

VIII.

SOLUNUM OKULU

5-8 Haziran 2022

Kaya Palazzo Otel / Girne, KKTC



www.solunum2022.org



VIII. SOLUNUM OKULU



AKADEMİK
SOLUNUM
DERNEĞİ

5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC

DAVET

Akademik Solunum Derneği olarak 5-8 Haziran 2022 tarihinde Kaya Palazzo Otel Girne, KKTC’de gerçekleştirmeyi planladığımız “VIII. Solunum Okulu’nda” ve pratik eğitimin i ie 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, 2022’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.

Prof. Dr. Bülent Tutluoğlu
Dernek Başkanı

Prof. Dr. Birsen Pınar Yıldız
Okul Başkanı

VIII. SOLUNUM OKULU



AKADEMİK
SOLUNUM
DERNEĞİ

5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC

YÖNETİM KURULU

BAŐKAN

Bülent TUTLUOĞLU

BAŐKAN YARDIMCISI

Turhan ECE

GENEL SEKRETER

Birsen Pınar YILDIZ

SAYMAN

Serdar ERTURAN

ÜYELER

Teyfik TURGUT
Bahattin ÇOLAKOĞLU
Günay AYDIN
Akın Eraslan BALCI
Sibel ARINÇ
Selim BADUR
Mahir İĞDE

DÜZENLEME KURULU

SOLUNUM OKULU BAŞKANI

Birsen Pınar Yıldız

BİLİMSEL KURUL

Akın Eraslan Balcı
Bahattin Çolakoğlu
Birsen Pınar Yıldız
Bülent Tutluoğlu
Canan Akman
Günay Aydın Tosun
Haluk Çokuđraő
Kamil Kaynak
Mahir İğde
Murat Toprak
Nail Yılmaz
Selim Badur
Teyfik Turgut
Turhan Ece
Sibel Arinç

VIII. SOLUNUM OKULU



5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC

BİLİMSEL PROGRAM

5 HAZİRAN 2022, PAZAR

15:30-16:30 Yuvarlak Masa Oturumu: KOAH ve Non İnvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulamaları
Oturum Başkanları: *Bülent Tutluoğlu, Birsen Pınar Yıldız*

15:30-15:50 KOAH'da NIV Uygulamaları, Monitorizasyon, Takip
Umut Kasapoğlu

15:50-16:10 Göğüs Hastalıkları Pratiğinde Yüksek Akım Oksijen Tedavi Uygulamaları
Hatice Kutbay Özçelik

16:10-16:30 Tartışma

16:30-17:00 Kahve Arası 

17:00-18:30 Bir Bilene Soralım: Radyoloji
Oturum Başkanları: *Canan Akman, Günay Aydın*

17:00-17:20 Nodül, Kitle, İnterstisyel Patolojilerin Radyolojik Özellikleri
Canan Akman

17:20-17:40 İdyopatik Pulmoner Fibrozis Radyolojik Tanı ve Ayırıcı Tanı
Çetin Atasoy

17:40-18:00 Olgularla İntersiyel Akciğer Hastalıklarında Ayırıcı Tanı
Seda Akalın Karaca, Didem Görgün Hattatoğlu

18:00-18:30 Tartışma

18:30-19:00 Açılış
Birsen Pınar Yıldız, Bülent Tutluoğlu, Ahmet Başustaoğlu

VIII. SOLUNUM OKULU



5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC

BİLİMSEL PROGRAM

6 HAZİRAN 2022, PAZARTESİ

08:30-10:00 **Sempozyum: Astım ve Atopi**
Oturma Başkanları: *Bahaüddin Çolakoğlu, Arzu Didem Yalçın*

08:30-08:50 **Doğumdan Erişkin Astım Yürüyüşü**
Mahir İğde

08:50-09:10 **Atopi - Rinit, Astım ve Ötesi**
Nerin Bahçeciler

09:10-09:30 **Atopi Değerlendirmesi için Kullanılan Testler - Pratik Uygulama Örnekleri ile**
Bahaüddin Çolakoğlu

09:30-10:00 Tartışma

10:00-10:30 **Tütün Bağımlılığı Oturumu**
Oturma Başkanları: *Turhan Ece, Çağlar Çuhadaroğlu*

10:00-10:20 **Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma**
Ayşe Bahadır

10:20-10:30 Tartışma

10:30-11:00 **Kahve Arası** ☕

11:00-12:00 **Uydu Sempozyumu // Abdi İbrahim**
Astım ve KOAH'tan Özgürlüğe: Çözümleri
Konuşuyoruz
Oturma Başkanı: *Birsen Pınar Yıldız, Kurtuluş Aksu*
Konuşmacılar: *Birsen Pınar Yıldız, Kurtuluş Aksu*



12:00-13:00 **Öğle Yemeği** 🍴

13:00-14:00 **Uydu Sempozyumu // Gsk**
Astım ve KOAH'ta Karşılanmamış İhtiyaçlar
ve Tedavide Optimal Yaklaşım
Moderatör: *Nurhayat Yıldırım*
Konuşmacılar: *Nurhayat Yıldırım, Tunçalp Demir,*
Bilun Gemicioğlu



VIII. SOLUNUM OKULU



5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC

BİLİMSEL PROGRAM

6 HAZİRAN 2022, PAZARTESİ

14:00-15:10 Konferans: 2022 Solunum Hastalıklarında Güncelleme Toplantısı
Oturma Başkanları: *Ferah Ece, Teyfik Turgut*

14:00-14:20 Astım
Füsun Yıldız

14:20-14:40 Kollajen Doku Hastalıklarında Antifibrotik Tedavi
Füsun Fakılı

14:40-15:00 KOAH'da Bronkoskopik Tedaviler
Turhan Ece

15:00-15:10 Tartışma

15:10-15:30 Kahve Arası 

15:30-17:30 Yuvarlak Masa: Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon ve KTEPH Tanısını Nasıl Koyuyorum?
Oturma Başkanları: *Gülfer Okumuş, Turhan Ece*

15:30-15:50 PAH'a Götüren Klinik Bulgular, Ayırıcı Tanı
Ersan Atahan

15:50-16:10 Akut Tromboembolide Güncel Tedavi Yaklaşımı
Füsun Ülger

16:10-16:20 Tartışma

16:20-16:40 PAH Tedavisinde Pratik Yaklaşımlar, Rehber ve Ötesi
Gülfer Okumuş

16:40-17:00 KTEPH-KTE Tanı, Yönetim
Sülhattin Arslan

17:00-17:30 Tartışma

VIII. SOLUNUM OKULU



5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC

BİLİMSEL PROGRAM

7 HAZİRAN 2022, SALI

08:30-09:30 **Sempozyum: Plevra Hastalıkları**
Oturma Başkanları: *Abdurrahman Şenyiğit, Akın Eraslan Balcı*

08:30-08:50 **Göğüs Hastalıkları Pratiğinde Toraks USG Uygulamaları**
Sevda Şener Cömert

08:50-09:10 **Mezotelyomada Güncelleme**
Abdurrahman Şenyiğit


09:10-09:30 Tartışma

09:30-10:30 **Akciğer Kanseri Evrelemesi ve Cerrahi Tedavi Olgu Örnekleri ile**
Oturma Başkanı: *Akın Eraslan Balcı, Ferah Ece*

09:30-09:50 **Akciğer Kanserinde Evreleme - Olgularla**
Sibel Arınç


09:50-10:10 **Evrelere Göre Cerrahi Tedavi Yaklaşımı**
Levent Cansever

10:10-10:30 Tartışma

10:30-11:00 **Kahve Arası** 

11:00-12:00 **Uydu Sempozyumu // Astra Zeneca**
SABA'ların Uygunsuz Kullanımının
Oluşturabileceği Riskler
Oturma Başkanı: *Turhan Ece*
Konuşmacı: *Turhan Ece*

AstraZeneca 

12:00-13:00 **Öğle Yemeği** 

13:00-14:00 **Uydu Sempozyumu // Novartis**
Sorularla Ağır Alerjik Astımın Perde Arkası
Oturma Başkanı: *İsmet Bulut*
Konuşmacılar: *İsmet Bulut, Tekin Yıldız*

 NOVARTIS

14:00-15:00 **Uyku Bozuklukları Oturumu**
Oturma Başkanları: *Çağlar Çuhadaroğlu, Teyfik Turgut*

14:00-14:20 **Tıkaçıcı Uyku Apnesi; Tanısı Nasıl Düşünelim, Nasıl Tanı Koyalım?**
Çağlar Çuhadaroğlu

BİLİMSEL PROGRAM

7 HAZİRAN 2022, SALI

14:20-14:40 **Tıkaçıcı Uyku Apnesinde Cerrahi: Ne Zaman? Kime?**
Murat Toprak

14:40-15:00 Tartışma

15:00-15:30 **Kahve Arası** 

15:30-17:00 **Göğüs Hastalıklarında Pratik Uygulamalar - Az Bilinen Çok Görülenler**
Oturma Başkanları: *Sevda Şener Cömert, Osman Ozan Yeğit*

15:30-15:50 **EBUS Uygulama Pratiği - Olgu Video Uygulamaları**
Sevda Şener Cömert

15:50-16:00 Tartışma

16:00-16:20 **İlaç Alerjileri**
Metin Keren

16:20-16:30 Tartışma

16:30-16:50 **Sekonder Pnömotoraks Yaklaşım**
Akın Eraslan Balcı

16:50-17:00 Tartışma

17:00-18:00 **Sözlü Bildiri Oturumu**
Oturma Başkanları: *Osman Ozan Yeğit, Mesut Bayraktaroğlu*

SS-01 FADİME TÛLÛCÛ Sigarayı Bırakmak için Cep Telefonu Tabanlı Farkındalık Müdahaleleri:
Randomize Kontrollü Bir Çalışma

SS-02 İBRAHİM KOÇ Lenfosit Monosit Oranı, Tüberkülozu Pnömoniden Ayırt Etmeye Yardımcı
Olabilir mi?

SS-03 CİHAN AYDIN D-Dimer/Fibrinojen Oranının KOAH Atağının Prognozuna Etkisi

SS-04 AYŞEGÛL BOZKURT GENCER AASM Önerilen ve Alternatif Hipopne Kriterlerine Göre
Değerlendirilen Polisomnografi Sonuçlarındaki Farklılıkların Araştırılması

SS-05 BUKET ÇALIŞKANER KOAH'lı Olgularda 6 Dakika Yürüme Mesafesi ve Hiperinflasyon
Derecesi ile Semptomlar Arasındaki İlişki

VIII. SOLUNUM OKULU



5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC

BİLİMSEL PROGRAM

7 HAZİRAN 2022, SALI

- 17:00-18:00** **SS-06 AKIN ERASLAN BALCI** Erişkin Kronik Ampiyem Olgularında Açık Cerrahi: 36 Olgunun Sonuçları
- SS-07 AKIN ERASLAN BALCI** Terminal İnoperabl Akciğer Kanseri Plevral Efüzyonda Talc Plöredezi ve Kateter ile Tüp Karşılaştırması
- SS-08 M. ARZU ÖZKARAFKILI** RTPCR Negatif ve RTPCR Pozitif Covid-19 Hastalarının Toraks Bt Lerinin Karşılaştırılması
- SS-010 DİDEM GÖRGÜN HATTATOĞLU** Sigara Uyku Hijyenini Etkiler mi ?
- SS-011 YUNUS EMRE KALKAN** 2.Basamak YBU'de Çalışan Sağlık Çalışanlarında Covid Enfeksiyon Riski ve Enfeksiyon Riskine Etki Eden Faktörler
- SS-012 FERİDE YAMAN** Hastanede Yatan Toplumda Gelişen Pnömonili Hastalarda Sigaranın Prognoz ve Mortalite Üzerine Etkisi
- SS-013 ERSAN ATAHAN** Post Covid Sendrom ve Sarkoidoz

8 HAZİRAN 2022, ÇARŞAMBA

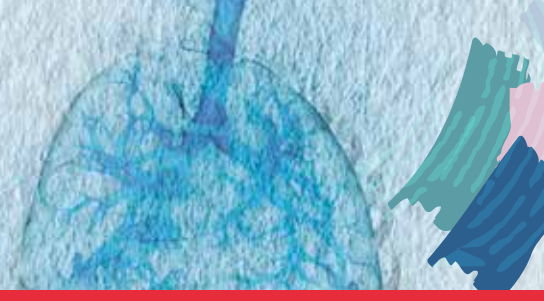
- 09:30-10:00** **Toplum Kökenli Pnömoni Rehberinde Güncellenenler**
Oturma Başkanları: *Günay Aydın, Didem Görgün Hattatoğlu*
- 10:00-10:30** **Olgularla Pnömoni Tedavisi**
Uğurcan Tanülkü, Cihan Aydın
- 10:30-11:00** Tartışma
- 11:00-12:00** **Akılcı İlaç Oturumu**
Cihan Aydın
- 12:00-12:30** Kapanış

VIII. SOLUNUM OKULU

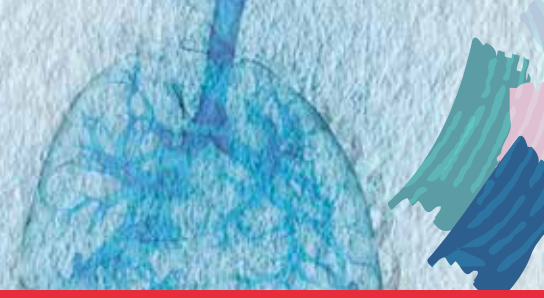


AKADEMİK
SOLUNUM
DERNEĞİ

5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC



KONUŐMA ÖZETLERİ



Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi

Ayşe Bahadır

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Tütün kullanımı tüm dünyada halen çok yaygın olup tütün üreten ülke olmasının etkisi ile en çok tütün kullanan ülkeler içinde Türkiye onuncu sırada yer almaktadır. Sigara kullanımı ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye’de 19,2 milyon kişi (%31,6) halen tütün ürünü kullanmaktadır. Türkiye’de yetişkinlerde (15 ve üzeri yaşlar) halen tütün ürünü kullanım sıklığı %31,2’dir (erkeklerde %48, kadınlarda %15) . Sigara içenlerin %44.8’i ise son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemişlerdir

Türkiye’de tütün kontrolü çalışmaları 1996 yılında kabul edilen “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun (No 4207) ile yasal dayanak bulmuştur. Daha sonra bu Kanun’un kapsamının genişletilmesi ile 2009 Temmuz ayından itibaren Türkiye “tam sigara dumansız” ülke olmuştur. Tütün kontrolü uygulamalarının sonucu tütün ürünleri kullanım sıklığı, sigara dumanından pasif etkilenim ve tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları azalmıştır. Tütün ve tütün ürünleri içinde 250’den fazla zararlı madde ve 69’u kanserojen olarak nitelendirilen 700 çeşit kimyasal madde bulunmaktadır. Bağımlılık yapıcı etkisine en fazla katkısı olan bileşen ise nikotindir. Tütün bağımlılığının patogeneğinde diğer bağımlılıklarda olduğu gibi eşit öneme sahip psikolojik, davranış, ve nörobiyolojik boyutu bulunmaktadır. Nikotin bağımlılığını ve özellikle şiddetini değerlendirme amacıyla geliştirilen birkaç ölçek bulunmaktadır. Bunlardan rutinde en çok tercih edilen ve önerilen Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi bağımlılık düzeylerini gösterme açısından oldukça duyarlı bir test olup günlük içilen sigara sayısı ve ilk içilen sigara zamanı hakkında bilgi vermektedir. Tüm sigara içicilerinde nikotin bağımlılığına bağlı olarak sigara içmedikleri zaman iritabilite, uykusuzluk, anksiyete, konsantrasyonda azalma, konfüzyon, açlık hissi, depresyon gibi bulgularla ortaya çıkan yoksunluk sendromu görülür.

Sigara bırakma tedavisinin ilk basamak hastayı sigarayı bırakması konusunda motive etmek, bilgilendirmek ve desteklemek ve medikal tedaviyi planlamaktır. Bu amaçlarla uygulanan sigara bırakma tedavilerini nikotin replasman tedavisi, bupropion ve vareniklin ile yapılan medikal tedavi oluşturmaktadır. Sonuç olarak tütün kontrolünde “başlamayı önleme”, “bırakma” ve “pasif etkilenimden korunma” olmak üzere üç temel alanda müdahalelere gereksinim vardır.

1)Ministry of Health. Global Adult Tobacco Survey, Turkey Report (2008), Publication, No. 803, Ankara, 2010.

2)Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991; 86: 1119-27.

3)Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşı raporu 2014. Türk Toraks Derneği tütün kontrolü çalışma grubu

Atopi Değerlendirmesi İçin Kullanılan Testler

Bahaüddin Çolakoğlu

Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Allerji Hastalıkları

Allerji, vücudun normalde zararsız olan bir maddeye verdiği abartılı ve beklenmeyen immünolojik cevabıdır. Allerjik hastalıkların teşhisini doğrulamak için sorumlu allerjenin tespit edilmesi hedeflenmektedir. Allerji pratiğinde çeşitli in vivo ve in vitro testler bu amaçla kullanılmaktadır. In vivo testler deri testleri (prik, intradermal ve yama) ve provokasyon testlerini (oal, bronşial, nazal, parenteral, kutanöz ve konjuktival) kapsamaktadır. Allerji deri testleri, allerji teşhisini koymak için ciltte allerjik cevap oluşturulan ve IgE-aracılı allerjik reaksiyonları göstermek amacıyla kullanılan teşhis usulleridir. Uygulanacak testler, reaksiyon tipine göre seçilir. IgE aracılı allerjik rinit ve allerjik astım gibi hastalıkların teşhisinde inhalen allerjenler ile, venom allerjisinde venom ekstraktları ile prik ve/veya intradermal testler yapılmaktadır. Besin allerjisi için deri prik testi uygulanır. Bu testler sadece duyarlanmayı gösterir. Klinik olarak karşılığı var ise allerjik hastalık teşhisi konulmaktadır. Erken tip ilaç allerjilerinde yine prik ve intradermal testlerin erken dönem okuması ve geç tip ilaç allerjilerinde yama testi ya da intradermal testlerin geç okuması kullanılabilir. Allerjik kontakt dermatit teşhisi için de yama testi kullanılır. Deri prik testleri ucuz, hızlı ve güvenilir spesifik testlerdir. Negatif kalması durumunda artan dozarda intradermal testler uygulanmaktadır. Bu testler de negatif sonuçlanması durumunda provokasyon testlerine geçilir. Provokasyon testleri ile hasta sorumlu ajanlara kontrollü bir şekilde maruz bırakılarak allerjik cevap oluşturulması hedeflenir. Böylece kesin teşhis konulmaktadır. In vitro olarak kullanılan serum total IgE seviyesi sadece fikir verebilir. Atopik bireylerde total IgE yüksek olma eğilimindedir. Ancak düşük olması allerjik hastalık teşhisini dışlamayacağı gibi yüksekliği de kesin teşhis koydurtmaz. Klinik ile ilişkili olabilecek allerjen spesifik IgE, deri testlerinin uygun olmadığı anerjik ya da dermografizmi olan hastalarda serumda araştırılarak teşhise gidilebilir. Bazofil aktivasyon ve lenfosit transformasyon testleri in vitro yeni allerji testleri arasında yer almaktadır. Ancak standardize değildir dolayısıyla rutin kullanıma henüz girmediler. Allerjik hastalıkların teşhisinde hala en önemli yeri, deri ve provokasyon testleri almaktadır. Bu testlerin uygulaması sırasında allerjik reaksiyon gelişme riski olduğu için allerji testleri, allerji uzmanı gözetiminde acil müdahale yapılabilecek eğitimli personellerin bulunduğu kliniklerde yapılmalıdır.

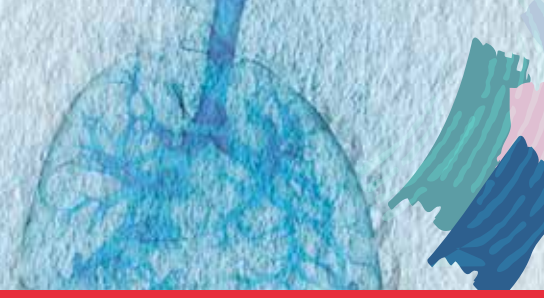
Kaynaklar

1. Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği Allerjik rinit tanı ve tedavi rehberi. In: Tuncer A, Yüksel H (ed). 1. Basım Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi;2012. p:47-53.
2. Barbaud A, Romano A. Skin Testing Approaches for Immediate and Delayed Hypersensitivity Reactions. Immunol Allergy Clin North Am. 2022 May;42(2):307-322.
3. Bird JA. Approach to evaluation and management of a patients with multiple food allergies. Allergy Asthma Proc. 2016;37:86-91.

VIII. SOLUNUM OKULU



5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC



KOAH'dan Özgürlüğe Çözüm Önerileri

Birsen Pınar Yıldız

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, İstanbul

KOAH tüm dünyada yaygın görülen mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Global yükün ağırlığı nedeniyle tüm dünyanın birlikte ortak akıl geliştirme yolu ile mücadele vermesi gerektiği açıktır. Bununla birlikte risk faktörleri başta olmak üzere önleyici tedbirler, tanı ve tedavi yolları açısından halen katedilecek yol vardır. Hastalığın doğru yönetiminde yol gösterici rehberler, uzman görüşleri, teknolojik gelişmeler, farmakolojik ve nonfarmakolojik önerilere rağmen hastaların yönetiminde birçok problemle karşılaşmaktadır. Bu nedenle hastaya ve hastalığa özgün çözümler üretilmesi ve hastaların yakın takibi çok önemlidir. Pandemi öncesinde olduğu gibi COVID-19 pandemi döneminde de hastaların yaşayabileceği problemler ve çözüm önerilerine ışık tutması açısından GOLD rehberi ek önerilerde bulunmuş ve sonrasında GOLD-22 rehberi ile de yine bu hastalığın yönetiminde yol gösterici olmaya devam etmiştir. Nitekim yenilenen rehberde daha önce netleştirilmemiş tanımlamalar verilmiş ve bundan sonra yapılacak çalışmalarda ve klinik değerlendirmede farklı bir bakış açısı ile de olguların değerlendirilmesinin yolu açılmıştır. Erken KOAH, Hafif KOAH, Gençlerde KOAH ve Pre-KOAH tanımlamalarının yapılması bu hastalığın daha geniş açıda ele alınması gerektiğinin göstergeleridir. Pandemi dönemi mirası gibi görünmekle birlikte, aslında yıllardır KOAH hastalarında da önemi üzerinde durulmuş "halsizlik" semptomunun 2022 ile birlikte rehber düzeyinde de ele alındığını ve KOAH hastasının yaşamına etkisinin şimdiye kadar sanılanın üzerinde olduğuna dikkat çekildiğini görüyoruz. Halsizlik semptomu KOAH hastasında fonksiyonel durum, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi ile yakın ilişkisi nedeniyle diğer semptomlarla birlikte ele alınmalıdır. Diğer yandan, KOAH farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi önerileri daha önceki yıllarda olduğu gibi devam etmektedir. COVID-19 enfeksiyonu göz önüne alındığında ve post-COVID dönemde İKS-LABA tedavi önerilerinde değişiklik olmamış, stabil dönemde düzenli tedavilerin devamı ve özellikle de İKS_LABA tedavisinin ataklardan koruyucu etkisi gösterilmiştir.

VIII. SOLUNUM OKULU



5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC

Akılcı İlaç Kullanımı

Cihan AYDIN

Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) "ilaç"; fizyolojik sistemleri ve patolojik durumları insanın yararı için incelemek veya değiştirme amacı ile kullanılan veya kullanılması öngörülen herhangi bir madde veya ürün olarak tanımlamaktadır.

İlaçlar antik çağlardan itibaren hayatımızda olup bitkilerden ilaç üretimi yüzyıllarca uygulanmıştır. Botanik biliminin babası Pedanius'un "De Materia Medica-İlaç Bilgisi Üzerine" adlı eseri en önemli kaynaklardan biridir. William Harvey'in 1628 yılında kan dolaşımını ve işlevini tanımlaması; 19.yy'da bitkisel kaynaklardan etken maddelerin izole edilmesi; 20. Yy başları modern farmakolojinin kurucusu sayılan Ehrlich'in "kemoterapi, bağışıklık ve mikroorganizma" kavramlarını tanımlaması önemli gelişmelerdir.

Akılcı 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'te Nairobi'de yapılan DSÖ toplantısı AİK çalışmalarının başlangıcı sayılmaktadır.

Akılcı olmayan ilaç kullanımına ilişkin sorunlar çalışmalarda gereğinden fazla ilaç reçetelendirilmesi, ilaçların bilinçsiz ve yanlış biçimde kullanılması, gereksiz yere antibiyotik kullanımı ve enjeksiyon olarak görülmüştür.

Antibiyotiklerin reçete edilme oranı dünyada %9,9 iken Türkiye'de %19'luk pay ile birinci sırada olduğu görülmektedir. Antibiyotiklerin varoluş hikayesi 1928'de Alexander Fleming'in penisilini keşfi ile başlamıştır.

Türkiye'nin ve diğer ülkelerin sağlık harcama miktarları ve para birimlerinin Türk Lirası'na göre değerine bakıldığında Türkiye'de daha kısıtlı kaynaklarla artmakta olan sağlık harcamaları olduğu görülmektedir. İlaç kullanımında sorumluluk sahibi taraflar; hekim, eczacı, hemşire, diğer sağlık personeli, hasta/hasta yakını, üretici ve düzenleyici otoritedir.

AİK ilkeleri; etkililik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet olarak belirlenmiştir. Ülkemizde 12 Ekim 2010'da Bakanlık Oluru ile Akılcı İlaç Kullanımı Birimi kurulmuştur. 19 Mart 2012 tarihine Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesinde Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtımı Dairesi kurulmuştur. İllerde koordinasyonu sağlamak amacıyla 81 ilde İl Sağlık Müdürlüklerinde Akılcı İlaç Kullanımı İl Temsilcisi bulunmaktadır.

Akut Tromboembolide Güncel Tedavi Yaklaşımı

Fusun ÜLGER

Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi, ANKARA

Klinik olarak Derin Ven Trombozu (DVT) veya Pulmoner Embolizm (PE) olarak ortaya çıkan venöz tromboembolizm (VTE), global olarak miyokard infarktüsü ve inmenin ardından üçüncü en sık akut kardiyovasküler sendromdur. Epidemiyolojik çalışmalarda, PE için yıllık insidans oranları 100.000 popülasyonda 39-115; DVT için insidans oranları 100.000 popülasyonda 53-162 arasındadır. Daha etkili tedaviler ve müdahalelerin artan kullanımı ve rehberlere daha iyi uyulması, büyük olasılıkla son yıllarda PE'nin prognozu üzerinde önemli bir olumlu etki yapmıştır.

Klinik olasılığın tahmini için Geneva ve Wells skorlarının basitleştirilmiş hali klinik pratikte kullanılır. Tanısal testlerin gereksiz kullanımını önlemek için Pulmoner Emboli Dışlama Kriterleri geliştirilmiştir.

Yeni rehberde yaşa göre ayarlanmış bir D-dimer cut-off değerinin kullanılması veya klinik olasılığa uyarlanmış bir D-dimer testinin kullanılması, sabit cutoff seviyesine bir alternatif olarak önerilmiştir. Klinik şüpheli hastada Kompresif Ultrasonografi (KUS) proksimal venlerde trombus gösteriyorsa VTE (ve PE) kabul edilir. Eğer distal venlerde trombus gösteriyorsa PE tanısı için ek testlere ihtiyaç vardır.

Akut fazda oksijen saturasyonu 90'nın altında olan hastalara oksijen desteği verilmesi önerilir. Sağ kalp yükünü arttıracığından sıvı yüklenmesinden kaçınılmalıdır. Hipotansiyon durumunda norepinefrin veya dobutamine kullanılmalıdır. Orta-yüksek klinik olasılık olan hastalarda testler sonuçlanmadan düşük molekül ağırlıklı Heparin (DMAH), fondaparinux veya unfraksiyone Heparin (UFH) ile tedaviye başlanmalıdır DMAH ve fondaparinux başlangıç tedavi için daha az majör kanamayı artırması ve daha az heparin ilişkili trombositopeni yapması nedeniyle UFH'e üstündür. Yüksek riskli pulmoner embolisi olan hastalarda gecikmeden kiloya göre iv bolus UFH hemen başlanmalıdır. Sistemik trombolitik tedavi önerilmektedir. Sistemik trombolitik tedavi kontrendike olduğu veya başarısız olduğu durumlarda cerrahi trombektomi veya perkutan kateter aracılıklı tedavi kullanılabilir. Eğer oral antikoagülan başlanacaksa ve hasta yeni kuşak oral antikoagülan (YOAK) kullanmak için uygunsa, warfarin yerine YOAK tercih edilmelidir. Böbrek yetmezliği, gebelik, laktasyon ve antifosfolipid antikor sendromu olan hastalarda YOAK önerilmemektedir. Antikoagülan tedavi altında hemodinamik bozukluk gelişenlerde kurtarıcı reperfüzyon tedavisi verilebilir.

KAYNAKLAR

1- 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS) European Heart Journal (2020) 41, 543603.

2- Mazzolai L, Aboyans V, Ageno W, Agnelli G, Alatri A, Bauersachs R, Brekelmans MPA, Buller HR, Elias A, Farge D, Konstantinides S, Palareti G, Prandoni P, Righini M, Torbicki A, Vlachopoulos C, Brodmann M. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European Society of Cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary circulation and right ventricular function. Eur Heart J 2018;39:42084218.

3- Acute Management of Pulmonary Embolism, Oct 24, 2017 | Vikas Aggarwal, MBBS, MPH, FACC; Charles D Nicolais, MD; Aaron Lee, MD; Riyaz Bashir, MBBS, FACC

Yüksek Akış Nazal Oksijen Tedavisi

Hatice Kutbay Özçelik

S.B.Ü. Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yüksek akış nazal oksijen tedavisi (HFNO); nazal kanül yoluyla ısıtılmış ve nemlendirilmiş oksijenin yüksek akımla burundan verilmesi tekniğidir (3). Basit bir sistemdir; akım jeneratörü, aktif ısıtıcı nemlendirici, tek ısıtmalı devre ve nazal kanül gerektirir. HFNO ile %21-100 arasında FiO_2 (inhale edilen havadaki oksijen) ve 60lt/dk'ya kadar inspiratuar akım verilebilir. Tek yönlü inspiratuar devre sayesinde nemlendirilmiş oksijen (O_2) 37° C'ye kadar ısıtılarak nazal kanüle aktarılır (1).

HFNO ile üst hava yollarına ekspire edilen havanın klirensi artar (CO_2 klirensi), yüksek akım nedeniyle daha az oda havası karışır ve daha yüksek FiO_2 elde edilir, anatomik ölü boşluk azalır. Akım arttıkça solunum dakika sayısında azalma ve tidal volümde artış sağlar, daha yavaş soluk ve daha uzun ekspiratuar faz alveoler ventilasyonu artırır (2). Ağız kapalıyken akımdaki her 10lt/dk'luk artış yaklaşık 1 cmH_2O 'luk havayolu basıncı artışına (CPAP etkisi) yol açar. Üst solunum yolundan sağlanan bu basınç inspiratuar direnci azaltarak solunum işini azaltır (3). End-ekspiratuar akciğer volümünü artırır. Ayrıca gazların nemlendirilmesi havayolu konstrüksiyonunu, solunum işini azaltır, mukosilier fonksiyonu düzeltir, sekresyonların klirensini artırır, atelektazi oluşumunu önler, daha iyi V/P oranı ve oksijenasyon sağlar. Uzun süreli nemlendirici tedavi akciğer fonksiyonlarını düzelterek, hayat kalitesini daha yüksek seviyeye taşır (1).

Hipoksemik solunum yetmezliği, hiperkarbik solunum yetmezliği, postekstübasyon, preentübasyon, akut kalp yetmezliği, obstrüktif uyku apne, bronkoskopi esnasında, entübasyon endikasyonu olmayan son dönem hastalar ve NIMV'ı tolere edemeyen nöromüsküler orijinli ASY'de kullanılabilir (1).

Kullanım kolaylığı ve diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında benzer etkinlik düşünüldüğünde solunum yetmezliğinde tercih edilebilir, ancak tercih kişiselleştirilmeli, klinisyenin tecrübesine bırakılmalıdır. Kurumsal ulaşılabilirlik, hastanın tolerasyonu, hipokseminin ciddiyeti, PEEP ihtiyacı ve ventilasyon ihtiyacı diğer göz önünde bulundurulması gereken parametrelerdir.

KAYNAKLAR

1. Nishimura M. High Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy Devices. Respir Care. 2019 Jun;64(6):735-742.
2. Frizzola M, Miller TL, Rodriguez ME, Zhu Y, Rojas J, Hesek A, et al. High-flow nasal cannula: impact on oxygenation and ventilation in an acute lung injury model. Pediatr Pulmonol 2011;46(1):67-74.
3. Parke RL, Eccleston ML& McGuinness SP. The effects of flow on airway pressure during nasal high-flow oxygen therapy. Respir Care. 2011 Aug;56(8):1151-5.

İlaç Alerjileri

Metin KEREN

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH İmmünoloji ve Alerji Kliniği, İstanbul

İlaç alerjisiyle başvuran hastaların değerlendirilmesinde asıl amaç başvuru nedeni olan reaksiyonun ilaç alerjisine bağlı olup olmadığını doğrulamak, kesin veya yüksek olasılıkta ilaç alerjisi tanısı konulursa hastaya benzer endikasyonlarda kullanılabilir güvenli alternatif ilacı önermektir (1). Mutlaka ilaç yan etkileriyle alerjik reaksiyonlar ayırt edilmeye çalışılmalıdır.

Hasta yönetiminin temelini kronolojik bir anamnez almak oluşturur. Reaksiyon sırasında hastanın kullandığı tüm ilaçlar kaydedilmelidir. Hangi dozda, ilacı aldıktan ne kadar sonra ve hangi semptomların ortaya çıktığı detaylı olarak sorgulanır.

İlacın ilk dozunda genellikle ilk bir saatte ortaya çıkan reaksiyonlar erken reaksiyon olarak sınıflanır. Nadiren birkaç saate kadar (altı saati geçmeyecek şekilde) gecikebilir. Reaksiyon ne kadar erken ortaya çıkarsa o kadar ciddidir. Bu nedenle özellikle parenteral ilaç uygulamalarından sonra hastayı belirli bir süre gözlem altında tutmak (antibiyotik, kontrast madde vb) akılcı bir yaklaşımdır. Bu reaksiyonlar ürtiker, anjioödem, bronkospazm, larinks ödemi ve anafilaksiyi içerir (1).

Geç tip reaksiyonlar, genellikle ilacın kümülatif olarak birikmesiyle ortaya çıktıkları için genelde tedavinin 1-3. gününden sonra çıkar. Nadiren ilacın kullanımı sonrası saatler içinde ortaya çıkan geç tip reaksiyonlar da olabilir. Kontakt dermatit, makülopapuler ve büllöz ekzantemler, Stevens Johnson Sendromu (SJS), Toksik epidermal nekrolizis, hepatit, Akut generalize egzantametöz püstülozis bu reaksiyonlara örnektir (1).

İlaç alerji öyküsü olan hastalara tedavi gerektiğinde alternatif gruptan ilaç önermek akılcı bir yaklaşım olur (betalaktam grubu ile alerji öyküsü olanlarda kinolon veya makrolid vb gibi). İlaç testleri her ilaca ve ilaç grubuna göre değişmekle beraber genellikle cilt testleri ve takiben ilaç provokasyonunu içerir. Geç tip reaksiyonlar da ise cilt testleri bile eski reaksiyonu hatta daha şiddetli bir şekilde tekrarına yol açabilir. Bu nedenle hasta için en güvenli olan yaklaşım tercih edilmelidir.

Kaynak

- 1- Çelik GE, Dursun AB (Ed): İlaç Aşırı Duyarlılık Reaksiyonlarına Yaklaşım: Ulusal Rehber Güncellemesi 2019. Buluş tasarımı, Ankara

Toplum Kökenli Pnömoni Tedavisinde Güncellenenler

Uğurcan TANÜLKÜ

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Avrupa'da yıllık pnömoni insidansı %0,5-1 olup Türkiye'de %1.5 lardadır. Pnömonisi tanısı için uygun semptomlar ve fizik muayene bulgularının varlığında ve -eğer mümkünse- akciğer radyogramlarında infiltratların gözlenmesi tanı için yeterlidir.[1]

Etken tespiti için ayaktan hastalardan kan kültürü alınması önerilmez. Toplum kökenli pnömoniler için her hastadan lejyonella antijeni ve pnömokokal antijen testleri gönderilmesi önerilmez, yalnızca lejyonella endemik bölgelerde ve ciddi pnömoni ile hastane yatışı olanlarda önerilir. İnflüzanın sık görüldüğü mevsimler ve bölgelerde hızlı antijen testleri ile influenza testi yapılmalıdır. Ampirik tedavi kararında antibiyotik başlarken prokalsitonin değerlendirmesinin yeri yoktur. Ayaktan ve yatan hasta tedavi yeri belirlenmesi için PSI (Pnömoni Severity Index) ve CURB-65 skorlaması kullanılabilir.[2] Hastaneye yatan hastalarda tedavi uygulanacak yeri (Yoğun bakım veya servis) belirlemede 2007 IDSA (Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği) /ATS (American Thoracic Society) rehberinde belirtilen yoğun bakım yatış ölçütleri kullanılmalıdır. Aspirasyon pnömonisi riski ile yatış yapılan hastalarda akciğer absesi veya ampiyem olmadığı durumlarda ek antibiyoterapi veya antibiyotik rejimi değişikliği önerilmez. Sağlık bakımı ilişkili pnömoni tanımı artık rehberlerden çıkarılmıştır. Hastane yatışı olan hastalarda MRSA ve Pseudomonas riski bulunduğu bu etkenleri kapsayan antibiyoterapi rejimleri önerilir. Sağlık bakımı hastası olan hastalar da yine bu risk faktörlerine göre değerlendirilmeli ayrı kategoride değerlendirilmemelidir.[3] Ciddi olmayan ayaktan ve yatan toplum kökenli pnömoni hastalarında steroid kullanımı önerilmez. Tanı anda TKP ile influenza saptanan hastalarda tanıdan önceki semptomatik süre göz önünde bulundurulmaksızın antiviral tedavi verilmelidir. Klinik stabilite (nabız, solunum sayısı, tansiyon, oksijen saturasyonu, ateş, normal beslenebilme, normal mental durum) sağlanana kadar en az 5 gün olmak üzere antibiyoterapi devam edilmelidir. TKP için (ayaktan ve yatan) semptomları 5-7 gün içinde iyileşen hastalarda rutin akciğer grafisi ile kontrol önerilmez.

Kaynaklar:

- 1- Erişkinlerde Toplumda Gelişen Pnömoniler Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu 2021 TTD
- 2- Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia ATS 2019 Erişkinlerde Hastanede Gelişen Pnömoni Tanı Ve Tedavi Uzlaş Raporu TTD 2018

VIII. SOLUNUM OKULU

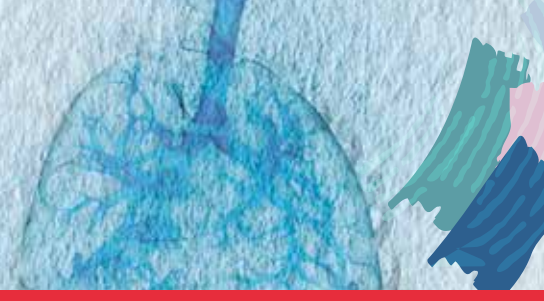


AKADEMİK
SOLUNUM
DERNEĞİ

5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC



SÖZEL BİLDİRİLER



SB-02

Lenfosit Monosit Oranı, Tüberkülozu Pnömoniden Ayırt Etmeye Yardımcı Olabilir mi?

İbrahim Koç

Bursa Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Bursa Türkiye

Giriş: Tüberküloz (tbc), az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde halen ciddi bir sorundur. Toplumda gelişen pnömoni (TGP) ile klinik ve radyolojik olarak benzeşmesi erken dönem ayırıcı tanıda zorluklar yaşatmaktadır. Tanı testleri her sağlık kuruluşunda bulunmaz ve tbc kültürünün sonuçlanması 45 günü bulabilir. Bu nedenle tanıya yön verebilecek daha ucuz, hızlı ve kolay erişilebilir tanı yöntemlerine ihtiyaç vardır. Bu çalışmada ek hastalığı olmayan bireylerde bireylerde kırmızı kan hücresi dağılım genişliği (RDW), C-reaktif protein (CRP) lenfosit oranı (CLR), trombosit lenfosit oranı (PLR) ve lenfosit monosit oranının (LMR) tüberküloz pnömoni ayırıcı tanısında biyobelirteç olarak kullanılıp kullanılmayacağına belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Mikrobiyolojik olarak doğrulanmış 122 akciğer tüberkülozu hastası ve akciğer tüberkülozu dışlanan 153 TGP'li hastanın dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Bu hastalardan komorbiditesi olan hastalar dışlandıktan sonra çalışmaya 81 Tbc hastası ve 100 TGP hastası dahil edildi.

Bulgular: Lenfosit, eozinofil ve LMR seviyeleri tbc grubunda anlamlı olarak düşük kalırken, aynı grupta nötrofil, monosit, RDW, trombosit ve PLR seviyeleri daha yüksekti.

Sonuç: Pulmoner tüberküloz şüphesi olan hastalarda RDW, PLR ve CLR düzeylerinin yüksek olması, eozinofil, PDW ve LMR düzeylerinin ise daha düşük olması önceden sağlıklı olan kişilerde pulmoner tbc tanısını öngörebilir.

Key Words: Tuberculosis, C-reactive protein Lymphocyte Ratio, Red Blood Cell Distribution Width



SB-03

D-Dimer/Fibrinojen Oranının KOAH Atağının Prognozuna Etkisi

Cihan Aydın, Birsen Pınar Yıldız, Didem Görgün Hattatoğlu

Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ,SUAM

Giriş: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) genellikle zararlı gazlara ve partiküllere ciddi maruziyet ve/veya alveolar anormalliklere bağlı kalıcı solunumsal semptomlar ve hava yolu kısıtlaması ile karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOAH risk faktörlerine artan maruziyet ve dünya nüfusunda yaşlanma nedeniyle 2020'de 4. sıradan 3. sraya yükselmiştir

Gereç ve Yöntem: Çalışma dizaynı tek merkezli, kesitsel kohort olmak üzere 15.11.2019 ile 15.11.2020 tarihleri arasında SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesine akut atak tanısı ile yatırılmış 231 KOAH hastası çalışmaya dahil edildi. Hastane veritabanı kullanılarak hastaların çalışmaya dahil edildikleri dönemde yapılan spirometrik değerleri, hemogram, biyokimya sonuçları, komorbiditeleri kaydedildi.

Bulgular: 30 ve 90 günlük mortalite oranları sırası ile %5.2, %11.8 idi. Pnömoni varlığı, KKY, HT, KBY, periferik vasküler hastalık 30 günlük mortaliteyle ilişkili saptandı. Charlson skorunda artış 30 günlük mortalite için risk faktörü olarak saptandı. Multivariable regresyon modelinde; Charlson skorundaki artış ve taburculuk sonrası atak gelişmesi 30 günlük mortalite için bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi. Taburculuk sonrası atak sayısı, ileri yaş ve hipertansiyon varlığı 90 günlük mortaliteyle ilişkili olarak belirlendi.

D-dimer tek başına 30 veya 90 günlük mortaliteyi belirleyici bir marker olarak saptanmadı (kestirim değerleri sırasıyla 0,71 mg/L; 1,16 mg/L).

D-dimer/Fibrinojen oranı tek başına 30 günlük mortaliteyi belirleyici bir marker olarak saptanmadı(kestirim değeri 0,11). Fakat D-dimer/Fibrinojen oranının yüksekliği 90 günlük mortaliteyi belirleyici olarak saptandı ($p=0,045$) (kestirim değeri 0,11)

Tartışma ve Sonuç: Sonuçlarımız tek başına D-dimer'in 30 ve 90 günlük mortaliteyi öngörmede kullanılmasını desteklemedi. Fakat D-dimer/fibrinojen oranı 90 günlük mortaliteyi belirleyici bir belirteç olarak saptandı. Bunun yanısıra taburculuk sonrası tekrarlayan ataklar olması 90 günlük mortalite için bağımsız risk faktörü olarak saptandı.

Anahtar Sözcükler: D-dimer, fibrinojen, KOAH, mortalite, prognoz



SB-04

AASM Önerilen ve Alternatif Hipopne Kriterlerine Göre Değerlendirilen Polisomnografi Sonuçlarındaki Farklılıkların Araştırılması

Ayşegül Gencer^{*}, Buket Çalıskaner Öztürk , Benan Musellim^{*}

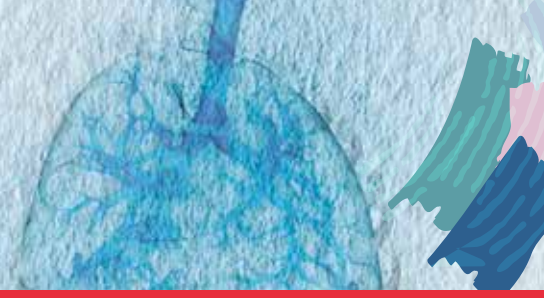
İstanbul Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Emekli Öğretim Üyesi*

Giriş: Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi tarafından 2012 yılına kadar önerilen hipopne kriterleri: %3 desatürasyon ve sinyal amplitüdünde %50 azalma, şeklindeydi. 2013 güncellemesi ile hipopne için önerilen ve alternatif kriterler: Sinyal amplitüdünde %30'luk düşüşe eşlik eden %3 desatürasyon ve amplitüdde %30'luk düşüşe eşlik eden %4 desatürasyon olarak belirlenmiştir. Çalışmamızın amacı, hipopne skorlamasındaki farklı kriterlere göre değerlendirilen polisomonografinin, obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) tanı ve şiddetinin belirlenmesinde oluşabilecek değişimleri ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: 62 hastanın, retrospektif olarak, polisomnografi sonuçlarının üç farklı hipopne kriterine göre değerlendirilmesi planlandı. Kriter 1: SaO₂'de %3, amplitüdde %30 düşme; kriter 2: SaO₂'de %4, amplitüdde %30 düşme; kriter 3: SaO₂'de %3, amplitüdde %50 düşme, olarak kabul edildi.

Bulgular: Kriter 1'e göre değerlendirildiğinde normal bulunan hasta sayısının 7(%11,3), kriter 2'ye göre 14(%22,6), kriter 3'e göre 13(%21,0) olduğu görüldü. Hipopne sayıları açısından ise; kriter 1 ve kriter 2 karşılaştırması, kriter 1 ve kriter 3 karşılaştırması, kriter 2 ve kriter 3 karşılaştırmasında anlamlı farklılık tespit edildi.

Tartışma ve Sonuç: Kabul edilen farklı hipopne kriterleri ile yapılan değerlendirmeler; polisomnografi sonuçlarında, OSAS sıklığında ve şiddetinde farklı sonuçlara neden olur.



SB-05

KOAH'lı Olgularda 6 Dakika Yürüme Mesafesi ve Hiperinflasyon derecesi ile Semptomlar Arasındaki İlişki

Buket Çalışkaner Öztürk¹, Tunçalp Demir¹

¹İstanbul Üniveristesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), ilerleyici hava akımı kısıtlaması ile karakterize, akciğere sınırlı olmayıp sistemik etkiler de gösterebilen tam olarak geri dönüştürülemeyen bir hastalıktır. Şiddeti ve sıklığı artan akut alevlenmelerle seyreder, alevlenmeler önlenabilir ve tedavi edilebilir.¹

Yakın bir geleceğe kadar KOAH hastalarında yürütülen klinik çalışmalarda ve klinik pratikte hastalığın şiddetinin, tedavi etkinliğinin ve hastalığın ilerlemesinin bir belirteci olarak özellikle akciğer fonksiyonları üzerinde odaklanılmıştı. Geleneksel olarak, 1. saniye zorlu ekspirasyon volümü (FEV1), KOAH'ta tüm fizyopatolojik değişiklikler için yaygın kullanılan küresel bir belirteçti. Son yıllarda hastalar açısından önemli olduğu için semptomlar, alevlenmeler ve bunlarla ilişkili belirteçlerin ölçümleri giderek daha fazla ilgi çekmiştir. Ancak FEV1 dahil bu ölçümlerden hiçbirinin tek başına KOAH patolojisindeki çeşitliliği, KOAH'ın doğasını ve şiddetini yeterince açıklayamadığı ve tedavi etkinliğini değerlendirmekte yetersiz kaldığı anlaşılmıştır.² Günümüzde KOAH'lı hastaları sınıflandırmak için solunum fonksiyonlarının yanı sıra, alevlenme sıklığını ve semptom ağırlıklarının da önemi kabul edilmiştir.

2011'den bu yana hastalığın derecelendirilmesi için Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD) klavuzunda kabul gören değerlendirme solunum fonksiyonlarını, alevlenmeleri, COPD Assessment Test (KOAH Değerlendirme Testi, CAT) ve modifiye Medical Research Council (mMRC) değerlerini de içeren birleşik KOAH değerlendirmesidir.¹ Ancak hala hastalığın evrenmesi ve tedavi gereksinimi için yol gösterici çeşitli testleri irdeleyen yeni araştırmalar sürmektedir.

Biz de çalışmamızda bu bağlamda İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvurup KOAH tanısı almış olan hastaların verilerini değerlendirerek, GOLD sınıflamasında kullanılan parametrelerin yanı sıra günlük pratikte kullanılan ancak sınıflamada yer almayan 6 Dakika Yürüme Testi (6DYT) ve akciğer volümlerinin, gruplandırmada kullanılan CAT ve mMRC ile olan ilişkisini ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırma Etik Kurul'u tarafından 83045809/604.01/02-1715922 sayılı onay, A-15 sayılı karar no ile alınmıştır.

Ocak 2014-Mayıs 2015 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvurmuş olan KOAH tanısı ile düzenli tedavi almakta olan hasta dosyaları tarandı. Son kontrolünde stabil dönemde olan 44 hasta çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya hasta dahil etme kriterleri:

- GOLD'da tanımlanan kriterlere göre KOAH tanısı almış olması
- En az 3 aydır düzenli KOAH tedavisi alıyor olması

Çalışmadan hasta hariç bırakma kriterleri:

- KOAH dışında akciğer hastalığı olan hastalar

□ Konjestif kalp yetmezliği olan hastalar

Çalışmaya dahil edilen olguların sigara öyküsü, son bir yıl içindeki alevlenme sayısı ve alevlenme nedeni hastaneye yatış öyküsü, yaş, boy (m), kilo (kg), vücut kitle indeksi (kg/m^2) değerleri ve stabil dönemdeki eş zamanlı olarak yapılmış olan solunum fonksiyon testi (spirometri, akciğer volümleri, karbonmonoksit difüzyon testi) değerleri, mMRC skorları, CAT değerleri 6DYM kaydedildi.

Tanımlayıcı verilerde uygun yerlerde sayı, yüzde, ortalama±standart sapma değerleri kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki korelasyonlar Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edildi. Tüm analizler SPSS 20.0 programı kullanıldı.

BULGULAR

Çalışma grubuna 38 erkek (%86.4) ve 6 kadın (%13.6) olmak üzere toplam 44 hasta dahil edilmiştir. Yaş ortalaması 64 ± 10.2 olarak hesaplanmıştır. Hastaların tümünde sigara kullanım öyküsü mevcutken, 16 hasta (%36.4) aktif sigara içicisidir. Hastaların sigara tüketim ortalaması 59.3 ± 38.6 paket/yıldır. Çalışma grubunun diğer tanımlayıcı özellikleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 1).

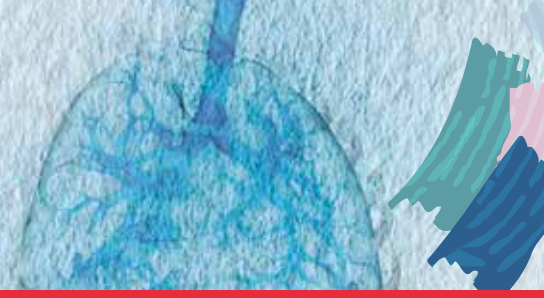
Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri

	Ortalama	Standart sapma
Yaş	64	10.2
Sigara (paket/yıl)	59.3	38.6
Sigara *	Bırakmış	63.6
	Aktif içici	36.4
Cinsiyet *	Erkek	86.4
	Kadın	13.6
CAT	15.52	9.76
mMRC	2.20	0.92
Hastaneye yatış gerektiren alevlenme sayısı	0.4	0.7
Hastaneye yatış gerektirmeyen alev. sayısı	0.8	1.2
Toplam alevlenme sayısı	1.18	1.65
6DYM (m)	360.4	126.0
FVC (ml)	2990.9	919.3
FVC%	86.2	18.5
FEV1(ml)	1507.3	647.5
FEV1%	54.9	19.1
FEV1/FVC	49.9	11.7
PEF(ml/s)	4305.5	1708.7
PEF%	58.2	20.5
MEF75(ml/s)	1894.3	1268.7
MEF75%	29.0	18.4
MEF50(ml/s)	795.9	522.5
MEF50%	19.9	12.1

VIII. SOLUNUM OKULU



5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC



MEF25(ml/s)	258.0	121.5
MEF25%	19.5	7.6
MEF25-75(ml/s)	618.2	391.9
MEF25-75%	19.8	10.6
VC(ml)	3193.4	912.9
VC%	89.8	18.1
IC (ml)	1980.0	708.8
IC %	72.1	20.7
TGV(ml)	4934.5	1496.3
TGV%	150.0	39.7
VA (ml)	5033.2	1042.2
TLC (ml)	6850.9	1539.6
TLC%	113.5	19.2
ERV (ml)	1213.9	490.6
ERV %	122.2	43.5
RV (ml)	3738.6	1220.0
RV %	163.1	46.7
RV/TLC	53.5	11.2
IC/TLC	28.2	9.6
FEV6 (ml)	2678.1	835.0
FEV3 (ml)	2213.2	787.7
FEV1/FEV6 (%)	2.12	0.73
FEV1/FEV3 (%)	2.55	0.73
FEV3/FEV6 (%)	82.08	7.54
FEV3/FVC (%)	73.77	9.92
DLCO(ml/mmHg/min)	15.37	7.22
DLCO%	63.6	24.8
DLCO/VA (ml/mmHg/min/L)	3.09	1.17
DLCO/VA %	75.2	24.8

*işaretli verilerde ortalama ve standart sapma yerine n ve % değerleri gösterilmektedir.

Yapılan korelasyon analizinde; CAT ile mMRC arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptandı (r:0.787, p<0.01). 6DYM ile hem mMRC hem de CAT arasında güçlü bir negatif korelasyon (r: -0.837, r: -0.688) gözlemlendi. RV (ml) ile 6DYM arasında anlamlı bir ilişki bulunurken (r: -.0.308) ; RV (ml) ve RV (%) ile mMRC ve CAT arasında bir ilişki saptanmadı (Tablo 2).

Tablo 2- Değişkenlerin birbiri ile korelasyonları

	CAT	mMRC	6DYM
	r	r	r
mMRC	0.787**		
6DYM	-0.688**	-0.837**	
RV (ml)	0.223	0.262	-0.308*
RV%	0.146	0.210	-0.262

r:korelasyon katsayısı, ** Pearson korelasyon p değeri <0,01 * Pearson korelasyon p değeri <0,05

TARTIŞMA

CAT içerdiği sekiz farklı başlıkta semptomlar dışında yaşam kalitesine de yönelik değerlendirme yapmaktayken mMRC'de hastalara sadece tek bir soru sorulmakta ve dispne derecesi belirlenmektedir. Bu yüzden mMRC daha kısa ve uygulaması daha kolaydır. Ayrıca mMRC'nin havayolu obstrüksiyonu ve mortalite ile daha ilişkili olduğu kabul edilmektedir.^{3,4}

GOLD sınıflaması fazla semptomlu hastaları az semptomlulardan ayırırken öncelikli olarak CAT kullanılmasını, CAT'in yapılamadığı durumlarda alternatif olarak mMRC kullanılmasını önermektedir. GOLD sınıfının belirlenmesinde bu iki değerlendirme eşdeğer kabul edilmektedir. Bu konuyla ilgili olarak mMRC ile CAT arasında anlamlı bir korelasyon olmadığını gösteren çalışmalar⁵ olsa bile birçok yazar tarafından mMRC ile CAT arasında gerçek anlamda bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir.⁵⁻⁹ Bizim çalışmamızda da CAT değeri ile mMRC arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır (r:0.787, p<0.01).

Çalışmamızda 6DYM ile hem mMRC hem de CAT arasında güçlü negatif korelasyon (sırasıyla r: -0.837, r: -0.68) izlenmiştir. Marin ve arkadaşları da bizim çalışmamıza benzer olarak 6DYM ile mMRC arasında negatif korelasyon olduğunu (r:-0.58) göstermiş olup kıyaslandığında bizim çalışmamızdaki korelasyonun daha güçlü olduğu görülmüştür.¹⁰ Manescu ve arkadaşlarının çalışmasında da 6DYM'nin mMRC ile güçlü negatif korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir.¹¹ Bu sonuca göre 6DYM dispne derecesi ile ilişkili olmasının yanı sıra yaşam kalitesini belirleyen bir parametre olarak da kabul edilebilir.

Çalışmamızda RV (%) ile 6DYM arasında anlamlı ilişkili saptanırken, RV (%) ile mMRC ve CAT ilişkisiz saptandı. Shin ve arkadaşlarının 2015'te yayınladıkları çalışma ile Silveira ve arkadaşlarının 2014'te yayınladıkları çalışma KOAH'ta hiperinflasyonun egzersiz kapasitesini düşürdüğünü göstermiştir.^{12,13} Buna göre statik hiperinflasyonun KOAH'ta egzersiz kapasitesini düşürdüğü ancak semptomlara bir etkisi olmadığı sonucuna varılabilir.

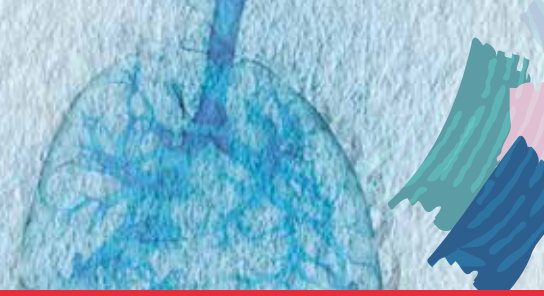
SONUÇ

6DYM, KOAH semptom değerlendirilmesinde mMRC ve CAT ile eşdeğer olup hiperinflasyon göstergesi olarak bu iki testten üstündür.

Hiperinflasyonun KOAH'ta egzersiz kapasitesini düşürdüğü ancak semptom ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Updated 2022.
2. Jones PW, Agusti AG. Outcomes and markers in the assessment of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J.* 2006;27(4):822-832. doi:10.1183/09031936.06.00145104
3. Casanova C, Marin JM, Martinez-Gonzalez C, et al. Differential Effect of Modified Medical Research Council Dyspnea, COPD Assessment Test, and Clinical COPD Questionnaire for Symptoms Evaluation Within the New GOLD Staging and Mortality in COPD. *Chest.* 2015;148(1):159-168. doi:10.1378/chest.14-2449.
4. Rhee CK, Kim JW, Hwang YI, et al. Discrepancies between modified Medical Research Council dyspnea score



- and COPD assessment test score in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015;10:1623-1631. Published 2015 Aug 12. doi:10.2147/COPD.S87147.
5. de Torres JP, Marin JM, Martinez-Gonzalez C, et al. Clinical application of the COPD assessment test: longitudinal data from the COPD History Assessment in Spain (CHAIN) cohort. *Chest.* 2014;146(1):111-122. doi:10.1378/chest.13-2246
 6. Jones PW, Adamek L, Nadeau G, Banik N. Comparisons of health status scores with MRC grades in COPD: implications for the GOLD 2011 classification. *Eur Respir J.* 2013;42(3):647-654. doi:10.1183/09031936.00125612
 7. Dodd JW, Hogg L, Nolan J, et al. The COPD assessment test (CAT): response to pulmonary rehabilitation. A multicentre, prospective study. *Thorax.* 2011;66(5):425-429. doi:10.1136/thx.2010.156372
 8. Casanova C, Marin JM, Martinez-Gonzalez C, et al. New GOLD classification: longitudinal data on group assignment [published correction appears in *Respir Res.* 2014;15:140] [published correction appears in *Respir Res.* 2014;15:140]. *Respir Res.* 2014;15(1):3. Published 2014 Jan 13. doi:10.1186/1465-9921-15-3
 9. Han MK, Muellerova H, Curran-everett D, et al. the COPD Gene Cohort. 2014;1(1):43-50. doi:10.1016/S2213-2600(12)70044-9. Implications.
 10. Marin JM, Carrizo SJ, Gascon M, Sanchez A, Gallego B, Celli BR. Inspiratory capacity, dynamic hyperinflation, breathlessness, and exercise performance during the 6-minute-walk test in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163(6):1395-1399. doi:10.1164/ajrccm.163.6.2003172
 11. Mănescu V. Relevanța testului de mers de 6 minute și a dispneei măsurate pe scala mMRC în evaluarea BPOC [The relevance of the 6 minutes walking test and of dyspnea measured with mMRC scale in evaluating COPD severity]. *Pneumologia.* 2012;61(3):153-159.
 12. Shin TR, Oh YM, Park JH, et al. The Prognostic Value of Residual Volume/Total Lung Capacity in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Korean Med Sci.* 2015;30(10):1459-1465. doi:10.3346/jkms.2015.30.10.1459
 13. Silveira L, Teixeira PJ, da Costa CC, et al. The relationship between fat-free mass index and pulmonary hyperinflation in COPD patients. *Respirology.* 2014;19(8):1204-1208. doi:10.1111/resp.12406

SB-06

Erişkin Kronik Ampiyem Olgularında Açık Cerrahi: 36 Olgunun Sonuçları

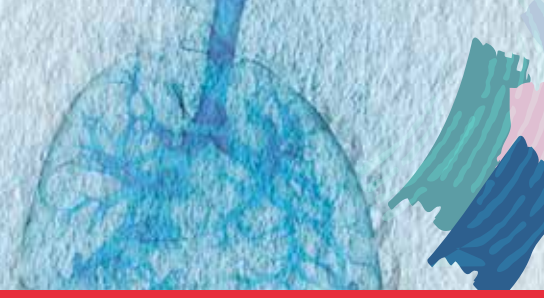
Akın Eraslan Balcı, Profesör, Fırat Üniversitesi Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, **Suna Polatoğlu**, Uzman, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Servisi, **Muharrem Çakmak**, Doçent, Fırat Üniversitesi Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, **Siyami Aydın**, Doktor Öğretim Üyesi, Fırat Üniversitesi Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, **Sema Ak**, Uzmanlık Öğrencisi, Fırat Üniversitesi Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, **Hüseyin Nam**, Uzmanlık Öğrencisi, Fırat Üniversitesi Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı,

Giriş: Plevral aralıktaki enfeksiyon uzun süre devam ettiğinde kronik ampiyem ve fibrotoraks gelişir. Kliniğimizde ileri evredeki olgularda yapılan dekortikasyon ameliyatının sonuçları incelenmiştir.

Gereç Ve Yöntem: Arşiv kayıtları üzerinden 2015-2021 yılları arasında kronik ampiyem ve fibrotoraks tanısıyla ameliyat edilmiş olan 36 erişkin hasta incelendi. Tanı ameliyat öncesi BT ile konuldu ve ameliyat sonrası patolojik değerlendirmeyle doğrulandı. Kalınlaşmış pariyetal ve viseral plevra, kosta aralıklarının daralması ve akciğer parankiminin hapsi kronik oluşun kanıtı olarak kabul edildi. Ek olarak plevral sıvı varsa kronik ampiyem, yoksa fibrotoraks olarak değerlendirildi. Pürülan sıvı drenajı, drenaj sıvısında kültür pozitifliği ve biyokimyasal incelemeyle ampiyem tanısı doğrulandı.

Bulgular: Toplam 36 hastanın 8 (%22.2)'inde etiolojide tüberküloz vardı. Hastaların 28 (%78)'ine preoperatif göğüs tüpü takılmıştı. Ortalama ameliyat süresi 92 dakika olmuştu. Postoperatif göğüs tüpü süresi $6,25 \pm 3,47$ (22-2) gün, postoperatif hastane süresi $7,64 \pm 4,04$ (25-3) gün, drenaj miktarı $462,5 \pm 144,11$ (750-200)ml oldu. Anlamlı morbidite 10 (%27,8) hastada görüldü (uzamış hava kaçağı 4, atelektazi 2, insizyonda koleksiyon 1, insizyon yeri enfeksiyonu 1, kardiyak ritm bozukluğu 1, diyafragma elevasyonunu 1). İki (%5,5) hasta reopere edildi ve 2 (%5,5) hastada steril plevral boşluk kaldı. Mortalite görülmedi. Uzun dönemde komplikasyon görülmedi.

Tartışma ve Sonuç: Kronik ampiyem ve fibrotoraksta torakotomiyle yapılan açık dekortikasyon başarılıdır. Anlamlı morbidite görülse de uygun tedaviyle düzeltilebilir.



SB-07

Terminal İoperabl Akciğer Kanseri Plevral Efüzyonda Talc Plöredezi ve Kateter İle Tüp Karşılaştırması

Akın Eraslan Balcı, Profesör, Fırat Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Siyami Aydın, Doktor Öğretim Üyesi, Fırat Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Muharrem Çakmak, Doçent, Fırat Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Suna Polatoğlu, Uzman, Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, Hüseyin Nam, Uzmanlık Öğrencisi, Fırat Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Sema Ak, Uzmanlık Öğrencisi, Fırat Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı,

Giriş: Plevral efüzyon nedeniyle semptomatik olan hastalarda uygulanan plöredez yönteminin sonuçlarını değerlendirmek

Gereç ve Yöntem : 2010-2020 yılları arasında İoperabl akciğer tümörü plevral efüzyonu olan 53 hasta arşiv kayıtları üzerinden incelendi. Plevral kateter ve göğüs tüpü ile talc kullanılarak plöredez yapılan hastalar alındı. Talc plöredez plevral drenaj 150 ml/gün altına düştüğünde, 50 ml serum fizyolojik içerisine 4 gram talc ve lokal anestetik konarak ve 50 ml enjektörle dren veya kateter vasıtasıyla plevral aralığa gönderildi ve 6 saatlik klemp süresince hastaya çeşitli pozisyonlar verildi. Sualtı sistemi içinde oturur/ayakta pozisyonda tekrar spontan drenaja alındı. Drenajın kesilme oranı ve süresi kaydedildi. Çalışma 6 aylık dönemle sınırlı tutuldu.

Bulgular: İlk plöredezın ardında drenajı tam kesilen 22 (%41,5), azalan 19 (%35,8), değişmeyen 11 (%20,7), artan 1 (%2) hasta vardı. Drenajı azalan, değişmeyen ve artan hastalara (31, %58,5) kriterler tekrar sağlanınca ikinci plöredez yapıldı. İkinci plöredez ile drenajın tam kesilme oranı %61,3 (19/31) oldu. Birinci ve ikinci plöredez arasındaki interval 13,6 gün oldu. Bu süre içinde 3 hasta hastalığından ötürü kaybedildi. Bunların hepsi ikinci drenaja gereksinim gösteren hastalardı. Kalan 9 hastaya üçüncü kez plöredez yapıldı, 2 (%22,2) hastanın drenajı kesildi. Bir ay içerisinde drenajı kesilen hastalarda yeniden plevral sıvı boşaltıcı işlem gerekmedi. Bir aydan üç aya kadar olan sürede 11 hasta exitus oldu 12 hastaya plevral sıvı boşaltması ve yeniden plöredez yapıldı. Üç ay 6 ay arası dönemde 14 hasta daha exitus oldu ve 14 hastaya plöredez yapıldı. Kateter ve toraks tüpünün başarı oranı farklı değildi.

Tartışma ve Sonuç: Konservatif plöredez kısmen başarılı olmakta ve hastalığın ilerlemesine paralel başarı oranı düşerken nüks artmaktadır. Toraks tüpü ve kateterin başarı oranı farklı değildi. Daha az invaziv kateter iyi bir seçenektir.



SB-08

Rt Pcr Negatif ve Rt Pcr Pozitif Covid-19 Hastalarının Toraks Bt Lerinin Karşılaştırılması

Müfide Arzu Özkarafakılı, Göğüs Hastalıkları, Uzman Dr.,Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi İstanbul, **Hüseyin Özkurt**, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Profesör, Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi İstanbul, **Mustafa İlteriş Bardakçı**, Göğüs Hastalıkları, Uzman Dr., Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi İstanbul , **Uğur Yanç**, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Asistan Dr., Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi İstanbul , **Işıl Kibar Akıllı**, Göğüs Hastalıkları, Uzman Dr., Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi İstanbul , **Yüksel Altuntaş**, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Endokrinoloji Bölümü, Profesör, Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi İstanbul, **Hacı Mustafa Özdemir**, Ortopedi Ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Profesör, Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi İstanbul

Amaç: COVID-19 Pnömonisinde referans standart olan RT-PCR (viral nükleik asidin gerçek zamanlı ters transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu) testi sonuçları ile, Toraks Bilgisayarlı Tomografi (Toraks BT) bulgularını karşılaştırmak. RT-PCR negatif hastalara yaklaşımda, Toraks BT'deki radyolojik bulguların COVID-19 tanısı için önemini incelemek.

Materyal Metod: Mart-Haziran 2020 arasında, hastanemiz pandemi servisinde izlenen 569 COVID-19 tanılı hastanın Toraks BT bulguları incelendi. Hastalar, RT-PCR sonuçlarına, cinsiyete ve yaşa göre gruplandırıldı.BT'de tutulum ve CO-RADS değerleri korele edildi.

Bulgular: Toplam 569 hastadan, 284(%49) hasta RT-PCR (+), 285(%50.8) hasta ise RT-PCR (-) idi. En sık görülen ek hastalık 188(%33) hastada hipertansiyon, 124(%21.8) hastada diabetti. 228(%40.8) hastanın ek bir hastalığı bulunmuyordu. RT-PCR (+) 11(%1.9) hastanın Toraks BT'sinde tutulum yoktu. BT'de lezyonlar 544(%95.6) bilateral, 553(%97.2) multilober dağılımda, 557(%98) periferik 151(%26,5) posterior yerleşimdeydi. En çok görülen bulgular; 539(%94,7) buzlu cam, 365(%64,1) konsolidasyon, 160(%28,1) kaldırım taşı interlobuler septal kalınlaşma şeklindeydi. CO-RADS (COVID-19 Reporting and Data System) değeri ort 5.4±0.7 bulundu. RT-PCR (-) olgularda 280(%98,2) buzlu cam dansitesi ve 24(%8,4) retikülasyon; RT-,PCR (+) olgulardan daha yüksek oranda 259(%91,2), 12(%4,2) izlendi(p<0.05) .Lezyonların dağılımı ve yerleşimi arasında iki grup arasında anlamlı fark yoktu. CO-RADS değeri, RT-PCR (+) olgularda ort. 5.8±0.7 ile, RT-PCR (-) olgularından ort.4.9±0.4 anlamlı olarak yüksek bulundu(p<0.05). Kadın erkek cinsiyetleri arasında; BT'de tutulum, lezyonların dağılımı, yerleşimi ve karakteri açısından fark yoktu. 18-64 ile 65-94 yaş grubu arasında, BT'de tutulum, lezyonların dağılımı ve yerleşimi açısından fark bulunmadı. Kaldırım taşı interlobuler septal kalınlaşma 105(%24,8) - 55(%37,9) ve retikülasyon 19(%4,5) - 17(%11,7) bulguları; 18-64 yaş aralığında daha fazla izlendi(p<0.05).

Sonuç: COVID-19 Pnömonisinde Toraks BT'de tipik bulgular: bilateral, periferik posterior yerleşimde buzlu cam dansiteleri, konsolidasyon ve kaldırım taşı görünümüdür.Tanı için referans olan RT-PCR testi negatif sonuçlansa da, hastada temas öyküsü ve yüksek klinik şüphenin sürdüğü durumlarda Toraks BT, tanı, izolasyon ve tedavi için çok önemli role sahiptir.

SB-10

Sigara Uyku Hijyenini Etkiler mi ?

Didem Görgün Hattatoğlu, Őenay Aydın, Birsen Pınar Yıldız,

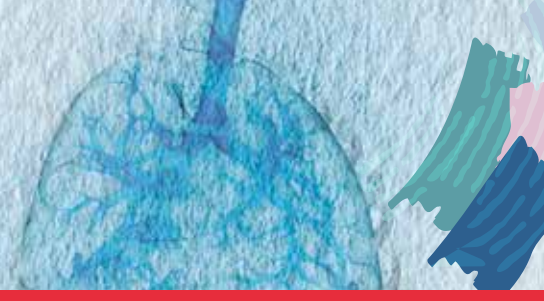
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji, İstanbul

Giriş ve Amaç: Sigara içenlerde; daha önce değerlendirilmemiş olan uyku hijyeni de dahil olmak üzere çeşitli patogenetik mekanizmalarla uyku mimarisi bozulabilir. Sigaranın yaşam kalitesi parametrelerinin bozulması ile ilişkili olabilecek uyku hijyeni davranışları üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

Method: Prospektif kesitsel bir çalışmamıza sigara içen (n=114) ve içmeyen (n=119) katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılara yzyze Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI), Epworth Gündüz Uykululuk Ölçeği (ESS), Uyku Hijyeni İndeksi (SHI), Kısa Form-36 yaşam kalitesi ölçeği (SF-36) anketleri uygulanmıştır. .

Sonuç: Sigara içenlerde, sigara içmeyen kontroller ile karşılaştırıldığında (kötü uyku kalitesi sigara içenler de %65.5; sigara içmeyenlerde %62.5) total uyku kalite skoru (PSIQ) ve herhangi bir komponentinin etkilenmediğini gösterdik. Her ne kadar sigara içenler her gün farklı zamanlarda kalkma ve yatmadan önce önemli işler yapma eğiliminde olsalar da çalışma grupları arasında her bir bileşen ve SHI toplam puanı (sigara içenler için 27.91 ± 6.72 ve içmeyenler için 29.23 ± 8.0) açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Uyku kalitesi kötü olan sigara içenler arasında ESS, Depresyon, Anksiyete skorları ve SHI puanları , normal uyuyan sigara içenlere göre anlamlı olarak farklıydı. Hem PSQI hem de SHI skorları, QoL parametreleriyle ters orantılıydı.

Tartışma: Sonuçlarımız, sigara içmenin tek başına kötü uyku hijyeni veya uyku kalitesi ile ilişkili olmadığını göstermektedir. Sigara içenlerde SHI ve uyku kalitesinin yaşam kalitesini, depresyonu ve anksiyeteyi olumsuz etkilediği sonucuna varılabilir.



SB-11

2.Basamak Ybu de Çalışan Sağlık Çalışanlarında Covid Enfeksiyon Riski ve Enfeksiyon Riskine Etki Eden Faktörler

Ayşe Bahadır, Sibel Yurt, Hatice Sözgen Örenç, Cihan Aydın, Gül Ünalın, Yunus Emre Kalkan

Özet:

SARS-CoV2 'e bağlı pandemi ilanından bugüne dek tüm dünyada enfeksiyondan en çok etkilenen meslek grubu sağlık çalışanları idi. Toplumda enfeksiyon ve hastalık riski artarken onlara hizmet sunan sağlık çalışanlarında enfekte olma riskinin topluma göre 11 kat arttığı bildirilmektedir. Aerosol üreten alanlarda çalışanlar daha riskli olmakla beraber enfeksiyona etki eden faktörler farklı bildirilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda yüksek akımlı nazal oksijen(HFNO), NIMV gibi aerosol üretiminin fazla olduğu , bulaş riskinin arttığı yoğun bakım ünitesi (YBU) gibi riskli alanda hizmet veren sağlık çalışanlarında SARS-CoV 2 ile enfekte olma oranını ve enfeksiyona yatkınlığa etki eden faktörleri incelemeyi amaçladık. Bu amaçla pandeminin 2.dalgasında daha önce kemik iliği transfer (KIT) ünitesi olarak tasarlanmış 16 yataklı servis 2.basamak ybu olarak dizayn edildi. Kasım-Aralık 2020 döneminde çalışan 40 sağlık çalışanı çalışmaya alındı. Anket yolu ile enfeksiyon oranları ve etki eden faktörler değerlendirildi. Toplamda 7'si hemşire 10 sağlık çalışanının (%25) enfekte olduğu saptandı. Enfekte olanların daha genç, meslekte toplam çalışma süreleri daha kısa , aylık çalışma süreleri daha uzun idi ($p<0.05$). Enfekte olan ve olmayanlar arasında cinsiyet, günlük çalışma süresi ,nöbet ertesi dinlenme süreleri ,CPR'a katılım , ortalama vücut ağırlıkları, medeni durumu, sigara kullanımı açısından istatistiksel farklılık saptanmadı($p>0.05$).

Sonuç olarak 2.basamak YBU 'de çalışan sağlık çalışanları COVID-19 enfeksiyonu açısından riskli alanda çalışıyor olmakla beraber, hemşire ve genç olmak, iş tecrübesi azlığı ve uzun çalışma saatleri enfeksiyon riskinin artışına neden olan faktörler olarak saptandı Bu konuda alınacak önlemler COVID pandemisi devam ederken sağlık çalışanlarında enfeksiyon bulaşıcılığını ve işgücü kaybını önleyecektir

SB-12

Hastanede Yatan Toplumda Gelişen Pnömonili Hastalarda Sigaranın Prognoz ve Mortalite Üzerine Etkisi

Effect Of Smoking On Prognosis And Mortality In Patients Hospitalized Due To Community Acquired Pneumonia

Feride Yaman Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, **Ayşin Şakar Coşkun Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa, Yavuz Havlucu Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa, Aykut Çilli Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Burcu Karaboğa Atatürk Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Antalya, Oğuz Kılinc Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Seda Salman Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Sezai Taşbakan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Abdullah Sayiner Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir**

Giriş: Toplumda gelişen pnömoni(TGP), infeksiyonla ilişkili ölümlerin önde gelen nedenidir.Tüm dünyada hekim başvurularının, tedavi giderlerinin, iş-okul günü kayıplarının ve ölümlerin önemli bir kısmından sorumludur(1). Pnömoni infeksiyonlara bağlı ölümler arasında ise birincisırayı almaktadır(2,3). Ülkemizde gerçekleştirilen değişik çalışmalarda, pnömonimortalitesinin, hastalığın ağırlığı ile ilişkili olarak %1 ile %60 arasında değiştiği, özellikle hastanede tedavi edilen pnömonilerdemortalitenin belirgin yüksek olduğu (%10.3-60) gösterilmiştir(4). İleri yaş, yaşam stili ile ilgili faktörler (kronik ve akut alkol, sigara içme, malnutrisyon), kronik hastalıklar(diyabet, neoplasm, kronik obstrüktif akciğer hastalığı), immün eksiklikler, immünosupresif tedaviler, uygun olmayan antibiyotik kullanımı gibi faktörler; pnömoni gelişimini, ağırlığını, hastanede yatış süresini, mortalite ve tedavi maliyetlerini etkilemektedir(5). Bu risk faktörlerinden sigara içiminin, TGP riskini artırdığı birçok çalışma ile gösterilmiştir. Aktif sigara içimi ile pnömoni riskinin yaklaşık 2 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (6).

Bu çalışmada, pnömoninin gelişiminde risk faktörlerinden biri olan sigaranın, hastanede yatan toplumda gelişen pnömonili hastalarda prognostik faktörler ve mortalite üzerine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kasım 2009 - Mayıs 2013 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Göğüs Hastalıkları kliniklerinde yatarak tedavi gören toplumda gelişen pnömoni olguları çalışma kapsamına alındı. 18 yaş altındaki olgular çalışmaya alınmadı. Çalışmaya başlamadan önce Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alındı (Karar no: 20.478.486.265).

Hastaların sosyodemografik verileri, özgeçmiş özellikleri, eşlik eden hastalıklar, sigara içme öyküsü, tanı anında mevcut semptomları, bir hafta içindeki antibiyotik kullanım öyküsü ve süresi, vital bulguları, fizik muayene bulguları, radyolojik bulguları, Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure-Age >65 (CURB-65) ve Pneumonia Severity Index (PSI) skorları, verilmiş olan tedaviler ve izlemde tedavi yanıtı, hastanede yatış süreleri, bir aylık tedavi sonuçları ve erken mortalite (hastane içi ve 30 günlük) verileri Türk Toraks Derneği (TTD) pnömoni veri tabanına kaydedildi. Pnömoni tanısı hastada ateş, öksürük ve pürülan balgam şikayetlerinden en az birinin bulunması ve posteroanterior (PA) akciğer grafisinde yeni bir infiltrasyonun varlığıyla konuldu. Olgular sigara içme durumuna göre 3 grupta sınıflandırıldı (Halen içenler, hiç içmemişler olanlar ve bırakmış olanlar). TGP tanısı alarak çalışmaya dahil edilen olgulara, TTD Erişkinlerde Toplumda Gelişen Pnömoni Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu'nda önerilene uygun şekilde gruplandırılarak ampirik antibiyotik tedavisi başlandı.

Belirli aralıklarla olguların yatışı sırasındaki yakınmaları, kontrol fizik muayene bulguları, **laboratuvar** bulguları, radyolojik bulgular, tedavide kullanılan ilaçlar, tedavinin TTD Erişkinlerde Toplumda Gelişen Pnömoni Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu'na uygunluğu, tedavi değişikliği, tedavi süresi, tedavi sonucu değerlendirildi.

VIII. SOLUNUM OKULU



5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC

İstatistiksel Analiz: İstatistiksel analizde SPSS 20.0 istatistik programı kullanıldı. Parametrik değerler bağımlı gruplar student t testi ile değerlendirildi. Grup analizi yapabilmek için, parametrelerin bir bölümü numerik olarak, bir bölümü olgularda bulunup bulunmamasına göre 2 gruba ayrıldı. Gruplara göre oranların karşılaştırılmasında ki kare ve Anova testi kullanıldı. $p < 0,05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Mortalite için cox regresyon analizi yapıldı. Cox regresyon analizinde yaş, komorbid hastalık varlığı, sistemik steroid kullanımı, tanı öncesi antibiyotik kullanımı, sigara kullanma öyküsü dahil edildi. Relative risk ve %95 CI hesaplandı.

Bulgular : Çalışmaya 465'i erkek (%66,2), 237'si (%33,8) kadın olmak üzere toplam 702 olgu alındı. Olguların yaş ortalaması 65.30 (min;18-max;110) idi. En sık semptomlar öksürük (%93,4), balgam çıkarma(%88,3), ateş (%66,5), halsizlik (%61,7) olarak saptandı. Hastaların 78'i (%11,1) halen sigara içiyordu, 261'i (%37,2) hiç içmemişti, 363'ü (%51,7) ise sigarayı içmiş ve bırakmıştı (Tablo 1).

Çalışmaya dahil edilen olguların %85,2'sinde bir veya daha fazla komorbid hastalık eşlik etmekteydi. En sık görülen komorbid durumlar sırasıyla KOAH (%29,9), koroner arter hastalığı (%20,2) ve diabetes mellitus (%19,2) idi. Sigarayı içmiş-bırakmış olan grupta KOAH, koroner arter hastalığı, akciğer kanseri ve diğer organ kanserleri görülme sıklığının diğer gruplara göre daha fazla olduğu saptandı ($p=0,000$, $p=0,001$, $p=0,000$) (Tablo 2).

Hastaların sigara içme durumları ile radyolojik yaygınlık açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$). Sigara içme durumu ile laboratuvar bulguları arasındaki ilişkiye bakıldığında AST ($p=0,02$), ALT ($p=0,032$) değerlerinin aktif sigara içicilerinde, SO₂ değerinin ise hiç sigara içmemiş olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,009$). Sigara içme durumu ile PCT, CRP değerleri, PaO₂/FiO₂ oranı arasında ise anlamlı ilişki olmadığı görüldü (Tablo 3). Hastaların sigara içme durumları ile pnömoni ağırlık indeks skorları arasındaki ilişki bakıldığında, PSI indeks skorunun aktif sigara içicilerinde daha düşük, sigarayı içmiş ve bırakmış olanlarda daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,000$). CURB-65 indeks skorunda ise gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görüldü.

Çalışmaya dahil edilen olguların sigara içme durumları ile yatış günü arasındaki ilişkiye bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü ($p > 0,05$)

Bir aylık mortalite oranları halen sigara içen grupta %6,4, hiç sigara içmemiş olan grupta %8,5, sigarayı içmiş ve bırakmış olan grupta %9 olarak saptandı. Hastalar sigara kullanımına göre hiç sigara içmemişler ve sigara içmişler (aktif içenler ve içmiş-bırakmışlar) olarak 2 grupta sınıflandırılarak analiz yapıldığında; mortalitenin, ileri yaş (%95 CI: 0,978-1,135 RR : 1.118), komorbidite (%95 CI: 0.969-1.130 RR: 1.113) ve sigara içme öyküsü (95% CI: 0.101-1.165 RR: 1.137) ile ilişkili olduğu görüldü (Tablo 4).

Tartışma: TGP belirgin morbidite ve mortalite riskine sahip önemli bir alt solunum yolu enfeksiyonudur. Sigaranın, TGP gelişimine neden olan önemli bir risk faktörü olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir (6-8). Tütün alveol ve bronşiyollerde inflamasyon ve fibrozise, mukozal geçirgenlikte artışa, mukosilyer klirenste yetersizliğe, solunum epitelinde harabiyete, hücrel ve humoral immun sistem fonksiyonlarında çeşitli değişikliklere yol açarak, solunum yolu enfeksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir (9). Türkiyede yapılan, sigaranın pnömoni gelişiminde risk faktörü olarak kabul edildiği bir çalışmada hastaların %41,7'si aktif sigara içicisi ya da daha önce sigara içmiş ve bırakmış olduğu bildirilmiştir (10). Kadafal ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma ise hastaneye yatırılan TGP'li hastalarda sigara alışkanlığı %47 olarak bulunmuştur (11). Çalışmamıza dahil edilen pnömonili olguların %37,2'si hiç sigara içmemiş, %11,1'i aktif sigara içicisi, %51,7'si daha önce sigara içmiş ve bırakmıştı. Çalışmamızdaki TGP'li olgularda kadın ve erkek cinsiyet arasında sigara içme oranları açısından önemli fark saptanmazken, sigara kullanma oranının literatüre göre daha fazla olması, olguların yaş ortalamasının daha yüksek olması ile açıklanabilir.

VIII. SOLUNUM OKULU



5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC

Altta yatan ek hastalığı olan hastalarda pnömoni daha sık görülmekte ve daha ağır seyredabilmektedir (12). TGP olguların çoğunda (%58-89) KOAH, diyabet, kardiyovasküler ve nörolojik hastalıklar ya da alkol bağımlılığı gibi altta yatan bir ya da daha fazla ek hastalık bulunmaktadır (13). Küçükardalı ve arkadaşları tarafından yaşlı populasyonda yapılan bir çalışmada TGP'li olgularda en sık eşlik eden hastalıklar sırayla iskemik kalp hastalığı (%55), konjestif kalp yetmezliği (%46), hipertansiyon (%29), diyabet (%22), KOAH (%20), renal yetmezlik (%20) ve malignite (%12) olarak bildirilmiştir (14). Literatüre benzer şekilde çalışmamızda da komorbid durumlardan en sık KOAH(%29,9), koroner arter hastalığı (%20,2), diabetes mellitus (%19,2), konjestif kalp yetmezliği (%13,4), serebrovasküler hastalık (%7,3) olduğu saptandı. Sigarayı içmiş-bırakmış olan grupta KOAH (p=0,000), koroner arter hastalığı (p=0,001), akciğer kanseri (p=0,000) ve diğer organ kanserleri (p=0,034) görülme sıklığının diğer gruplara göre daha fazla olduğu saptandı.

Çalışmamızdaki olguların akciğer grafileri incelendiğinde %72,9 olguda konsolidasyon, %40,7 olguda intertisyel/yama tarzı tutulum, %3,2 olguda kavite saptandı. %38,2 olguda bilateral tutulum, %35 olguda multilober tutulum, %20,7 olguda plevral effüzyon saptandı. Olguların sigara içme durumu ile pnömoninin radyolojik yaygınlığının ilişkisine bakıldığında, aktif sigara içicilerinde multilober tutulumun diğer gruplara göre biraz daha fazla olduğu görüldü. Fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p >0,05) Yapılan çalışmalarda radyolojik olarak multilober tutulum olması ve plevral efüzyon olmasının prognoz tayininde önemli olduğu ve mortalite ile ilişkisi olduğu bildirilmiştir (15,16).

Hastaneye yatırılan TGP'li hastalarda arteriyel kan gazı tayini özellikle prognostik açıdan bilgi verdiği için önemlidir. Kohno ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada SaO₂ ≤ %90 veya PaO₂ ≤ 60 olması mortalitenin en güçlü göstergesi olarak belirtilmiştir. Tüm ölümlerin %5,6'sının bu gösterge ile ilişkili olduğu bulunmuştur (17). Çalışmamızda olguların sigara içme durumları ile PO₂/FiO₂ oranları arasındaki ilişkiye bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı, O₂Sat (%) değerinin ise aktif sigara içicileri ve daha önce sigara içmiş ve bırakmış olanlarda, hiç sigara içmemiş olan gruba göre daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p=0,009).

Çalışmamızda 481 olguda CRP bakılabildi, ortalama CRP değeri 47,01±69,39 mg/L olarak bulundu. Olguların sigara içme durumu ile CRP arasındaki korelasyona bakıldı, fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05). Bircan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da sigara paket/yılı ile pnömoni şiddeti arasında korelasyon saptanmamış ve CRP düzeyi yönünden sigara içen, içmeyen ve bırakmış gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (18). Çalışmamıza dahil edilen 120 (%17) pnömonili olgunun, yatış sırasında ve izlemlerinde infeksiyon biyo-belirteçlerinden PCT bakılabildi. Hastaların sigara içme durumları ile PCT değerleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Pnömonili bir hastada doğru empirik antibiyotiğin seçimi ve hastanın hastaneye yatırılmasının gerekip gerekmediği kararının verilmesi için olgular gruplara ayrılmaktadır. Son yıllarda güncellenen birçok tedavi rehberi, bu konuda CURB-65 ve PSI indekslerini önermektedir (4) Çalışmamıza alınan 682 olgunun PSI, 692 olgunun CURB-65 indeksine bakıldı. Ortalama PSI skoru 97,1±35,4, ortalama CURB-65 skoru 2,2±1,02 olarak saptandı. Olguların sigara içme durumları ile PSI ve CURB-65 indeksleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, PSI indeks skorunun sigara içmiş ve bırakmış olan grupta daha yüksek idi ve istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,000) CURB-65 indeks skorunda ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü. Sigara içmiş ve bırakmış olan grupta PSI indeks skorunun daha yüksek olması bu gruptaki hastaların ileri yaş, eşlik eden komorbid hastalıklar ve oksijenizasyon parametreleri puanlarının daha yüksek olması ile ilişkilendirdik.

Olgularımızın hastanede ortalama yatış süresi 9,40±7,83 gün idi fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Ülkemizde yapılan iki farklı çalışmada benzer şekilde sigara içme durumunun hastane yatış süresini anlamlı olarak değiştirmedeği bildirilmiştir (19,20).

Yapılan çalışmalarda ayaktan takip edilen veya serviste yatan hastalarda bildirilen mortalite oranlarının %1.4 ile %10.4 arasında değiştiği görülmektedir (21,22) Olgularımızın bir aylık tedavi sonucunda toplam mortalite oranı, literatüre benzer şekilde %8,5 bulundu. En fazla mortalite oranının %9 ile sigarayı içmiş ve bırakmış olan grupta olduğu görüldü. Bu durum, komorbid hastalıkların görülme sıklığı ve yaş ortalamasının sigara içmiş ve bırakmış olan grupta daha fazla olması ile ilişkili olabilir. Çalışmamıza alınan olguların pnömoni mortalitesini etkileyebileceğini düşündüğümüz bazı parametreler, cox regresyon analizi ile değerlendirildi. Bu zamana kadar yapılmış olan birçok çalışmada olduğu gibi, ileri yaş (95% CI:0,969-1,130 RR:1,118), komorbid hastalık varlığı (95% CI:0,969-1,130 RR:1,113), ve sigara kullanım öyküsü olması (95% CI:0,901-1,165 RR:1,137) mortaliteyi etkileyen faktörler olarak saptandı (Tablo 5) . Yang ve ark yaptığı çalışmada da benzer şekilde sigara içme, solunum yetmezliği ve kalp yetmezliği öyküsü olan TGP'li hastalarda mortalite oranı yüksek saptanmıştır (23). Ayrıca çalışmamızda yapılan diğer analizler sonucunda, sigaranın pnömoni prognozunu belirleyen birçok faktör üzerine olumsuz etkisinin olduğu görüldü.

Sonuç olarak; Sigaranın TGP gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu ve mortalite riskini arttırdığı, prognoz üzerine olumsuz etkilerinin olduğu görülmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sigaranın bırakılmasına yönelik programların geliştirilmesi, komorbid hastalıkların önlenmesinde ve pnömoni yönetiminde etkili olacaktır. Bu konuda ülkemizde daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1 TGP'li olguların demografik özellikleri

Yaş Mean (Min- Maks)	65.30 (18-110)
Cinsiyet	
Kadın	465 (%66,2)
Erkek	237(%33,8)
Sigara içme durumu	
Halen içenler	78(%11,1)
Hiç içmemiş olanlar	261(%37,2)
Bırakmış olanlar	363(%51,7)

Tablo 2 Sigara içme durumu ile komorbidite ilişkisi

Komorbid durumlar	Halen içenler	Hiç içmemişler	Bırakmışlar	p*
KOAH	32(%41)	12 (%4,6)	166 (%45,7)	0,000
KAH	8(%10,3)	41 (%15,7)	93 (%25,6)	0,001
KKY	3 (%3,8)	45 (%17,2)	46 (%12,7)	0,008
DM	10 (%12,8)	63 (%24,1)	62 (%17,1)	0,027
SVH	2 (%2,6)	25(%9,6)	24 (%6,6)	0,088
KKH	3(%3,8)	31 (%11,9)	6 (%1,7)	0,000
KBY	4 (%5,1)	8 (%3,1)	17 (%4,7)	0,542
Astm	3 (%3,8)	2 (%0,8)	2 (%0,6)	0,026
Akciğer kanseri	4 (%5,1)	1 (0,4)	39 (%10,7)	0,000
Diğer organ kanseri	3(%3,8)	21 (%8)	45 (%12,4)	0,034
Diğer	14 (%17,9)	106 (%40,6)	103 (%28,47)	0,000

Tablo 3 Gruplara göre laboratuvar bulguları

	Halen içenler	Hiç içmemişler	Bırakmışlar	p*
Lökosit	13633 ± 62085	13654 ± 8433	13422 ± 6062	0,913
Hematokrit	38,67 ± 5,7	37,63 ± 25,29	38,41 ± 6,40	0,804
BUN(mmol/L)	8,05 ± 5,84	8,39 ± 5,88	9,24 ± 6,56	0,144
ALT	67,21 ± 214,93	30,45 ± 50,62	35,67 ± 89,88	0,032
AST	105,49 ± 396,07	38,6 ± 60,14	38,30 ± 60,44	0,002
Glukoz	135 ± 53,02	156 ± 3,26	149,91 ± 87,16	0,054
O ₂ Sat (%)	89,25 ± 10,68	91,32 ± 6,45	89,55 ± 7,49	0,009
PCT	10,61 ± 22,81	7,95 ± 31,92	6,53 ± 17,96	0,820
CRP	57,02 ± 75,05	37,28 ± 56,19	51,30 ± 75,98	0,069
PaO ₂ /FiO ₂	278,36 ± 84,53	275 ± 74,88	261,88 ± 74,66	0,228
PSI	86,83 ± 43,09	91,2 ± 39,22	103,45 ± 31,49	0,000
CURB-65	1,97 ± 0,99	2,21 ± 1,07	2,23 ± 1,00	0,128

Tablo 4 Olguların mortalite için Cox regresyon analizi

	Relative risk	%95 CI
Yaş	1,118	0,969-1,130
Komorbid Hastalık Varlığı	1,113	0,969-1,130
Sistemik Steroid Kullanımı	0,989	0,782-1,041
Tanı Öncesi Antibiyotik Kullanımı	1,005	0,879-1,018
Sigara Kullanımı	1,137	0,901-1,165



Kaynaklar

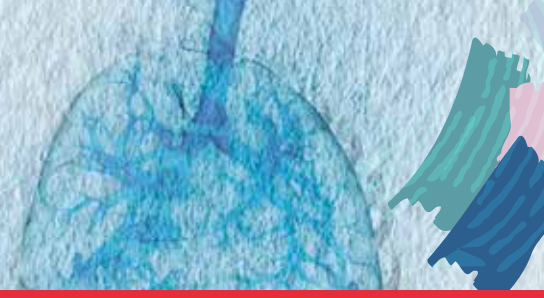
1. Acar A, Öncül O. Toplu Kökenli Pnömoniler Klimik Dergisi 2007; 20: 3-16.
2. Pinner RW, Teutsch SM, Simonsen L, Klug LA, Graber JM, Clarke MJ, Berkelman RL. Trends in infectious diseases mortality in the United States. JAMA 1996; 275(3):189-93.
3. Niederman MS, McCombs JS, Unger AN, Kumar A, Popovian R. The cost of treating community-acquired pneumonia. Clin Ther 1998; 20: 820-37.
4. Türk Toraks Derneği Erişkinlerde Toplumda Gelişen Pnömoni Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Türk Toraks Dergisi 2009; 10: 3-16
5. Babalık A, Arda H ve ark. Pnömoni Rezolusyonunu Etkileyen Faktörler. Solunum Hastalıkları 2011; 22: 5-10
6. Almirall J, Gonzalez CA, Balanzo X, Bolibar I, Proportion of community-acquired pneumonia cases attributable to tobacco smoking, Chest 1999; 116:375-9
7. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. BMJ 1994; 309:901-11
8. Rogot E, Murray JL. Smoking and causes of death among U.S. veterans: 16 years of observation. Public Health Rep 1980; 95: 213-22
9. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. Türk Toraks Derneği Tütün ve Tütün Kontrolü Kitabı 2010; 10: 3-34
10. Çilli A, Özdemir T, Özbudak Ö, et al. Risk factors for the development of community-acquired pneumonia in young adults. Turkish Respiratory Journal 2001; 2: 3-7.
11. Kadakal F, Yıldız P, Çetinkaya E ve ark. Toplum kökenli pnömoni: Ulusal uzlaş raporuna göre olgularımızın değerlendirilmesi. Solunum Dergisi 2000; 2: 76-9.
12. American Thoracic Society. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: Diagnosis, assesment of severity, and initial antimicrobial therapy. Am Rev Respir Dis 1993; 148: 1418-26.
13. Bartlett JG, Mundy LM: Community acquired pneumonia. N Eng J Med 1995; 333:1618-24
14. Küçükardalı Y, Öncül O, Nalbant S ve ark. Yaşlı popülasyonda toplum kökenli pnömoni olguları. Geriatri 2001; 4(2):59-62
15. Almirall J, Mesalles E, Klamburg J et al. Prognostic factors of pneumonia requiring admission to the intensive care unit. Chest 1995; 107:51-516.
16. Hasley PB, Albaum MN, Li YH, et al. Do pulmonary radiographic findings at presentation predict mortality in patients with community-acquired pneumonia. Arch Intern Med 1996; 156:2206-2222.
17. The JRS guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults 2008. Respirology 2009; 14: S1-S71
18. Bircan A, Kaya Ö, Gökırmak M, Öztürk Ö, Şahin Ü, Akkaya A. Toplum kökenli pnömonilerin ağırlığının değerlendirilmesinde C-reaktif protein, lökosit sayısı ve eritrosit sedimentasyon hızının yeri. Tüberk Toraks 2006; 54(1): 22-29.

VIII. SOLUNUM OKULU



5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC

19. Kolsuz M, Uçgun İ, Metintaş M, Erginel S, Alataş F, Harmancı E. Hastaneye Yatarak veya Yoğun Bakımda Tedavi Görmesi Gereken Toplum Kökenli Pnömonilerde Hastanede Yatış Süresini Etkileyen Faktörler ve Maliyet. Solunum Hastalıkları 2001; 12: 1-7
20. Doğan C, Çetin Ö, Kırıl N, et al. Analysis of advanced age pneumonia cases and factors effective on treatment success. Eurasian J Pulmonol 2014;16:94-8.
21. Sever F, Kömüs N, Esen N, Gündüz AT, Öktem MA, Çım- rın AH. Türkiye’de Toplum Kökenli Pnömoni Etyoloji ve Epidemiyolojisi. Turk Toraks Derg 2013; 14: 5-10
22. Bircan A, Sutcu R, Gokırmak M. Total Antioxidant Capa- city and C-Reactive Protein Levels in Patients with Com- munity-Acquired Pneumonia. Turk J Med Sci 2008; 38: 537-44.
23. Yang, Y, Chang, SS, Liu, JJ, Et al, Efficacy and significance of various scores for pneumonia severity in the manegement of patients with community-acquired pneumonia in China DIAO Ran, Chinase Medical Journal, 2012, 125, 639-645



SB-13

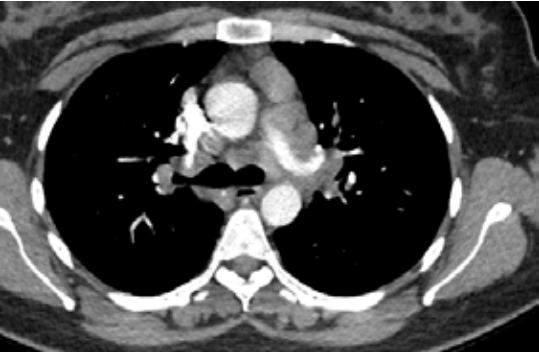
POST COVID SENDROM VE SARKOİDOZ

Ersan Atahan

İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi - Göğüs Hastalıkları

Sarkoidoz , başta en sık akciğerler olmak üzere her organı tutabilen, non-kazeifiye granülomlarla karakterize, tedavi ile veya spontan iyileşme gösterebilen inflamatuvar bir hastalıktır. Çalışmalar, sarkoidozun bir antijen tarafından tetiklenen T hücre yanıtının dokulara oluşturduğu inflamatuvar yanıt, immün olarak duyarlı kişide bir ya da birkaç çevresel antijen maruziyeti ile tetiklenerek geliştiği düşünülmektedir. Coronavirus hastalığı (Covid-19), yeni bir koronavirüs olan SARS-CoV-2'nin neden olduğu kliniği değişkenlik gösteren bulaşıcı bir hastalıktır. Hastalıkta mortalite ve morbidite virüsün doğrudan etkilerinden dolayı değil bağışıklık sisteminden kaynaklandığı birçok çalışmada gösterilmiştir. SARS-CoV-2'nin hücrelere girişi insanlarda mukozal ve bronşiyal hücrelerde eksprese edilen anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE)₂ gibi hücre reseptörlere bağlanması ile gerçekleşir. Bununla birlikte , Covid-19 hastalarından alınan akciğer biyopsi dokularının patolojik incelenmesi mononükleer dev hücreler ve CD4+ T lenfositler dahil olmak üzere inflamatuvar kümelerin varlığını göstermiştir, bu sarkoidozda görülen patoloji ile benzerdir. Çalışmamızda Covid-19 enfeksiyonu geçirdikten sonra solunumsal şikayetler ve mediastinal lenfanenopati ile başvuran hastalar sarkoidoz ön tanısı ile incelenmiştir. Uygun bölgelerden histopatolojik incelemeler için alınan biyopsiler ile non kazeifiye granülomların varlığı gösterilmiştir ve bu patolojiye sebep olabilecek diğer hastalıkları dışlanmıştır. 28-54 yaş arası (3K/4E) COVID-19 enfeksiyonu sonrası şikayetleri 6 aya kadar sebat eden toplam 7 hasta sarkoidoz tanısı ile takibe alınmıştır. Bu hastalardan 6 sında bilinen hiçbir ek hastalık öyküsü yoktu ve sigara kullanımı hiçbir hastamızda saptanmadı. Sarkoidoz tanısı alan hastalardan 3'ünde sistemik steroid tedavisi ile diğerlerinde spontan tam regresyon sağlandı. Örnek olarak 3 olgumuzu radyolojileri ile sunuyoruz.

Olgu1: 30 yaşında kadın hasta, ev hanımı nefes darlığı, kas ağrısı ve kilo kaybı şikayetleri ile COVID -19 enfeksiyonu sonrası 6.ayında tetkike alındı. PAAG' de bilateral hiler lenfadenopati, BT toraksta bilateral hiler 1,4 cm olan multiple LAP, subplevral yerleşimli multiple nodüller izlendi (Şekil-1). Sigara kullanımı yok, PPD:0 mm. Bronkoskopisinde BAL'da %17 lenfosit ve CD4/CD8 oranı 3.5; Transbronşiyal ve mukoza biyopsileri non-nekrotizan granülom.Solunum fonksiyon incelenmesinde hafif difüzyon kısıtlılığı saptandı. Galyum-68 sitrat PET/CT sarkoidoz ile uyumlu olarak takibe alındı. Takiplerinde spontan olarak BT bulguları ve kliniği regresyon gösterdi.

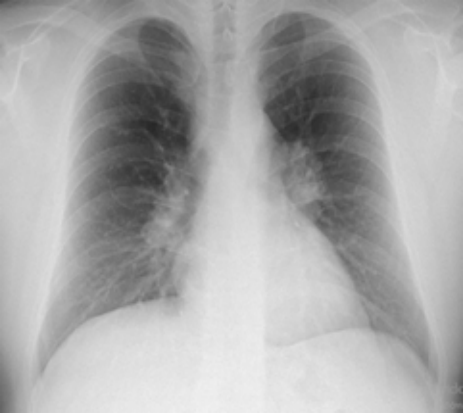


Olgu2: 36 yaşında kadın hasta, ev hanımı nefes darlığı, halsizlik ve çarpıntı şikayeti COVID-19 enfeksiyonu sonrası 4.ayda tetkik edildi. PAAG' de bilateral hiler lenfadenopati, BT toraksta mediastende ve her iki hiler alanda 3.4 cm olan

multiple LAP izlendi. Parankim incelenmesinde patoloji yoktu (Şekil-2). FDG PET-CT enflamatuar değişiklikler şeklinde yorumlanırken Ga-68 sitrat PET/CT sarkoidoz ile uyumlu olarak raporlandı. Bronkoskopik yöntemle alınan mukoza biyopsisi be TBİAB non-nekrotizan granülamatöz enflamasyon olarak sonuçlandı. Hasta sarkoidoz tanısı ile takibe alındı.



Olgu3: 41 yaşında erkek hasta, memur, Ateş, öksürük, nefes darlığı, gece terlemesi, halsizlik ve kilo kaybı ile COVID-19 enfeksiyonu sonrası 3.ayda tetkike alındı. PAAG' de bilateral hiler lenfadenopati, BT toraksta 22 mm olan multiple LAP izlendi. Parankim incelenmesinde patoloji yoktu. FDG PET-CT granülamatöz enflamatuar değişiklikler Ga-68 sitrat PET/CT sarkoidoz ile uyumlu olarak raporlandı. Post aerikular LAP ve TBİAB sonucu non-nekrotizan granülamatöz enflamasyon olarak raporlandı. Alınan biyopsiden ARB ve PAS boyamaları negatif, kültürlerde üreme yok. PPD:0 mm. Hasta sarkoidoz tanısı ile takibe alındı.



TARTIŞMA VE SONUÇ:

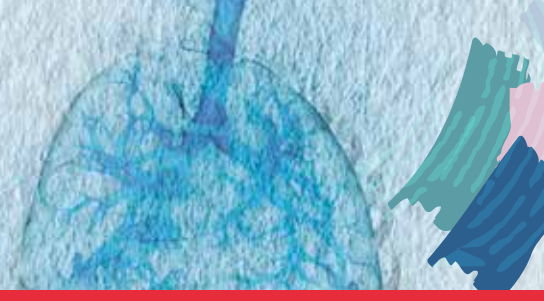
Sistemik granülamatöz hastalık sarkoidozun etyolojisi belirsizliğini korumaktadır. Sarkoidozun genetik olarak yatkın bireyde bir veya daha fazla çevresel ajana maruz kalmanın sonucu olarak ortaya çıktığı şeklindedir. Çevresel ajanlardan en fazla bulaşıcı ve veya antijenik özelliklerinden dolayı mikrobiyal ajanlar suçlanmıştır. Mikrobiyal ajanlardan başlıca mikobakteri türleri ve p. acnes suçlansa da viral etkenler, sipiroketler, mantarların da etyolojide rol alabileceği belirtilmiştir.SARS-CoV-2'nin hücrelere girişi insanlarda mukozal ve bronşiyal hücrelerde eksprese edilen anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE)2 gibi hücre reseptörlere bağlanması ile gerçekleşir. Bu moleküler etkileşim, bir membran füzyon sürecine ve çok çekirdekli alveolar epitel hücreleri ile daha fazla sinsitya oluşumuna yol açar. Bununla birlikte , COVID-19 hastalarından alınan akciğer biyopsi dokularının patolojik incelenmesi mononükleer dev hücreler ve CD4+ T lenfositler dahil olmak üzere enflamatuar kümelerin varlığını göstermiştir, bu sarkoidozda görülen patoloji ile benzerdir. Çalışmamızda covid-19 enfeksiyonu sonrası gelişen sarkoidoz ön tanısı ile takip edilen hasta serimiz paylaşılmıştır. Sarkoidoz etyolojisinde covid-19 enfeksiyonunun yer alabileceği vurgulanmıştır

VIII. SOLUNUM OKULU



AKADEMİK
SOLUNUM
DERNEĞİ

5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC



POSTER BİLDİRİLER

P-04

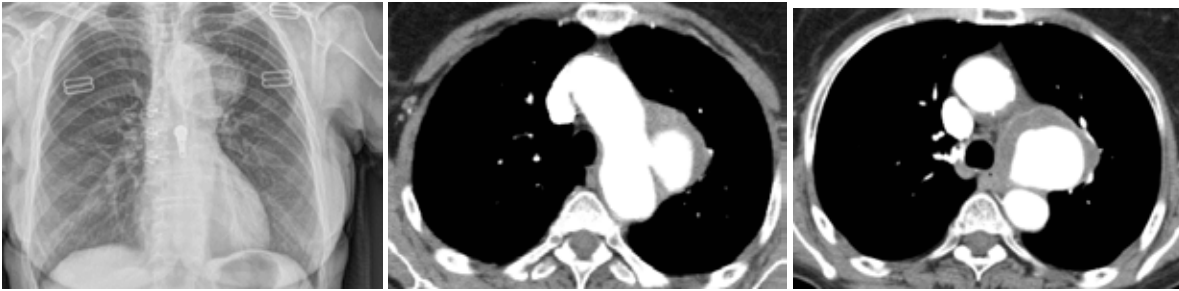
Aort Anevrizmasına Bağlı Ortner Sendromu: 2 Olgu

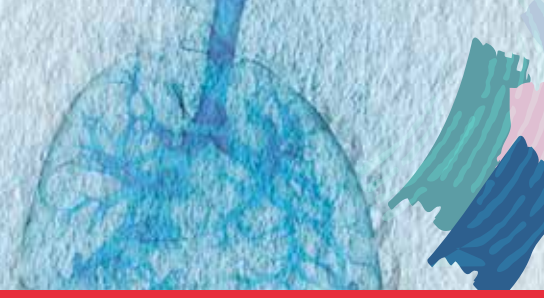
Başasistan Burcu Özdemir

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları, Samsun

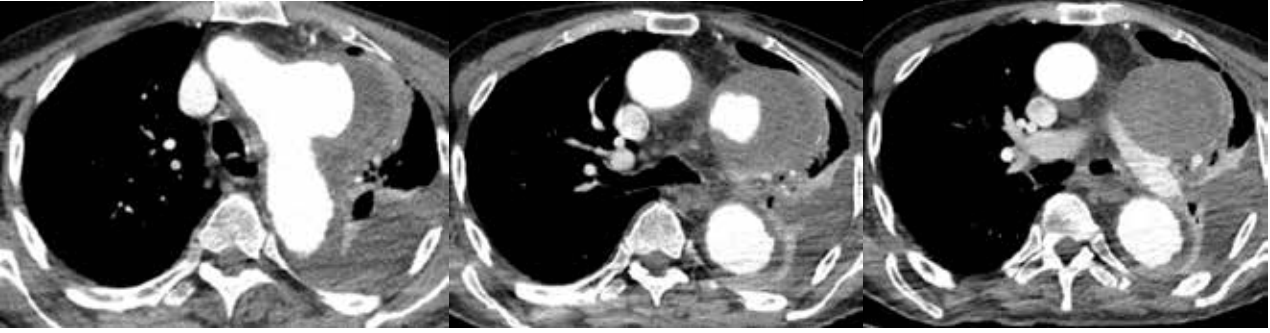
Ortner sendromu, nadir olarak saptanan klinik bir durumdur. Sol rekürren larengeal sinirin sol atrium hipertrofisi, pulmoner hipertansiyon yada aort anevrizması gibi kardiyak patolojilere sekonder olarak pulmoner arter ile aort yada aortik ligaman arasında sıkışması sonucu, sol vokal kordda paralizisi ve buna bağlı ses kısıklığı gelişmesi olarak tanımlanmaktadır.

Olgu 1 : 66 yaşında kadın hasta, ses kısıklığı nedeni kulak burun boğaz polikliniğinden malignite ön tanısı ile gönderildi. Özgeçmişinde 44 paket yıl/ sigara mevcuttu. Fiziki muayenesinde solunum sistemi doğal olarak saptandı. İndirekt laringoskopik bakışında sol kord vokalde paralizisi saptandı. Çekilen PA akciğer grafisinde sol paratrakeal düzensiz sınırlı 6x6cm opasite saptandı(resim1). Çekilen kontrastlı tomografisinde arkus aorta düzeyinde 61x58mm anevrizma saptandı(resim2-3).





Olgu 2 : 88 yaşında erkek hasta, halsizlik, genel durum bozukluğu, göğüs ağrısı, ses kısıklığı nedeni ile acil serviste değerlendirildi. Özgeçmişinde 30 paket yıl/ sigara mevcuttu. Fiziki muayenesinde solda solunum seslerinde azalma ve ralleri mevcuttu. İndirekt laringoskopik bakışında sol kord vokalde paralizi saptandı. Çekilen kontrastlı tomografisinde desenden aorta düzeyinde 40mm anevrizma ve anevrizma çevresinde 30mm hematoma saptandı(resim4-6).



Sonuç: Vokal kord paralizisinin nadir bir sebebi olarak ortner sendromunda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler:Vokal kord paralizi, aort anevrizma, ortner sendromu

P-05

Opere Akciğer Adenokarsinomu Olgusu: Bütüncül Takip Önemli

Zühre Taymaz

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

Olgu: 60 Yaş erkek hasta Ağustos 2019 da öksürük yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Çekilen Toraks Bilgisayarlı tomografide sol akciğer üst lob santralinde izlenen, pulmoner arterle yakın ilişkili, spiküle konturlu, yaklaşık 4.0cm uzun akslı kitle lezyonu saptandı (Resim 1). Hastaya brokospi yapıldı. Patolojik tanısı adenokarsinom gelen hasta T2N0M0 olması üzerine Ekim 2019 opere edildi.

Postop patolojik evresi T2N1P0 olarak raporlanan hastaya 4 kür adjuvan kemoterapi verildikten sonra hasta takiplere alındı.

3 er aylık 1. Yıl ve 6 şar aylık 2. Yıl kontrolleri stabil olan hasta en son aralık 2021 de geldiği kontrolde hafif öksürük ve yeşil renkli balgam çıkarma şikayeti mevcuttu. Nonspesifik antibiyotik tedavisi verildi. Toraks bilgisayarlı tomografisi istendi ve covid 19 için PCR alındı.

Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide Sol akciğerde alt lob superior segmentte üst torasik kesitlerde içerisinde milimetrik nekroz - kavitasyon komponentleri içeren belirgin solid komponentin izlenmediği buzlu cam dansitesinde subsolid parankim penceresinde yaklaşık 1.5 cm olarak ölçülen yeni gelişen nodüler lezyon saptandı (Resim 2-3).

Covid PCR sonucu negatif gelen hastaya nüks şüphesiyle transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi planlandı. Ancak işlemden önce balgam ARB ve kültür gönderilen hastanın laboratuvar sonucunda MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS KOMPLEKS ÜREDİ.

Hastaya tüberküloz tedavisi başlandı.

Hastamız halen takipte

Tartışma Sonuç: Akciğer kanseri (AK) birçok hastalık ile birlikte görülebilir. Bu birlikteliklerden nadir olanlarından birisi de AK ile akciğer tüberkülozunun (TB) birlik te görülmesidir. TB'da AK görülme oranı %0,7-2.32 iken AK'de TB görülme oranı ise %1,9-4' dür. Bu birliktelik, 18. yüzyılın başlarında fark edilmeye başlanmıştır. Birlikteliğin oluşum patogeneğinde, TB sonrası gelişen metaplazi ve AK sonrası immünitede azalma olduğu düşünülmektedir. TB tablosu, AK'nin klinik ve radyolojik bulgularını maskeleyebileceğinden, TB varlığında AK tanısının konulması 4-11 ay arasında gecikebilir. AK ve TB birlikteliğinde tümör tipi olarak squamöz hücreli kanser tipi ağırlık kazanırken, periferik ve skar zemininde gelişen tümörlerde ise adenokarsinom subtipinin daha sık görüldüğü bilinmektedir.

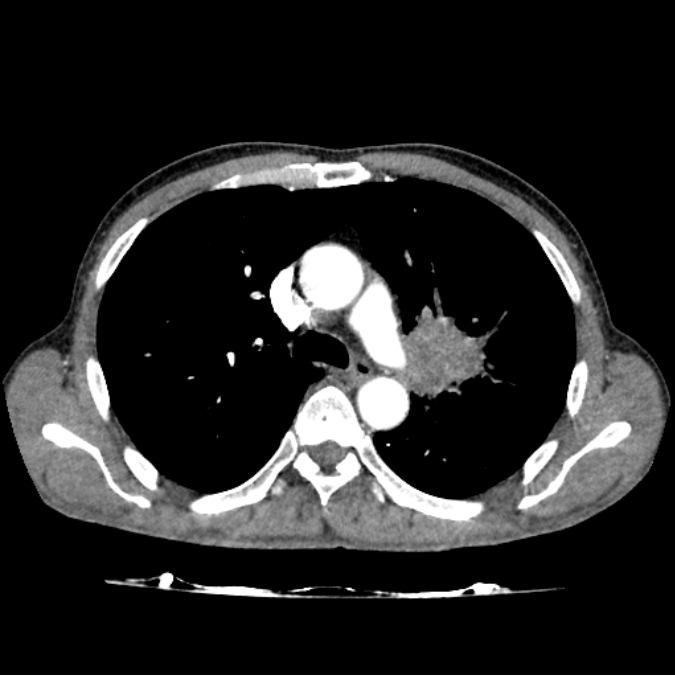
Sonuç olarak göğüs hastalıklarında onkoloji her ne kadar spesifik bir alan da olsa diğer akciğer hastalıkları da her vizitte dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adenokarsinom, Tüberküloz

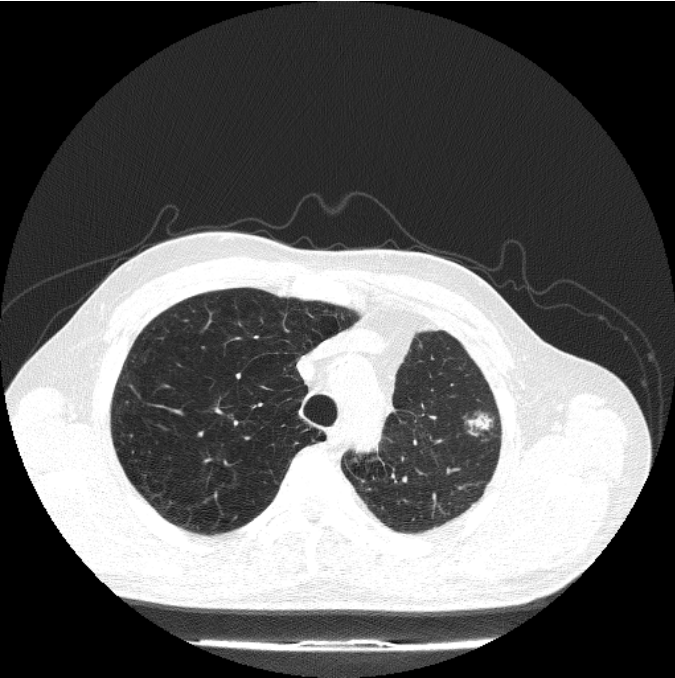
VIII. SOLUNUM OKULU

AKADEMİK
SOLUNUM
DERNEĞİ

5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC



Resim 1

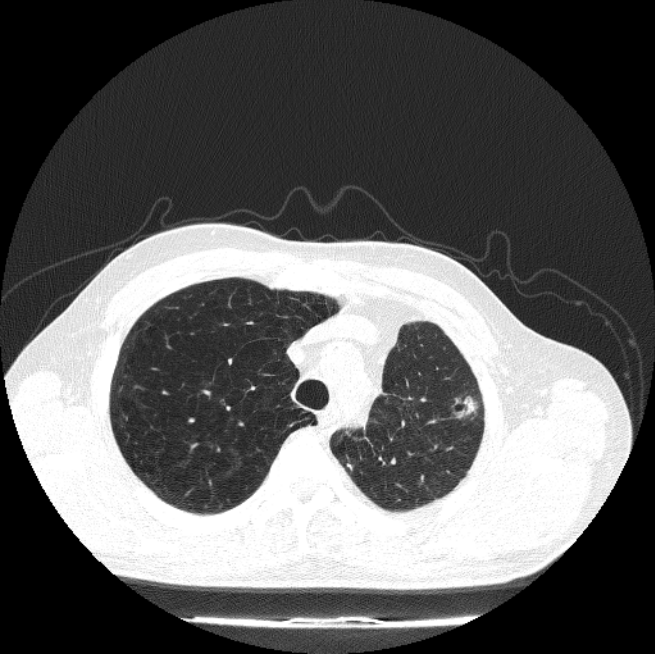


Resim 2

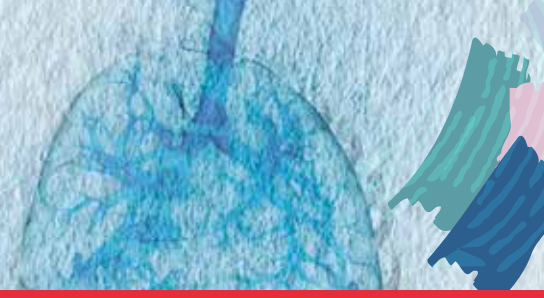
VIII. SOLUNUM OKULU



5-8 Haziran 2022
Kaya Palazzo Otel
Girne, KKTC



Resim 3



P-08

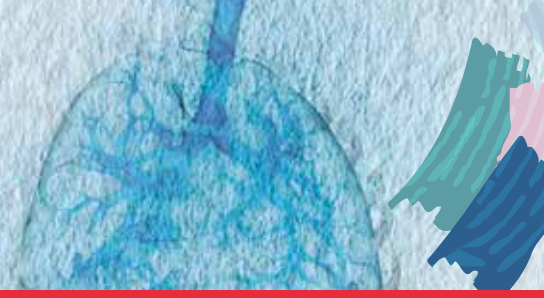
Olgu Sunumu: Ülseratif Kolitte Meselazin Kullanımına Bağlı Gelişen Eozinofilik Pnömoni;

Uzman Dr.Güzide Tomas Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş: Meselazin ülseratif kolit tedavisinde sıklıkla kullanılan bir ilaç olup yan etkileri arasında bulantı, kusma, baş ağrısı, ateş gibi semptomlar bulunmaktadır. Meselazine bağlı akciğer hasarı nadir olarak rapor edilmiştir.

Olgu: Elli iki yaşında kadın hasta on gündür artan nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde 2011 yılında ülseratif kolit tanısı aldığı ve tanı aldığı ilk 6 ay sülfosalazin tedavisi sonrasında ilaçsız takip edilip 2 ay önce meselazin tedavisi başladığı öğrenildi. Başvurusunda vital bulguları stabildi. Solunum sistemi muayenesinde bibaziler ral mevcuttu. Oda havası oksijen saturasyonu %97 idi. Laboratuvar tetkiklerinde Crp:7.7mg/L, hgb:10.1g/dl hct: %35.6 bunun dışında bakılan diğer hematolojik ve biyokimyasal parametreler normal olarak bulundu. Toraks BT'de her iki akciğer parankiminde dağınık yerleşimli en büyüğü 2 cm çapta nodüler lezyonlar mevcuttu. Solunum fonksiyon testi normaldi. Bakılan covid pcr negatifti. Hastaya tanısız amaçlı bronkoskopi yapıldı. Endobronşial lezyon gözlenmedi. Alınan lavaj sonucu bronş epitel hücreleri, makrofaj ve az sayıda nötrofil olarak geldi. Verilen antibiyotik tedavisi ile akciğer görüntülemesinde regresyon gözlenmedi. Hastada meselazine bağlı akciğer hasarı düşünüldü. Gastroenteroloji ile konsülte edildi. Gastroskopi ve kolonoskopi kontrol amacı ile yapıldı. Meselazin tedavisi kesilerek steroid 0.5 mg/kg olarak başlandı. Bir ay sonra çekilen kontrol toraks bt'de tüm lezyonlarda belirgin regresyon saptandı.

Tartışma: İnflamatuar bağırsak hastalıklarına bağlı pulmoner fonksiyon bozuklukları yaklaşık %50 sıklıkla görülmektedir. İntersitisyel akciğer hastalıklarının birçok sebebi olmakla birlikte ilaç reaksiyonları da bunlardan biridir. Kullanılan sülfosalazin ve meselazinden ilaca bağlı akciğer hasarının %71'i sülfosalazine, %29'u meselazine bağlanmıştır. İlaç kestikten sonra haftalar içinde oluşan tablo düzelmekte ve steroid tedavisi iyileşmeyi hızlandırmaktadır. Sonuç olarak, inflamatuvar barsak hastalığı olan ve tedavi başlangıcından günler ya da aylar sonra ortaya çıkabilen ilerleyici solunumsal semptomlar ve anormal radyolojik bulgular ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda ilaca bağlı akciğer hasarı akla gelmelidir.



P-13

Yassı Hücreli Akciğer Kanseri ve Tüberküloz Ampiyem Birlikteliği

Asist.Dr.Tunahan Dolmuş,Uzm.Dr.Hüsnü Baykal,Prof.Dr.Ayşe Füsun Ülger

Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği Ankara, Türkiye

Özet

Akciğer kanseri ,kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenidir ve dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde morbidite ve mortalitenin bir diğer önemli nedeni de tüberkülozdur.Hem yassı hücreli akciğer kanserinin hem de tüberkülozun akciğerde kaviter lezyonla ilişkili olduğu bilinmektedir.Aynı hastada pulmoner tüberküloz ve akciğer kanserinin eşzamanlı veya ardışık oluşumu çeşitli vaka serilerinde ve vaka kontrol çalışmalarında bildirilmiştir.Biz de Haziran 2021'de yassı hücreli akciğer kanseri tanısı almış hastada , gelişen kaviter lezyonun tetkiki sırasında saptanan tüberküloz ampiyem birlikteliğini sunmayı amaçladık .

www.solunum2022.org



DERNEK İLETİŐİM BİLGİLERİ
Akademik Solunum Derneği

Aksaray Mah. YokuŐ ÇeŐmesi Çok.
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

ZühtüpaŐa Mah. Rifatbey Sok. No: 24
34724 KalamıŐ-Kadıköy / İstanbul
Tel: +90 216 330 90 20 • Faks: +90 216 330 90 05
E-posta: solunum2022@topkon.com