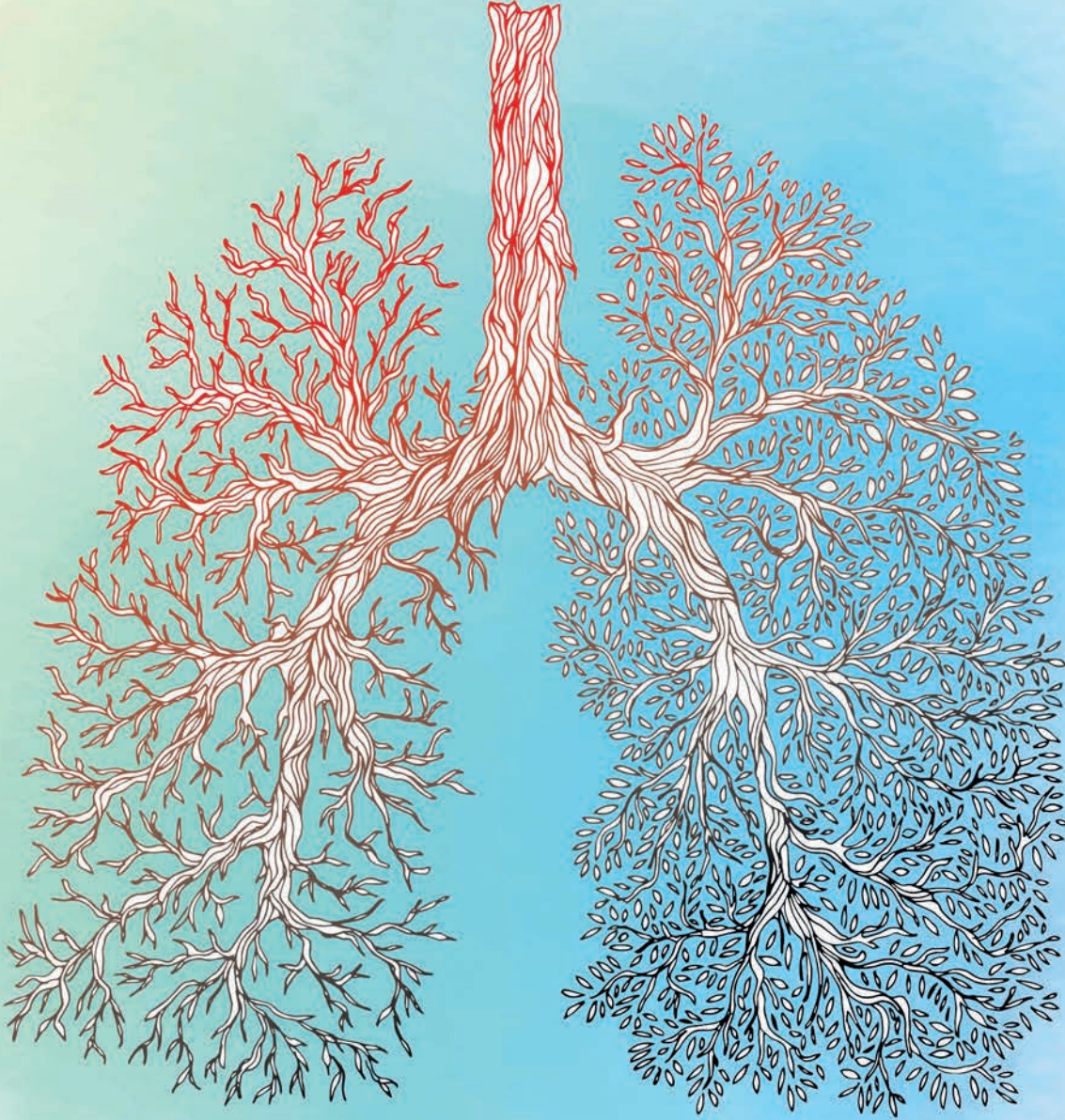


VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC



www.solunum2021.org



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 SEKRETARYASI

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: solunum2021@topkon.com

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



ÖNSÖZ

Akademik Solunum Derneği olarak **19-22 Eylül 2021** tarihinde **Kaya Palazzo Resort Girne**, KKTC’de gerçekleştirmeyi planladığımız

“**VII. Solunum Okulu’nda**” teorik ve pratik eğitimin iç içe geçtiği kurslarla yapılanmış bir program hazırlamayı amaçladık. Bu yılki ana temalarımız alerji/atopi, interstisyel akciğer hastalıkları, göğüs hastalıklarında girişimsel tanı ve tedavi yöntemleri, sigara ve akciğer kanseri, zor astım, KOAH’da güncel tedaviler, OSAS ve kronik solunum hastalıklarında pulmoner rehabilitasyon.

Okulumuzun vazgeçilmez unsuru multidisipliner yaklaşım her zamanki gibi kurslarımızın yapıtaşlarında her aşamada kendini gösterdi.

Farklı disiplinlerin bakış açısını sizlerle paylaşarak ve bu disiplinlerdeki eğitimcilerle bir araya gelerek kalıcı bilgiye ulaşmayı hedefliyoruz.

Her yıl tekrarladığımız Solunum Okulu’nun, 2021’de de sizlerle güçlü ve verimli geçeceği inancıyla tüm “Solunum Okulu Dostlarını” buluşmaya davet ediyoruz.

Olgu sunumu oturumlarımızda görevli hekimlerimiz kongre haklarını kullanmadan katılma olanağı sağlamış olacaklar, bu nedenle son bildiri gönderim tarihinden önce olgularını web sitemizden www.akademiksolunum.org.tr adresine göndermelerini rica ederiz.

Sevgi ve Saygılarımızla

Prof. Dr. Bülent Tutluoğlu
Dernek Başkanı

Prof. Dr. Birsen Pınar Yıldız
Okul Başkanı

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



KURULLAR

Yönetim Kurulu

BAŞKAN

Prof. Dr. Bülent TUTLUOĞLU

BAŞKAN YARDIMCISI

Prof. Dr. Turhan ECE

GENEL SEKRETER

Prof. Dr. Birsen Pınar YILDIZ

SAYMAN

Prof. Dr. Serdar ERTURAN

ÜYELER

Prof. Dr. Teyfik TURGUT

Prof. Dr. Bahattin ÇOLAKOĞLU

Prof. Dr. Günay AYDIN

Prof. Dr. Akın Eraslan BALCI

Prof. Dr. Nail YILMAZ

Prof. Dr. Selim BADUR

Prof. Dr. Mahir İĞDE

Bilimsel Kurul

Prof. Dr. Akın Eraslan Balcı

Prof. Dr. Bahattin Çolakoğlu

Prof. Dr. Birsen Pınar Yıldız

Prof. Dr. Bülent Tutluoğlu

Prof. Dr. Canan Akman

Prof. Dr. Günay Aydın Tosun

Prof. Dr. Haluk Çokuğraş

Prof. Dr. Kamil Kaynak

Prof. Dr. Mahir İğde

Prof. Dr. Murat Toprak

Prof. Dr. Nail Yılmaz

Prof. Dr. Selim Badur

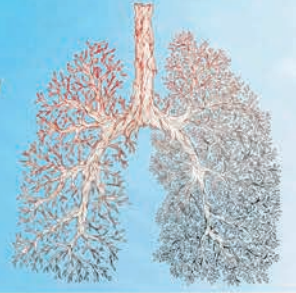
Prof. Dr. Teyfik Turgut

Prof. Dr. Turhan Ece

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



BİLİMSEL PROGRAM

19 EYLÜL 2021 / PAZAR

14:00 - 16:00 Olgularla Radyolojiden Kliniğe Çözümler
Oturma Başkanları: *Canan Akman (Online), Teyfik Turgut*

14:00-14:30 - Pulmoner Emboli

Didem Görgün Hattatoğlu

14:30-15:00 - Akciğer Kanseri

Efsun Gonca Chousen (Online)

15:00-16:00 - İnterstisyel Patolojiler

Elif Yelda Niksarlıoğlu (Online)

16:00 - 16:30 Kahve Arası ☕

16:30 - 17:30 Açılış

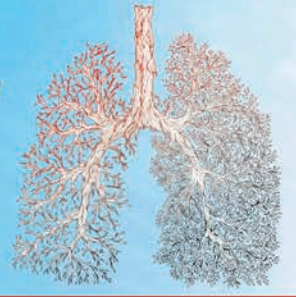
Birsen Pınar Yıldız, Bülent Tutluoğlu

Afganistan'dan İnsan Manzaraları Ahmet Başustaoğlu

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



BİLİMSEL PROGRAM

20 EYLÜL 2021 / PAZARTESİ

- 09:00 - 10:30** **Nasıl Yapıyorum-1**
Oturum Başkanları: Günay Aydın, Bahaüddin Çolakoğlu
- 09:00:09:20 - Allerji Testleri**
Semra Demir (Online)
- 09:20-09:40 - İmmünoterapi Uygulamaları**
Nerin Bahçeciler
- 09:40-10:00 - Nasıl yapıyorum-güncel işlemler, Kriyobiopsi**
Efsun Gonca Chousen (Online)
- 10:00-10:20 - Torasik Ultrasonografi**
Sevda Şener Cömert (Online)
- 10:20-10:30 - Tartışma**

10:30 - 11:00 **Kahve Arası** 

- 11:00 - 12:00** **Nasıl yapıyorum-2**
Oturum Başkanları: Turhan Ece, Bülent Tutluoğlu
- 11:00-11:20 - Bronkoskopi-EBUS**
Sevda Şener Cömert (Online)
- 11:20-11:40 - Bronkoskopik Volüm Azaltıcı İşlemler**
Turhan Ece
- 11:40-12:00 - Tartışma**

12:00 - 13:00 **Öğle Yemeği** 

- 13:00 - 13:30** **Uydu Sempozyumu**
Astra Zeneca -Astımda Tedavi Yaklaşımı
Konuşmacılar: Birsen Pınar Yıldız, Kurtuluş Aksu (Online)

- 14:00 - 15:30** **Astım Hastasının Yönetimi**
Oturum Başkanları: Kurtuluş Aksu (Online), Sibel Arınç
- 14:00-14:20 - Astımda Basamak 1-2**
Fusun Şahin (Online)
- 14:20-14:40 - Astımda Basamak 3-4**
Ferah Ece
- 14:40-15:00 - Astımda Basamak 5**
Kurtuluş Aksu (Online)
- 15:00-15:30 - Tartışma**

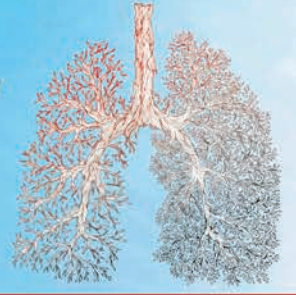
15:30 - 16:00 **Kahve Arası** 

- 16:00 - 17:00** **Güncel Konu- Olgularla Pulmoner Emboli Yönetimi**
Oturum Başkanları: Ersan Atahan, Elif Tanrıverdi (Online)
Konuşmacılar: Elif Tanrıverdi (Online), Hüsnü Baykal, Filiz Çimen (Online)
- 17:00 - 17:30** **Plevral Girişimler-Plörokan ve Torakoskopi**
Konuşmacı: Akın Eraslan Balcı
- 17:30 - 18:00** **Pnömotoraks Tedavi Yöntemleri**
Konuşmacı: Akın Eraslan Balcı

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



BİLİMSEL PROGRAM

21 EYLÜL 2021 / SALI

09:00 - 10:30 KOAH ve Astım Güncelleme Toplantısı
Oturma Başkanları: Teyfik Turgut, Sevdâ Şener Cömert (Online)

09:00-09:30 - 2021 Astımda Güncellenenler

Füsun Yıldız

09:30-10:00 - 2021 KOAH'da Güncellenenler

Birsen Pınar Yıldız

10:00-10:30 - KOAH'da Az Bilinenler

Teyfik Turgut

10:30 - 11:00 Kahve Arası ☕

11:00 - 11:30 Akciğer Kanseri Gündem
Oturma Başkanı: Günay Aydın

Akciğer Kanseri Evreleme - Olgularla Yaklaşım

Sibel Arınç

11:30 - 12:30 WEB Toplantı: Bakteriyofaj Tedavisi- Antibiyotik Direncine Alternatif Yaklaşım
Oturma Başkanı: Günay Aydın
Konuşmacı: Ahmet Başustaoğlu

12:30 - 14:00 Öğle Yemeği 🍴

14:00 - 15:00 Olgularla PAH Tanı ve Tedavisine Yaklaşım (Online Toplantı)
Oturma Başkanı: Gülfer Okumuş (Online), Ersan Atahan
Konuşmacılar: Gülfer Okumuş (Online), Ersan Atahan

15:00 - 15:30 Kahve Arası ☕

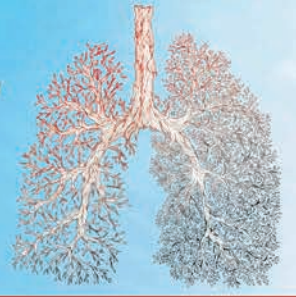
15:30 - 16:30 Kolonizasyon mu? Etken mi?
Oturma Başkanı: Murat Toprak
Konuşmacı: Ahmet Başustaoğlu

16:30 - 17:00 Pnömoni Tedavisine Rehberler Eşliğinde Güncel Bakış
Oturma Başkanı: Ahmet Başustaoğlu
Konuşmacı: Seda Akalın Karaca

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



BİLİMSEL PROGRAM

21 EYLÜL 2021 / SALI

- 17:00 - 18:00** **Sözlü Bildiri Sunumları**
Oturum Başkanı: *Turhan Ece*
- 17:00-17:10**
S1 -Robotik Cerrahi Sonrası Görülen Pulmoner Komplikasyonlar *Bengü Şaylan (Online)*
- 17:10-17:20**
S2-Sars-CoV-2 Enfeksiyonunda ABO ve RH Kan Grubu Dağılımının Değerlendirilmesi
Zühal Özer Şimşek
- 17:20-17:30**
S3-Covid-19 Ve H1n1 Pnömonisi Nedeniyle Hastanede Yatan Hastaların Klinik ve Biyokimyasal Parametrelerinin Karşılaştırılması *Didem Görgün Hattatoğlu*
- 17:30-17:40**
S4-Covid-19 Hastalarında D-Dimer Ve Nlr Kombinasyonu Prognostik İndeks Olarak Kullanılabilir mi? *Didem Görgün Hattatoğlu*
- 17:40-17:45**
P1-Pulmoner Fibrozis Gelişen COVID-19 Olgusunda Antifibrotik Tedavi Kullanımı
Berivan Karatekin
- 17:45-17:50**
P2-Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Bronkoskopik Akciğer Volüm Küçültme İşlemlerinin Etkinliği *Gökhan Altan*
- 17:50-17:55**
P3-Malign Plevral Efüzyonlu Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Sağ Kalımında Nötrofil-Lenfosit Oranının (Nlo) Değeri *Melike Aloğlu (Online)*

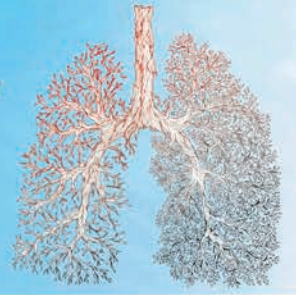
22 EYLÜL 2021 / ÇARŞAMBA

- 09:00 - 10:00** **WEB Toplantı: Biyolojik Tedaviler ve Ağır Astımda Yaklaşım**
Oturum Başkanları: *Kurtuluş Aksu (Online), Bahaüddin Çolakoğlu*
- Ağır Astımda Tanı ve Tedavi Yaklaşımı**
Mesut Bayraktaroğlu
Biyolojik Ajanlar ve Astım- 2021 ve Sonrası
Arzu Didem Yalçın (Online)
- 10:00 - 10:30** **Ara**
- 10:30 - 11:00** **WEB Toplantı: COVID-19 ve Aşılar**
Selim Badur (Online)
- 11:00 - 11:30** **Ara**
- 11:30 - 12:00** **Akılcı İlaç Oturumu**
Cihan Aydın

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



KONUŞMA ÖZETLERİ

2021 KOAH'da Güncellenenler

Birsen Pınar Yıldız

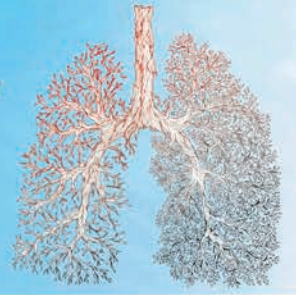
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) komorbiditelerle seyreden bir hastalıktır. GOLD önerileri bu hastaların idame tedavilerinde hastanın dispne veya ataklar ön planda seyreden bir hasta olup olmamasına göre tedavi yönetiminde önerilerde bulunmaktadır. Dispne ön planda olan hastada hastaya uygun inhaler tedavi düzenlenmiş ve bu tedavi altında takibi yapılan bir hastada dispnenin devamı halinde çeşitli faktörlerin değerlendirilmesi önerilmiştir. Bu hastalarda inhaler cihazların hasta tarafından doğru kullanılıp kullanılmadığı, cihazın hasta için uygunluğu, teknik uyumluluk gibi faktörler değerlendirilmelidir. Bunun yanı sıra dispnenin diğer nedenlerinin de ayırıcı tanıda göz önüne alınması gerektiği üzerinde durulmuştur. KOAH nedeniyle atak yaşayan hastada da dispne en önemli semptom olarak karşımıza çıkmaktadır ve ayırıcı tanıda dispneye yol açacak diğer faktörlerin varlığı veya atakla birlikteliği göz önüne alınmalıdır. JAMA dergisinde 2021 yılında yayınlanmış bir çalışmada KOAH ataklarında mortalite riskinin yüksek olabileceğine dikkat çekilmiştir (%3-25). Açıklanamayan KOAH ataklarında pulmoner emboli (PE) sıklığının yüksek tahmini değerleri daha önce yapılan çalışmalarda verilmiştir. KOAH hastasında artmış VTE riski ve ataklarda daha fazla artmış risk daha önce birçok defalar çalışılmış ve dikkat çekilmiş bir konudur. Güncel çalışmada, (kesitsel, çok merkezli, prospektif izlemlili) Fransa'da 7 merkezde toplam 740 ardarda KOAH akut atak hastası değerlendirildi. PE tanısı algoritmalar esas alınarak hastalar tarandı ve 3 ay izlem sağlandı. İlk 48 saatte PE saptanma oranı %5.9 idi. Ölüm riski başlangıçta PE tanısı alanlarda yüksekti (%26'ya %5). Başlangıçta PE şüphelenilen hastalarda PE saptanma oranı %11.7 idi (şüphelenilmeyenlerde %4.3). Üç aylık izlem sırasında kanser tanı oranı yüksek ve %43 ölüm nedeni idi. KOAH hastaları mortalite açısından birçok risk faktörüne sahiptir. İçinde bulunduğumuz pandemi koşullarında KOAH hastası COVID-19 açısından korunmalı, tedavilerine uyumları sağlanmalı ve stabilitelerinin devamı için gerekli optimum tedavi ve kontrol programları uygulanmalıdır. GOLD 2021 kılavuzu 7. Bölümde bu açıdan gerekli önerilerde bulunmuş ve verileri değerlendirmiştir. Hastane başvurularını ve acil gereksinimi en aza indirecek şekilde hastaların uygun tedavilerine en iyi şekilde uyumlarını sağlamak bu dönemde de hastaları korumak için yapılacak en önemli yönetim hedeflerindendir. Bu hastalarda yüzyüze görüşmenin kısıtlı olması sorununun aşmak için, evde monitörizasyon ve takip ve TELE-tıp uygulamalarından faydalanılabileceği üzerinde durulmuştur.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Akılci İlaç Kullanımı Dr. Cihan Aydın

Akılci ilaç kullanımını genelden özele giderek anlatmaya çalışacağım. Öncelikle Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) “ilaç”ı ; fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları insanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacı ile kullanılan ve kullanılması öngörülen herhangi bir madde veya ürün olarak tanımlamaktadır.

İlaçlar antik çağlardan itibaren hayatımızda olup bitkilerin ilaç üretimi yüzyıllarca ön planda olmuştur.Botanik biliminin babası Pedanius (M.S. 77) “De Materia Medica – İlaç Bilgisi Üzerine” en önemli kaynaklardan biridir. William Harvey’in 1628 yılında kan dolaşımı ve işlevini tanımlaması;19. yüzyılda bitkisel kaynaklardan etken maddelerin izole edilmesi ve cerrahide kullanımı;20. yy başları modern farmakolojinin babası sayılan Ehrlich’in “kemoterapi,bağışıklık, mikroorganizma” kavramlarını tanımlaması ve ‘Salvarsan-606’ adlı Frengi ilacını piyasaya sunması önemli gelişmelerdir.

Akılci ilaç kullanımı(AİK) DSÖ tarafından, kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda, kendilerine ve topluma en düşük maliyetle sağlayabilmeleri olarak tanımlanmaktadır.1985 yılında Nairobi’de yapılan DSÖ toplantısı AİK çalışmaları için başlangıç sayılmaktadır.

Akılci olmayan ilaç kullanım örneklerini araştıran çalışmalarda belirlenen temel sorunlar: gereğinden fazla ilaç reçetelendirilmesi ,ilaçların bilinçsiz ve yanlış biçimde kullanılması, gereksiz yere pahalı ilaçların kullanılması, gereksiz yere antibiyotik kullanımı ya da gereksiz yere enjeksiyon olarak görülmüştür.

Dünyada en çok satılan ilaçlar %19.3 ile kalp-damar hastalıklalı ilaçları olup anitibiyotiklerin oranı %9.9 iken Türkiye’de bu dağılım antibiyotiklerin %192luk pay ile birinci sırada yer aldığı görülmektedir.

Antibiyotiğin varoluş hikayesi 1928’de Alexander Fleming penisilini keşfi ve devamında 1939’da Howard Florey ve Ernst Chain’in penisilini saflaştırılması ile başlamıştır.Zamanla streptomisin(1943) ve daha birçok antibiyotik keşfedilmiştir. Antibiyotiğin hastaların tedavisinde başarının artışı ve enfektif hastalıkların mortalitesini önemli derecede azalttığı görülmektedir.

OECD verilerine göre Türkiye’desağlık harcamalarının gayrisafi milli hasıla(GSMH)’daki payı %4 civarı olduğu,GSMH yıllar içindeki artışı ile orantılı olarak arttığı görülmektedir.Diğer ülkelerin sağlık harcaması miktarları ve para birimlerinin Türk Lirası’na oranla değerine bakıldığında vardığımız sonuç şudur:Türkiye’de daha kısıtlı kaynaklarla artan sağlık harcamaları olmaktadır.

Antibiyotiklerin bilinçsiz kullanımı ile düşük ve orta gelirli ülkelerde,yüksek gelirli ülkelere göre daha yüksek oranda antibiyotik direnci olduğu görülmekte olup sistemli veri oluşturulup Drug Resistance Index(DRI) geliştirilmiştir.

İlaç kullanımında sorumluluk sahibi taraflar;hekim,eczacı,hemşire,diğer sağlık personeli,hasta/ hasta yakını,üretici ve düzenleyici otoritedir.

Akılci olmayan ilaç kullanımı hastaların tedaviye uyuncunun azalmasına,ilaç etkileşimlerine,bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine,tedavi süresinin uzamasına, advers olay sıklığının artmasına ve tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır.

AİK ilkeleri;etkililik,güvenlilik,uygunluk,maliyet olarak belirlenmiştir.Etkililik ve güvenlilik ilkesine göre iyileşmeyi sağlayacak ve yan etki açısından en güvenli ilaç verilmelidir.İlacın hastaya uygunluğu sorgulanmalı ve maliyet anlamında en ucuz ilaç seçilmelidir.

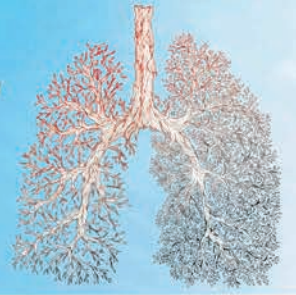
Ülkemizde 12 Ekim 2010 tarihinde Bakan Oluru ile,Akılci İlaç Kullanımı Birimi kurulmuştur.

19 Mart 2012 tarihinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Bünyesinde Akılci İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi kurulmuştur.İllerde koordinasyonu sağlamak amacıyla 81 ilde İl Sağlık Müdürlüklerinde Akılci İlaç Kullanımı İl Temsilcisi bulunmaktadır.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Pulmoner Emboli Dr. Didem Görgün Hattatoğlu

İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Pulmoner Tromboemboli kardiyak mortalitenin en sık nedenlerindendir. Venöz Tromboembolinin yıllık insidansı dünyada 10 milyondan fazladır ve genellikle Alt ekstremitenin proksimal venlerinden (iliyak, femoral ve popliteal) kaynaklanır. Damar içi pıhtılaşmaya yol açan faktörler 1: damar endotel hasarı 2: Hiperkoagulabilite 3: staz olarak 1856 da virchow tarafından tanımlanmıştır. VTE olgularının %75 inde bu üç faktörden birine yol açan edinsel veya kalıtsal faktörler saptanır. Fiziopatolojik olaylar gaz değişiminde bozulma, kardiyovasküler değişiklikler ve İnfarktüs olmak üzere 3 başlık altında değerlendirilir. Pulmoner tromboembolizm (PTE)'de tanıya giden yol, öncelikli olarak hastalığın akla getirilmesi ve klinik kuşku ile başlar. Bunun için başlangıçtaki semptom ve bulguların yanında risk faktörlerinin varlığı dikkate alınmalıdır. . Klinik tablo nonspesifiktir ve asemptomatik bir tablodan, ani ölüme kadar uzanan geniş bir yelpaze içinde yer alabilir. Risk faktörleri de her zaman bulunmayabilir. Klinik 3 e ayrılır . Masif embolide hipotansiyon, şok veya kardiyopulmoner arrestin eşlik ettiği akut sağ ventrikül yetmezliği mevcut iken Submasif PTE de normal sistemik kan basıncına karşılık ekokardiyografide saptanan sağ ventrikül disfonksiyonu (dilatasyon ve hipokinezi) bulguları mevcuttur. Nonmasif PTE de ise Sistemik kan basıncı ve sağ ventrikül fonksiyonları normal bulunur . Klinik semptom ve bulgular Embolinin büyüklüğüne sayısına, lokalizasyonuna, İnfarktüs oluşup oluşmamasına, rezolüsyon hızına, tekrarlayıcı olup olmadığına, hastanın yaşına, kardiyopulmoner fonksiyonlarının rezervine bağlı olarak değişebilir . Pulmoner tromboembolizm kuşkusu olan hastaların semptom, bulgu ve taşıdıkları risk faktörlerine göre skorlanarak klinik olarak “düşük, orta ve yüksek olasılıklı” olarak sınıflanmaları, ampirik tanı ve tedavi yaklaşımında yarar sağlar. D-dimer ve klinik skorlamanın birlikte kullanılması PTE kuşkulu hastaların yaklaşık %30'unda görüntüleme yöntemlerine gerek kalmadan tanının dışlanmasını sağlar.

Akciğer grafisi: %25 hastada normaldir. Çizgisel (subsegmental) ateletazi ,plevra sıvısı plevral tabanlı opasite (Hampton hörgücü,) diyafragma yükselmesi, pulmoner arter genişlemesi ,ani damar kesilmesi, sağ ventriküler belirginleşmesi , lokal damarlanma azalışı-saydamlık artışı (Westermarck işareti) görülebilir.

Elektrokardiyografi (EKG) de sinüs taşikardisi, aritmiler ve sağ ventrikül yetmezlik bulguları olabilir. EKG daha çok kardiyak hastalıkların ayırıcı tanısının yapılmasında önemlidir. Non-masif embolide genelde normaldir.

D-dimer, endojen fibrinolitik sistemin yeni oluşmuş trombüsü parçalaması sonucu salınan bir fibrin yıkım ürünüdür. Duyarlılığı yüksek, özgüllüğü düşüktür. Kalitatif ve kantitatif olarak ölçülebilir. Yüksek D-Dimer tanı koydurmaz ancak düşük klinik olasılıklı, komorbiditesi olmayan hastalarda düşük D-Dimer PTE yi %95 dışlar. Klinik riski yüksek olan hastalarda D-dimer düzeyi normal dahi olsa PTE dışlanamaz. D-dimer testinin klinik skorlama yöntemleriyle birleştirilerek ve yaşa uyarlanarak kullanımı önerilmektedir.

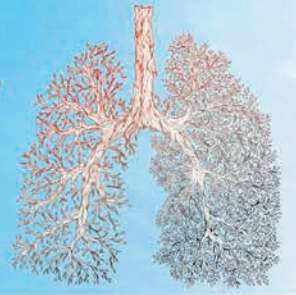
Bilgisayarlı Tomografi Pulmoner Anjiyografi PTE tanı duyarlılığı %83 (yüksek klinik olasılıkta %90), özgüllüğü %96 bulunmuştur. Santral/lober trombüsleri %97, segmental trombüsleri %68 ve subsegmental trombüsleri %25 oranında gösterir. Trombüs saptanmayan hastalarda üç ay sonunda venöz tromboembolizm (VTE) sıklığı %1.2, fatal PTE sıklığı ise %0.6 olarak saptanmıştır.

Duvara ekzantrik yapışmış kalsifiye olabilen dolum defektleri (akut pulmoner tromboembolizmde lümen içinde şişkin, merkezi dolum defektleri beklenir), ani konikleşme ve kesilme, tam oklüzyon ve kese defektleri İntimal düzensizlik , doğrusal intraluminal dolum kusurları (intravasküler ağlar ve bantlar) , stenoz ve post-stenotik dilatasyon , vasküler kıvrımlanma BT de izlenebilir.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Ayrıca Belirgin sağ ventrikül hipertrofisi, sağ atriyum dilatasyonu , perikardiyal efüzyon , pulmoner arterin dilatasyonu (erkeklerde > 29 mm, kadınlarda > 27 mm) ve/veya pulmoner arterin kalsifikasyonu , sistemik kollateral arter oluşması (postobstrüktif pulmoner damarlara doğru bronşiyal arteriyel kollateraller) dolaylı işaretler olarak izlenebilmektedir.

Ventilasyon-perfüzyon sintigrafisi Akut PTE'de perfüzyon sintigrafisinde etkilenen akciğer segmentinde azalmış perfüzyonla birlikte bozulmamış ventilasyon (uyumsuz defektler) beklenir

Alt Ekstremité Venöz Ultrasonografi Doppler USG PTE için tanısal özgüllüğü (%96) yüksek ancak duyarlılığı (%41) düşüktür. BTPA kontrendikasyonu olan olgularda ve gebelerde yararlı bir tanı yöntemidir

Konvansiyonel Venografi geçmişte kullanılan ve komplikasyonu yüksek bir işlemdir. BT Venografi yapılabilir ancak standart BT ye göre 2 kat yüksek doz radyasyon ve ek kontrast madde vermek gerekebilir . Yalnızca BT duyarlılığı %83 ,Bt venografi %93 dür.

MR Angiografi Gadolinyum kullanılarak anjiyografik görüntüleme elde edilerek pulmoner arterler içindeki trombüsü doğrudan görüntüleyebilir.Düşük duyarlılık, net olmayan görüntüler, ulaşım zorluğu ile kullanımı sınırlıdır. Renal bozukluğu veya kontrast maddeye karşı allerji öyküsü olan ve gebe hastalarda BTPA'ya alternatif olarak kullanılabilir .

Ekokardiyografi Sağ ventrikülün aşırı yüklenmesi ve işlev bozukluğu transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile tespit edilebilir. Ayrıca Aort diseksiyonu, akut kapak disfonksiyonu, perikard tamponadı, miyokard infarktüsü, kardiyogenik şok gibi diğer yüksek riskli durumların ayırt edilmesinde yararlıdır

Pulmoner Anjiyografi Geçmiş yıllarda altın standart kabul edilirdi . Mortalite ve işlem komplikasyon oranı yüksek olduğundan günümüzde tercih edilmemektedir.

Dual Enerjili Bilgisayarlı Tomografi, BTPA görüntülemesi için gereken iyotlu kontrast miktarını azaltarak ve akciğer perfüzyonu için bir iyot haritası görüntüleyerek PTE'ye duyarlılığı arttırabilir. Dual enerjili BT ile hem pulmoner arteriyel dolum defektleri saptanır hem de PTE'nin risk sınıflandırmasında yararlı olabilecek akciğer perfüzyonunun gerçek durumunu inceleme fırsatı sunar.

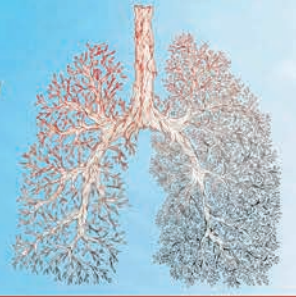
Kronik Emboli Pulmoner Hipertansiyon ; Pulmoner arterlerin organize olmuş trombüslerle kalıcı olarak tıkanması, buna bağlı olarak kan akımının dağılımında değişiklik ve pulmoner mikrovasküler yatakta yeniden yapılanma sonucunda oluşan pulmoner hipertansiyon (KTEPH) olarak tanımlanır. KTEPH'nin toplum genelindeki toplam insidansı %0.57, idiopatik PTE geçiren hastalarda ise %1.5'tir.Venöz tromboembolizm (VTE) geçirmiş ve ilerleyici nefes darlığı tanımlayan her olguda KTEPH düşünülmelidir. Hastalarda ilerleyici egzersiz dispnesi ,senkop, sağ kalp yetmezliği bulguları (yorgunluk, çarpıntı, egzersiz ile ilişkili göğüs ağrısı, nadiren hemoptizi ve senkop) görülebilir. Spirometrik inceleme genellikle normaldir. Akciğer grafisi normal olabilir, hiler dolgunluk ve oligemi saptanabilir. EKO da sağ ventrikül yüklenme ve disfonksiyonu saptanır Tanı için ilk yapılması gereken tetkik V/P sintigrafisidir.Sintigrafide ventilasyon defekti gözlenmeyip, en az bir veya daha fazla segmental ya da daha geniş perfüzyon defektinin saptanması tanıyı destekler. KTEPH için %96-97 duyarlılığa ve %90-95 özgüllüğe sahip bir tanı yöntemidir .

Tomografide mozaik perfüzyon, santral pulmoner arterlerde genişleme ile beraber segmental dalların boyutunda varyasyonlar ,arteriyel lümen çapında azalma, sistemik arteriyel dolaşımdan çıkan mediastinal kollateral damarların gelişmiş olması, halka tarzında stenozlar, ağsı yapılar, total tıkanıklık ve kontrast verilmesi ile özellikle büyük damarlarda konsantrik veya eksantrik yerleşimli organize trombüs görünümü izlenebilir. En az üç aylık etkin antikoagülasyona rağmen ; Pulmoner hipertansiyon semptomlarının bulunması, sağ kalp kateterizasyonunda ortalama PAB $\geq$ 25 mmHg, pulmoner arter kapiller kama basıncı (PAWP) $\leq$ 15 mmHg veya ölçülemeyen PAWP olması ve Pulmoner arterler (ana, lobar, segmenter veya subsegmenter) kronik/organize trombüs/embolinin görüntülenmesi ile tanı konulabilir.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Olgularla Radyolojiden Kliniğe Çözümler –Akciğer Kanseri

İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Efsun Gonca Chousein

AKCİĞER KANSERİ

Giriş:

Akciğer kanseri modern çağın hastalığı olup, ilk kez 1938’te sigara ile ilişkisi saptanmıştır.

Sıklıkla bronşlardan kaynaklanır ancak trakea, bronşiol ve alveollerden de köken alabilir.

Tartışma:

Risk faktörleri arasında %87 oranında sigara yer almaktadır. Pasif içicilik, çevresel maruziyet, kalıtım ve çeşitli akciğer hastalıkları ise diğer risk faktörleridir. Türkiye’de 2020’de tüm kanserler içinde ve erkeklerde en sık rastlanan 1. kanser iken dünyada 2. sıradadır. Dünyada kansere bağlı ölümler içinde 1. en sık kanserdir.

Hastalar lezyonun yerine, boyutlarına ve kardiyo-pulmone rezervelerine bağlı olarak; asemptomatik olabilecekleri gibi öksürük, nefes darlığı, hemoptizi, wheezing, stridor, göğüs ağrısı, disfaji, ses kısıklığı, kilo kaybı şikayetleri ile de başvurabilirler.

Tanıda, görüntüleme yöntemlerinden en önemlisi PA akciğer grafisi olup, toraks bilgisayarlı tomografisi (BT), toraks manyetik rezonans (MR), ultrason ve en nihayetinde pozitron emisyon tomografisi(PET) önemli yer tutar. Solunum fonksiyon testleri, sitoloji ve doku biyopsisi için uygulanan bronkoskopik yöntemler, transtorasik iğne aspirasyon biyopsisi, sıvı ve balgam sitolojisi, invazif ve non-invazif cerrahiler de diğer tanısal aşamaları oluşturmaktadır.

Bronkoskopik yöntemlerin başlıcaları; forceps biyopsi, fırçalama, lavaj, iğne aspirasyonu, transbronşiyal biyopsidir. Endobronşiyal tümör görüldüğünde mümkün olduğunca nekrozuz en az beş biyopsi alınmalıdır. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Karsinomu(KHDAK)’inde fenotipleme ve genotipleme için doku hacmini maksimize etmek amacıyla ek beş bronşiyal biyopsi ya da iki kriyobiopsi önerilir. Tanı başarıyı artırmak için ek olarak fırçalama ve bronşiyal lavaj alınabilir. Bronş biyopsisi, fırçalama ve bronş lavajı sırası önemli değildir. Bronkoalveolar lavaj(BAL) sıvısında EGFR mutasyonlarını tespit etmede yeni nesil sekanslama (NGS) ile tanısal başarı % 78,8 ve tümör biyopsisi ile % 91,7 uyum saptanmıştır. Endobronşiyal ultrasonografi(EBUS), elastografi de hem tanı hem evreleme amaçlı kullanılmaktadır.

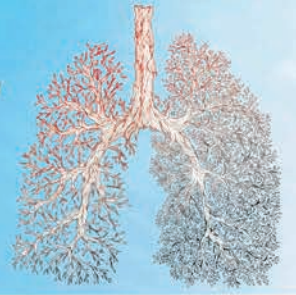
Akciğer kanserleri primer ve sekonder olarak 2 grupta incelenmektedir. Primer akciğer karsinomları; histolojik olarak küçük hücreli akciğer karsinomu (KHAK) ve küçük hücreli dışı akciğer karsinomu (KHDAK) olarak ayrılırlar. T (tümör büyüklüğü), N (lenf nodu tutulumu) ve M (metastaz) sınıflandırması ile evrelenir, yaşam beklentisi ve uygulanacak tedavi belirlenir. Evre I ve II KHDAK ‘da ilk tercih cerrahi iken, evre III’de onkolojik tedavi sonrası hastalar cerrahi şansı açısından yeniden değerlendirilirler. Evre 4’te ise destek tedaviler devreye girer. Primer tedavisi kemoterapi bazlı olan KHAK’da ise son yıllarda hem RT profilaktik olmaktan çıkmış hem de hastalar cerrahi açıdan da değerlendirilir olmuşlardır.

Multidisipliner yaklaşım gerektiren akciğer kanserlerinde göğüs hastalıkları disiplininde yer alan girişimsel pulmonoloji bölümünde uygulanan bronkoskopik işlemler de önemli bir yer tutmaktadır. Malign hava yolu obstrüksiyonları, hemoptizler, fistüller bazen de tanı ve evreleme bu disiplinin en sık işlem uyguladığı akciğer kanserine bağlı hava yolu patolojileri arasında yer almaktadır. Bu amaçla mekanik yöntemler, termal yöntemler, bariyer ve atel etkileri ile hava yolu stentleri kullanılmaktadır.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Yalnız risk değerlendirmesi temel alınarak terapötik bronkoskopiden uzak durmamak gerekmekte; işlemten en fazla faydayı en yüksek riskli hastaların gördüğü unutulmamalıdır. İşlem kararı alırken; yalnız işlemin riski değil aynı zamanda potansiyel yararın önemi de dikkate alınmalıdır.

Sonuç:

Akciğer kanserleri her geçen yıl dünyada ve ülkemizde en yüksek mortalite nedeni olan kanserlerden olup multidisipliner olarak ele alınmalıdır. Girişimsel pulmonolojide uygulanan endobronşiyal tanı ve tedavi yöntemleri, hastaların semptomlarında hızlı şekilde rahatlatma, fonksiyonel düzelme, yaşam kalitesinde artma, sürevide uzama ve akut solunum yetersizliği riskinde azlamaya yardımcı olmaktadır.

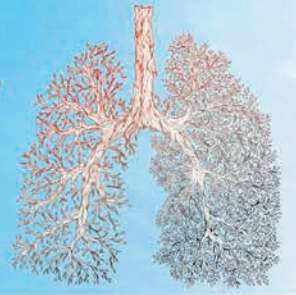
Referanslar:

- 1-Dietel M, et al. Diagnostic procedures for non-small-cell lung cancer (NSCLC): recommendations of the European Expert Group. Thorax 2016; 71:177–184.
- 2-Du Rand IA, et al. British Thoracic Society Bronchoscopy Guideline Group. British Thoracic Society guideline for diagnostic flexible bronchoscopy in adults: accredited by NICE. Thorax. 2013; 68 Suppl 1:1-44
- 3-Mohan A, et al. Guidelines for diagnostic flexible bronchoscopy in adults: Joint Indian Chest Society/National College of chest physicians (I)/Indian association for bronchology recommendations. Lung India. 2019;36(Supplement):37-89.
- 4-Buttitta F, et al. Effective assessment of egfr mutation status in bronchoalveolar lavage and pleural fluids by next-generation sequencing. Clin Cancer Res 2013; 19:691–8.
- 5-Park S, et al. Assessment of EGFR mutation status using cell-free DNA from bronchoalveolar lavage fluid. Clin Chem Lab Med. 2017; 55(10):1489-95.
- 6-Du Rand IA, et al. BTS Interventional Bronchoscopy Guideline Group. British Thoracic Society guidelines for advanced diagnostic and therapeutic flexible bronchoscopy in adults. Thorax. 2011;66(suppl 3): iii1-iii21.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Nasıl Yapıyorum-Güncel İşlemler, Kriyobiyopsi

İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Efsun Gonca Chousein

KRİYO-BİYOPSİ

Giriş:

Kriyo-biyopsi işlemi tanı amaçlı dokunun dondurularak biyopsisi ve transbronşiyal biyopsi işlemlerinin kombinasyonundan oluşan, son yıllarda önem kazanmaya başlayan diffüz ve lokal akciğer parankim hastalıklarında kullanılan tanısal bir yöntemdir.

Tartışma:

Kriyo-biyopsi işlemi, nitroz oksid ya da CO2 gazları kullanılarak dokunun -80 ve -90 °'ye kadar dondurulması ile soğğun yapıştırıcı etkisi ile yapılmaktadır. 1.9 ya da 2.4 mm'lik kriyo-problarla, 3-8 saniye kadar doku dondurulmakta bu esnada kriyo-prob ve plevra arasında 10-20 mm mesafe olması ve 3-6 adet biyopsi alınması önerilmektedir.

En önemli kontrendikasyonları; kanama riski [INR >1.5 (mutlak kontrendikasyon), trombosit sayısı <50.000/mikroL], pulmoner hipertansiyon (> 40 mmHg), kontrol dışı kardiyak aritmi, anstabil anjina, ciddi hipoksemi [PO2 < 55 mmHg (takviye O2 ile)], düşük DLCO (< 35%), düşük FVC (< 50%), yüksek kafa içi basıncıdır.

Kanama en sık ve önemli komplikasyon olduğundan kriyo-biyopsi öncesi; oral antikoagülanlar işlemiden 4 gün önce ya da INR<1.5 olunca, klopidogrel işlemiden 1 hafta önce, klasik heparin işlemiden 6 saat önce, düşük molekül ağırlıklı heparinler, örneğin enoxaparin (tedavi dozunda ise 24 saat önce , profilaksi dozunda ise son doz atlanarak) kesilir.

Genel anestezi altında, rijid bronkop ya da endotrakeal tüp içinden fleksibl bronkoskop ile geçilerek yapılır. Lokalize parankimal paternlerde ilgili segmentten, diffüz parankimal paternlerde ise tercihen alt lob lateral ve posterior segmentlerden biyopsi alınması önerilir. Anatomik yapıları gereği pnömotoraks riski yüksek olan orta lob ve lingula örnekleme için önerilmemektedir. Tek akciğerde; aynı seansta 2 farklı lob ya da segmentten örnek alınabilir ancak bilateral biyopsi kesinlikle kontrendikedir.

İşlem sonrası hastalar tansiyon, satürasyon, göğüs ağrısı ve hemoptizi gibi semptomlar açısından yakın takip edilmeli, işlemiden 2 saat sonra PA akciğer grafisi ile pnömotoraks kontrolü yapılmalıdır.

Komplikasyonlar arasında kanama, pnömotoraks, hipoksemi, amfizem (mediastinal/ subkutan), hava embolisi, kardiyak aritmi (işlem sırasında) yer almakta olup, bildirilen mortalite oranları % 0.05 civarındadır.

Konvansiyonel transbronşiyal akciğer biyopsisi ile karşılaştırıldığında; doku çatısı korunmuş, daha büyük biyopsi materyali sağlaması, kullanım kolaylığı ve yüksek tanı oranları avantajları iken entübasyon, genel anestezi ve skopi (x-ışını) gerektirmesi dezavantajlarıdır. Cerrahi biyopsiye yakın oranlarda tanı başarısı bildirilmiştir.

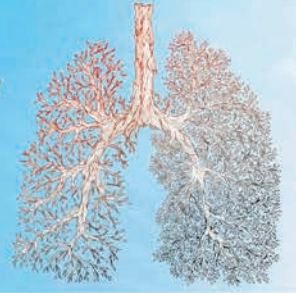
Sonuç:

Kriyo-transbronşiyal biyopsi seçilmiş lokal ve diffüz akciğer parankim hastalıklarının tanısında, doku çatısı korunmuş, daha büyük biyopsi materyali sağlaması, kullanım kolaylığı ve yüksek tanı oranları ile yer kazanmakta olan bir tanı yöntemidir.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



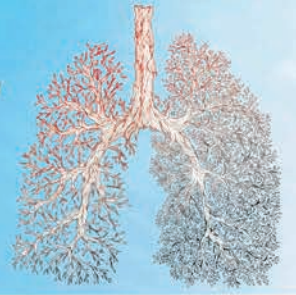
Referanslar:

- 1-Transbronchial Lung Cryobiopsy in Diffuse Parenchymal Lung Disease: Comparison between Biopsy from 1 Segment and Biopsy from 2 Segments - Diagnostic Yield and Complications; Respiration 2017;93(4):285-292.
- 2-Transbronchial Cryobiopsies for the Diagnosis of Diffuse Parenchymal Lung Diseases: Expert Statement from the Cryobiopsy Working Group on Safety and Utility and a Call for Standardization of the Procedure; Respiration 2018;95(3):188-200.
- 3- Comparison of transbronchial and cryobiopsies in evaluation of diffuse parenchymal lung diseases; J Broncology Interv Pulmonol. 2016; 23(1):14-21
- 4-Transbronchial Lung Cryobiopsy and Video-assisted Thoracoscopic Lung Biopsy in the Diagnosis of Diffuse Parenchymal Lung Disease. A Meta-analysis of Diagnostic Test Accuracy; Ann Am Thorac Soc 2017 Jul;14(7):1197-1211
- 5-Poor Concordance between Sequential Transbronchial Lung Cryobiopsy and Surgical Lung Biopsy in the Diagnosis of Diffuse Interstitial Lung Diseases; Am J Respir Crit Care Med. 2019 May 15;199(10):1249-1256
- 6-Lung Cryobiopsy for the Diagnosis of Interstitial Lung Diseases: A Series Contribution to a Debated Procedure; Medicina 2019, 55(9): 606
- 7-Cryobiopsy versus open lung biopsy in the diagnosis of interstitial lung disease (COLDICE): protocol of a multicentre study; BMJ Open Respir Res. 2019; 6(1): e000443.
- 8-Turan D, Chousein EGU, et al. Transbronchial Cryobiopsy for Diagnosing Parenchymal Lung Diseases: Real-Life Experience from a Tertiary Referral Center. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 2021;38(1):e2021004. doi: 10.36141/svdl.v38i1.11029.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Olgularla Radyolojiden Kliniğe Çözümler

İntersitisyel Patolojiler

Doç.Dr. Elif Yelda NİKSARLIOĞLU

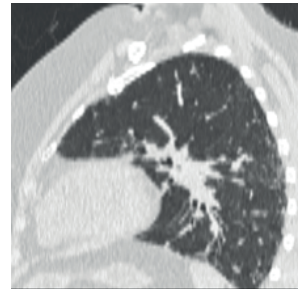
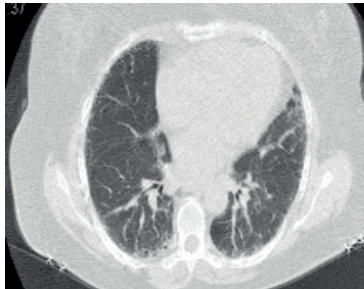
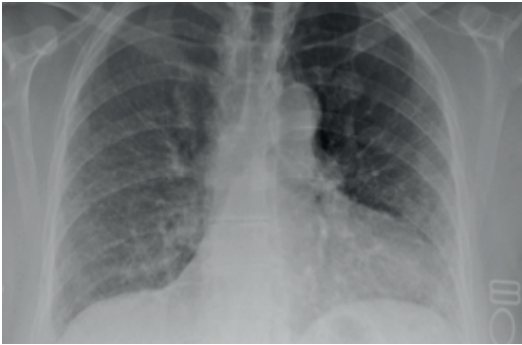
Göğüs Hastalıkları,

İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İntersitisyel akciğer hastalığı pek çok hastalığı kapsayan, her iki cinsiyeti de etkileyen, akciğerde intersitisyel dokuda bazı değişikliklerin yanı sıra sistemik bazı semptom ve bulgularla da karşımıza çıkan heterojen bir hastalık grubudur. Bu sunumda 3 ayrı hastada 3 farklı intersitisyel akciğer hastalığını klinikten tanıya ve tedaviye doğru olan süreci inceleyeceğiz.

OLGU 1

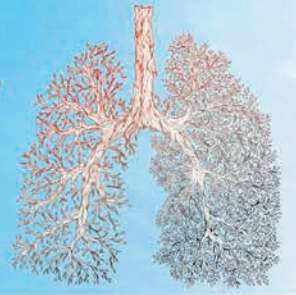
Altmışüç yaşındaki kadın hasta ilk olarak ocak 2017'de 1 yıldır süren öksürük ve 4 aydır devam eden efor dispnesi ile başvurdu. Doğum yeri ve yaşadığı yer İstanbul'du, ev hanımı idi ancak 34 yıl önce 8 yıl kadar tekstil sektöründe çalıştığını belirtti. Hastanın 15py sigara kullanım öyküsü mevcut olup 30 yıldır ise kullanmıyordu. Hipertansiyon, gastroözefagial reflü ve bel fıtığı tanısı vardı, ramipril tedavisi almaktaydı. Ailesinde anne ve babasında hipertansiyon dışında bir hastalık yoktu. Olgunun maruziyetleri tekrar sorgulandığında 8 yıl önce 3ay kadar muhabbet kuşu beslediğini belirtti. Fizik muayenesinde vital bulguları doğal, solunum muayenesinde çomak parmak ve bibaziller velcro ralleri dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın rutin kan ve biyokimya testlerinde sed 52 ve lactat dehidrogenaz (LDH) 304 olması dışında doğaldı. Solunum fonksiyon testlerinde forced vital kapasite (FVC) 2.60L (% beklenen 82), 1. sn deki forced expiratory volüm (FEV1) 2.17 L (% beklenen 81), FEV1/FVC 77 idi. Çekilen posteroanterior akciğer grafisi (PAAG) ve toraks bilgisayarlı tomografii (BT) şekil1'de verilmiştir.



VII. Solunum Okulu

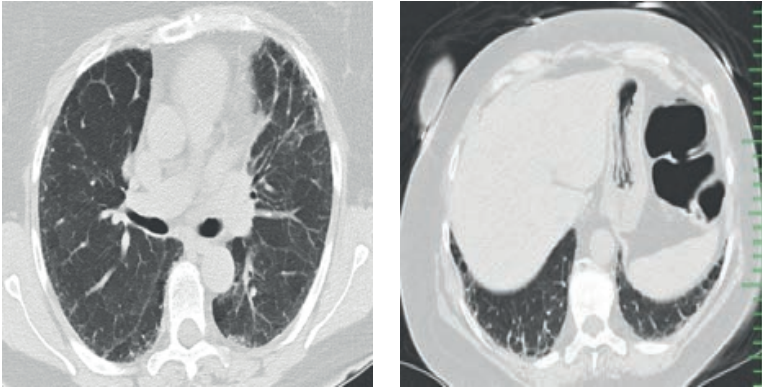
19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Şekil 1: PAAG ve toraks BT kesitleri

Hastanın toraks BT’de alt zonlara doğru artan heterojen dağılım gösteren retiküler dansiteler olması nedeniyle bağ dokusu belirteçleri isteniyor ve romatoloji konsültasyonu isteniyor; spesifik romatolojik hastalık saptanmıyor. Ardından ayırıcı tanı için fiberoptik bronkoskopi (FOB) ve bronkoalveoler lavaj (BAL) planlanıyor ancak hasta işlemi kabul etmiyor. Yaklaşık 6 ay sonra öksürük ve dispnede artış ile tekrar başvuran olguda yapılan SFT’de FVC 2.12 (% beklenen 66), FEV1 2.09 (% beklenen 77), FEV1/FVC 98, karbon monoksit difüzyon kapasinin (DLCO) %60 olarak ölçülüyor. Kardiyolojik muayenesi de yapılan hastadan hipertansiyon dışında kardiyak patoloji saptanmıyor. Kontrol toraks BT’si şekil 2’de verilmiştir. Olgunun 6dakika yürüme testinde (6DYT) 469m yürüdü, test sırasında oksijen saturasyonu %96’dan %94’e düştüğü saptandı.



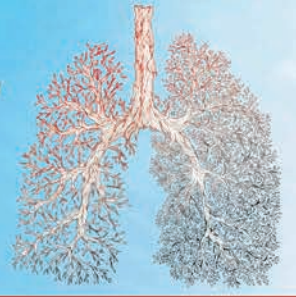
Şekil 2: Haziran 2017 toraks BT kesitleri

Yeni toraks BT’de retiküler dansitelere kısmi artış ve traksiyon bronşektazi ile uyumlu alanlar izlendi. Bu bulgular ile radyolojik olarak olası usual intersitisyel pnömoni olarak yorumlandı. Bundan sonra İAH tanı algoritmasına göre FOB ve BAL, transbronşial biopsi (TBB), krio-biopsi ve/veya açık akciğer biopsisi yapılması yapılabilir. Hasta da İAH konseyinde değerlendirildi ve sağ üst lob ve sağ alt lobdan kama biopsisi yapıldı. Patolojik olarak olağan intersitisyel pnömoniye (UIP) eşlik eden amfizem olarak raporlandı. Amerikan Toraks Derneği (ATS) 2018 idiyopatik pulmoner fibrosis (İPF) rehberine göre radyolojik olarak olası UIP ve patolojik olarak UIP olması nedeniyle hastaya İPF tanısı konuldu ve antifibrotik tedavi için pirfenidon tablet başlandı. Titre edilerek etkin doz olan 2400mg/gün e çıkıldı. İnfluenza aşısı ve pnömococ aşısı yapıldı, pulmoner rehabilitasyon bölümünde değerlendirilen hastaya ev egzersizleri öğretildi. Pandemi döneminde düzenli takibe gelenmeyen hastanın haziran 2021 kontrolünde respiratuvar semptomların kısmen stabil olduğu, ilacını düzgün kullanabildiği ve 2 doz CoronaVac aşısını yaptırdığı öğrenildi.

VII. Solunum Okulu

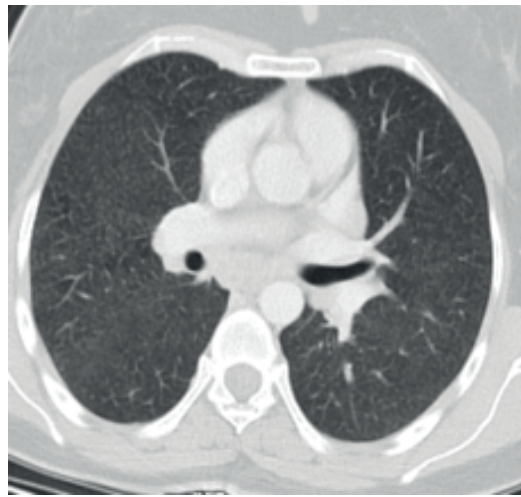
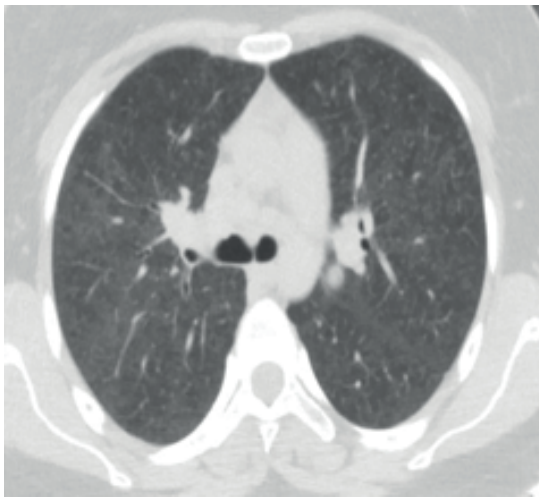
19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



OLGU 2

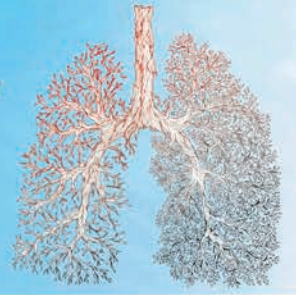
Yirmisekiz yaşında kadın hasta 3 aydır devam eden öksürük, 1ayda 7kg kaybı, gece terlemesi, halsizlik şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Bilinen hastalığı yoktu, babası 20 yıl önce tüberküloz geçirmişti. Laboratuvar testlerinde sed 48 ve LDH 304 olması dışında patoloji saptanmadı. Çekilen PAAG ve toraks Bt görüntülerinde bilateral milimetrik sentrilobuler nodüller ve subkarinal alanda 33.7mm ye ulaşan lenfadenopati izlendi (Şekil 3). Olgudan balgam ARB ve tüberküloz için pcr testi istendi ancak hasta örnek veremedi. Boyun ultrasonografisinde sağ supraklaviküler 9*5mm çaplı lap izlendi. Ancak lap palpable olmadığı için eksize edilemedi.



VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre

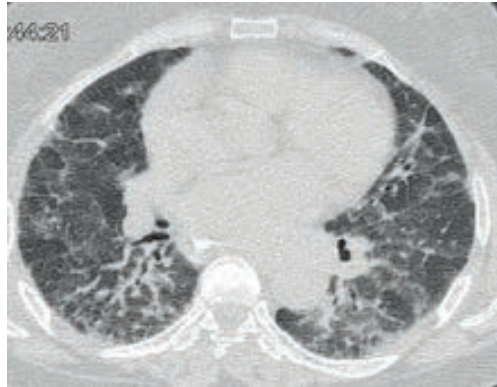
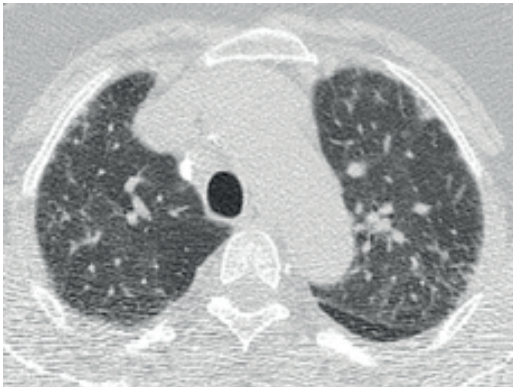


Şekil 3: Olgu 2'nin PAAG ve toraks BT görüntüleri

Tanı amaçlı FOB yapılan olguda alınan bronşial lavaj örneğinde, bronş biopsisinde ve subkarinal lapdan alınan transbronşiyal lenf nodu örneklerinde spesifik tanıya ulaşılamadı. Ardından endobronşiyal ultrason (EBUS) ile subkarinal ve sağ paratrakeal lap örnekledi ve granülomatöz iltihap olarak raporlanması üzerine tüberküloz tanısı konuldu. Hasta 6 ay antitb tedavi aldı, tedavi bitiminde öksürük semptomu azalmakla birlikte devam etmesi üzerine tekrar değerlendirildi. İAH konseyinde yeni BT görüntülerinde ilk BTye göre fark saptanmaması nedeniyle açık akciğer biopsisi kararı alındı. Sağ üst lob, sağ alt lobdan kama biopsi ve sağ paratrakeal alandan lenf nodu eksizyonu yapılan olguda kronik nonnekrotizan granülomatöz iltihap olarak raporlanması üzerine sarkoidoz tanısı konularak 32mg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Takiplerinde öksürükte belirgin azalma ve PAAG de regresyon olan hasta takiplerine devam etmektedir.

OLGU 3

Yetmiş yaşında kadın hasta, evli 9 çocuklu, ev hanımı, Gaziantep doğumlu ve 17 yaşından beri İstanbul'da yaşıyor. İki yıldır devam eden öksürük şikayeti ve giderek artan efor dispnesi ile başvurdu. Sigara kullanmamış, kolesistektomi ve diz protezi cerrahisi mevcut. Bilinen ilaç kullanım öyküsü yok, ailesinde hipertansiyon ve kalp hastalığı mevcuttu. Olgunun 1995-1999 yılları arasında 4 yıl muhabbet kuşu besleme ve 25 yıl önce de 1 yıl köpek besleme öyküsü vardı. Fizik muayenede bilateral bazallerde inspiryum sonu ral mevcuttu. Rutin laboratuvar testlerinde sed 38 ve LDH 296 yüksekliği dışında patolojik bulgu saptanmadı.

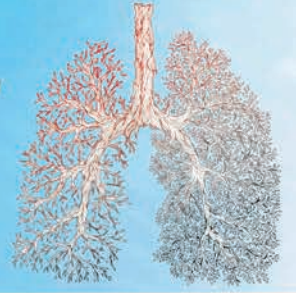


Şekil 4: 3. Olgunun PAAG ve toraks BT görüntüleri

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



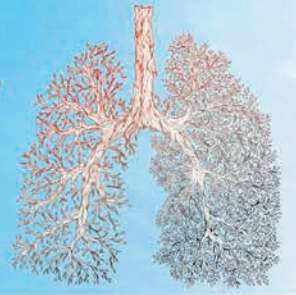
Olgunun çekilen PAAG ve toraks BT2de bilateral retiküler dansiteler, hava hapsi ve yer yer buzlu cam dansiteleri izlenmesi üzerine bağ dokusu belirteçleri isteniyor, negatif olması üzerine FOB planlanıyor ancak hasta kabul etmiyor. O dönemde yapılan SFT'de FVC %79, FEV1 %85 FEV1/FVC 87, DLCO %56 olarak saptanıyor. Yaklaşık 9 ay sonra tekrar başvuran olguda öksürük giderek artmış solunum muayenesinde ise bibaziller 1/3 alana kadar duyulan velcro raller mevcut olduğu saptanıyor. Maruziyetleri tekrar sorgulandığında 1999'a kadar 4 yıl muhabbet kuşu besleme, pencere önü kuş dışkısı ile temas ve evde küf teması saptandı. Kardiyoloji konsültasyonunda EF %60, PAB 40 mmHg, hafif triküspit regürjitasyonu saptandı. Romatoloji konsültasyonunda spesifik hastalık saptanmadı. FOB ile alınan BAL örneğinde %47 makrofaj, %14 lenfosit, %37 PMNL, %2 eozinofil, transbronşiyal biopside ise yüzeysel mukoza parçası olarak raporlanması üzerine spesifik tanı konulamadı ve İAH konseyi kararı ile açık akciğer biopsisi kararı alındı. Sağ üst ve alt lobdan alınan kama biopsi sonucu kronik hipersensitivite pnömonisi ile uyumlu gelmesi üzerine 24mg/gün metilprednizolon ve steroid yanıtı iyi olmadığı için 2 ay sonra tedavisine azatiopirin eklendi. Takibinde 8 ay sonra pnömoni ve solunum yetmezliği ile hastaneye yatırılan hasta ex oldu.

Farklı intersitisyel akciğer hastalığı olan bu 3 olguda tanıya ulaşmada öncelikle detaylı bir öykü alınması, temas sorgulaması ve iyi bir radyolojik değerlendirme önemlidir. Ayrıca pek çok romatolojik hastalığın akciğer tutulumunda benzer radyolojik bulgular olabileceği unutulmamalıdır. İAH tanısında FOB ile alınan BAL, TBB, TBİA gibi yöntemlerin yanı sıra gerekli durumlarda açık akciğer biopsisi gerekebilir. Hastalığın tanısına göre tedavisi de değişiklik göstermekte ve farklı tedavi sonuçları elde edilmektedir.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Olgularla Pulmoner Emboli Yönetimi

Çankaya Yaşam Hastenesi

Dr. Filiz Çimen

Pulmoner emboli (PE) insidansı kesin olarak bilinmemektedir, genel insidans ve vaka ölüm oranı ileri yaşla birlikte artış göstermektedir. PE'nin prognozu; hem vasküler obstrüksiyonun derecesi hem de hemodinamik stabilite ile belirlenmektedir. Düşük riskli PE ile ilişkili tahmini mortalite oranı <%1'iken, submasif PE' de %3-15 ve masif PE ' de ise %25-65 dir.

Tedavinin hemen başlatılabilmesi, olası morbidite ve mortaliteden kaçınılabilmesi için, değerlendirme yaklaşımı etkili olmalı, aynı zamanda gereksiz testlerden kaçınılmalıdır. Elektrokardiyogram (EKG), göğüs ağrısı olan herhangi bir hastanın değerlendirilmesinde en önemli testtir. ST elevasyonu, yaşamı tehdit eden en akut EKG değişikliğidir ve klinisyeni acil tromboliz veya perkütan koroner müdahaleye (PCI) yönlendirir.

EKG'de ST yükselmesi

- Prinzmetal anjina,
- Takotsubo kardiyomiyopati,
- Brugada sendromu,
- Sol ventrikül anevrizması,
- Hipotermi,
- Hiperkalemi,
- Akut perikardit gibi ST yükselmeli miyokard enfarktüsü (STEMI) dışındaki birkaç koşulda olabilir,

Bununla birlikte, PE'li bir hastada ST elevasyonunu bulmak son derece nadirdir.

ST Elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü Olarak Ortaya Çıkan Pulmoner Emboli: Tanısal Bir Tuzak

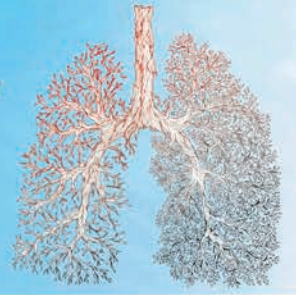
Obezitesi olan 50 yaşında erkek hasta, 3 saat boyunca süren, akut başlangıçlı göğüs ağrısı için acile başvurdu. ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) ön tanısı ile incelemeye alındı. Hastanın aralıklı, retrosternal, sıkıştırıcı karakterde, yayılmayan ve eforla ilgili göğüs ağrısı, efor dispnesi, 2 hafta önce gelişen senkop hikayesi mevcuttu.

Solunum hızı 33/ dk (takipneik), KTA 133 / dk (taşikardik) , Ateş 36.3°C, TA 127/68 mmHg, FM de özellik yoktu. İlk EKG de; V1-V4 derivasyonlarında derin T dalgası inversiyonları ile birlikte V1'den V3'e ST yükselmesi olan sinüs taşikardisi izlendi. Karşılaştırma için daha önce mevcut olan bir EKG bulunamadı. Hastanın akut koroner sendromuna yönelik, aktif göğüs ağrısı ve EKG'si nedeniyle heparin, aspirin ve klopidoğrel başlandı. Acile gelişen sonraki 20 dakika içinde kardiyak kateterizasyon yapıldı, koroner arterlerde patoloji saptanmadı. Troponin 43 ng/L (normal <0.04 ng/L), Pro-BNP 27,658 pg/ml (normal < 125 pg/ml), D-dimer 2466 ng/ml (normal < 500 ng/ml). EKO; sağ ventrikül sistolik basıncı 65 mmHg, Sağ ventrikül serbest duvarında hipokinezi (**McConnell bulgusu**) izlendi. Alt ekstremitelere venöz doppler; sağ popliteal ve yüzeysel femoral venlerde trombüs saptandı. Mevcut bulguları takiben heparin tedavisine devam edildi, daha sonra enoksaparine geçildi. Dirençli hipoksi ve yüksek trombüs yükü nedeniyle hastaya alteplaz ve trombektomi önerildi, ancak hasta reddetti. Apixaban ve evde oksijen tedavisi ile externe edildi.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



PIOPED grubu tarafından belirlenen en yaygın semptomlar

- Eforla veya istirahat dispnesi (%73),
- Plöretik göğüs ağrısı (%66),
- Bacaklarda şişlik (%44),
- Öksürük (%37),
- Ortopne (%28),
- Hemoptizi (%13) ve
- Daha az sıklıkla senkop, presenkop, aritmiler ve hemodinamik kollaps (her biri <%10) dır.

Hastalarda semptomlar uzun zamandır olabilir . Masif PE'li hastalarda bile; hafif, spesifik olmayan semptomlar olabilir veya asemptomatiktirler. Akciğer BTA >%90 özgüllük ve duyarlılığa sahip görüntüleme yöntemi olup, son derece önemlidir. V/Q , BTA'nın sonuçsuz veya nispeten kontrendike olduğu hastalar için bir alternatiftir (kontrast alerjisi öyküsü, böbrek yetmezliği veya hipotansiyon). EKO'da, **McConnell**'in işareti (sağ ventrikül apeksini koruyan bölgesel duvar hareket anormallikleri) PE tanısı için %77 - %94 duyarlılığa sahiptir ve pulmoner hipertansiyonlu hastaları ayırt edebilir.

PE ile ilişkili ST segment yükselmesi nadirdir. Akut PE ile başvuran hastalarda ST yükselmesinin genel insidans oranı bilinmemektedir. Akut PE ile ST elevasyonu arasındaki doğrudan ilişki belirsizliğini korumaktadır. Olguda EKG bulguları ve aktif göğüs ağrısı nedeniyle STEMI düşünülmüştür. Şüpheli akut koroner sendromun zamanında yönetimini sağlamak için, hasta öncelikli olarak kardiyak kateterizasyona alınmıştır, EKO da **McConnell**'in işaretinin varlığı, göğüs ağrısının nedeni olarak PE'yi işaret etmiştir, bu sebeple akciğer BTA yapılmıştır.

Pulmoner emboli, anormal EKG ve akut koroner sendrom gibi görünebilen biyolojik belirteçlerle, hatta STEMI ile ortaya çıkabilir. Böyle bir oluşumun sıklığı son derece düşük olduğundan, bu durumda PE'yi tanımlamak için yüksek bir şüphe indeksi korunmalıdır. Hasta başı transtorasik EKO bu durumda paha biçilmezdir ve kesin tanı sağlamaktadır.

Anterior ST elevasyonlu Miyokard Enfarktüsü Olarak Başvuran Pulmoner Emboli: Bir Olgu Sunumu

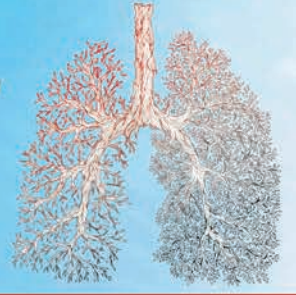
56 yaşında erkek hasta, Multiple myelom, hipertansiyon ve periferik nöropatisi mevcut, KİT sonrası immunsuppressif tedavi almakta, senkop sonrası acile getirildi. Göğüs ağrısı tarifliyor. Nabız 108/dk (taşikardik), SS 24/ dk (takipneik), TA 95/68 mmHg (hipotansif), O2 sat %100. EKG de; DII, DIII ve aVF derivasyonlarında V1'den V3'e ST yükselmeleri izlendi. Troponin 0.20 ng/ mL (referans aralığı: normal <0.04 ng/mL), Hasta kardiyak kateterizasyon laboratuvarına alındı ve perkütan koroner girişim (PCI) yapıldı, patoloji saptanmadı.

Ventrikülografide; hiperdinamik sol ventrikül >%70 ejeksiyon fraksiyonu ve taşikardi tesbit edildi. Düşük preload şüphesiyle, düşük dolum basınçlarını gösteren, düşük sol ventrikül diyastol sonu basıncı izlendi. Bu da; hipovolemi veya pulmoner emboli ile ilgiliydi. Akciğer BT anjiyografide (BTA), submasif PE'nin görüntüsü ile beraber, sağ ventrikül / sol ventrikül oranı (kor pulmonale düşündürdüren) 1.2' olarak saptandı. Kardiyak kateterizasyon sonrası, hastanın kemoterapiyi takiben gelişen nöropatiye bağladığı, birkaç hafta önce artan iki taraflı bacak şişmesi ve eforla nefes darlığı yaşadığı ailesi tarafından bildirildi. Mevcut bulgular ışığında PE tanısı ile hastaya sürekli heparin infüzyonu başlandı. Tekrarlanan EKG de, anterior iskemik değişikliklerin düzeldiği görüldü. Hospitalizasyonun ikinci günü: Bilateral alt extremité venöz doppler' de; sol popliteal, peroneal ve posterior tibial venlerde kısmen tıkalı venöz trombus izlendi. Hospitalizasyonun üçüncü gününde kateter yardımlı tromboliz uygulandı.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



İlk hafta, günde iki kez 10 miligram (mg) apiksaban, ikinci hafta, günde iki kez 5 mg apiksaban başlandı ve hasta stabil durumda externe edildi.

Miyokard enfarktüsü ile PE arasında ayırım yapmak zor olabilmektedir. PE, ST-segment yükselmeleri ile kendini gösterebilir, bu da STEMI'yi taklit edebilecek diğer koşulların dikkate alınmasını önemli hale getirmektedir. Komplike olmayan PE'lerde miyokardiyal iskeminin ventriküler disfonksiyonu yoktur ve olgular normotansiftir. Masif PE, sürekli hipotansiyon, inotropik destek ihtiyacı veya kalıcı bradikardi bulunan bir PE olarak tanımlanmaktadır.

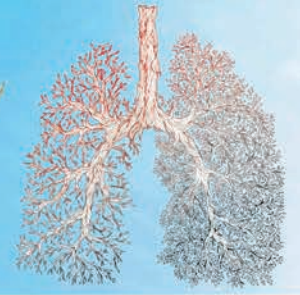
Submasif PE'ler tipik olarak normotansiftir. Ancak yüksek troponin veya B tipi natriüretik peptit ile kanıtlandığı gibi miyokardiyal iskemi, tipik olarak EKO da görülen RV disfonksiyonu veya RV/LV oranı 0.9'un üzerinde olmasıdır.

Bu olguda BTA, EKG'de görülmeyen RV disfonksiyonu göstermiştir. Olgu, normotansiyon, troponin yüksekliği ve görselleştirilmiş RV disfonksiyonu nedeniyle submasif PE kriterlerini karşılamıştır. ST-segment yükselmeleri AMI, perikardit ve erken repolarizasyon gibi çoklu tanılarla ilişkili olduğundan, sadece ayırıcı tanıyı geniş tutmak değil, aynı zamanda ayrıntılı bir öykü almak da burada önem kazanmaktadır. Acil servis hekimleri EKG'de STEMI olan hastalarda kalp kateterizasyonunu hızlandırmak için zaman baskısını artırmış olsa da, iyi bir başlangıç öyküsü elde etmek, PE'yi göz ardı etmeden gereken tetkikleri istemek tanı açısından son derece önemlidir.

VII. Solunum Okulu

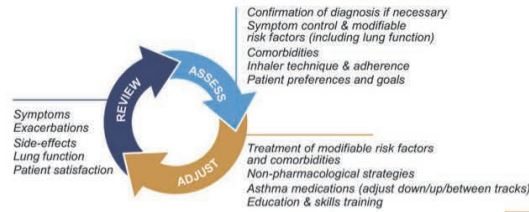
19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Adults & adolescents 12+ years

Personalized asthma management
Assess, Adjust, Review
for individual patient needs



**CONTROLLER and
PREFERRED RELIEVER**
(Track 1). Using ICS-formoterol
as reliever reduces the risk of
exacerbations compared with
using a SABA reliever

STEPS 1 – 2
As-needed low dose ICS-formoterol

STEP 3
Low dose
maintenance
ICS-formoterol

STEP 4
Medium dose
maintenance
ICS-formoterol

STEP 5
Add-on LAMA
Refer for phenotypic
assessment ± anti-IgE,
anti-IL5/5R, anti-IL4R
Consider high dose
ICS-formoterol

RELIEVER: As-needed low-dose ICS-formoterol

**CONTROLLER and
ALTERNATIVE RELIEVER**
(Track 2). Before considering a
regimen with SABA reliever,
check if the patient is likely to be
adherent with daily controller

STEP 1
Take ICS whenever
SABA taken

STEP 2
Low dose
maintenance ICS

STEP 3
Low dose
maintenance
ICS-LABA

STEP 4
Medium/high
dose maintenance
ICS-LABA

STEP 5
Add-on LAMA
Refer for phenotypic
assessment ± anti-IgE,
anti-IL5/5R, anti-IL4R
Consider high dose
ICS-LABA

RELIEVER: As-needed short-acting β_2 -agonist

Other controller options
for either track

Low dose ICS whenever
SABA taken, or daily LTRA,
or add HDM SLIT

Medium dose ICS, or
add LTRA, or add
HDM SLIT

Add LAMA or LTRA or
HDM SLIT, or switch to
high dose ICS

Add azithromycin (adults) or
LTRA; add low dose OCS
but consider side-effects

GINA 2021, Box 3-5A

© Global Initiative for Asthma, www.ginasthma.org

Astım 1.ve 2.Basamak Tedavisi

İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof.Dr.Fusun Şahin

1.BASAMAK ASTİM TEDAVİSİ

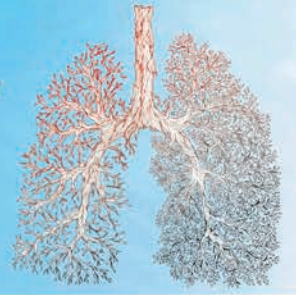
1.Tercih:

- Semptomları rahatlatmak için gerektiğinde ve egzersiz öncesi gerekirse düşük doz İKS (İnhaler kortikosteroid)-formoterol kombinasyonu
- Semptomları rahatlatmak için yetişkin ve adolesanlarda gerektiğinde kullanılan düşük doz İKS-formoterol kombinasyonunun (Kanit B), uygun 2.Basamak tedavisi alan hastalarda yapılan geniş çift kör çalışmalardan dolayı olarak elde edilen verilere göre, gerektiğinde sadece SABA (kisa etkili beta-mimetik) alanlarla kıyaslandığında şiddetli atak riskinde azalma yaptığı desteklenmiştir.
- Yapılan çalışmalar, günlük İKS kullanımıyla karşılaştırıldığında semptom kontrolünde ve akciğer fonksiyonlarında klinik olarak önemli değişiklik olmadığını, bununla birlikte şiddetli ataklarda benzer ya da daha fazla azalma yaptığını göstermiştir.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Gerektiğinde Düşük Doz IKS-Formoterol Tedavisinin 1.Basamak'ta Kullanılmasının Nedenleri

- Hafif ve aralıklı semptomları olan hastalar hala şiddetli ya da ölümcül ataklara girebilirler. Gerektiğinde IKS-formoterol tedavisinin, gerektiğinde SABA ile karşılaştırıldığında ciddi alevlenme riskinde büyük bir azalma yaptığı görülmüştür.
- Klinik pratikte reçete edilen günlük düzenli IKS'ye hafif astımlı hastalar genellikle yetersiz uyum göstermişlerdir. Bu nedenle kombine preparatlar önerilir.

Hafif Astımda IKS-Formoterol Uygulaması

- Hafif astımda gerektiğinde alınan budesonid-formoterolün olağan dozu, semptomların giderilmesi için gerektiğinde alınan 200/6 mikrogramlık (verilen doz 160/4,5) tek bir inhalasyondur
- Bir günde ihtiyaç duyulduğunda budesonid-formoterolün önerilen maksimum dozu, toplam 72 mikrogram formoterol'e (54 mikrogram verilen doz) karşılık gelir. Bununla birlikte, hafif astımda yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, bu kadar yüksek kullanım nadiren görülmüştür ve ortalama kullanım haftada 3-4 doz civarında olmuştur.

Yetişkinler ve Adolesanlar için Alternatif 1. Basamak Tedavi Seçenekleri

2.Tercih

Her SABA alındığında alınan düşük doz IKS (Kanıt B):

- Bu yaklaşımın güvenliği ve etkinliği hakkında, gerektiğinde IKS-formoterol için olduğundan çok daha az kanıt vardır, ancak IKS-formoterolün bulunmadığı veya uygun maliyetli olmadığı ülkelerde bir seçenek olabilir.

Tavsiye Edilmez

- GINA artık yetişkinlerde veya adolesanlarda astımda tek başına SABA tedavisini önermemektedir
- Yetişkinlerde ipratropium gibi inhale antikolinergik ajanlar, astım semptomlarının rutin olarak giderilmesi için SABA'ya potansiyel alternatiflerdir; bununla birlikte, bu ajanların etki başlangıçları inhale SABA'dan daha yavaştır.
- Oral SABA ve teofilin daha yüksek yan etki riskine sahiptir ve önerilmemektedir.
- Hızlı başlangıçlı LABA (uzun etkili beta-mimetik), formoterol, yetişkinlerde ve çocuklarda rahatlatıcı bir ilaç olarak SABA kadar etkilidir ve gerektiğinde SABA'ya kıyasla şiddetli alevlenme riskini %15-45 azaltır. Ancak IKS'siz düzenli veya sık LABA kullanımı alevlenme riski nedeniyle kesinlikle önerilmez (Kanıt A)

2.BASAMAK ASTIM TEDAVİSİ

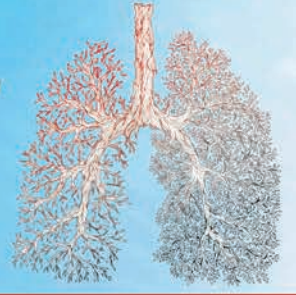
1.Tercih:

- Yetişkinler ve adolesanlarda semptomların giderilmesi için gerektiğinde ve egzersizden önce alınan düşük doz IKS-formoterol
- Bu kontrol edici + rahatlatıcı tedavi kombinasyonu için mevcut kanıt, düşük doz budesonid-formoterol ile.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Yetişkinler ve Adölesanlar için Alternatif 2. Basamak Tedavisi

2.Tercih

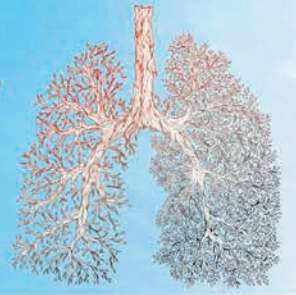
Günlük Düşük Doz IKS + Gerektiğinde SABA

- Düzenli günlük düşük doz IKS + gerektiğinde SABA için en önemli husus, şiddetli alevlenme riskini azaltmaktır.
- Hafif astımı olan bir hasta için günlük IKS reçete edildiğinde, klinisyenler toplumda idame IKS'ye uyumun son derece düşük olduğunun farkında olmalıdır. Hastaların günlük IKS'ye zayıf bir şekilde uyumunu ve onları sadece SABA tedavisinin risklerine maruz bırakma olasılığını göz önünde bulundurmalıdırlar.
- Bir yılda 3 veya daha fazla 200 dozluk aşırı SABA kullanımının (yani ortalama günlük kullanımdan fazla), artmış şiddetli alevlenmeler ve IKS içeren kontrol edici alan hastalarda bile artmış mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Pnömoni Tedavisine Rehberler Eşliğinde Güncel Bakış

İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Seda Akalın Karaca

Pnömoni; akciğer parankiminin akut enfeksiyonudur. Etkilenen konağın özelliklerine ve enfeksiyon etkeninin virulansına göre değişken klinik tablolara neden olabilir.

Başlıca ateş, öksürük, göğüs ağrısı gibi hafif-orta klinik bulgulardan; solunum distressi ve sepsise uzanan hatta ölümcül olabilen klinik tablo ile karşımıza gelebilir.

Pnömoniler, tüm dünyada yaygın bir morbidite ve mortalite nedenidir, Avrupa’da insidans %0.5-1.1 olarak bildirilmiştir. Dünyada enfeksiyona bağlı ölümlerde ilk sırada, hastaneye yatışlarda 2. sırada yer almaktadır.

Ülkemizde hastane yatışlarının %1.9’unu oluşturmaktadır ve ölüm nedenleri arasında 5. sıradadır.

Pnömonili hastada tanı algoritması,empirik tedavi seçenekleri, hasta izlemi ve korunma konularında klavuzların hazırlanması , güncel uygulamada hekimlere rehberlik etmesi bakımından çok yararlı bir yaklaşımdır.

2021 yılında Toplumda Gelişen Pnömoni Tanı ve Tedavi uzlaşi raporu güncellenmiştir, ve biz hekimler için yararlı olmuştur.

Tanı akciğer filminde yeni gelişen infiltrasyonun izlenmesi ve ateş ,taşikardi, taşipne, ince ral veya bronşial solunum ile uyumlu semptom ve fizik muayene bulguları ile konabilir. Mikrobiyolojik olarak olguların yaklaşık yarısında etken saptanamamaktadır, bu neden ile empirik tedaviye esas olmak üzere etkenleri doğru tahmin etmek gerekir,bunun için hastanın klinik tablosunun, akciğer radyogramı bulgularının, hastada var olan risk faktörlerinin ve eğer yapılabiliyorsa balgam gram boyamasının sonuçlarının dikkate alınması gerekir.

Bir hastaya pnömoni tanısı konulduktan sonra verilmesi gereken kararlar, hastanın ayaktan ya da hastanede ve hangi antibiyotik(ler)le tedavi edileceğidir. Hastanın hastaneye yatırılması gerekliliği temel olarak durumunun ve prognozunun ağırlığı ile ilişkilidir. Ptognozu belirlemede en sık kullandığımız skorum sistemi CURB-65 ve PSI (Pneumonia severity index = Pnömoni ağırlık indeksi)’dir. CURB-65 skorumu kolayca akılda tutulup hesaplanabilmekle birlikte, PSI skoru çok sayıda parametre içermektedir. Bu skorum sistemi hekime yalnızca hastanın olası prognozuna ilişkin fikir vermek ve tedavi seçiminde yol göstermek için kullanılmaktadır. Hekim, her hastayı klinik ve sosyal açıdan bireysel olarak değerlendirmeli ve karar vermelidir.

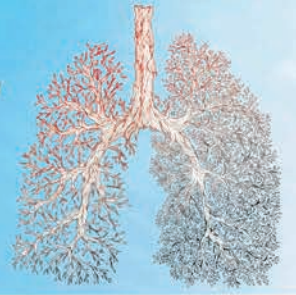
Tedavi kararında, hastalığın ağırlığının yanısıra, değerlendirilmesi gereken ikinci bir durum, pnömoniye yol açan etkenin dirençli olma riskidir. Önceki rehberlerde, direnç olasılığının yakın geçmişte hastaneye yatma, evde yara bakımı, bakımevinde kalma gibi faktörlerle ilişkili olabileceği gözlenmiş; bu nedenle, bu klinik durum “sağlık bakımı/hizmeti ile ilişkili pnömoni (SBİP)” olarak tanımlanmıştır. Ancak, izleyen dönemde yapılan çok sayıda çalışmada, dirençli etken risk faktörlerinin ülkeden ülkeye değişebildiği ve sağlık bakımı ile ilişkili olmayabileceği, hatta, SBİP kriterlerine göre antibiyotik seçimi yapıldığında, klinik sonuçların daha kötü olabileceği gözlenmiştir (Bu nedenle, uluslararası rehberlere benzer şekilde, bu raporda da SBİP terimi ve kriterleri kullanılmamış, ülkemizdeki çok kısıtlı sayıdaki çalışmaların sonuçları dikkate alınarak, dirençli enfeksiyon için risk faktörlerinin değerlendirilmesi önerilmiştir.

CURB-65 :0-1 ya da PSI < 90 olan eşlik eden kronik hastalığı olup olmamasına göre grup 1a ve grup 1b olarak sınıflandırılır. Bu gruptaki hastalar ayaktan tedavi edilir. Grup 1a hastalarda pnömokok ile atipik pnömoni ayırımı öykü, FM, Akciğer grafisi ve laboratuvar özelliklerini kapsayan klinik/ sendromik yaklaşım yararlı olabilir. Akut gürültülü tablo ve genel durum bozukluğunun eşlik ettiği; üşüme titreme ile ani yükselen ateş, öksürük, pürülan balgam, plöretik tipte yan ağrısının olabildiği hasta grubu tipik pnömoni olarak değerlendirilir.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



FM'de lokaize raller, tuber suflı, radyolojik olarak sıklıkla lobar tutulum, kan sayımında lökositozla sola kayma ve sedimentasyon, CRP ve prokalsitonin yüksekliği eşlik edebilir. En sık etken S. Pneumonia'dır.

Atipik pnömoni ise subakut başlangıç, subfebril ateş, halsizlik, miyalji, kas ağrısı, karın ağrısı gibi semptomların eşlik edebildiği, akciğer dışı sistemik organ tutulumuna ait semptom ve bulgular görülebilir. FM' de normal olabilir, ya da dağınık raller duyulabilir. Radyolojik olarak subsegmental infiltrasyonlar, dağınık yama tarzında ya da retiküler opasiteler olabilir. Kan sayımında normal lökosit sayısı görülebilir. Grup 1 ayaktan tedavi verdiğimiz hastalar için en sık etkenler S. pneumonia, M. pneumonia, C. pneumonia ve virüslerdir.

Tipik pnömoni özelliklerinin saptanması, pnömonikoksik pnömoni için oldukça anlamlıdır ve ab olarak amoksisilin/ penisilin in güvenle seçilebilmesini sağlar. Ancak bir ya da daha fazla alanda, tipik pnömoni ile uyumlu özellik olmaması durumunda atipik etkenlerin de kapsanması için tedaviye makrolid eklenmesi uygun olur. Eğer son 3 ay içerisinde beta laktam antibiyotik kullanım öyküsü varsa tedavide solunum kinolonu verilir, eğer son 3 ay içerisinde kinolon kullanım öyküsü varsa tedavide beta laktam verilir. Kronik hastalığı olan olgularda, H. influenzae ve Gram negatif basillerin de etken olma olasılığı nedeniyle, öncelikle amoksisilin klavulanik asit ya da 2.- 3. kuşak oral sefalosporin verilmesi önerilmektedir.

Ayaktan tedavi verdiğimiz Grup 1 hastalara; başlanan tedavinin 3 gün içerisinde etkin olmaması durumunda (ateşin düşmemesi, semptomlarda düzelme olmaması) hastanın yeniden başvurulması istenir.

CURB-65>2 YA da PSI >91 olan ya da hızlı ilerleyen pnömoni ya da hipoksisi olan ya da oral alım sorunu, tedavi uyumsuzluğu, madde kullanımı, mental hastalık, kognitif ya da fonksiyonel kaybı olan, sosyal durum sorunu yaşayan hastalar hastanede yatırılarak tedavi edilir. Bu hastalarda öncelikle dirençli etken açısından risk faktörü değerlendirilir; son 3 ayda hospitalizasyon ya da antibiyotik kullanımı öyküsü ya da son 6 ayda solunum yolu örneğinde dirençli bakteri üremesi var mı o sorgulanır. Risk faktörü olmayan grupta en sık etkenler; Streptococcus pneumoniae, Legionella pneumophila, Haemophilus influenzae, Enterik Gram negatif basiller, Staphylococcus aureus, Mycoplasma pneumoniae, Virüsler' dir. Risk faktörü olan grupta ise bu etkenlere ek olarak Pseudomonas aeruginosa Genişlemiş spektrumlu beta laktamaz (GSBL) üreten enterik Gram negatif basiller de vardır.

Hastaneye yatırılan her hastaya antibiyotik başlanmadan önce mikrobiyolojik değerlendirme yapılmalıdır. Balgam gram boyama, balgam kültürü, kan kültürü.. vs alındıktan sonra sonuçlar zaman alacağından etyolojiye ve ilaç direci rapor eden epidemiyolojik verilere dayanarak empirik antibiyotik tedavisine başlanmalıdır.

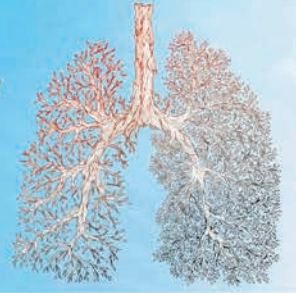
Hastaneye yatan ağır pnömonili hastalarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, beta-laktam antibiyotiklere makrolid eklenmesinin hastanedeki mortaliteyi ve hastanede kalış süresini azalttığı görülmüştür. Bu olumlu etki, atipik etkenlerin kapsanmasına ya da makrolidlerin anti-inflamatuvar etkilerine bağlı olabilir. Bu nedenle, özellikle ağır pnömonili hastalarda makrolid ile kombinasyon yapılması önerilir.

Hastaneye yatan hastalar için empirik antibiyotik seçiminde, dirençli enfeksiyon (Pseudomonas aeruginosa, GSBL (+) enterik Gram negatif basiller, Stenotrophomonas maltophilia, MRSA) için risk faktörlerinin değerlendirilmesi gereklidir. Bu risk faktörleri, hastada son altı ay içinde bu bakterilerin solunum örneklerinden izole edilmiş olması, son 3 ayda antibiyotik kullanılması ve son 3 ayda hastaneye yatış öyküsü olmasıdır. Bu risk faktörlerine sahip olgularda dirençli etkenlere bağlı enfeksiyon riski yüksektir. Bu bağlamda, bu risk faktörlerini taşımayan hastalara öncelikle anti-Pseudomonas etkinliği olmayan betalaktam-betalaktamaz inhibitörü ya da anti-Pseudomonas etkinliği olmayan 3. kuşak sefalosporinler (seftriakson ve sefotaksim) ile birlikte makrolid; risk faktörü taşıyan hastalara, geniş spektrumlu, anti-Pseudomonas etkili bir antibiyotik ile birlikte makrolid tedavisi başlanması önerilmektedir.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Servise yatırılan hastalarda, anti-Pseudomonas olmayan beta-laktam + makrolid kombinasyonu yerine solunum kinolonu (moksifloksasin, levofloksasin, gemifloksasin) monoterapisi verilebilir.

Ancak, yoğun bakım gerektiren ağır pnömonili hastalarda kinolon monoterapisinin etkinliğine ilişkin veri bulunmamaktadır; bu nedenle, bu hastalara uygun beta-laktam + makrolid ya da beta-laktam + solunum kinolonu seçeneklerinden biri uygulanabilir.

Geniş spektrumlu antibiyotik başlanan hastalarda bakteriyolojik inceleme sonuçları izlenmeli, ve bir bakterinin izole edildiği olgularda , tedavi antibiyogram sonucuna göre yeniden düzenlenmeli,mümkünse spektrum daraltılmalıdır. Kültürde üreme tespit edilmeyen hastalarda klinik yanıtı göre karar verilmelidir.

Yoğun bakım ünitesinde takip edilmesi gereken hastalar Grup-3 olarak gruplandırılmıştır. Ybü yatış endikasyonları açısından değerlendirilir. Empirik antibiyotik seçimi hastanede yatan hastalara benzer olmakla birlikte, bu hastaların yakından izlenmesi, solunum yetmezliğinin ve/veya hemodinamik bozukluklarının düzeltilmesine yönelik agresif girişimlerde (non-invaziv ya da invaziv mekanik ventilasyon, sıvı-elektrolit resüsitasyonu vb) bulunulması gereklidir.

VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Koah'da Az Bilinenler

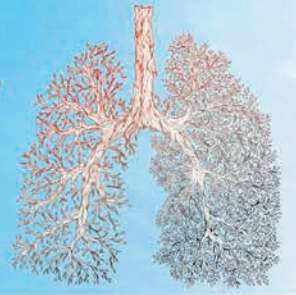
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları

Prof.Dr. Teyfik TURGUT

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), tüm ölümlerin %6'sından sorumlu olup 2030 yılında dünyada en sık 4. ölüm nedeni olacağı tahmin edilmektedir. En sık etiyolojik neden sigara içimidir. Ancak sigara içenlerin %20'sinde KOAH gelişmesi başka etiyolojilerin ve/veya genetik faktörlerin rolü olduğunu düşündürmektedir. En iyi tanımlanmış genetik risk faktörü alfa-1 antitripsin eksikliğidir. Bununla birlikte günümüzde gittikçe artan sayıda yeni genetik defektler saptanmaya devam etmektedir.

Çok dikkate alınmamakla birlikte, en önemli risk faktörlerinden biri ev içi ve dış ortam hava kirliliğidir. Yapılan çalışmalar özellikle iç ortam hava kirliliğinin KOAH etiyolojisindeki rolünün oldukça yüksek olduğunu ve bu durumun gelişmiş ülkelerde bile bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Hastaların en az yarısında, intrauterin ve erken çocukluk döneminde karşılaşılan risk faktörlerinin neden olduğu yetersiz akciğer gelişimi sebebiyle de KOAH gelişebilmektedir. Ayrıca patogeneizde elde edilen yeni bilgilere rağmen ne yazık ki tedavide istenilen gelişmelere ulaşılamamıştır.

KOAH artık sadece sigara içimi ile oluşan ya da sadece yaşlılarda ve erkeklerde görülen bir hastalık olmaktan çıkmış, hava ve çevre kirliliğinin sağlığa etkileri nedeniyle gençlerde ve kadınlarda da görülebilen bir hastalık haline gelmiştir. Bu hastalık farklı fizyopatoloji, prognoz ve tedavi özelliklerine sahip hastalıkları içeren bir şemsiye tanımlama, hatta bir sendrom olarak tanımlanabilir.



SÖZEL BİLDİRİLERİ

S1

Robotik Cerrahi Sonrası Görülen Pulmoner Komplikasyonlar

Uzm. Dr. Bengü Şaylan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdulhamid Han EAH, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Robotik cerrahi, minimal invaziv cerrahinin en son şeklidir. Robotik bir kola bağlı küçük bilekli aletler kullanarak cerrahi prosedürlerin gerçekleştirilmesini içerir. Robotik cerrahinin ameliyat sonrası erken iyileşme, hastanede kalış süresinin kısalması, kan ve sıvı kaybının azalması ve daha küçük kesiler gibi çeşitli avantajları vardır. Robotik cerrahi kullanımı arttıkça sonrasında görülebilecek komplikasyonlar da branşımız tarafından sık görüleceğinden bu konuda araştırma yaparak hem en çok görülen komplikasyonları hem de sıklıklarını bulmayı amaçladık.

Yöntem: Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Temmuz 2008-Temmuz 2021 arasında 1958 vaka robotik cerrahi ile opere edilmiştir. Bu hastalar preoperatif değerlendirme amacıyla Göğüs Hastalıkları hekimleri tarafından muayene edilmiş ve Solunum Fonksiyon Testleri (SFT) yapılmıştır. Pulmoner patolojisi olup SFT si bozuk olan hastalara Robotik cerrahi uygulanmamıştır. Retrospektif olarak tüm Robotik Cerrahi uygulanan hastalar incelenerek, postoperatif dönemde Göğüs Hastalıkları konsültasyonu istenen hastalar tespit edilmiş ve yapılan konsültasyon sonucunda postoperatif pulmoner komplikasyonu olan hastalar incelenmiştir.

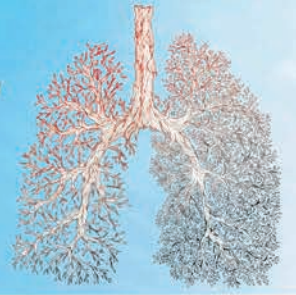
Bulgular: 1958 vakanın SFT leri normal sınırlardadır. 155 (%7,9) Genel cerrahi, 457 (%23) Kadın Doğum, 14 (%0,7) Kulak Burun Boğaz, 1332 (% 68) üroloji Kliniği tarafından opere edilmiştir. Hastaların hepsi anestezi tarafından preop ASA I ve ASA II olarak değerlendirilmiştir. Postoperatif 135 hastadan pulmoner komplikasyon şüphesi ile konsültasyon istenmiştir. Bunların 78 (%58) erkek, 57 (%42) kadındır. Konsülte edilen hastaların 74 (%54) Üroloji, 38 (%29) Kadın Doğum ve 23 (%17) Genel cerrahi kliniğinin hastalarıdır. Erkek hastaların yaş ortalaması 65, kadın hastaların yaş ortalaması 53 dır. Operasyon sonrası hastanede ortalama kalış süresi 3.23 gündür. 135 hastanın konsültasyonu sonucunda 26 hastaya postoperatif pulmoner komplikasyon tanısı koyulmuştur. 16 (%66) atelektazi, 4 pnömoni, 1 pnömotoraks, 1 pnömomomediasten, 2 akciğer ödemi, 2 nonmasif pulmoner emboli tanısı almıştır. Sadece 1 hasta reentübe olmuştur.

Sonuç ve Tartışma : Robotik cerrahi ameliyatlarının postoperatif pulmoner komplikasyonlara yol açabilmesi açısından riski düşüktür. Yapılan çalışmalar açık genel cerrahi operasyonları sonrası Pulmoner komplikasyon oranlarını minimum %5 lerde gösterirken bizim araştırmamızda oran %1,3 olarak bulunmuştur ki bu genelde atelektazidir. Hastanemizde Robotik cerrahi uygulanan hastalar ASA I ve ASA II grubundan olduğundan bu hastaların postoperatif yoğun bakım yatışları da olmamaktadır.

Robotik cerrahi esnasında hastaya verilen trendelenburg pozisyonu nedeni ile atelektazinin sık görülebildiği ancak bunun da operasyon esnasında pozisyona göre ayarlanan, artırılan PEEP ile engellenebileceği bilinmektedir.

Robotik cerrahinin ameliyat sonrası erken iyileşme, hastanede kalış süresinin kısalması, kan ve sıvı kaybının azalması ve daha küçük kesiler gibi çeşitli avantajları vardır. Bu nedenlerle tercih edilen ve yaygınlaşan Robotik cerrahi ameliyatları için tek sorun maliyetinin yüksek oluşudur.

Anahtar Kelimeler : postoperatif pulmoner komplikasyon, robotik cerrahi,



S2

SARS-CoV-2 enfeksiyonunda ABO ve Rh kan grubu dağılımının değerlendirilmesi

Zühal Özer Şimşek

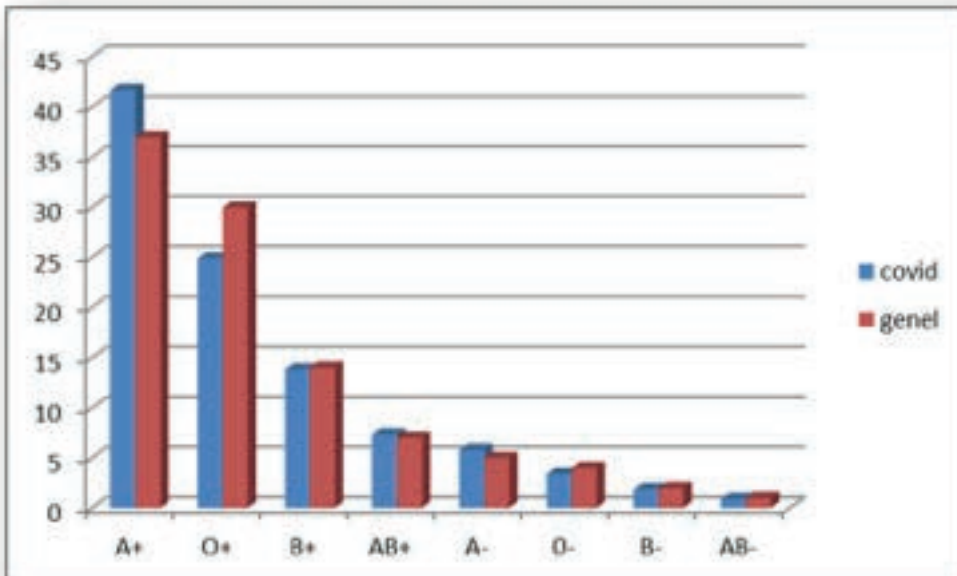
Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç :ABO kan grubu ile bazı enfeksiyöz hastalıkların ilişkisi bilinmektedir. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)' un yol açtığı coronavirus disease-2019 (COVID-19)' da çalışmalar ABO kan grubu ile hastalık ağırlığı ya da görülme sıklığı arasında ilişki olabileceğini göstermiştir. Az sayıda çalışmada Rh kan grubu ile COVID-19 ilişkisi bakılmıştır. Bu çalışmada COVID-19 tanısı alan geniş hasta serimizde ABO ve Rh kan grubu fenotip sıklığının bakılması amaçlanmıştır.

Yöntem:SARS-CoV-2 enfeksiyon tanısı PCR ile doğrulanan 8201 hasta çalışmaya alındı. Bölgede pandemi hastanesi olarak hizmet veren tek merkezden, kan grubu testi çalışılmış hastaların bilgileri digital kayıtlardan retrospektif olarak tarandı.

Bulgular:Kan grubu subgruplarının SARS-CoV-2 enfeksiyon tanısı alanlarda dağılımı sağlıklı popülasyon verilerinden elde edilen sonuçlarla benzer A > O > B > AB şeklindeydi(Tablo-1). Hastaların toplamda %87.9' u Rh pozitif, %12.1' i Rh negatif bulunmuştur. Bu veriler "Türk Kızılayı Kan Merkezi Gruplama Laboratuvarları" nın 2005-2012 genel sağlıklı popülasyon verileri ile benzerdir.

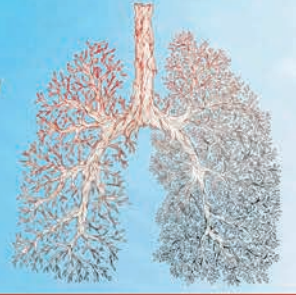
Grafik -1: Kan grubu yüzdelerinin Covid-19 ve genel popülasyon ile grafiksel karşılaştırılması



VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Tablo-1: Kan grubu dağılımı

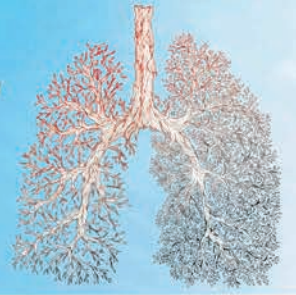
Kan grubu	COVID-19(%)	Genel popülasyon*(%)
A+	41.7	37
O+	24.9	30
B+	13.8	14
AB+	7.3	7
A-	5.8	5
O-	3.4	4
B-	1.9	2
AB-	0.9	1

*Türk Kızılayı Kan Merkezi Gruplama Laboratuvarları 2005-2012 genel sağlıklı popülasyon verilerinden alınmıştır.

Tartışma ve Sonuç:SARS-CoV-2 enfeksiyonun demografik özellikleri, etnik ilişkisi güncel araştırmalara konu olmaktadır. Kan grubu subtipi ile COVID-19 sıklığı, mortaliteye, hastalık şiddetine etkisi birçok çalışmada değerlendirilmiştir. Bu çalışmada SARS-CoV-2 enfeksiyonu olanlarda literatürle benzer şekilde A kan grubunun daha sık, O kan grubunun daha az sıklıkta, en az sıklıkta AB kan grubu olduğu gösterilmiştir.

Çalışmanın kısıtlılığı Rh subtipine bakılamamış olması ve COVID-19' daki dağılımının değerlendirilememiş olmasıdır. Ayrıca Rh antijen subtipi ile hastalık şiddeti arasında korelasyon değerlendirilerek literatüre katkı sağlanabilir.

Sonuç olarak COVID-19 ' da ABO ve Rh fenotip sıklığı sağlıklı toplumla benzerlik göstermektedir. Rh antijenleri ile hastalık sıklığı, mortalite ilişkisini değerlendirmek için çalışmalara ihtiyaç vardır.



S3

Covid-19 Ve H1n1 Pnömonisi Nedeniyle Hastanede Yatan Hastaların Klinik Ve Biyokimyasal Parametrelerinin Karşılaştırılması

Didem Görgün Hattatoğlu, Birsen Pınar Yıldız

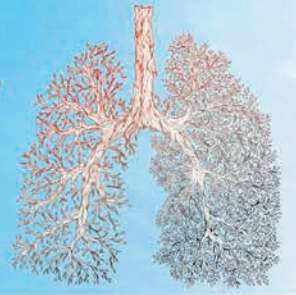
Sağlık Bilimleri Üniversitesi , Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ,İstanbul

Amaç: SARS-COV-2 ve influenza virüsleri baenzer klinik tablo ile seyreder. Viral semptomlarla başvuran ağır hastalarda tanısıl ve prognostik değerlendirme önemlidir. COVID-19 ve H1N1'e bağlı pnömoni nedeni ile yatatan hastalarda klinik ve biyokimyasal özellikleri karşılaştırmayı amaçladık.

Metod: Ocak 2017 – Aralık 2019 arasında influenza pnömonisi ile yatan 60 hasta ve Ekim 2020 – Ocak 2021 tarihleri arasında yatan COVID-19 pnömonisi tanısı almış 60 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm klinik veriler, laboratuvar sonuçları, akciğer tomografi görüntüleri, yoğun bakım , invaziv mekanik ventilasyon ihtiyaçları ve tüm sonuçlar retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: COVID-19 tanılı hastalarda ortalama yaş 65 (32-96 arası), H1N1 hastalarında ortalama yaş 58 (18-83 arası) idi. (p=0.002). Komorbidite indeksi COVID-19 hastalarında anlamlı olarak yüksekti. (p=0.010). Diabetes Mellitus ve hipertansiyon COVID-19 hastalarında anlamlı olarak daha yaygın görülmekteydi. (p=0.019, p=0.008 sırasıyla). Ciddi hastalık dağılımı ve mortalite açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı. (p=0.096, p=0.049). İnflamatuvar belirteçleri karşılaştırdığımızda, CRP düzeyleri COVID-19 hastalarında anlamlı olarak daha yüksekti. (p= 0.033). Balgam varlığı H1N1 için belirleyici iken CRP ve platelet **COVID-19** için belirleyici idi. (OR 4.764 [95% CI, 1,003-1,012] and OR 0,991 [95% CI 0,984-0,998], sırasıyla)

Sonuç: İnfluenza hastalarında balgam semptomunun tek başına çok daha fazla saptandığını saptadık. Bunun yanı sıra, daha düşük CRP ve daha yüksek PLT sayısı, COVID-19 için ayırt edici olarak belirlendi.



S4

COVID-19 Hastalarında D-dimer ve NLR kombinasyonu prognostik indeks olarak kullanılabilir mi?

Birsen Pınar Yıldız, Didem Görgün Hattatoğlu, Sariha Buyukluoglu

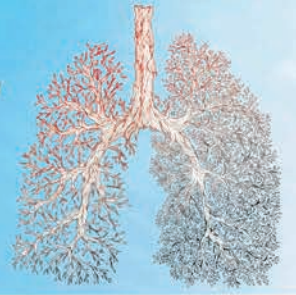
Sağlık Bilimleri Üniversitesi , Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi , İstanbul

Amaç: Koagülasyon belirteçlerinin inflamasyon parametreleriyle birlikte kullanılması mortalite belirlemede yararlı olabilmektedir. COVID-19 hastalarında mortaliteyi tahmin etmek için prognostik indeks (PRI-COVID) olarak D-dimer ve Nötrofil (NEU)-lenfosit (LYM) oranının (NLR) birlikte kullanımını araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel çalışmamıza hastanede yatan orta ve ağır şiddetli 152 COVID-19 hastası (ortalama yaş 58.2±13.7 yıl; 64 kadın, 88 erkek) dahil edildi. Tüm hastaların tanısı Reverse-transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) ile doğrulandı. İnflamatuar belirteç olarak NLR ve pıhtılaşma parametresi olarak D-dimer araştırıldı.

Bulgular: Mortaliteyi tahmin etmek için D-dimer'in optimum eşik değeri, %68 duyarlılık ve %80 özgüllük ile 1.07 µg/mL idi. (AUC±SE= 0.752±0.05; PPV % 39.5 and NPV %92.7; p<0.001). Bu arada 3.83'lük bir kesme değerinde, NLR'nin eşik değeri 3.83 iken mortaliteyi öngörmedeki duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %92 ve %48.8 idi (AUC±SE= 0.730±0.05; PPV= %26.1; NPV= %96.9; p<0.001). 30 günlük dönemde 16 ölüm (%10.5) , toplamda 25 ölüm (%16.5) meydana geldi. Daha sonra, D-dimer ve NLR'yi birleştirmenin sağkalımı tahmin etmede faydalı olup olmadığını araştırdık. PRI-COVID modelini kullanarak hastaları düşük, orta ve yüksek riskli olarak kategorize ettik. (Düşük risk : D-dimer <1.07 ve NLR<3.83; Orta Risk : D-dimer>1.07 veya NLR >3.83; Yüksek Risk : D-dimer >1.07 ve NLR >3.83). Yüksek riskli PRI-COVID, düşük/orta risk grubuna kıyasla 6.37 kat daha yüksek ölüm riski ile ilişkili idi.

Sonuç: Bulgularımız, PRI-COVID'in değerlendirilmesinin kolay olduğunu ve COVID-19'lu hastalarda hem 30 günlük hem de genel sağkalımı tahmin etmede faydalı olduğunu göstermektedir.



POSTER BİLDİRİLERİ

P1

Pulmoner Fibrozis Gelişen COVID-19 Olgusunda Antifibrotik Tedavi Kullanımı

Berivan Karatekin, Turhan Ece

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: COVID-19, Çin Halk Cumhuriyeti, Wuhan kentinde 2019 yılının sonlarında ortaya çıkan ve hızla tüm dünyaya yayılan SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu hastalık olarak tanımlanmış ve 11 Mart'ta DSÖ tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir. Bilim insanları gerek bulaşmadan korunma gerek hastalığın tedavisi gerekse hastalık sonrası komplikasyonların yönetimine dair çok ciddi enerji harcamaktadır. Ancak halen spesifik bir tedavi bulunmayıp elimizdeki bilgiler kısıtlıdır. COVID-19 hastalarının azımsanmayacak bir kısımda hastalık sonrası akciğer dokusunda fibrozis gelişmekte, tedavi yönetimiyle ilgili çalışmalar devam etmektedir. Burada, COVID-19 hastalığına sekonder pulmoner fibrozis gelişen ve antifibrotik tedavi uygulanmış bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Altmış-iki yaşında erkek hasta, öksürük, halsizlik, nefes darlığı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Hikayesinde, bir hafta önce SARS-CoV-2 PCR testi pozitif gelmiş, evde favipiravir kılınmasına rağmen şikayetleri artmıştı. Bilinen hipertansiyon, tip II diyabetes mellitus, obstruktif uyku apnesi (NIMV kullanmıyor) tanıları mevcuttu. Sigara kullanım öyküsü olmayan hastanın toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde bilateral yaygın infiltrasyonlar görüldü (Resim 1. A/B). Ferritin:175 ng/mL, Fibrinojen: 522 mg/dL, CRP:83 mg/L, lenfosit sayısı 1200, d-dimer:196 ng/mL idi. Fizik muayenesinde stridor, bilateral yer yer raller duyuldu, oda havasında parmak ucu satürasyonu %90 , dakika solunum sayısı 24, nabız 99/dakikaydı. Hastaya nazal oksijen, metilprednisolon, enoksaparin tedavisi başlandı. Takiplerinde ferritini yükselen desaturasyonu belirginleşen hastaya anakinra tedavisi 5 gün verildi.Kan tablosu toparlayan,spo2 toparlamayan hasta oksijen konsantratörüyle yatışının 11. gününde taburcu edildi. Takiplerinde BT'sinde yaygın fibrosiz (Resim 2) görüldü. Hastaya pirfenidon başlandı 3 ay boyunca pirfenidon kullanıldı semptomlarında belirgin iyileşti ve desaturasyonu belirgin gerileyerek oksijen konsantratörü kullanımı ihtiyacı oratadan kalktı.Solunumsal şikayetlerinde belirgin düzelme görülen hasta klinik takibe alındı.

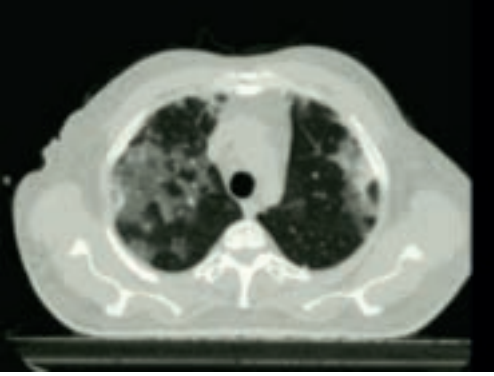
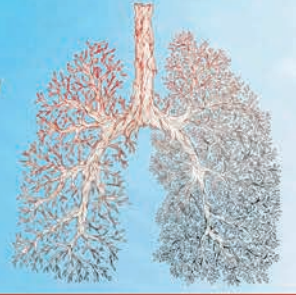
Sonuç: COVID-19'un henüz spesifik bir tedavisi bulunmamaktadır. Post-COVID dönemde gelişen fibrozisin ilerleyen dönemlerde sorun oluşturacağı düşünülmekte ve konuyla ilgili klinik araştırmalar devam etmektedir. Post-COVID fibrozis gelişen olgularda antifibrotik tedavinin etkili olabileceğine dair çalışmalar devam etmekte ancak konuyla ilgili kesin görüş sağlanamamıştır. Bu konuda daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, Post-COVID, fibrozis, antifibrotik tedavi

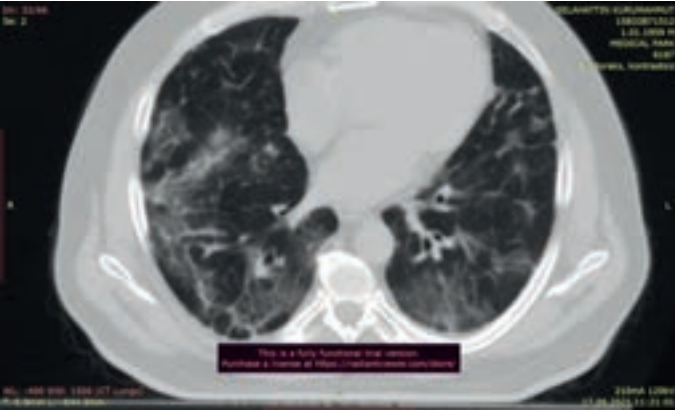
VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

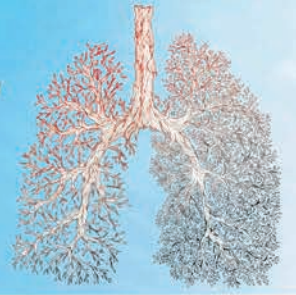
Hibrit
Kongre



Resim 1. A/B: Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral ağır COVID-19 pnömonisi



Resim 2. Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral yaygın fibrozis



P2

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Bronkoskopik Akciğer Volüm Küçültme İşlemlerinin Etkinliği

Gökhan Altan, Turhan Ece

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş:KOAH mortalitesi yüksek akciğer hastalıklarından birisidir. Havayolu obstrüksiyonu ve hiperinflasyon pulmoner fonksiyonlarda bozulmaya yol açmaktadır. Bronkoskopik akciğer volüm küçültme (BLVR) tedavisinin son dönem KOAH hastalarında yaşam kalitesinde ve akciğer fonksiyonlarında iyileşme, efor kapasitesinde anlamlı artış yaptığı klinik çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmada, ileri evre KOAH tanısıyla kliniğimizde takip edilen, endobronşiyal valf ile BLVR tedavisi uygulanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş-dört yaşında kadın hasta, öksürük, nefes darlığı, fiziksel aktivitede azalma şikayetleri ile anabilim dalımızın polikliniğine başvurdu. 2009 yılında mesane kanseri nedeniyle sistoskopik koterizasyon yapılan hastanın, soygeçmişinde özellik bulunmamaktaydı. 40 paket / yıl sigara kullanmış hasta 4 yıldır sigara içmemektedir. Alkol kullanımı ve mesleki maruziyet öyküsü bulunmayan hastanın fizik muayenesinde göğüs ön arka çapı artmıştı, ekspirasyonu uzamıştı, bilateral ronküs ve wheeze duyulmaktaydı. Oda havasında parmak ucu saturasyonu %94 , solunum sayısı 24/dk, nabız 86/dk idi. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'sinin skenogramında bilateral amfizematöz görünüm, kot aralıklarında genişleme bulunmaktaydı (Resim 1). Hemogramında ve koagülasyon panelinde patoloji saptanmadı. Serum biyokimyasında eritrosit sedimentasyon hızının 35mm/saat ve C-reaktif protein düzeylerinin 11.42 mg/L olması dışında özellik yoktu. Solunum fonksiyon testlerine bakıldığında FEV1: 580 mL (%37) FVC:1030 mL (%53) FEV1/FVC:%56 olarak bulundu. Toraks BT'sinde sağ akciğer üst lob ve orta lobda yaygın sentriasiner amfizemin yanısıra yaygın buzlu cam görünümü gözlemlendi. (Resim 2). Kantitatif akciğer perfüzyon sintigrafisinde sağ üst alan: % 1.03, sol üst alan: %18.42, sağ orta alan: %4.16, sol orta alan: % 50.45, sağ alt alan: %19.68, sol alt alan: %19.68 sağ akciğer totali %11.45, sol akciğer totali: %88.55 oranlarında solunuma iştirak etmekteydi. (Resim 3.) Sağ akciğerin üst ve orta loblarına, sol akciğerin üst lob anterior ve apikoposterior segmentlerine BLVR tedavisi ile valfler yerleştirilen (Resim.4) hastanın işlem sonrası semptomlarında, efor kapasitesinde ve yaşam kalitesinde anlamlı iyileşme saptandı.

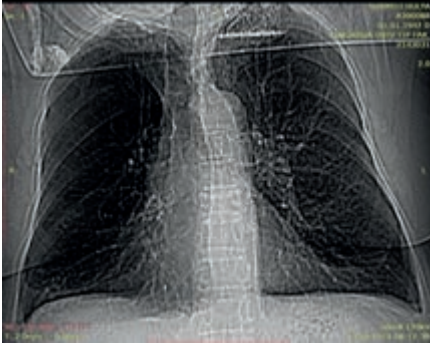
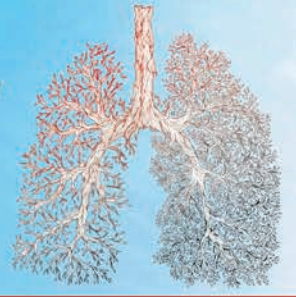
Sonuç: BLVR-endobronşiyal valf tedavisi KOAH hastalarında egzersiz kapasitesinde ve akciğer fonksiyonunda ciddi iyileşmeler sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, amfizem, bronkoskopik volüm küçültme tedavisi, endobronşiyal valf

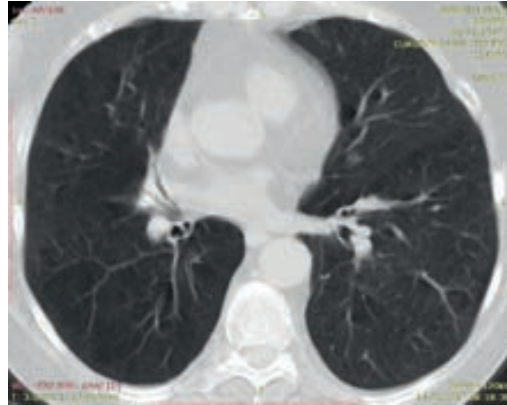
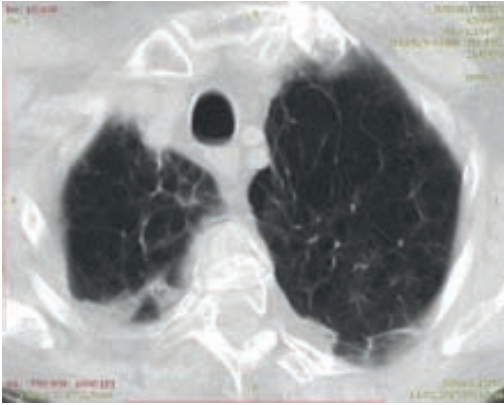
VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

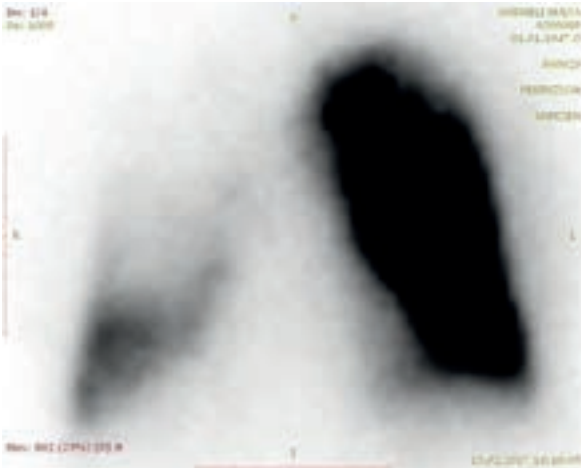
Hibrit
Kongre



Resim 1: Olgunun başvurusu esnasında çekilen Toraks BT skenogramında bilateral hava hapsi



Resim 2: Olgunun başvurusu esnasında çekilen toraks BT'si (Sağ akciğer üst lob ve sağ akciğer orta lobda sentriasiner amfizem, yaygın buzlu cam görünümü)

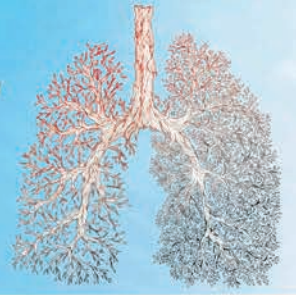


Resim 3: Kantitatif akciğer perfüzyon sintigrafisi (sağ üst alan: % 1.03, sol üst alan: %18.42, sağ orta alan: %4.16, sol orta alan: % 50.45, sağ alt alan: %19.68, sol alt alan: %19.68 sağ akciğer totali %11.45, sol akciğer totali: %88.55)

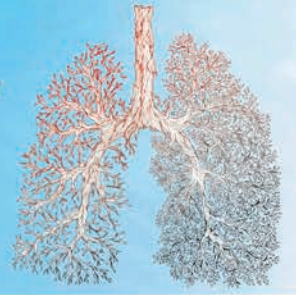
VII. Solunum Okulu

19 - 22 Eylül 2021 | Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC

Hibrit
Kongre



Resim 4:Bronkoskopik akciğer volüm küçültme(BLVR) – Endobronşiyal Valf



P3

Malign Plevral Efüzyonlu Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Sağ Kalımında Nötrofil-Lenfosit Oranının (Nlo) Değeri

Melike Aloğlu

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

Özet

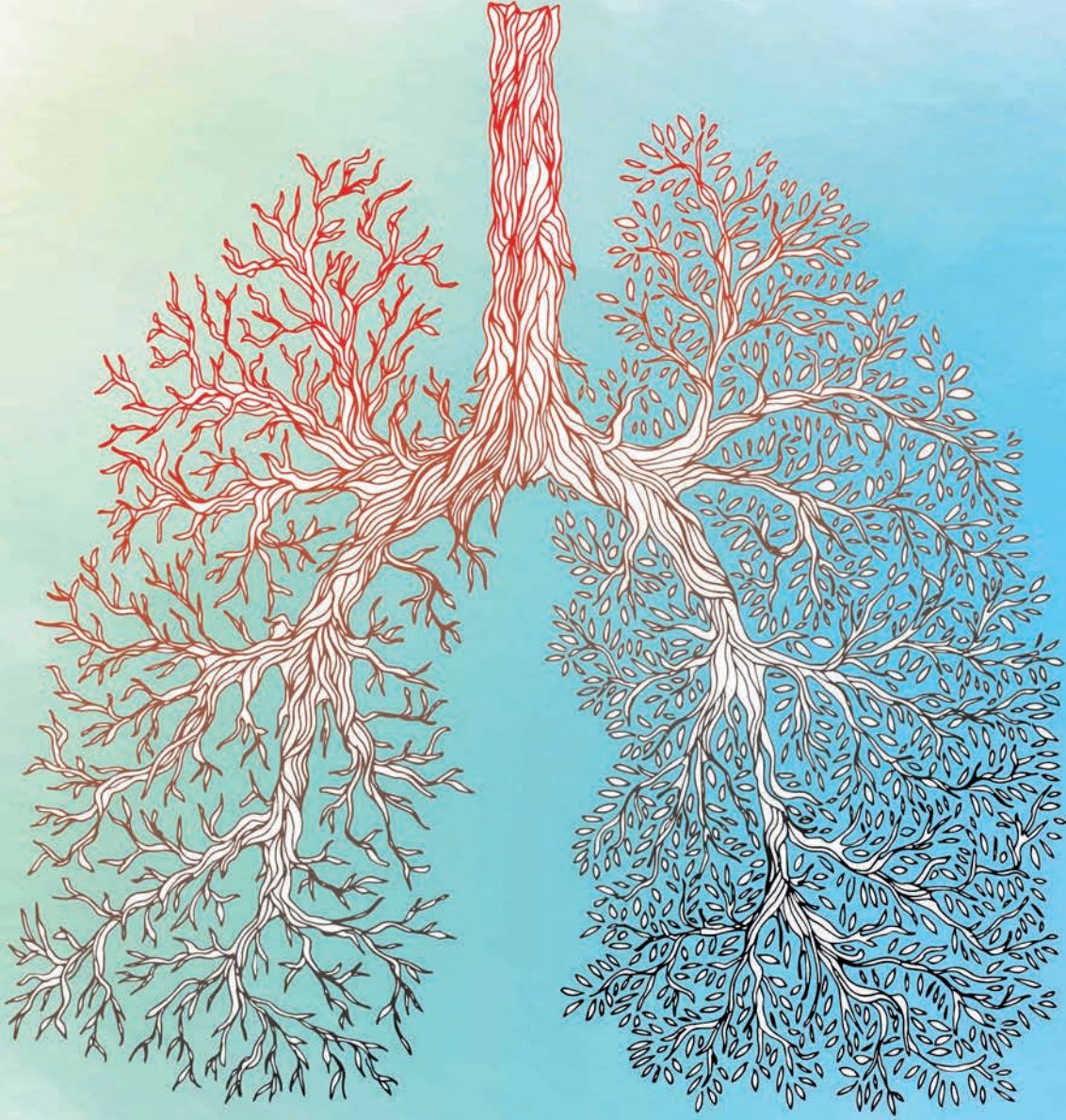
Giriş: Küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) akciğer kanserlerinin yaklaşık %15'ini oluşturur. KHAK'de malign plevral efüzyon (MPE) oranları %11-23'tür. Son dönemde yüksek nötrofil lenfosit oranının (NLO) KHAK'de daha kısa sağ kalımla ilişkili olduğu raporlanmıştır. Spesifik olarak MPE'lu KHAK hastalarında NLO'nun kullanımı hakkında data mevcut değildir. Bu çalışmanın amacı MPE'lu KHAK hastalarının sağ kalımında tedavi öncesi NLO'nun değerini araştırmaktır.

Gereçler ve yöntem: Etik kurul onayından sonra, 2015-2019 yılları arasında hastanemizde KHAK tanısı alan hastalar retrospektif olarak tarandı. Bu hastalardan MPE'ü olan 59 hasta çalışmaya alındı, demografik, tümöral ve laboratuvar değerleri ile sağ kalım süreleri hasta dosyaları ve hastane bilişim sisteminden kaydedildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 65.22 ± 8.85 idi. Onbiri kadın, 48'i erkekti (%81.4). Ortalama tümör çapı 6.81 ± 2.37 , median 6, min 2-max 14 cm idi. Hastalardan 2'si N1, 31'i N2, 26'sı N3 evredeydi. Ortalama NLO 3.75 ± 1.94 , median 3.51, min 1.25-max 10.72'ydı. Median sağ kalım süresi 7 ay olarak bulundu, min 1-max 36 ay. Hastalar > 5 ay yaşayanlar (38 hasta, %64.4) ve ≤ 5 ay yaşayanlar (21 hasta, %35.6) olarak iki gruba ayrıldı. Tek değişkenli analizde cinsiyet, NLO ve LMO (lenfosit monosit oranı) iki grup arasında anlamlı şekilde farklıydı ($p < 0.05$). Çok değişkenli analizde ise ≤ 5 ay sağ kalım için tek bağımsız prediktif faktör NLO olarak bulundu ($p = 0.043$). ROC analizinde NLO kesim noktası değeri 4.13 olarak bulundu ($p = 0.011$), hastalar $NLO \geq 4.13$ ve < 4.13 olarak iki gruba ayrıldı. Yüksek NLO'lu (≥ 4.13) hastalarda sağ kalım, düşük NLO'lu (< 4.13) hastalara göre anlamlı şekilde daha düşük bulundu (sırasıyla 5.63 vs 10.47 ay, $p = 0.026$).

Tartışma ve sonuç: NLO'nun KHAK prognozu ve sağ kalımında prediktif faktör olması yönündeki literatür verisiyle benzer şekilde, bu çalışmada MPE'lu KHAK hastalarında tedavi öncesi NLO değerinin ≥ 4.13 olması daha kısa sağ kalımla ilişkili bulunmuştur. Dolayısıyla NLO, KHAK hastalarından MPE'lu alt grubun sağ kalımını öngörmede faydalı bir faktördür.

Anahtar kelimeler: Malign plevral efüzyon, nötrofil lenfosit oranı, küçük hücreli akciğer kanseri, prognoz, sağ kalım



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@akademiksolumum.org.tr



ORGANİZASYON SEKRETARYASI
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: solunum2021@topkon.com