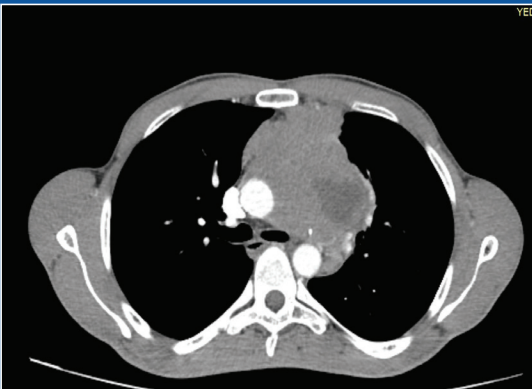


Akciğer



Bu Sayıda

- ▶ **Önsöz**
Prof. Dr. Akın KAYA, Prof. Dr. Nurhan KÖKSAL
- ▶ **Haydi Herkes Mutfağa...**
Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
- ▶ **Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi 2016 14-19 Mart 2016 Tarihinde Gerçekleştirildi...**
Prof. Dr. Akın KAYA, Doç. Dr. Nuri TUTAR
- ▶ **Evde ve Klinikte Palyatif Bakım**
Doç. Dr. Ahmet Emin ERBAYCU
- ▶ **Dünya Sağlık Örgütü 2015 Akciğer Tümör Sınıflamasında Değişenler**
Doç. Dr. Halide Nur ÜZER
- ▶ **Akciğer Transplantasyonu: Aday Seçimi 2014 Kılavuzu**
Doç. Dr. Remzi BAĞ
- ▶ **Soliter Pulmoner Nodülü Nasıl Takip Etmeliyim? Rehberler Ne Diyor? Bronkoskopi Ne Zaman? Nasıl?**
Prof. Dr. Ali Metin GÖRGÜNER
- ▶ **Pulmoner Embolide Yeni Oral Antikoagülanlar mı? Yoksa Warfarin mi?**
Doç. Dr. Savaş ÖZSU
- ▶ **Bronkoskopi Endikasyonları ve Kontrendikasyonları Nelerdir?**
Doç. Dr. Ersin GÜNAY
- ▶ **Mediastinal Seminoma Olgusu**
Doç. Dr. Servet KAYHAN
- ▶ **Makale Özetleri**
Yrd. Doç. Dr. Muzaffer SARIYDIN, Uzm. Dr. Sibel GÜNAY
- ▶ **Umeclidinyum Bromide/Vilanterol Kombinasyonunun Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tedavisinde Kullanımı: Derleme**
Uzm. Dr. Aslıhan GÜRÜN KAYA
- ▶ **Fotoğrafçının Gördükleri**
Gülcan ACAR





Prof. Dr. Akın KAYA

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
E-mail: kayaakin@gmail.com



Prof. Dr. Nurhan KÖKSAL

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun
E-mail: knurhan@gmail.com

Akciğer Bülten 2016 İlk Sayımız Hazır

Akciğer Bülteni, Akciğer Sağlığı ve Yoğun Bakım Derneği (ASYOD) tarafından üç ayda bir yayınlanmaktadır. Dergimize yazılar davet yoluyla kabul edilmektedir. Sizlerin de ilginç olgularını, yaşanmış öykülerini ve sorularınızı bekleriz. Ayrıca, öneri ve katkılarınız da bizi memnun edecektir.

Bu sayıda kongre sunumlarından bir özet hazırladık. Evde ve Klinikte Palyatif Bakım, Dünya Sağlık Örgütü 2015 Akciğer Tümör Sınıflamasında Değişenler, Akciğer Transplantasyonu: Aday Seçimi 2014 Kılavuzu, Soliter Pulmoner Nodülü Nasıl Takip Etmeliyim? Rehberler Ne Diyor? Bronkoskopi Ne Zaman? Nasıl?, Pulmoner Embolide Yeni Oral Antikoagülanlar mı? Yoksa Warfarin mi?, Bronkoskopi Endikasyonları ve Kontrendikasyonları Nelerdir? gibi güncel konular hazırlandı.

Yeni sayılarda buluşmak üzere Ramazan Bayramınızı kutlar, saygılarımızı sunarız...



UASK2017 Kongre Komitesi

Kongre Başkanı

Erdoğan ÇETİNKAYA

Kongre Bilimsel Komite Başkanı

Muzaffer METİN

Kongre Sekreteri

Zehra YAŞAR

Kongre Bilimsel Program Sorumlusu

Fatma ŞEN

Kongre Bildiri ve Poster Sorumlusu

Günderiz ALTIAY

Kongre Mali Sekreteri

Muhammed Emin AKKOYUNLU

Kongre Dış İlişkiler Sorumlusu

Servet KAYHAN

Kongre Sosyal Program Sorumlusu

Hale Başak ÇAĞLAR

Kongre Basın İlişkileri Sorumlusu

Murat ACAT



Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
ASYOD Başkanı
E-mail: ozlutevfik@yahoo.com

Haydi Herkes Mutfağa...

Teşekkürler Türkiye

"Bu sefer UASK" dediniz...

Bizi onurlandırdınız, gururlandırdınız...

Birlikte Muhteşem bir Kongreyi gerçekleştirdik...

Kongremize katılan herkes **"umduğumun çok üzerinde"** diyordu...

Bize inandınız, güvenciniz, destek verdiniz...

"Gelin birlikte pişirelim, birlikte yiyelim" dedik...

"Sizin nefesiniz, sizin kongreniz" dedik...

Gerçekten Kongrenize sahip çıktınız...

Bir endüstri temsilcisi şöyle diyordu: **"Katılımcıların hepsi, sanki katılımcı değil, Kongrenin düzenleyicisi gibiydi"...**

Evet öyleydi, Burada "gibiydi" sözü fazlaydı...

Bu Kongrenin sahibi, düzenleyicisi sizlerdiniz...

Sizin görüşleriniz, önerileriniz, destekleriniz, güveniniz, heyecanınız, sizin enerjinizin eseriydi UASK 2016...

Hepiniz ev sahibiydiniz...

Katılımcılarımız: **"Çok samimi bir kongreydi, kendimizi çok rahat hissettik, evimizde gibiydik"** dediler...

Endüstriden katılan paydaşlarımız: **"Biz şimdiye kadar böyle bir şey görmedik. Oturum aralarında kalabalıktan stantlarımızda oturacak, dolaşacak yer bulunmuyor; ama oturumlar başlayınca stantlar tamamen boşalıyordu. Bunu nasıl sağladınız?"** diye sordular...

Oysa önceki kongrelerden alışılmış olan: "Kongreye katılım iyiydi, ama salonlarımız boş kaldı" idi...

Bizim salonlarımız hep dolu kaldı. Son gün son saatteki oturumlarımızda bile salonlar doluydu...

Kongre ezberini bozduk...

O salonları sizler doldurdunuz, harikaydınız, muhteşem bir iş çıkardınız...

Daha pek çok şey söylediniz, bizleri mutlu eden, yorgunluğumuzu bize unutturan..

Sağ olun, var olun...

Sizlerin bu desteği oldukça, sizin nefesinizi ensemizde hissettikçe biz daha ne kongreler, organizasyonlar yaparız...

Şimdi önümüze bakıyoruz. Gelecek yıl çok daha başarılı bir kongre yapmak için kollarımızı sıvadık. UASK 2017 için heyecanla, coşkuyla işe koyulduk.

Yine sizlerden görüş ve öneriler bekliyoruz. Nasıl bir kongre istiyorsunuz? Kongrede neler olsun, neler olmasın? Hayallerinizi bizimle paylaşın, elimizden geleni yapacağız. Herkesin içine sinen, **"işte benim istediğim kongre buydu!"** diyeceğiniz bir kongreyi yapmayı amaçlıyoruz. "Biz pişirdik, siz gelin yiyin" demiyoruz. **"Birlikte pişirelim, birlikte yiyelim"** diyoruz. Haydi hep birlikte mutfağa...

Kongre ve daha fazlasını yapmak için, yine hep birlikte...





Prof. Dr. Akın KAYA

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
E-mail: kayaakin@gmail.com



Doç. Dr. Nuri TUTAR

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri
E-mail: drnuritutar@gmail.com

Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi 2016 14-19 Mart 2016 Tarihinde Gerçekleştirildi...

AÇILIŞ KONUŞMALARARI

Prof. Dr. Akın KAYA

Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi 2016'da sizlerle birlikte olmanın gururu ve mutluluğunu yaşıyoruz. Hepinizi hoş geldiniz diyerek saygıyla selamlamak istiyoruz

Belleklerinizde unutulmaz izler bırakacak bir Kongre Programı hazırladık. Bizler, kongre organizasyon komitesi olarak, yaklaşık bir yıl süren çok yoğun, ama bir o kadar da keyifli bir çalışma dönemi geçirdik. Sonuçta ortaya beğeneceğinizi umduğumuz, güzel ve verimli bir kongre çıktığını düşünüyoruz. Kursları

takip eden üç gün boyunca zengin bir bilimsel program ile kongremiz devam edecektir. Birbirine paralel üç salonda toplam 45 oturum, 28 Sözel sunu oturumları ve 13 poster bildiri oturumu gerçekleştirilecektir..



Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi saygı duruşu ve istiklal marşı ile başladı. Açılışta söz alan konuşmacılar terörü lanetlediler ve fedakarca görevlerini yerine getiren sağlık çalışanlarına teşekkür ettiler.

Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ

Akciğer Sağlığı ve Yoğun Bakım Derneği (ASYOD) başkanı Prof. Dr. Tevfik Özlü, kongre açılışını sabırsızlıkla beklediklerini, fakat Ankara'da yaşanan terör saldırısı nedeniyle buruk olduklarını ifade etti. ASYOD'un hikayesini ve bugüne kadar yapılan faaliyetlerini anlattı. Son olarak vefat eden meslektaşlarımızın anısına bir konuşma yaptı.



Prof. Dr. Muzaffer METİN

Akciğer Kanseri Derneği (AKAD) başkanı Prof. Dr. Muzaffer Metin, tüm katılımcılara teşekkür ederek konuşmasına başladı. D ernek tarihçesi hakkında bilgi verdi ve kuruluşundan bugüne kadar derneğin yaptığı faaliyetleri anlattı.



Uzm. Dr. Murat KIYIK

UASK2016 Bilimsel Program Sorumlusu Murat Kıyık, kongre yerleşkesi ve bilimsel programlar hakkında katılımcılara bilgi verdi.



Kongre Kurslarına Yoğun İlgil

"Temel ve İleri Bronkoskopi, Toraks Radyolojisi, Mekanik Ventilasyon Uygulamaları, Astım Tanı ve Tedavi, Temel Onkoloji, Tütün Bağımlılığı ve Tedavisi, Tanıdan Tedaviye Uykü Apne Sendromu" kursları düzenlendi. Teorik ve pratiğin buluştuğu kurslarımız ilgi ile takip edildi.





Uzm. Dr. Tarkan ÖZDEMİR

UASK2016 Kongre Basın İlişkileri Sorumlusu
E-mail: tabiptarkan@hotmail.com

Solunum Hastalıklarında Teorik ve Pratiği Buluşturan Kongre

Asistan odalarımızda geleceğin uzmanlarıyla buluştuk. Atölye çalışmalarında ustalarımızın tecrübelerinden faydalandık. Asistan odalarımızda; Konvansiyonel Akciğer Radyolojisi, Temel Toraks BT ve Tanısal Bronkoskopi eğitimleri verildi.

Atölye çalışmalarında; Sigara Bıraktırma Polikliniği Uygulamaları, NIMV: Olgu Örnekleri Pratik Eğitim, Uykuda Solunum Bozukluklarında PAP Tedavisi, Endobronşiyal Tedaviler, Solunum Fonksiyon Testleri, Obstrüktif Akciğer Hastalıklarında Endobronşiyal Tedaviler, EBUS, Evde Destek Tedaviler (NIMV, Nebulizatör vs.) ve Mekanik Ventilasyon Uygulamaları konularında pratik eğitimler verildi. Özellikle sahada görev yapan uzman hekimlerin çok fazla ilgisini çekti.



Kongremize Katılan 11 Yabancı Konuşmacı Çok Değerli Sunumlar Yaptılar



Dr. Johann Christian Vichow



Dr. Rex Yung



Dr. Robert Baughmann

Standlarımız Göz Kamaştırdı

Simit Kafe'de simit yedik, Starbucks Coffee'de kahvemizi içtik, Sizin Sokak'ta sohbet ettik. Endüstri temsilcilerinin kongremize olan ilgisi standlara yansıdı ve katılımcıların beğenisini topladı. Stand alanları renkli görüntülere sahne olup, samimi ve sıcak bir hava oluştu. Ayrıca, kongre ekibimiz standları dolaşarak, firma temsilcilerine ilgi ve destekleri için teşekkür etti.



Mutfakta Birileri Var!

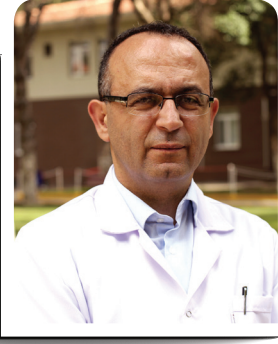
Herşey pozitif, herşey çok güzel. Ortam samimi ve sıcak. Peki bu işin mutfağında kim var? Tabii ki kongre oteli çalışanları, OCT ekibi ve derneğimize gönül veren arkadaşlarımız... Kongrenin gizli kahramanlarına yürekten teşekkür ediyor, onlar olmadan olmaz diyoruz. Biz bir takımız ve takım olmanın keyfini çıkarıyoruz.



UASK 2016 Hakkında Bize İletilenler...

- Hiç ilk gibi değildi, sanki yıllardır yapılagelen bir kongreydi, hiç bir aksama olmadı...
- İlk iliği çok sağlam attınız...
- Çok samimi bir kongreydi...
- Kendimizi çok rahat hissettik, ev sahibi gibiydik...
- Otel çok güzeldi, odalar ve yemekler harika...
- Standlar çok şirindi,
- Kongre merkezi kompakt ve çok uygun bir mekandı...
- Dostça bir kongreydi...
- Salonlar her zaman dolu kaldı, en son gün en son oturumda bile salon doluydu. Bunu nasıl sağladınız?
- Program tam sahadaki uzman hekimin ihtiyaçlarına göre hazırlanmıştı...
- Hiç bir oturumu kaçırmak istemiyor insan, her konu çok iyi seçilmişti...
- Bunca yıldır kongrelere katılıyorum. İlk defa bilimsel bir kongre şiiir ile açıldı, şiiir gibi devam etti ve şiiirle kapandı...
- Yiyecek içecek ikramları sınırsızdı, beklemek gerekmiyordu...
- Bir çok yeni isim tanıdık ve çok iyi sunumlar yaptılar, aynı kişilerin kanıksadığımız sunumlarını tekrar tekrar dinlemek zorunda kalmadık.
- Benim dikkatimi çeken bu kongre katılımcıları arasındaki iletişimimdi. Çok yakın, samimi, dostça iletişim vardı.
- Hep bir aradaydık. Kongreyi düzenleyenler sürekli katılımcılarla iç içeydiler...
- Katılım beklentilerimin çok üstündeydi...
- Çok iyi bir iş çıkarmışsınız, bu kadarını beklemiyordum...
- Organizasyonda hiç bir sorun yaşamadık, susesi otelde olduğu için mi bilmem ama her şey su gibi aktı gitti...
- Kayıтта otomasyon harika olmuş...
- Starbucks bile vardı...
- Kongreler teorik bilginin paylaşıldığı yerlerdir. Ama bu kongrede biz uygulama yaptık, yaparak öğrendik...
- Kongrenin başarısı: heyecan, özveri, samimiyet, tevazu, sevgi...
- Biz firma olarak bu kongreyi yeterince doğru öngörememişiz, buraya gelince durumu kavradık, inşallah 2017'de daha başka şekilde burada olacağız...
- Bizim hastanedeki 7 uzman da UASK 2016 için başvurmuş, Başhekim dedi ki: hastaneyi kapatamayız, 4 kişi katılsın, kalanlar diğer kongrelere gitsin...
- Sosyal programlar ve ortam aşırıya kaçmamıştı, ama çok keyifli, eğlenceliydi...
- Mükemmeldi.... Daha ne denilebilir ki?
- Standardı çok yükselttiniz, seneye ne ilave edeceksiniz ki?





Doç. Dr. Ahmet Emin ERBAYCU

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve
Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir
E-mail: afumetsu67@gmail.com

Evde ve Klinikte Palyatif Bakım

Palyatif bakım, hastanın yaşadığı fiziksel, duygusal ve ruhsal sıkıntıyı ortadan kaldırmaya yönelik ve hasta dışında yakınlarını da kapsayan bir yaklaşımdır. Ana tedavi yöntemi olarak ya da agresif tedavi yöntemleri ile birlikte uygulanabilir. Hedef semptomları azaltma (tümöre ve tedaviye bağlı), yaşam kalitesini artırma ve sağkalım süresini uzatmadır.

Terminal dönemde ise hedef ızdırabı azaltmak, hastaya ve ailesine destek olarak kalan yaşam süresini, rahat, huzurlu, onurlu ve kaliteli bir hayat standardında geçirmesini sağlamaktır.

Bu dönemde asıl hedef tedavi değildir. Tüm sağlık çalışanlarından beklenen, hastanın "ölene dek yaşadığını" unutmadan, hasta ve yakınları ile doğru ve empatik bir iletişim kurabilmeleridir.

Klinisyenin benimsemesi gereken önemli bir prensip hasta merkezli iletişimdir. Hekim, hasta ile ilgili planlarından ziyade hastayı dinlemeye, hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını anlamaya çalışmaya odak-

lanmalıdır. İletişim sırasında "sor-anlat-sor" stratejisi izlenir. Hekimlere önerilen yöntem: «NURSE» yöntemi "Adlandırma, Anlama, Saygı Duyma, Destekleme ve Araştırma"dır.

Hekimler, ilk teşhis anında, hastalık progresyonunda, tedavi başarısızlıklarında, hayatın son döneminde kötü haberleri vermek zorunda kalır. Bunun için önerilen yöntem "SPIKES"dir.

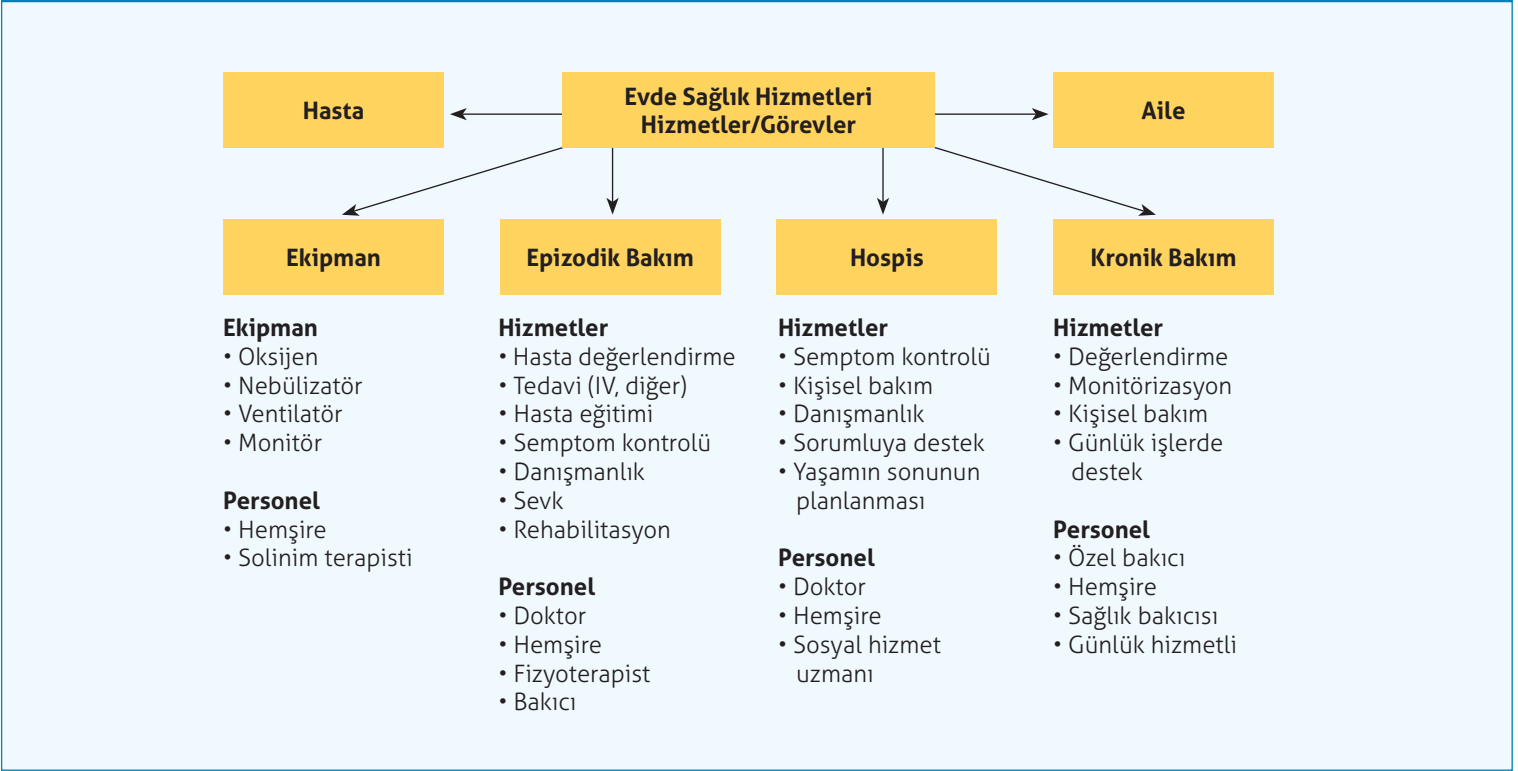
Hedefleri bilgi alma, bilgi verme, hasta ve ailesini desteklemedir:

- (S) Hekim, hastası ile neyi konuşacağına karar verir. Destek amacı ile meslektaşları, hemşire veya sosyal hizmet uzmanlarının bulunmasını sağlar.
- (P) Hekim, hastanın kendini nasıl hissettiği ve görüşmeden ne beklediği ile ilgili algısını öğrenir.
- (I) Hekim bir uyarı ifadesi de kullanarak hastayı birazdan duyacağı haberler için hazırlar. Örnek "Size, maalesef çok da iyi olmayan haberlerim var". Bu anda hastalar farklı tepkiler verebilir.

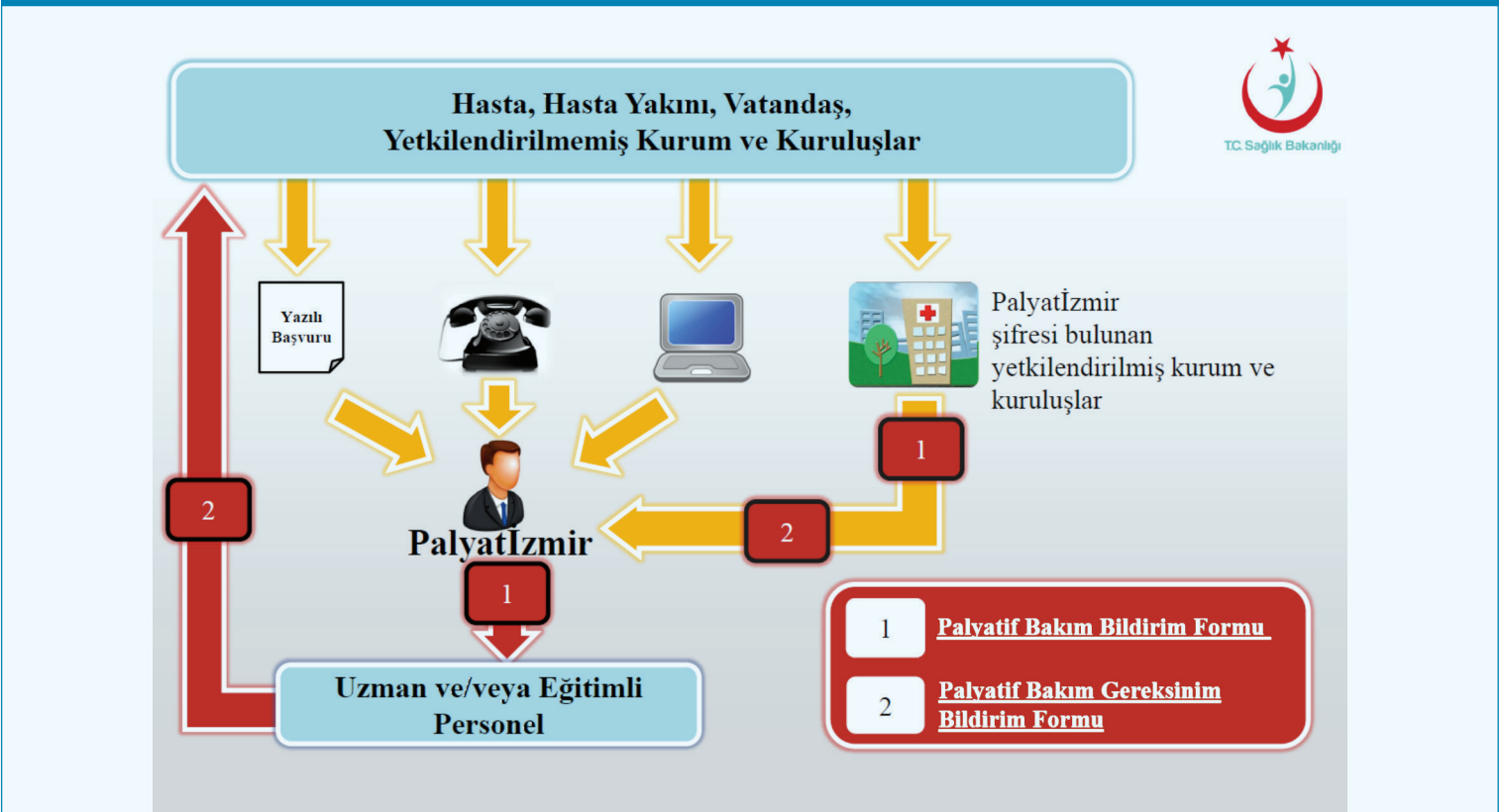
- (K) Hekim haberi basit bir dille ve hastanın eğitim düzeyine uygun olarak verir.
- (E) Hasta çoğunlukla bu habere duygusal bir cevap vereceği için hekim empatik davranış sergiler.
- (S) Hekim durumu özetler ve stratejisini belirtir. Hasta bundan sonra yaşayacaklarını bilmek ister. Bu görüşmeyi hekim, gelecekte neler planladığını söyleyerek bitirmelidir. Ana tema ümidi kaybettirmeden gerçeği kabullen-dirmektir.

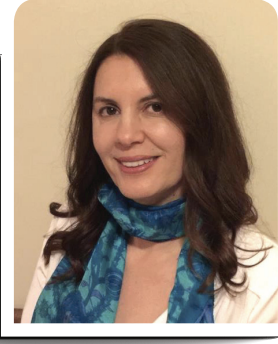
Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönergenin yayınlanmasının ardından palyatif bakım klinikleri hızla artmakta, her geçen gün daha fazla sayıda hastaya evde bakım çerçevesinde destek olunmaktadır. İzmir'de tüm sağlık kurumlarının bir araya gelmesiyle yaklaşık bir yıldır Palyatizm projesi yürütülmektedir (Şekil 1,2).

Şekil 1. Evde palyatif bakım organizasyon ve iş şeması.



Şekil 2. İzmir klinikte ve evde palyatif bakım iş akış şeması.





Doç. Dr. Halide Nur ÜRER

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul
E-mail: nururer@yahoo.com

Dünya Sağlık Örgütü 2015 Akciğer Tümör Sınıflamasında Değişenler

Akcığer tümörlerinde değişen histopatoloji terimlerini içeren son sınıflama Akciğer Kanseri Çalışma Birliği (IASLC) tarafından hazırlandı ve 2015 yılında yayınlandı. Bir önceki Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflaması ile karşılaştırıldığında çarpıcı pratik uygulama farkı dikkati çekmektedir. Ana başlıklar halinde özetlenirse:

İMMÜNHİSTOKİMYA BOYAMANIN DAHA GENİŞ KULLANIM

İlk DSÖ sınıflamalarında rutin histokimya boyaları ile ışık mikroskopik inceleme yapılırdı. İmmünhistokimyasal (İHK) boyama ilk kez 1999 yılında yer aldı. Yeni sınıflamada ise hem sınırlı örneklerde hem de rezeksiyon dokularında doğru patolojik tanı için immünhistokimyasal uygulama zorunluluğu geldi. Sınırlı örneklerde olabildiğince az sayıda belirteç ile küçük hücreli dışı karsinomların alt tiplmesi gerekir. Rezeksiyonlarda İHK başta adenokarsinom ve skuamöz hücreli karsinom olmak üzere çeşitli tümörlerde uygulanır.

AKCİĞER KANSERİ KİŞİSELLEŞTİRİLMİŞ TEDAVİDE PATOLOJİ ve GENETİĞİN ÖNEMİ

Tümör karsinogenezinde hücrenin büyüme, çoğalma ve apoptozdan kaçınmasını sağlayan sürücü mutasyonlar uzun zamandan beri bilinmekteydi. Ancak ilk kez 2004 yılında epitelyal büyüme faktör reseptör mutasyonuna yönelik tirozin kinaz inhibitörlerin ileri evre akciğer adenokarsinom tedavisinde kullanımı geliştirildi. Ardından hızla hedef mutasyonlara yönelik kemoterapötik ajanlar uygulamaya girdi. Akciğer adenokarsinomunda EGFR, ALK, ROS-1 mutasyon tespitleri rehberlerde yer alan standart farklı genetik analizler ile saptanmaktadır. Tedaviler başta skuamöz hücreli karsinom, küçük hücreli ve dışı karsinom gibi diğer tümörler üzerinde araştırmalar devam etmektedir.

KÜÇÜK BİYOPSİ ve SİTOLOJİ ÖRNEKLERİNDE AKCİĞER KANSER TANISI

Bu yaklaşım önceki sınıflamaların hiç birinde yer almayıp, ilk kez 2015 DSÖ'de

tariflendi. Değişimin temel nedeni arasında hedefe yönelik tedaviler ve akciğer kanser hastalarının üçte ikisinin ileri evrede olup, tanılarının sınırlı örnek üzerinden verilmesidir. Örneklerde tümörün malignitesi, histolojik tipini belirlemek olasıdır. Ancak rezeksiyonda olduğu gibi tümörün tamamının patolojik analizi mümkün olmadığından edinilen bilgiler sınırlıdır. Tablo 1'de sınıflamada yer alan bazı sınırlı örnekler ile rezeksiyon sonuçları karşılaştırıldı.

YENİ ve DEĞİŞEN ADENOKARSİNOM TERMOLOJİSİ

Amerikan Toraks Derneği, Avrupa Solunum Derneği ve IASLC'nin 2011 yılında oluşturduğu adenokarsinom sınıflaması önemli bir köşe taşıdır. Rezekte tümörlerde değişiklikler:

1. Bronkioloalveolar karsinom ve mikst tip adenokarsinom terimi artık kullanılmayacak.
2. Yerine lepidik patern terimidir ki, invaziv veya noninvaziv olabilir.

Tablo 1.

Küçük biyopsi/Sitoloji Tanı	Morfoloji/Boya	Rezeksiyon Tanı
Adenokarsinom (patern tanımlanabiliyorsa) Küçük hücreli dışı karsinom öncelikle adenokarsinom olabilir. Adenokarsinom (invaziv komponent dışlanamayan)	Adenokarsinom morfoloji (TTF-1 +)	Adenokarsinom baskın patern Lepidik Asiner Papiller Solid İnvaziv müsinöz Varyantlar İn situ ve minimal invaziv adenokarsinom
Skumöz hücreli karsinom Küçük hücreli dışı karsinom öncelikle skumöz hücreli olabilir	Skumöz morfoloji (P63 +)	Skumöz hücreli karsinom (SHK) Keratinize SHK Nonkeratinize SHK Basaloid SHK SHK
Küçük hücreli dışı karsinom Spesifiye edilemeyen		Büyük hücreli karsinom

Travis WD, Brambilla E, Burke AP, Marx A, Nicholson AG. WHO classification of tumours of the lung, pleura, thymus and Heart Lyon IARC 2015.

- Atipik alveolar hiperplazi, in situ adenokarsinom ve minimal invaziv adenokarsinom terimleri eklendi.
- Tümörü oluşturan her bir histolojik patern, yanı kantitatif değerlendirilmede baskın tip ve diğerleri belirlenerek bildirilmesi.
- Eski müsinöz bronkioloalveolar karsinom (eğer invazyon kriterlerine sahipse) invaziv müsinöz adenokarsinom ile değişti.
- Hüresel varyant olarak kabul edilen berrak ve taşlı yüzük hücreli adenokarsinom terimleri kalktı.

BÜYÜK HÜCRELİ KARSİNOM

Büyük hücreli karsinom 2004 sınıflamasında farklı subtipler içeren heterojen bir gruptu. Morfolojik özelliklerin yanı sıra immünohistokimyasal ve genetik profil bu tümörün farklı özelliklerini ortaya çıkardı. Yapılan çalışmalarda büyük hücreli karsinom tanısı alanların önemli bir kısmının adenokarsinom, diğerlerin skumöz ve küçük hücreli karsinom diferansiyasyona sahip olduğu gösterildi. Bu nedenle yeni sınıflamada büyük hücreli karsinom oranı 2,3 oranına düştü.

NÖROENDOKRİN TÜMÖRLER

Önceki sınıflamada farklı gruplarda yer alan küçük hücreli karsinom, büyük hücreli

reli nöroendokrin karsinom ve karsinoid tümörler artık bu başlık altında toplandı. Bazı araştırmacıların uniform bir nöroendokrin tümör sınıflama önerilerine rağmen Avrupa Nöroendokrin Tümör Birliği pulmoner nöroendokrin tümörleri ayrı bir grupta toplanmasını desteklemektedir.

Sklerozan pnömositoma (pulmoner sklerozan hemangiom) çeşitli tümör grubundan adenom grubuna taşındı.

Pekomatöz tümörler sınıflamada yer alan yeni grupta intertisyel myoid hücre proliferasyonu ile gelişen lenfangioleiomyomatosis, berrak hücreli tümör (pekoma) ve nadir rastlanan her ikisinin birlikte olduğu diffüz proliferasyon yer almaktadır.



Doç. Dr. Remzi BAĞ

Chicago Üniversitesi, Akciğer Transplantasyonu
Medikal Direktörü, ABD
E-mail: remzibag@gmail.com

Akciğer Transplantasyonu: Aday Seçimi 2014 Kılavuzu

1981 yılındaki ilk başarılı akciğer naklinden bu yana yaklaşık 50 bin operasyon gerçekleştirilmiş ve transplantasyon ileri evre akciğer hastalıklarının yönetiminde yerleşmiş bir seçenek haline gelmiştir. Günümüzde operasyonların büyük çoğunluğu tek veya iki taraflı (çift) akciğer nakli şeklindedir. Transplantasyonda başarı doğru aday seçimi, ameliyata hazırlık, eksiksiz intraoperatif ve postoperatif bakım ve uzun süreli yakın tıbbi takip ve tedaviyi yapacak ekiple sağlanabilir.

Genel endikasyonlar ve hasta seçimi 2014 yılında güncellenmiştir (1). Bu güncellemede, yüksek kaliteli kanıtların yokluğundan uzman bilirkişi görüşüne önem verme zorunluluğu kabul edilmektedir. Nakil için bekleyenlerin sayısı, kullanılabilir donör sayısından çok daha fazladır. Hasta seçimindeki hedef, akciğer transplantasyonundan en fazla fayda görece hastaların tanımlanmasıdır. Akciğer nakli, tıbbi ve cerrahi diğer tedavi yöntemlerinden yeterli yanıt alınamayan kronik son dönem akciğer hastalığı için son çare

bir tedavidir. Adayların, genel durumu ve medikal problemleri major cerrahi girişim için uygun, olmalıdır. Nakil adayları transplant ve sonrası hakkında bilgilendirilmiş, sağlıklı yaşam tarzını benimsemiş ve nakil ekibinin tavsiyelerine uyum göstermeye niyetli olmalıdır.

Transplantasyon sonrası sağkalım sınırlı olduğundan, hastanın gerçek yaşam süresine olumlu katkıda bulunabilmek için son evre akciğer hastalıklarının doğal seyirlerini çok iyi bilmek ve hastalığın hayati tehlike oluşturduğu evreyi takdir etmek gerekir. Zamanından önce yapılan akciğer naklinin hastanın yaşam süresini kısaltma tehlikesi olduğu kadar, değerlendirmede gözden kaçan nakil öncesi tıbbi problemlerin transplant sonucunu olumsuz etkileme riski de vardır. Nakil adaylarının, hayat tarzında transplantasyonun getirdiği majör değişikliğe uyum sağlayacak psikososyal kuvvet ve desteğe sahip olmaları yanında, operasyon ve sonrasındaki beklenen komplikasyonları ve immün baskılayıcı ilaçların toksisitelerini kaldırarak fiziksel durumda olma-

ları gerekir. Kontrol altına alınamayacak veya tedavi edilemeyecek derecede ciddi kalp, karaciğer, böbrek, kemik iliği vb. sorunlarının olmaması beklenir. Transplantasyondan yarar ve zarar görebilecekleri nakil öncesi ayırt edebilmek, akciğer naklinde başarının önemli faktörlerinden biridir. Bu bağlamda, adayların su genel kriterleri taşımaları beklenir:

- Transplantasyon yapılmazsa iki yıl içinde akciğer hastalığı nedeniyle yüksek (> %50) ölüm riski,
- Akciğer transplantasyonundan en az 90 gün sonra yüksek (>%80) sağkalım olasılığı,
- Greft fonksiyonlarının iyi olduğu varsayımıyla, genel tıbbi açıdan beş yıllık transplantasyon sonrası yüksek (>% 80) sağkalım olasılığı.

Kesin kontrendikasyonlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Aktif malignite (melanoma dışındaki sınırlı cilt kanseri hariç).



- Malignite hikayesi varsa (melanoma dışındaki sınırlı cilt kanseri hariç).
 - Kesin kür sonrası iki yıl hastalısız dönem ve düşük rekürrens riski.
 - Hematolojik malignite, sarkoma, melanoma, meme, mesane veya böbrek kanseri için kesin kür sonrası beş yıl hastalısız dönem.
- Tedavi edilemeyen önemli kalp, karaciğer, böbrek veya beyin disfonksiyonu
- End-organ iskemisi yapmış tedavi edilmiş aterosklerotik hastalık veya disfonksiyonu ve/veya revaskülarizasyona uygun olmayan/ile tedavi edilemeyen KAH.
- Akut medikal instabilite (akut sepsis, miyokardiyal infarktüs ve karaciğer yetmezliği).
- Düzeltilemeyen kanama bozukluğu.
- Pretransplant dönemde yetersiz şekilde kontrol edilen yüksek virülen ve/veya rezistan mikroorganizmalar ile kronik enfeksiyon.
- Aktif tüberküloz.
- Transplantasyon sonrası ağır restriksiyona yol açması beklenen önemli göğüs duvarı deformitesi veya spinal deformite.
- Sınıf II veya III obezite (vücut kitle indeksi [BMI] >35.0 kg/m²).
- Yetersiz rehabilitasyon potansiyeli ile birlikte ağır sınırlı fonksiyonel durum.
- Halen medikal tedaviye uyumsuzluk veya transplantasyon sonrası uyumsuzluk riskinin artmış olduğunu gösteren tekrarlanmış veya uzatılmış medikal tedaviye uyumsuzluk epizodları hikayesi.
- Medikal ve sağlık bakımı ekibi ile koopere olamama ve/veya kompleks medikal tedaviye uyum sağlayamama ile ilişkili psikiyatrik, psikolojik ve sosyal durumlar.

- Yeterli veya güvenilir bir sosyal destek sistemi yokluğu.
 - Madde kötüye kullanımı veya bağımlılık (alkol, tütün, marihuana veya diğer yasadışı maddeler vb.).
- Rölatif kontraendikasyonlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir:**
- Yaş > 65 ve düşük fizyolojik rezerv ve/veya diğer rölatif kontrendikasyonlar ile birlikte
 - Sınıf I obezite (BMI 30.0–34.9 kg/m²), özellikle santral obezite.
 - Progresif veya ağır malnütrisyon.
 - Ağır, semptomatik osteoporoz.
 - Akciğer rezeksiyonu ile birlikte önceki yaygın toraks cerrahisi.
 - Mekanik ventilasyon ve/veya ekstrakorporal yaşam desteği (ECLS).
 - Yüksek dirençli veya virülen bakteri, mantar veya mikobakteri ile enfeksiyon veya kolonizasyon.
 - Hepatit B ve/veya C.
 - Uygun tedavi ile stabil olan, önemli klinik, radyolojik veya biyokimyasal siroz veya portal hipertansiyon bulgusu olmayan hastalarda akciğer transplantasyonu düşünülebilir.
 - HIV.
 - *Burkholderia cenocepacia*, *Burkholderia gladioli* ve çok ilaca dirençli *Mycobacterium abscessus* ile enfeksiyon.
 - Aterosklerotik hastalık yükü.
 - DM, HT, PUD, GERD, epilepsi, santral venöz obstrüksiyon gibi uç-organ hasarına neden olmamış diğer medikal durumlar kontrendikasyon değildir, transplantasyon öncesi en iyi şekilde tedavi edilmelidir.
 - Önceki göğüs cerrahisi ve plöredesiz akciğer transplantasyonu için bir kontraendikasyon değildir.

Nakil öncesi dönemde tedavi ile optimize edilebilecek hipertansiyon, gastroözofajial reflü, diyabet vs. bütün durum ve hastalıklar için mümkün olan en kapsamlı yaklaşım ile tedavi ve optimizasyon yapılmalıdır. Koroner arter hastalığı için tıbbi ve koroner stent gibi girişimsel tedaviler veya nakil öncesi bypass yapılabildiği gibi, bazı merkezlerde nakil sırasında eşzamanlı bypass uygulanabilir.

Nakil adayının son evre akciğer hastalığının etkisiyle oluşan fonksiyonel sınırlılığın tekerlekli sandalye veya yataklak olunacak kadar son evreye varmamış olmasına, belli düzeyde egzersiz ve rehabilitasyon potansiyelinin varlığına dikkat edilir.

Bu sunumda hastalıklara göre transplantasyon endikasyonları ve yönlendirme zamanları da gözden geçirilmiştir. İdiopatik pulmoner fibröz (IPF) ve fibrotik NSIP tanısı alanların tanı konur konmaz transplant merkezine değerlendirme için yönlendirilmesinin önemi ne kadar vurgulansa yetersiz kalır.

İntersitisyel akciğer hastalığı olanların listeye alınması için;

- Pulmoner hipertansiyon,
- Hastaneye yatma zorunluluğu,
- Karbonmonoksit difüzyon kapasitesinin (DLCO) %15'den fazla düşüş,
- Altı dakika yürüyüş testinde satürasyonun %88'in altına düşmesi,
- Altı dakika yürüyüş testinin 250 metreden az veya
- Altı aylık takip sırasında zorlu vital kapasitede %10'dan fazla düşüş,
- Altı aylık bir sürede 50 m azalma gibi kriterlerden birine sahip olmaları beklenir.

KAYNAK

1. Weil et al. International Consensus Guidelines JHLT, January 2015.



Prof. Dr. Ali Metin GÖRGÜNER

Emsey Hospital, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul
E-mail: metingorguner@gmail.com

Soliter Pulmoner Nodülü Nasıl Takip Etmeliyim? Rehberler Ne Diyor? Bronkoskopi Ne Zaman? Nasıl?

Soliter pulmoner nodül (SPN), ≤ 3 cm çaplı, kenarlarının en az üçte ikisi akciğer parankimi ile çevrili, beraberinde lenf nodu, atelektazi ve post-obstrüktif pnömoni, plevral effüzyon olmayan, radyografik opasite olarak tanımlanır. Prevalans %8-51, Malignite oranı %1.1-12 olup, invaziv tanısal işlem gerekme oranı %1-4 arasında değişmektedir.

2013 yılında yayınlanan ACCP rehberine göre akciğer grafisi (PAAG) veya bilgisayarlı tomografide (BT) belirsiz nodül varlığında önceki görüntüleme tetkikleri incelenmelidir (1C). En az iki yıldır stabil olan solid, belirsiz nodüllerde ileri tanısal değerlendirme yapmaya gerek yoktur (2C). PAAG'de fark edilen belirsiz nodül varlığında, nodülün karakterini belirle-

mek amacıyla Toraks BT çekilmelidir (tercihen nodül düzeyinde ince kesitli) (1C).

> 8 mm solid, belirsiz nodülde 3., 6., 9., 12. ve 18-24. aylarda ince kesit kontrastsız, düşük doz seri BT'ler ile takip önerilir (2C). Ön klinik değerlendirme ve görüntüleme testleri bulguları uyumsuz ise, malignite ihtimali düşük-orta ise (%10-60), spesifik medikal tedavi gerektiren benign bir patoloji şüphesi varsa, cerrahi komplikasyon riski yüksekse, hasta ameliyat öncesinde malign tanının teyit edilmesini isterse "Cerrahi Olmayan Biyopsi" önerilir (2C). Klinik olarak yüksek malignite şüphesi varlığında ($> \%65$), nodül PET'de ileri derecede hipermetabolik ise, cerrahi olmayan biyopsi malignite açısından şüpheliyse, tam bilgilendirilmiş hasta kesin tanısal bir işlem isterse

de "Cerrahi Biyopsi" önerilir (2C). Bunun için de wedge rezeksiyon amaçlı torakoskopi önerilir (1C).

≤ 8 mm solid nodülde risk faktörü olup olmamasına göre BT takibinin sıklığı nodülün büyüklüğüne göre belirlenmelidir (2C).

≤ 5 mm nonsolid (saf buzlu cam) nodül varlığında ileri değerlendirme önerilmemektedir (2C).

> 5 mm nonsolid (saf buzlu cam) nodül varlığında, en az üç yıl yıllık BT ile takip önerilir (2C).

Kısmen solid ≤ 8 mm nodül varlığında 3., 12. ve 24. ayda BT takibi, sonrasında bir-üç yıl yıllık BT ile takip önerilmektedir (2C).

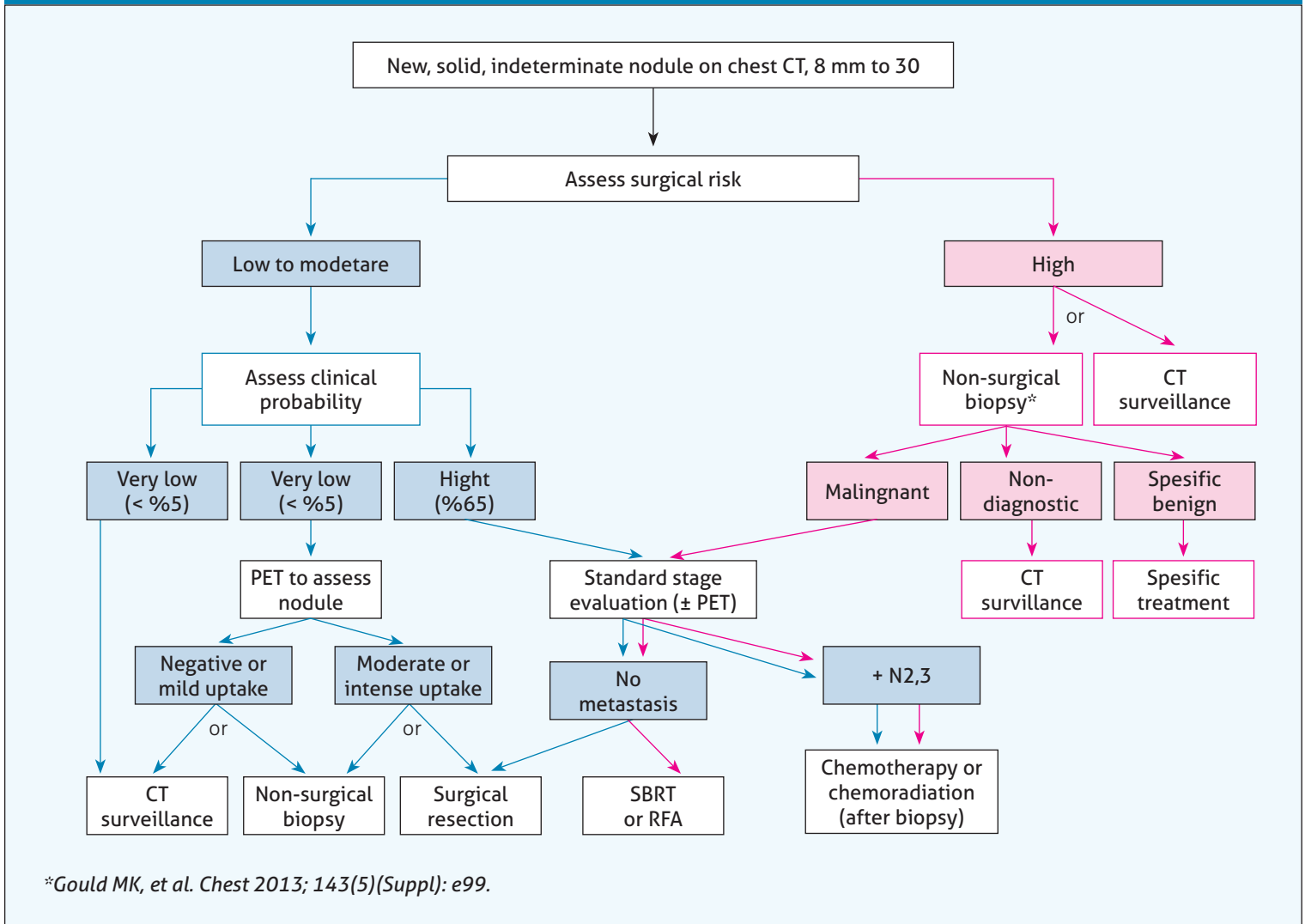
Kısmen solid > 8 mm nodül varlığında, üç ayda bir BT ile takip, sonrasında PET ile değerlendirme, cerrahi olmayan biyopsi ve/veya sebat eden nodüllerde cerrahi rezeksiyon önerilmektedir (2C).

Dominant nodülün yanında bir veya daha fazla ek küçük nodülleri olan bireyde, her nodül bireysel olarak değerlendirilmeli ve histolojik olarak metastaz teyit edilmediği takdirde küratif tedavi dışlanmamalıdır (2C).

Cerrahi olmayan biyopsi önerilir ise, transtorasik iğne aspirasyonu (TTİA) ve bronkoskopi en güvenilir tanısal yöntemlerdir. 2015 BTS rehberine göre TTİA işleminin sensitivitesi %91, spesifitesi %94 olarak bildirilmiştir. Pulmoner nodüllerin tanısında klasik bir metot olan floroskopi eşliğinde transbronşiyal biyopsinin tanısal oranı, lezyonun boyutuna bağlı olmak üzere (< 2 cm ya da > 2 cm) %36-86 arasında değişmektedir. Son yıllarda, bronkoskopinin sensiti-

vitesini arttırmak için elektromanyetik navigasyon bronkoskopi (ENB), klavuz kılıf (Guide Sheath - GS), ultrince bronkoskop (UB), virtual bronkoskop (VB), radyal endobronşiyal ultrason (R-EBUS), kriyobiopsi gibi yeni tekniklerin yanında, bronkoskopik mikro-örnekleme gibi tamamlayıcı moleküler araştırmalar üzerinde çalışılmaktadır.

Şekil 1. Pulmoner nodül değerlendirme algoritması.





Doç. Dr. Savaş ÖZSU

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon
E-mail: savasozsu@gmail.com

Pulmoner Embolide Yeni Oral Antikoagülanlar mı? Yoksa Warfarin mi?

Pulmoner emboli (PE) tanısındaki güncel gelişmeler ve farkındalığın artmasına paralel olarak tanı konulan hasta sayısı giderek artmaktadır. PE tedavisinde yeni oral antikoagülanlar (YOAK)'lar ile ilgili ilk çalışma 2009 yılında dabigatran ile yapılmıştır. Daha sonra diğer çalışmaların yayınlanmasıyla birlikte, YOAK geleneksel antikoagülanlara önemli bir alternatif oluşturmuş ve ülkemizde de son iki yıldır reçetelenmeye başlanmıştır. YOAK'lar Faktör Xa inhibitörü (rivaroksaban, edoksaban ve apiksaban) ve direkt trombin inhibitörü olarak sınıflandırılmaktadır.

K vitamin antagonisti warfarin idame tedavide genel olarak en sık kullanılan ilaçtır. Warfarin ile ilgili deneyim çok fazladır, etkinliği ve güvenirliliği bilinen bir ajandır. Ülkemizde çok merkezli olarak yaptığımız 1078 hastayı içeren çalışmada; idame dönemde en sık kullanılan ilaç warfarin idi. Warfarinin besin ve ilaçlarla etkileşimi, sık INR takibi gerektirmesi dezavantaj olarak gözükse de ucuz olması, nötralizasyon sorunu olmaması, oral

alınması ve hedef dozu gösteren INR monitarizasyonu artıları olarak gözükmektedir.

YOAK'lar ise INR takibi gerektirmemekte, günde bir ya da iki kez sabit dozda alınması, besin etkileşiminin olmaması, etkinin hızlı başlaması ve akut tedavide bile tek başlarına kullanılması (rivaroksaban ve apiksaban) önemli avantajlardır. Ancak pahalı olması (warfarin 5 TL, YOAK 100 TL ve DMAH 240 TL), hastalarda ilacın gerçekten etkili olduğunu gösteren rutin laboratuvar takibinin olmaması, böbrek yetmezliğinden etkilenmesi (kreatin klirensi <30 ise dabigatran, için kreatin klirensi < 15 mL/dakika diğerleri kullanılmamalı) ve kanama olduğunda spesifik antidotun şu an için ülkemizde olmaması negatif yönleridir. İdaracizumab dabigatranı dakikalar içinde nötralize ettiği gösterilmiş ve FDA tarafından onaylanmıştır. Diğer antidotlar; Andexanet alfa ve Aripazine ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

YOAK'ların önemli bir avantajı aslında ayaktan tedavi düşünülen akut PE'li has-

talarda tek başına kullanılmasıdır. Yatış maliyetleri düşünüldüğünde düşük riskli PE hastalarında kullanıldığında maliyet etkin olduğu görülmüştür.

YOAK ve warfarini karşılaştıran çalışmalarda genel olarak rekürrens riski benzerdir. Ancak YOAK'larda hem major hem de non-major kanama riski daha düşüktür. Özellikle beyin kanaması oranları düşüktür. Diğer yandan GIS kanama riski özellikle rivaroksabanda artmaktadır. GIS kanama riski aspirin kullananlarda, anemi ve daha önce GIS kanama öyküsü olanlarda artmaktadır. Atriyal fibrilasyonlu hastaları içeren bir çalışmada YOAK'ların özellikle 65 yaşında altındaki hastalarda kanama riskini belirgin azalttığı, ancak 75 yaşından sonra ise belirgin artırdığı görülmüştür. Son ACCP 2016 kılavuzu GIS kanama riski olan hastalarda rivaroksaban dispepsisi olanlarda ise dabigatranı önermemektedir. YOAK'lar karaciğer enzimleri normalin iki katının üstünde ise, antiproteaz ve antifungal kullanımı söz konusu ise (flukonazol hariç) kullanılmamalıdır. Warfarin kullanan hastalarda INR

ölçümlerinin %60'da eğer hedef aralıkta değilse (terapotik time range) yani iki-üç arasında değilse YOAK kullanılmalıdır. Günümüzde SGK'da iki ay warfarin kullanıp birer hafta arayla bakılan 5 INR ölçümünün eğer 3'ünde INR 2-3 arasında değilse YOAK'ları ödemektedir.

YOAK'lar majör cerrahi girişimlerde dabigatrandan genelde üç-dört gün önce diğerlerinde ise iki gün önce kesilmesi gerekir. Minör girişimlerde (endoskopik biyopsi, prostat ve mesane biyopsisi, anjiyografi, pace marker) ise dabigatran 1.5-2 gün önce diğerleri ise bir gün önce kesilmelidir. Biyopsi yapılmayan endoskopik girişimlerde ve diş çekimlerinde (üçten az diş çekiminde) kesilmesi gerekmez. Warfarin ise cerrahi işlemlerden dört-beş gün önce kesilmelidir.

YOAK kullanan hastada warfarine geçilirse ikisi beraber kullanılarak INR > 2 olduğunda YOAK kesilmelidir. Warfarin kullananlarda ise INR < 2 olduğunda dabigatran ya da apiksaban'a geçilebilir. Rivaroksabanda ise INR < 2.5 olduğunda warfarin kesilmelidir.

YOAK'ların; gebelikte, antifosfolipid sendromunda ve kanserli hastalarda kullanılması şu anda önerilmemektedir. Ancak kanserli hastalarda etkili olduğunu

Tablo 1. Hangi hastada hangi tedaviyi seçelim: ACCP 2016 önerileri.

Kanser	DMAH
Parenteral tedavi	Rivaroksaban, apixaban
Tek doz oral tedavi	Rivaroxaban; edoxaban; OAK
Karaciğer hastalığı, koagülopati	DMAH
IIIA-4	Bulky, konglomere, kapsülinvazyonu yapan
Renal hastalık ve Cr cl < 30 mL/dakika	OAK
Koroner arter hastalığı	OAK Rivaroxaban Apixaban Edoxaban
Dispepsi veya GIS kanama öyküsü	OAK, apiksaban
Uyumsuz hasta	OAK
Nötralizasyon	OAK, standart heparin
Gebelik	DMAH
Maliyet, sigorta kapsamı	Değişken
Trombolitik sonrası	Standart heparin

gösteren bir metaanaliz yayınlanmıştır. Heparine bağlı trombositopeni geliştiğinde YOAK'lar kullanılabilir. Diğer yandan KTEPH gelişimi üzerine YOAK'ların etkisi uzun vadede anlaşılacaktır.

ACCP 2016 kılavuzunda YOAK'ların warfarine tercih edilmesi önerilirken, ESC 2014 kılavuzu ise YOAK'ların akut faz sonrası ve uzatılmış tedavide OAK'lara alternatif olarak düşünülebileceği belirtilmekte ve

ilk seçenek olarak önermemektedir. Burada özellikle ACCP kılavuzunun hastane maliyetlerinden ötürü böyle öneri de bulunduğunu varsayabiliriz.

Sonuç olarak hem warfarin hem de YOAK'ların birbirlerine üstünlükleri ve dezavantajları olduğu durumlar vardır. Önemli olan hastaya göre karar vermek ve tedavi seçimini buna göre yapmak en doğru yaklaşım olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Ozsu S et al. TUPEG çalışması. Thromb Res. 2014 ;133(6):1006-10.
2. Ruff CT, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. Lancet 2014; 383: 955-62.
3. Nutescu EA, et al. Pharmacology of anticoagulants used in the treatment of venous thromboembolism. J Thromb Thrombolysis 2016;41:15-31.
4. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. European Heart Journal 2014;35:3033-3080.
5. Abraham NS, et al. Comparative risk of gastrointestinal bleeding with dabigatran, rivaroxaban, and warfarin: population based cohort study. BMJ. 2015 Apr 24;350:h1857.
6. Antithrombotic Therapy for VTE Disease CHEST Guideline and Expert Panel Report Chest 2016; 149(2):315-352.



Doç. Dr. Ersin GÜNAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyon
E-mail: ersingunay@gmail.com

Bronkoskopi Endikasyonları ve Kontrendikasyonları Nelerdir?

Bronkoskopi, üst ve alt solunum yollarının normal ve patolojik yapılarının direkt olarak değerlendirilmesinde kullanılan hem tanısal hem de terapötik işlemlerin uygulanabileceği endoskopik bir işlemdir.

Bronkoskopi ilk kez 1987 yılında çorba içerken kemik aspire eden 63 yaşındaki bir çiftçiye acil serviste Alman kulak burun boğaz uzmanı Dr. Gustav Killian tarafından rijit özefagoskop ile uygulanmış ve "Direkt Bronkoskopi" olarak tanımlanmıştır. Bu işlemde rijit bronkoskopi uygulanırken aydınlatma işleminde kullanılan ışık endoskop dışındadır ve alın aynası ile ışığın yansıtılması ile görüntüleme sağlanmıştır. Daha sonraki işlemlerde Dr. Chevalier Jackson ışık kaynağını rijit bronkoskopun ucuna yerleştirmiş ve H.H. Hopkins çubuk lensli optik teleskobun rijit bronkoskopta kullanılmasını sağlamıştır. Ülkemizde ilk rijit bronkoskopi uygulaması 1953'te Prof. Dr. Selahattin Akkaynak ve Dr. Rauf Saygın tarafından yapılmıştır. Dr. Shigeto İkedada'nın önerisi üzerine 1968 yılında fleksible bronkoskopi üretilmiştir.

Bronkoskopi böylece hem rijit hem de fleksible bronkoskopi olarak iki şekilde uygulanmaktadır.

Bronkoskopi uygulaması için endikasyonlar Tablo 1'de özetlenmiştir. Öksürük yakınması ile başvuran bir hastada özellikle akut dönemde akciğer grafisinde lokalize lezyon varlığında, eşlik eden hemoptizi ve lokalize ronküs varlığında ve ayrıca ba-

ğışıklığı baskılanmış hastalarda açıklanamayan öksürük etyolojisini araştırmak için bronkoskopi yapılmalıdır. Sekiz haftadan uzun süren kronik öksürüğü olan hastalarda da diğer etyolojik nedenler ekarte edildiğinde sebebin aydınlatılması için bronkoskopi işlemi endikasyonu mevcuttur. Hemoptizi yakınması ile başvuran hastada kanamanın lokalizasyonu ve etyolojinin tespiti için bronkoskopik görüntüleme kullanılmaktadır, ayrıca kanamaya bağlı asfiksini önlenmesi, aspirasyon ve kanamanın durdurulması için de bronkoskopiden faydalanılmaktadır. Ancak masif hemoptizili hastalarda felksible bronkoskopiden çok ventilasyon ve aspirasyona olanak sağlaması nedeniyle rijit bronkoskopi tercih edilmelidir. Ses kısıklığı olan hastalarda vokal kord paralizisi ve rekürren laringeal sinir invazyonunun tespiti için bronkoskopi uygulanmaktadır. Rekürren laringeal sinir tutulumu malign hastalarının evrelemesinde T4 olarak değerlendirilmekte ve bronkoskopi işlemi evrelemeye katkı sağlamaktadır. Bunların dışında radyolojik olarak anormal bulgu varlığında (atelektazi, nodül, kitle, kaviter lezyon, konsolidasyon, interstisyel opasite ve hiler dolgunluk gibi) bronkoskopi etyolojinin aydınlatılması için başvurulacak bir yöntemdir.

Pulmoner enfeksiyonların da (tüberküloz ve diğer etyolojik ajanlara bağlı) tanısının konulması için bronkoskopik olarak örneklerin (bronş lavajı, korumalı fırçalama) alınması tanıda yardımcıdır.

Bronkoskopinin en sık kullanıldığı diğer tanısal endikasyon primer ve metastatik malignitenin tanısının konulması, bronkoskopik evrenin belirlenmesi ve tedavi yanıtının değerlendirilmesidir. Diğer tanısal endikasyonlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

Bronkoskopi işlemi için terapötik endikasyonlar Tablo 2’de gösterilmiştir. Pek çok işlem fleksible bronkoskopi ile uy-

gulanabilirken, masif kanamalarda, stent uygulamalarında ve özellikle yabancı cisimlerin çıkarılmasında rijit bronkoskopi daha öncelikli olarak tercih edilmelidir.

Bunların dışında yeni fleksible bronkoskopi yöntemleri de tanısal olarak ve terapötik işlemlere yol gösterici olarak kullanılmaktadır. Bu işlemler tablo 3’de özetlenmiştir.

Bronkospi işlemi için çok az sayıda kontrendikasyon durumu mevcuttur. Bunlardan kesin kontrendikasyon durumları; hastanın işlem için onamının olmaması, tecrübesiz bronkoscopist ve resüsitasyon ekipmanının ve personelin bulunmamasıdır. Özellikle genel anestezi uygulanacak işlemlerde anesteziye bağlı riskleri arttırması nedeniyle, haya-

Tablo 1. Fleksible ve rijit bronkoskopi tanısal endikasyonları.

Fleksible Bronkoskopi Tanısal Endikasyonları	
Yakınmaların/bulguların değerlendirilmesi	Öksürük Hemoptizi Stridor Lokalize Ronküs
Ses kısıklığı	Vokal kord paralizisi Rekürren laringeal sinir invazyonu
Diyafagma paralizisi	Frenik sinir invazyonu
Plevral efüzyon	
Radyolojik anormalliklerin sebeplerinin değerlendirilmesi	Atelektazi, Nodül, kitle Kaviter lezyon Konsolidasyon İnterstisyel opasite Hiler dolgunluk... gibi bulgu varlığında
Pulmoner enfeksiyon etyolojisinin araştırılması	Bronş lavajı Korumalı fırçalama
Hava yolu açıklığının değerlendirilmesi	Postentübasyon stenoz Malign darlıklar
Akciğer kanseri tanısı, evrelemesi	
Şüpheli veya pozitif balgam sitolojisinde orijin araştırma	
Metastatik tümörlerde tanının konulması	
Persistan Pnömotoraks	
Toraks Travması	
Trakeobronşiyal yabancı cisim tanısı	
Trakeobronşiyal striktür ve stenozlar Trakeo-bronko-özafageal fistülleri değerlendirme	
Fokal-difüz akciğer hastalıklarında tanısal işlemlerin yapılması	Transbronşiyal biyopsi (parankim biyopsisi) Tanısal Bronkoalveolar lavaj (BAL)
Toksik inhalasyon hasarı ve yanıklar	
Akciğer transplantasyonu sonrası	-Anastamoz hattının değerlendirilmesi -Hastalığın seyrinin izlenmesi (Rejeksiyon, enfeksiyon, Bronşiyolitob obliteransgibi)
Rijit Bronkoskopi Tanısal Endikasyonları	
Mukoza biyopsisi	Daha büyük patolojik örnek alınması için
Hemoptizi	Masif kanamada aspirasyon amaçlı ve kanama yerinin saptanması

Tablo 2. Fleksible ve rijit bronkoskopinin terapötik endikasyonları.

Tüm akciğer lavajı	- Pulmoner alveolar proteinozis - Depo hastalıkları
Kist ve abse drenajı	
Bronkoskopik hacim küçültme	- Valve uygulama - Coil uygulama - Termal buhar ablasyonu - Biyolojik akciğer volüm azaltıcı işlemler (AeriSeal)
Bronşiyal Termoplasti	
Gen tedavisi	
Cyberknife radyocerrahi uygulaması (stereotaktik cerrahi)	
Zor entübasyon	
Entübasyon sonrası	- Tüpün yerinin tespiti - Sekresyon ve tıkaç temizleme - Entübasyona bağlı kanamaların/komplikasyonların kontrolü
Endobronşiyal Tedaviler	- Soğuk ve sıcak yöntemler (Kryoterapi, Argon plazma koagülasyonu, Elektrokoter, Lazer, Fotodinamik tedavi, Brakiterapi) - Stent uygulaması*
Yabancı cisimlerin çıkarılması*	
Masif hemoptizinin kontrolü*	
* Sadece rijit bronkoskopi kullanımı.	

Tablo 3: Diğer bronkoskopi uygulamaları.

Endobronşiyal Ultrasonografi	- Radyal Prob EBUS (miniprob) - Konveks Prob EBUS (lineer prob)
Elektromanyetik Navigasyon Bronkoskopi	
Otofloresan Bronkoskopi	
Narrow Band Görüntüleme	
Konfokal Bronkoskopi	
Sanal Bronkoskopi	

tı tehdit eden aritmi ve anstabil kardiyak durum ve ciddi hipoksemi (%100 oksijene rağmen PaO₂ basıncının 60 mmHg altında seyretmesi) diğer kontrendikasyonlar durumlarıdır. Ayrıca, rijit

bronkoskopi için boyunun hiperekstansiyonunu engelleyen ankiloz ve ağır restrikte tempora-mandibular eklem rijit bronkoskopi için kesin kontrendikasyonlardır.

Hastayla kooperasyon bozukluğu, yeni geçirilmiş MI (altı hafta önce) veya anstabil anjina pektoris, refrakter hipoksemi, koagülopatiye neden olan durumlar (bronş biyopsisi için trombosit sayısının 50.000/mm³, transbronşiyal biyopsi için 75.000/mm³, BAL için 30.000/mm³ altında olması ve trombosit fonksiyon bozukluğu), parsiyel trakeal darlık (fleksible bronkoskopi için), KİBAS, debilite, malnütrisyon, gebelik durumu veya gebelik şüphesi rölatif kontrendikasyon durumlarıdır.



Doç. Dr. Servet KAYHAN

Medicalpark Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

E-mail: kayhanservet@gmail.com

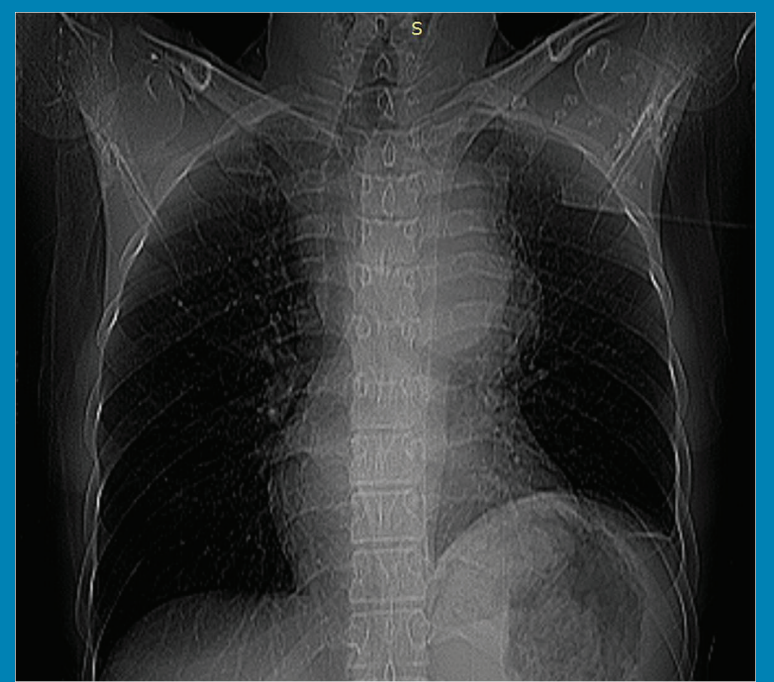
Mediastinal Seminoma Olgusu

Olgumuz 29 yaşında, kuyumculuk üretim sektöründe çalışan, evli ve bir çocuklu erkek olup son dört aydır başlayan göğüste yanma, göğüs ağrısı, sesinde hafif kısıklık, iştahsızlık, hazımsızlık, mide yanması ve hafif kilo kaybı yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Hastamız sigara ve alkol hiç kullanmamıştı. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde önemli bir özellik yoktu.

Gastrointestinal yakınmaları nedeniyle bir ay önce gittiği bir klinik tarafından yapılan üst endoskopi incelemesi sonucu akut gastrit olduğu söylenmiş ve buna yönelik tedaviler almış.

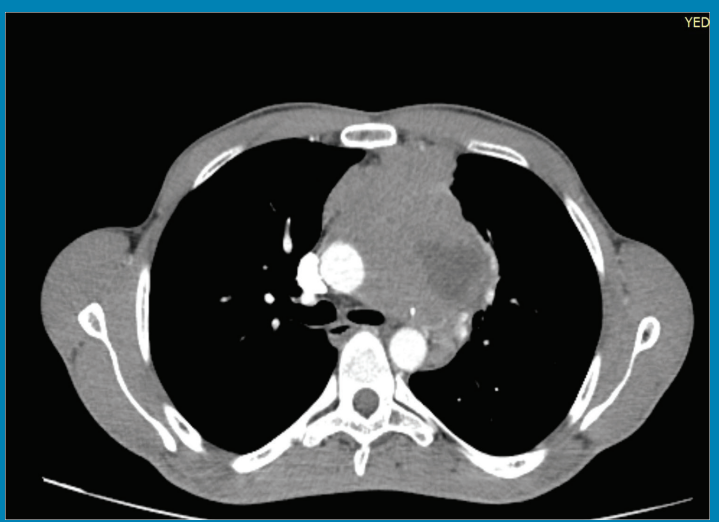
Kliniğimizde yapılan kan tetkiklerinde hemogram, ve biyokimya değerleri tamamen normaldi. Akciğer grafisinde üst mediastende genişleme ve sol diyafragmada elevasyon izlendi (Resim 1). Toraks Bilgisayarlı tomografisinde üst anterior mediasteni dolduran, ana vasküler yapılarla bası yapan ve trakeayı sağa doğru iten, lobüle kontürlü kitle saptandı (Resim 2). Çekilen PET-BT de kitlenin SUV-max değeri 5.81 olarak raporlandı (Resim 3).

Hastaya göğüs cerrahisi bölümü tarafından tanısal amaçlı anterior mediastinotomi işlemi yapıldı ve kitleden biyopsiler alındı. Patolojik inceleme sonucu germ hücreli tümör ve mediastinal seminoma olarak raporlandı. Hastaya medikal onkoloji bölümü tarafından etoposid, sisleptin ve bleomisinde oluşan kombine kemoterapi 4 kür olarak planlandı. Tedavisinin 2. kürü

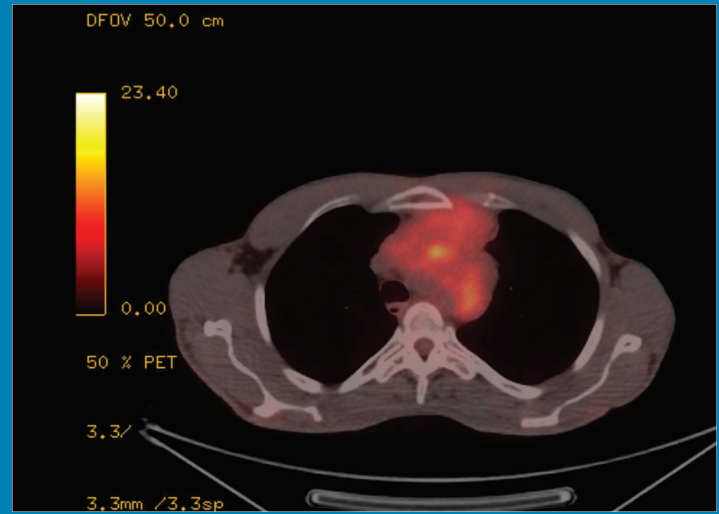


Resim 1.

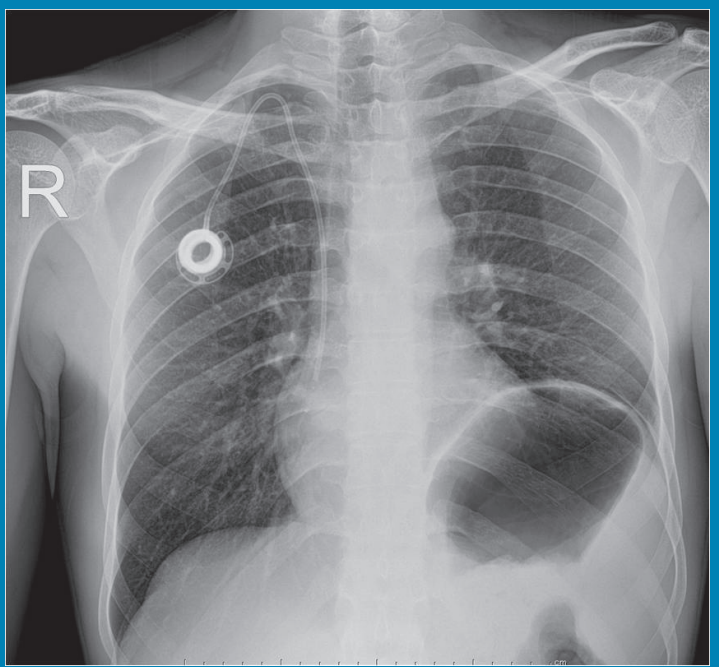
tamamlanan hastanın kontrol akciğer grafisinde mediastinal yapıların normal olarak izlendiği ve sol frenik paralizi nedeniyle diyafragmanın yüksek olduğu izlenmektedir (Resim 4).



Resim 2.



Resim 3.



Resim 4.

Seminomlar malign karakterli, germ hücreli tümörler olup, gonadların dışında oluşumu nadirdir (%2-5) ve en sık yerleştiği yer anterior mediastendir (1,2). Bu durum embriyogenez aşamasında germ hücrelerinin anormal migrasyonuna bağlıdır. Genellikle 3. ve 4. dekatta erkeklerde görülür. En sık semptomları öksürük, göğüs ağrısı ve dispnedir bazen vena cava superior sendromuna yol açabilir (2).

Alfa fetoprotein ve beta HCG değerleri yükselebilir. Primer testis tümöründen mediastene metastaz yapabilir. Malign olmasına rağmen etoposid, sislatin ve bleomisin kombinasyonundan oluşan kemoterapiyle beş yıllık sağkalım %90'ın üzerindedir (1,2).

KAYNAKLAR

1. Dubashi B, Cyriac S, Tenali SG: Clinicopathological analysis and outcome of primary mediastinal malignancies - A report of 91 cases from a single institute. Ann Thorac Med 2009; 4: 140-2.
2. Moran CA, Suster S, Przygodzki RM, Koss MN: Primary germ cell tumors of the mediastinum: II. Mediastinal seminomas-a clinicopathologic and immunohistochemical study of 120 cases. Cancer 1997; 80: 691-8.



Yrd. Doç. Dr. Muzaffer SARIAYDIN

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyon
E-mail: ???

Uzm. Dr. Sibel GÜNAY

Afyon Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Afyon
E-mail: ???

Makale Özetleri

Lancet Respiratory Medicine

Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonda Kombine Tedaviyle Monoterapinin Karşılaştırılması: Meta-analiz

Lajoie AC, Lauzière G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, Bonnet S, Provencher S. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: A meta-analysis. *Lancet Respir Med* 2016; 4: 291-305. doi: 10.1016/2213-600 (16)00027-8.

GİRİŞ

Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) için monoterapi ile kombine hedefe yönelik tedavinin etkisinin karşılaştırıldığı çeşitli randomize kontrollü çalışmalar ve önceki meta-analizde çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Bu çalışmada, monoterapi ve PAH- spesifik kombine tedavinin hastalık üzerine etkisinin karşılaştırıldığı sistematik derleme ve meta-analiz yaptık.

YÖNTEMLER

1 Ocak 1990'dan 30 Mayıs 2015'e kadar yayımlanan 12 yaş ve üzeri en az 12 hafta olacak şekilde PAH spesifik kombine tedavi ile daha önceden PAH spesifik monoterapi alan hastaların karşılaştırıldığı prospektif randomize çalışmalar MEDLINE, Embase ve Cochrane kütüphaneleri kullanılarak tarandı. Analiz sonuçlarından olguları sunumları çıkarıldı.

Her çalışmada klinik kötüleşme riskinin primer sonuçları sabit-etki modeline dayalı Mantel-Haenszel yöntemi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Analizde tespit edilen 2017 çalışmadan 17 tanesine (4095 hasta) yer verildi. 15 çalışmada klinik kötüleşme değerlendirildi ve bu primer analizler içinde yer aldı. Kombine tedavi kullanımı monoterapi ile karşılaştırıldığında klinik olarak kötüleşmede önemli bir risk azalışı ile ilişkili bulundu (kombine tedavide %17 (1940 hastada 332'si), monoterapide %28 (1862 hastada 517'si), risk oranı [RR] 0.65 [%95 güven aralığı 0.58-0.72], $p < 0.00001$). Çalışmalar arasında heterojenite mevcut değildi ($I^2 = \%18$, $p^{\text{homojenite}} = 0.25$). Egger testi sonuçlarıyla ilgili yayımlanma ön yargısı saptandı ($t = -2.3982$, $p = 0.031$). Ancak en yüksek

SEs değerine sahip dört çalışma çıkarıldığında klinik kötüleşme için RR yine benzer bulundu (0.65 [%95 Güven aralığı 0.58-0.73], $p < 0.00001$).

SONUÇ

Analiz sonucunda, PAH spesifik kombine tedavi kullanımı ile monoterapi kıyaslandığında kombine tedavi klinik kötüleşme riskinde önemli miktarda azalma ile ilişkili bulundu. Ancak çalışmalardaki klinik kötüleşme kriterleri arasında farklılıklar olması ve olası taraflı yayınların bulunması çalışmanın eksik yönleridir. Kombinasyon tedavisi altında pek çok hastada hala klinik kötüleşme olması nedeniyle PAH'ta yenilikçi tedavi hedefleri tanımlanması acil bir ihtiyaçtır.

Chest

Ventilatör İlişkili Pnömoninin Erken Tanısında Akciğer Ultrasonu

Mongodi S, Via G, Girard M, Rouquette I, Misset B, Braschi A, Mojoli F, Bouhemad B. Lung Ultrasound for Early Diagnosis of Ventilator-Associated Pneumonia. *Chest* 2016; 149: 969-80. doi: 10.1016/j.chest.2015.12.012

GİRİŞ

Akciğer ultrasonu ventilatör ilişkili pnömonideki havalanmayı göstermek için ve toplum kökenli pnömoninin tanısını koymak ve takip etmek için başarılı bir şekilde kullanılmıştır. Ancak akciğer ultrasonunun ventilatör ilişkili pnömoni tanısını geliştirmede güvenilir olup olmadığıyla ilgili herhangi bir bilimsel kanıt henüz mevcut değildir.

METODLAR

Ventilatör ilişkili pnömoni olduğundan şüphelenilen 99 hastanın olduğu prospektif çok merkezli çalışmada enfeksiyona ait akciğer ultrason bulgularının (subplevral konsolidasyon, lobar konsolidasyon ve dinamik ağaç görünümü/lineer hava bronkogramları) tanısız başarıları araştırıldı. Aynı zamanda endot-

trakeal aspiratın direk mikrobiyolojik inceleme sonuçları ile akciğer ultrasonunu kombine ederek değerlendirildi. Akciğer ultrason bulguları ve endotrakeal aspirat skorları iki yolla analiz edildi. Birincisi, klinik akciğer ultrasonu skoru (ventilatör ilişkili pnömoni akciğer ultrason skoru-VPLUS) şu şekilde hesaplandı: subplevral konsolidasyonlu ≥ 2 alan, 1 puan; dinamik ağaç görünümü/lineer hava bronkogramlı görünüm ≥ 1 alan, 2 puan; ve pürülan endotrakeal aspirat 1 puan. İkinci yol da VPLUS- direk gram boyama incelemesi (EAgam) şu şekilde skorlandı: subplevral konsolidasyonlu ≥ 2 alan, 1 puan; dinamik ağaç görünümü/lineer hava bronkogramlı ≥ 1 alan, 2 puan; ve pürülan endotrakeal aspirat 1 puan; ve pozitif direk gram boyama endotrakeal aspirat incelemesi 2 puan.

BULGULAR

Ventilatör ilişkili pnömoni tanısının için subplevral konsolidasyon ve dinamik ağaç görünümü/lineer hava bronkogramlarının pozitif prediktif değeri %86, pozitif olabilirlik oranı (likelihood ratio) 2.8 saptandı. İki dinamik ağaç görünümü/lineer hava bronkogramı bulgusunun pozitif prediktif değeri %94 ve pozitif olabilirlik oranı 7.1 olarak saptandı. VPLUS-EAgam ve VPLUS eğrileri altında kalan alanlar sırasıyla 0.832 ve 0.743 idi. VPLUS-EAgam ≥ 3 olanların özgüllüğü %77, duyarlılığı %78; VPLUS ≥ 2 olanların ise özgüllüğü %69, duyarlılığı %71 olarak saptandı.

SONUÇ

İnfeksiyonun ultrason özelliklerinin saptanması sayesinde, akciğer ultrasonu yatak başında ventilatör ilişkili pnömoninin erken tanısında güvenli bir araç olacaktır.





Uzm. Dr. Aslıhan GÜRÜN KAYA

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
E-mail: aslihangurun@hotmail.com

Umeclidinyum Bromide/Vilanterol Kombinasyonunun Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tedavisinde Kullanımı: Derleme

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ileri yaşlarda sık görülen, sigara içiminin bırakılması ile önlenilebilen bir hastalıktır. Tam olarak reverzibilitesi olmayan hava yolu kısıtlanması ile karakterize olan bu hastalıkta, bronkodilatör ilaçlar tedavide ilk seçenektir. Semptomatik olan KOAH'lı hastalarda sık atak riski olsun ya da olmasın uzun veya ultra uzun etkili β_2 -agonist ve/veya uzun etkili muskarinik antagonist endikasyonu mevcuttur. Bronkodilatör kombinasyonları hücresel düzeyde sinerjistik etkileri olan, additif klinik yararları gösterilen ve monokomponentlerinin artmış dozları ile karşılaştırıldığında daha az yan etkileri olan efektif yaklaşımlardır. Uzun etkili β_2 -agonist/uzun

etkili muskarinik antagonist ilaçların tek inhalede verildiği yeni fiks-doza kombinasyon tedavileri Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) ve Avrupa Tıbbi Ürünler Ajansı (EMA) tarafından onaylanmıştır. Bu derlemede umeclidinyum/vilanterol trifenatat fiks doz kombinasyonunun KOAH'lı hastalarda kullanımının araştırıldığı klinik çalışmalar değerlendirilmiştir. Beş tanesi 12 haftalık, bir tanesi bir yıllık sürede toplamda 6000'den fazla hastanın değerlendirildiği toplam altı çalışmanın sonucunda umeclidinyum/vilanterol trifenatat kombinasyon tedavisinin ciddi bir yan etki olmadan akciğer fonksiyonlarını, dispneyi ve sağlık ilişkili yaşam kalitesini iyileştirdiği, atak sıklığını azalttığı gösterilmiştir.

Sonuç olarak umeclidinyum/vilanterol trifenatat, efektif ve güvenli, uygulaması kolay plaseboya göre klinik durumda anlamlı gelişme sağlayan yeni bir kombine bronkodilatör ilaçtır. Ataklar, hastane yatışları, hastalık progresyonu ve mortalite açısından diğer fiks-doza kombinasyonlar ile karşılaştırılmalı daha uzun süreli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. KOAH GOLD grup B'deki hastalar, bozulmuş akciğer fonksiyonu olup (FEV1 < %50) seyrek atağı olan grup C ve D'deki hastalarda bu kombinasyon tedavileri düşünülmeli, inhale kortikosteroid hastaya göre değerlendirilerek, sonraki basamak olarak düşünülmelidir.

KOAH'ta Maksimum Bronkodilatasyon¹



ANORO™ ELLIPTA™
umeklidinyum/vilanterol

Referans: Singh D. Br J Clin Pharmacol 2015;79 (5):695-708

Anoro™ Ellipta™ 62.5/25 µg Kısa Ürün Bilgisi Özeti: Bu ilaç ek izlemeye tabidir. Bu üçgen yeni güvenlik bilgisinin hızlı olarak belirlenmesini sağlayacaktır. Sağlık mesleği mensuplarının şüpheli advers reaksiyonları TÜFAM'a bildirmeleri beklenmektedir. Anoro™ Ellipta™ 62.5/25 µg kullanıma hazır inhalasyon tozu, dahili bir doz sayacı olan Ellipta™ inhaler içinde her biri beyaz toz halinde etkin molekülleri içeren 30 dozluk iki adet blister şeritten oluşmaktadır. Blister şeritlerden biri her dozda 62.5 µg umeklidinyum, diğeri ise her dozda 25 µg vilanterol (trifenitat halinde) içerir. Ellipta™ inhaler in ağızlığından çıkan her bir doz 55 µg umeklidinyum (65 µg umeklidinyum bromüre eşdeğer) ve 22 µg vilanterol (trifenitat olarak) içermektedir. Yardımcı madde olarak her bir dozda yaklaşık olarak 25 mg laktoz monohidrat ve magnezyum stearat bulunur. **Endikasyon:** Anoro™ Ellipta™ erişkin kronik obstrüktif akciğer hastalarında (KOAH) görülen semptomların giderilmesine yönelik kontrol edici bir bronkodilatör tedavidir. Kullanım Şekli ve Dozu: Önerilen doz günde bir defa Anoro™ Ellipta™ 62.5/25 µg inhalasyonudur. Anoro™ Ellipta™ sadece inhalasyon yoluyla kullanılır. Anoro™ Ellipta™ her gün, günde bir kez, günün aynı saatinde uygulanmalıdır. **Başlıca Yan Etkiler:** Nazofarenjit, idrar yolu enfeksiyonu, sinüzit, farenjit, üst solunum yolu enfeksiyonu, baş ağrısı, atriyal fibrilasyon, supraventriküler taşikardi, idioventriküler ritim, taşikardi, supraventriküler ekstrasistoller, öksürük, orofarenjal ağrı, kabızlık ve ağız kuruluğu yaygın olarak görülen yan etkilerdir. **İlaç Etkileşimleri:** β adrenerjik blokerler, vilanterol gibi β₂ adrenerjik agonistlerin etkisini zayıflatabilir veya antagonize edebilirler. Kullanılmasını zorunlu kılan sebepler olmadıkça selektif veya selektif olmayan β adrenerjik blokerlerin eşzamanlı kullanımından kaçınılmalıdır. Güçlü CYP3A4 inhibitörlerinin eşzamanlı uygulaması, vilanterolün metabolizmasını inhibe edebilir ve vilanterole sistemik maruziyeti artırabilir. Umeklidinyum/vilanterol, CYP2D6 veya P-gp inhibitörleri ile birlikte uygulandığında klinik olarak anlamlı bir ilaç etkileşimi beklenmemektedir. Metilksantin türevleri, steroidler veya potasyum tutucu olmayan diüretikler ile eş zamanlı hipokalemik tedavi β₂ adrenerjik agonistlerin olası hipokalemik etkilerini artırabileceğinden dikkatle kullanılmalıdır. **Kontrendikasyonları:** Anoro™ Ellipta™, şiddetli süt proteini alerjisi bulunan ya da ilacın etkin maddelerine veya yardımcı maddelerin herhangi birine karşı bilinen aşırı hassasiyeti olan hastalarda kontrendikedir. **Uyarılar/Önemler:** Umeklidinyum/vilanterolün astımlı hastalarda kullanımına ait çalışma bulunmadığından bu hasta popülasyonunda kullanılmamalıdır. Diğer inhalasyon tedavilerinde olduğu gibi, umeklidinyum/vilanterolün uygulanması, paradoksal bronkospazma yol açabilir. Bu durumda tedavi derhal kesilmelidir ve gerekirse alternatif tedavi başlatılmalıdır. Umeklidinyum/vilanterol bronkospazmın akut ataklarının tedavisi için endike değildir. Muskarinik reseptör antagonistleri ve semptomimetik ajanların uygulanmasından sonra kardiyovasküler etkiler (ör. atriyal fibrilasyon ve taşikardi) görülebilir. Antimuskarinik etki nedeniyle umeklidinyum/vilanterol, üriner retansiyonu veya dar açılı glokomu olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Umeklidinyum/vilanterol, hipokalemiye neden olma potansiyeli olan diğer ilaçlarla birlikte kullanıldığında dikkatli olunmalıdır. Diyabetik hastalarda umeklidinyum/vilanterol ile tedaviye başlandığında plazma glukozu daha yakından takip edilmelidir. Umeklidinyum/vilanterol, konvülsif bozuklukları veya tirotoksikozu olan hastalarda ve β₂ adrenerjik agonistlere karşı alışılmadık duyarlılığı olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Galaktoz intoleransı, Lapp laktaz eksikliği ve glukoz-galaktoz malabsorpsiyonu gibi nadir kalıtsal sorunları olan hastalar bu ilacı kullanmamalıdır. **Özel Popülasyonlar:** 65 yaş üzeri hastalarda dozun ayarlanması gerekli değildir. Böbrek yetmezliği veya hafif/orta şiddette karaciğer yetmezliği olan hastalar için dozun ayarlanması gerekli değildir. Şiddetli karaciğer yetmezliği olan hastalarda Anoro™ Ellipta™ ile herhangi bir çalışma gerçekleştirilmemiştir ve dikkatle kullanılmalıdır. Anoro™ Ellipta™'nin, 18 yaşından küçük hastalarda kullanımı uygun değildir. Anoro™ Ellipta™'nin gebelik kategorisi C'dir. Umeklidinyum veya vilanterolün anne sütüne geçip geçmediği bilinmemektedir. Umeklidinyum/vilanterolün insanlarda fertilité üzerindeki etkilerine ilişkin herhangi bir veri yoktur. Hayvan çalışmaları umeklidinyum veya vilanterolün fertilité üzerinde hiçbir etkisi olmadığını göstermektedir. Umeklidinyum/vilanterolün muhakeme, motor ve kognitif beceri gerektiren görevleri yerine getirme yeteneği üzerindeki etkilerini araştırılan herhangi bir çalışma yapılmamıştır. **Doz Aşımı ve Tedavisi:** Umeklidinyum/vilanterolün doz aşımında muhtemelen mono bileşenlerin etkilerinden kaynaklanan, inhale muskarinik antagonistlerin (ör. ağız kuruluğu, görme bozuklukları ve taşikardi) ve diğer β₂ adrenerjik agonistlerin (ör. aritmiler, tremor, baş ağrısı, palpasyonlar, bulantı, hiperglisemi ve hipokalemi) doz aşımında görülen istenmeyen etkiler ile tutarlı belirti ve semptomlar görülecektir. Eğer doz aşımı meydana gelirse, hastaya gerektiği şekilde uygun takip ile destekleyici tedavi uygulanmalıdır. **Raf Ömrü ve Saklama Koşulları:** Anoro™ Ellipta™'nin raf ömrü 24 ay, içinde bulunduğu folyo tepside çıkarıldıktan sonra 25 °C'nin altındaki oda sıcaklığında 6 haftadır. Anoro™ Ellipta™'yı 25 °C'nin altındaki oda sıcaklığında ve kuru bir yerde muhafaza ediniz. Inhaleri nemden korumak için kapalı folyo tepsi içinde muhafaza ediniz ve ancak ilk kez kullanmaya başlayacağınız zaman folyo tepsiyi açıp inhalerinizi içinden çıkarınız. **Ruhsat Sahibi:** GlaxoSmithKline İlaçları San. ve Tic. A.Ş., Büyükdere Cd. 1. Levent Plaza B Blok No: 173, 34394, 1. Levent/İSTANBUL Tel: 0212 339 44 00 **Ruhsat Tarihi ve Numarası:** 23/09/2014, 2014/722 **Reçete ile satılır.** 22/02/2016 tarihi itibarı ile onaylı KDV dahil perakende satış fiyatı 112,61 TL'dir. **KÜB Yenilenme Tarihi ve Onay Kodu:** 04/09/2015, TK/UCV/0002/15a. GSK ürünleri ile ilgili advers olayları GSK'ya doğrudan e-posta (ist_tr_safety@gsk.com) ve telefon aracılığı ile (444 5 475) veya T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, TÜFAM'a (Türkiye Farmakovijilans Merkezi) e-posta (tufam@titck.gov.tr); Faks: 0312 218 35 99; Tel: 0312 218 30 00 yoluyla iletebilirsiniz.



DAHA GENİŞ BİLGİ İÇİN FIRMAMIZA BAŞVURUNUZ.

GlaxoSmithKline İlaçları San. ve Tic. A.Ş., Büyükdere Cad. 1. Levent Plaza B Blok No: 173 34394 1. Levent / İSTANBUL Tel: 02123394400 www.gsk.com.tr

GSK ürünleri ile ilgili advers olayları GSK'ya doğrudan e-posta (ist_tr_safety@gsk.com) ve telefon aracılığı ile (444 5 475) veya T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, TÜFAM'a (Türkiye Farmakovijilans Merkezi) e-posta: tufam@titck.gov.tr; faks: 0312 218 35 99; tel: 0312 218 30 00 iletebilirsiniz.



Theravance

Anoro™ Ellipta™ Theravance ile işbirliğiyle geliştirilmiştir.



Gülcan ACAR

E-mail: gulcanacar78@gmail.com

Antalya

Anlatmakta kelimelerin yetersiz kaldığı yerler vardır. İşte onlardan biridir Düden Şelalesi. Gürül gürül akan suları sayesinde, Antalya'nın en sıcak günlerinde bile serin kalan, maviyle yeşilin iç içe geçtiği, altında ağızları açık bırakacak bir mağara bulunduran Düden Şelalesi, Tabiat Ana'nın bizlere armağan ettiği eşsiz bir güzelliştir. Antalya'yı keşfet...



Akciğer

Bülten

Cilt: 4 Sayı: 1 Yıl: 2016



Akciğer Sağlığı ve Yoğun Bakım Derneği Adına Sahibi

Tevfik Özlü

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Akın Kaya

Editörler

Akın Kaya

Nurhan Köksal

Sanat Yönetmeni

Cihat Özönel

Baskı

Renk Form Matbaacılık

Turgut Özal Bulv. No: 53/Z

İskitler/Ankara

Tel: 0312 384 30 36

Yayın Kurulu

Abdurrahman Şenyiğit

Ahmet Emin Erbaycu

Akın Kaya

Aydın Çiledağ

Erdoğan Çetinkaya

Erhan Tabakoğlu

İrfan Uçgun

Kürşat Uzun

Levent Kart

Mehmet Karadağ

Mehmet Ünlü

Muzaffer Metin

Tarkan Özdemir

Tevfik Özlü

Zeki Yıldırım

AKCİĞER SAĞLIĞI VE YOĞUN BAKIM DERNEĞİ

İlkiz Sokak No: 17/5 Sıhhiye, Çankaya/Ankara

Tel : +90 312 232 01 26 • Faks: +90 312 232 01 26

akcigersagligi@gmail.com