter Embolizasyonu (BAE);** ilk kez 1973 de uygulandı, özellikle masif hemoptizi kontrolünde etkin ve güvenilir bir yöntem olup temel endikasyon (300ml /24 saat kanama). BAE masif hemoptiziyi kontrol etme başarısı oldukça yüksek; erken dönem (24 saat ile 1 ay) başarı oranı % 73-98, uzun dönemde başarı oranları düşük (% 10-52). Rekürren hemorajiler de BAE işleminin tekrar edilmesi başarıyı artırır. Tekrarlayan hemorajiler ve BAE'de teknik başarısızlıkta hemoptizinin etyolojisinin rolü var. **Uzun dönemde izlenen rekürren hemorajileri nedenleri;** İnkomplet embolizasyon, embolize edilen damarlarda, rekanalizasyon gelişmesi, kollateraller aracılığı ile beslenme, altta yatan hastalığın ilerlemesi, non-bronşiyal sistemik arter beslenmesi



**BAE Komplikasyonları;** Göğüs ağrısı, Karın ağ, Disfaji (geçici / iskemi kaynaklı). En ciddi komplikasyon: Spinal kord iskemisi/ transfer miyelit (%1.4-6.5), serebral infark. Nadir komplikasyonlar: Bronş nekrozu, Yaygın sistemik embolizasyon, **Mortalite: % 0-4**

**Özellikle Akciğer Kanserine Bağlı Hemoptizi Tedavisinde BAE En İyi Seçenek mi?** Uzun dönem faydası sınırlı, rekürrens çok sık, mortalite çok yüksek

**Bronşiyal Arteriyel İnfüzyon Kemo-Embolizasyon (BAICE):** Kemoterapi ilaçlarının ve embolik materyallerin tümörü besleyen ve kanamaya neden olan arterin içine infüze edilmesi

BAICE tekniğın BAE ile birleşmesi sonucunda akciğer kanserine bağlı hemoptizinin tedavisinde yeni bir sayfa açıldı, hemoptizinin tekrarlamasını önler, kanamanın rekürrensine yol açan kanserli dokunun büyümesine, rekanalizasyon, revaskularizasyonuna engel olur, tümörü tedavi eder.

**Drug-eluting Beads Bronchial Arterial Chemoembolization (DEB-BACE):** Embolizan sferik partiküllere kemoterapetik ajan absorbe ettirilerek yapılan yeni nesil çalışmalar, konvansiyonel BAICE ile karşılaştırıldığında daha yüksek tümör tedavisi yanıtı, uzun süreli hemoptizisiz ve nüksüz sağkalım

**Cerrahinin Akciğer Kanserine Bağlı Hemoptizide Bir Yeri Var mı? Endikasyon çok sınırlı ve nadir.** Kansere bağlı özellikle masif hemoptizi de cerrahinin yeri son derece sınırlı, hastanın klinik durumu ve sağ kalım beklentisi karar vermede en önemli faktör, seçilmiş hastalarda ve diğer tedavi yaklaşımlarının hepsinin yetersiz kaldığı durumlarda başvurulabilecek bir yöntem, mortalite ve morbidite yüksek.

### Kaynaklar:

Seki A, Shimono C. Transarterial chemoembolization for management of hemoptysis: Initial experience in advanced primary lung cancer patients. Jpn J Radiol. 2017;35:495–504

Bronchial Artery Chemoembolization for Hemoptysis in Advanced Primary Lung Cancer. Clinical Lung Cancer, 2022 Vol. 23, No. 3, e203–e209

Bronchial Artery Chemoembolization With Radiopaque Doxorubicin Eluting Beads in Patients With Malignant Hemoptysis from Metastatic Lung Cancer. Technol Cancer Res Treat 2022 Jan-Dec;21:15330338221131167

Efficacy and safety of drug-eluting beads bronchial arterial chemoembolization versus conventional bronchial arterial chemoembolization in lung cancer patients with hemoptysis. Future Oncol 2022 Aug;18(25):2805-2815

The efficacy of drug-eluting beads bronchial arterial chemoembolization loaded with gemcitabine for treatment of non-small cell lung cancer. Thorac Cancer 2019 Sep;10(9):1770-1778

Pirarubicin-loaded CalliSpheres drug-eluting beads for the treatment of patients with stage III-IV lung cancer. Acta Radiol 2022 Mar;63(3):311-318



### SS-04

#### Ayaktan Tedaviyle Komplike Olmadan Rezolüsyon Gösteren Toplum Kökenli Pnömoni Olgusu

Sümeyye Kodalak Cengiz<sup>1</sup>, Sevda Şener Cömert<sup>2</sup>

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Pnömoni, akciğerin enfeksiyon etkenleriyle oluşan inflamatuvar hastalıdır. Yaygın antibiyotik kullanımı ve bağışıklamaya rağmen tüm dünyada çocuk ve erişkinlerde sık görülen, mortalitesi-morbiditesi yüksek bir hastalıdır. Bu nedenle erken ve doğru tanı konulması oldukça önemlidir. Toplum kökenli pnömoni(TKP), günlük yaşam sırasında ortaya çıkan pnömoni olarak tanımlanmakta olup, erken tanı konulmadığında birçok komplikasyon gelişebilmektedir. Biz de TKP tanılı olgumuzun, ayaktan antibiyotik tedavisiyle sık poliklinik kontrolleri altında komplike olmadan tama yakın rezolüsyon sürecini sunacağız.

**Olgu:** Bilinen ek hastalığı ve sigara öyküsü olmayan, 39 yaşında erkek hasta, şiddetli yan ağrısıyla acile başvurdu. Oda havasında hipoksisi olmayan, takipneik hastada öncelikle renal kolik ağrı düşünülüp, semptomatik tedavi verildi. Semptomları gerilemeyen, öksürük, balgam ve plöretik ağrı tarifleyen hastada, sağ subskapuler-bazalde akciğer seslerinin azalması üzerine çekilen posteroanterior akciğer grafisinde sağ kostofrenik sinüs kapalı, sağ alt zonda homojen, sağ orta zonda non-homojen opasite artımları izlendi. CRP 332 mg/l, lökosit sayısı  $11,6 \times 10^3/\mu\text{l}$ , nötrofil sayısı  $8,92 \times 10^3/\mu\text{l}$  idi. Toraks bilgisayarlı tomografide sağ akciğer orta-alt lobda atelektatik segmentler ve komşuluğunda alveoler paternde dansite artımları ve sağda majör fissür içerisine uzanan üst lob anterior kesimde ankiste plevral efüzyon izlendi. Görüntüler tarafımızca konsolide alan ve parapnömonik efüzyon olarak değerlendirildi. TKP düşünülen hastaya CURB-65'e göre ayaktan 2. kuşak sefalosporin ve makrolid tedavisi verildi. 3. gün poliklinik kontrolünde enfeksiyon parametrelerinde gerileme, semptomlarda azalma, radyolojik regresyon izlendi. CRP 197 mg/l'ye geriledi. 7. gününde CRP 79 mg/l'ye geriledi, klinik ve radyolojik düzelme izlendi. 2'li tedavi 14 güne tamamlandı ve 14. gün poliklinik kontrolünde CRP 6 mg/l ye geriledi. Akciğer grafisinde rezolüsyon izlenmekteydi. Asemptomatik hasta antibiyoterapisiz izlendi, 2 ay sonraki kontrolünde de asemptomatikti. Solunum sesleri sağ bazalde minimal azalmıştı, CRP normaldi ve akciğer grafisinde tama yakın rezolüsyon izlendi.

**Sonuç:** Yan ağrısı olan ve semptomatik tedaviyle gerilemeyen hastalarda, ek semptomlar da sorgulanmalı, plöretik ağrı olabileceği akılda bulundurulmalıdır. TKP tanısı erkenden konularak; etkin, uygun antibiyoterapi ve yakın takiple hastalığın morbidite-mortalitesi azaltılabilir.

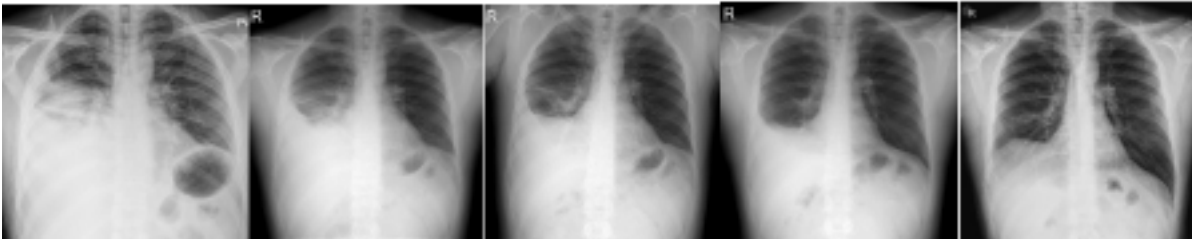
05/12/22

08/12/22

12/12/22

19/12/22

01/02/23



# SOLUNUM GÜNLERİ

11. Kış Sempozyumu

5-8 Mart 2023

Karınna Otel, Uludağ



05/12/22 TORAKS BT

