

# İTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARI OLGULARI

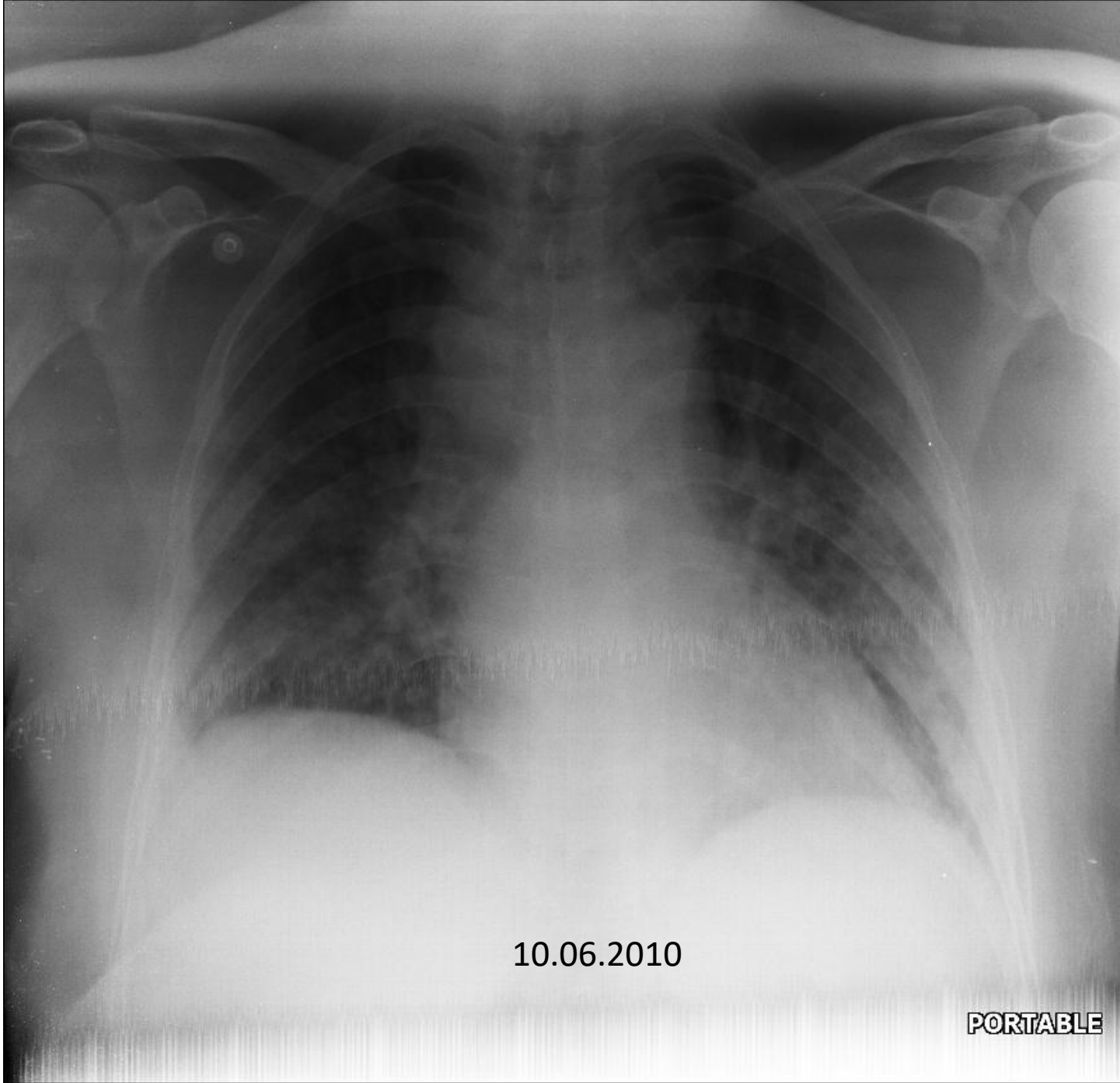
**Dr. Gamze KIRKIL**

**Fırat Üniversitesi**

**Göğüs Hastalıkları AD**

# OLGU-1

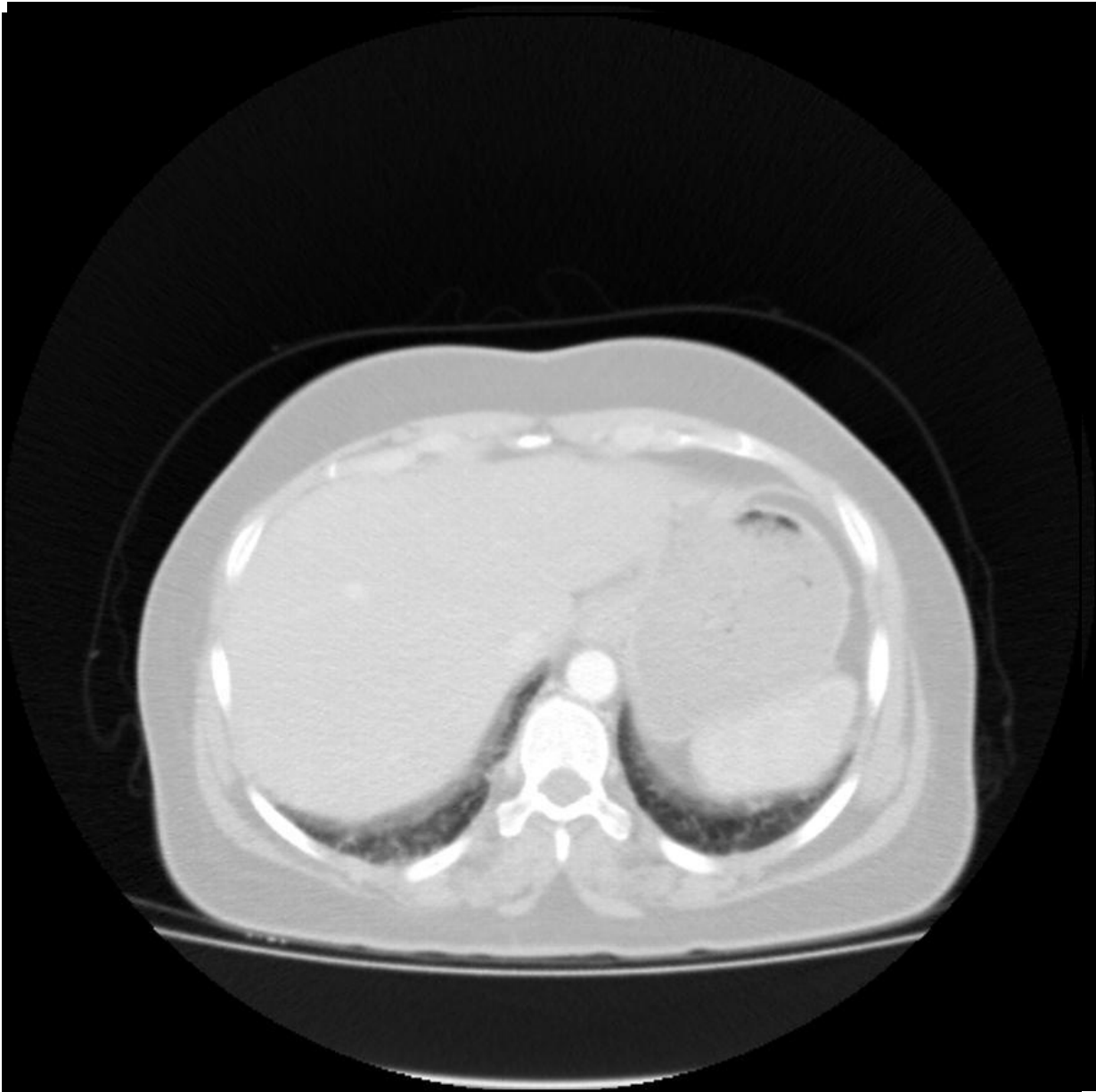
- 64 y, K hasta
- 2010 yılında öksürük, yorgunluk, halsizlik, ateş, gece terlemesi şikayetleri ile başvuruyor
- FM: Solunum sesleri doğal, çomak parmak (-), PTÖ (-/-)
- Diğer sistem muayeneleri doğal



10.06.2010

**PORTABLE**

17.08.2010





T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ RAPORU



Adı Soyadı	: RAKİBE KAYA	Rapor Tarihi	: 19.08.2010 10:38
T.C Kimlik No	: 43966052904	Dosya no	: 611450
Baba Adı	: SADETTİN	Balvuru No	: 1600688
Kurumu	: SSK SAĞLIK BÜYÜKLERİ MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	: ELAZIĞ - 1955 Yaşı 55
İstem Tarihi	: 16.08.2010(489307)	İstem Kabul Tarihi	: 16.08.2010(46261)
Hizmet Adı	: BT, TORAKS	Cinsiyet	: K

Tanı	Kodu	Adı
	A18.2	TÜBERKÜLOZ PERİFERİK LENFADENOPATİ
	A18.2	TÜBERKÜLOZ PERİFERİK LENFADENOPATİ

### TORAKS ÇOK KESİTLİ BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ

**Teknik :** 70 ml intravenöz iyotlu kontrast madde verilerek yapılan 64-ÇKBT incelemesinde:

Brakiosefalik vasküler yapılar, trake ve ana bronşlar, özefagus normal görünümündedir.

Kalp ve ana vasküler yapılar normal boyutlarda olup patoloji izlenmemiştir.

Bilateral akciğerlerde üst loblarda daha belirgin olmak üzere buzlu cam görünümü, fibrotik değişiklikler, peribronşal kalınlaşmalar ile yaygın amfizematöz değişiklikler dikkati çekti (Interstisyel Akciğer Hastalığı?, Sarkoidoz?, Enfeksiyöz Proses?).

Sağ akciğerde ver ver plevral kalınlaşmalar izlendi.

Sağda paratrakeal alanda , aorto pulmoner pencerede, karinal ve subkarinal alanda ve sağ hiler bölgede LAP'lar izlendi

Göğüs duvarı, kemik yapılar ve yumuşak dokular normal görünümündedir.

- Hastaya mediastinal LAP örneklemesi için Göğüs Cerrahisi konsültasyonu isteniyor
- Mediastinoskopi yapılıyor

Elazığ

*Patoloji No* : EHB-561-10  
*Alındığı Tarih* : 10-06-2010  
*Geldiği Tarih* : “  
*Materyalin* : Mediasten  
*Alındığı Yer*  
*Ön Tanı* : Mediastinal LAP  
*Klinik Özet* : Öksürük,Halsizlik,Yorgunluk ,Mediastinoskop ile Lenf nodu biopsisi  
alındı.  
**MAKROSKOPİ** : Topluca 0,2-0,5cm 6-7 adet çaplı gri sarı yumuşak dokuların tümü  
müt.lk.t.a.AA

**TANI** : Granülomatöz İltihap, Mediastinal Lenf nodları, Mediastinoskop ile  
Lenf nodu biopsisi.

**NOT** : Malignite İzlenmemiştir Öncelikle Tbc.ile uyumludur Klinik uyumsuz ise Başta  
arkoidoz ve diğer Granülomatöz Hastalıklar(Brucella,Mantar vb.)açısından tetkiki uygundur.

- Hastanın 3 balgam ARB (-), kültürde üreme yok
- Hastaya Haziran 2010 - Ocak 2011 süresince TBC tedavisi verilmiř
- Tedavi süresince klinik bulgularında düzelme olmamış



04.01.2011



Adı Soyadı	: RAKİBE KAYA	Rapor Tarihi	: 06.01.2011 15:27
T.C Kimlik No	: 43966052904	Dosya no	: 611450
Baba Adı	: SADETTİN	Bağvuru No	: 1752957
Kurumu	: SSK SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	: ELAZIĞ - 1955 Yaş 55
İstem Tarihi	: 03.01.2011(904835)	İstem Kabul Tarihi	: 03.01.2011(46261)
Hizmet Adı	: BT, TORAKS	Cinsiyet	: K

Tanı :	Kodu	Adı
	J44.9	KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI, TANIMLANMAMIŞ

### TORAKS ÇOK KESİTLİ BİLGİSAYARLI TOMOGRAF?

**Teknik :** 70 ml intravenöz iyotlu kontrast madde verilerek yapılan 64-ÇKBT incelemesinde:

Brakiosefalik vasküler yapılar, trake ve ana bronşlar, özefagus normal görünümündedir.

Kalp ve ana vasküler yapılar normal boyutlarda olup patoloji izlenmemiştir.

Sağda paratrakeal alanda , aorto pulmoner pencerede, karinal ve subkarinal alanda ve bilateral hiler bölgede büyüü 3x2 cm boyutta LAP'lar izlendi ( 19.08.2010 tarihli toraks BT ile karşılaştırılmada tanımlanan LAP'ların boyut ve sayılarında artış izlendi).

Bilateral akciğerlerde yaygın buzlu cam görünümü, fibrotik değişiklikler, peribronşial kalınlaşmalar ile yaygın amfizematöz değişiklikler dikkati çekti (İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Sarkoidoz, Enfeksiyöz Proçes, 19.08.2010 tarihli toraks BT ile karşılaştırılmada tanımlanan bulgularda artış izlendi).

Bilateral akciğerde milimal boyutta bir kaç adet pulmoner nodül izlendi ( 19.08.2010 tarihli toraks BT ile karşılaştırılmada anlamlı farklılık izlenmedi ).

Sağ akciğerde yer yer plevral kalınlaşmalar izlendi.

Sol akciğer alt lob posterobazalde 2 adet kalsifik pulmoner nodül izlendi ( 19.08.2010 tarihli toraks BT ile karşılaştırılmada kalsifik lenf nodu sayı ve boyut artışı izlendi).

Göğüs duvarı, kemik yapılar ve yumuşak dokular normal görünümündedir.

- Radyolojik ve klinik düzelme olmaması üzerine hastaya FOB önerilmiş
- Hasta dış merkeze başvurmuş, orada hastaya başka bir invaziv işlem yapılmaksızın «Sarkoidoz» tanısı konmuş
- Hastaya 32 mg steroid tedavisi başlanmıştır

- Hasta 6 ay süre ile yüksek dozda (16 mg/gün) tedaviye devam ediyor
- Şiddetli bel ağrısı ile hastaneye başvuran hastaya lomber MR çekiliyor



T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ RAPORU



Adı Soyadı	: RAKİBE KAYA	Rapor Tarihi	: 02.08.2011 14:37
T.C Kimlik No	: 43966052904	Dosya no	: 611450
Baba Adı	: SADETTİN	Bağuru No	: 1042016
Kurumu	: SSK SAĞLIK BİRLERİ MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	: ELAZIĞ - 1955 Yaşı 55
İstem Tarihi	: 31.05.2011(1434500)	İstem Kabul Tarihi	: 31.05.2011(46306)
Hizmet Adı	: MR, VERTEBRA, LOMBER	Cinsiyet	: K

Tanı	Kodu	Adı
	M51.1	LUMBAR VE DİĞER INTERVERTEBRAL DİSK BOZUKLUKLARI, RADİKÜLOPATİ İLE
	G72.8	MIYOPATİLER DİĞER, TANIMLANMIŞI

## MR VERTEBRA LOMBER :

TEKNİK : SE T1 FLAIR Sagittal  
FSE T2 A Sagittal , FSE T2 A FatSat Sagittal  
FSE T2 A Aksiyal

KLİNİK: LDH?

BULGULAR :

L2-3 intervertebral disk, kanal içi oluukları normaldir. Nöral foramenler açık, nöral kökler salimdir. Tekal keseye bası saptanmamıştır.

L3-4 intervertebral disk, kanal içi oluukları normaldir. Nöral foramenler açık, nöral kökler salimdir. Tekal keseye bası saptanmamıştır.

L3 vertebra korpus süperior end-platede Tip III dejenerasyon, L3 vertebra korpusda yükseklik kaybı, liner hipointens görünüm (Kompresyon fraktürü) ve kemik iliği ödemi ile uyumlu STIR'da hiperintens görünüm izlendi.

L4-5 düzeyinde disk sinyal intensitesinde azalma, anulüs fibrozis rüptürünün eşlik ettiği, bilateral nöral foremenleri daraltan diffüz bulging izlendi. Tekal keseye bası saptanmamıştır.

L5-S1 düzeyinde disk sinyal intensitesinde azalma izlendi. Nöral foramenler açık, nöral kökler salimdir. Tekal keseye bası saptanmamıştır.

SONUÇ :

**L3 vertebra korpus süperior end-platede Tip III dejenerasyon, kompresyon fraktürü ve kemik iliği ödemi**  
L4-5 düzeyinde disk sinyal intensitesinde azalma, anulüs fibrozis rüptürünün eşlik ettiği, bilateral nöral foremenleri daraltan diffüz bulging  
L5-S1 düzeyinde disk sinyal intensitesinde azalma

- Kompresyon fraktürünün osteoporozla bağlı olduğu söyleniyor
- Hasta 1 yıl immobil kalıyor ve kendi isteği ile steroid tedavisini kesiyor

## 15.03.2017'de kliniğimize başvuru

- Öksürük, nefes darlığı, terleme, sırt ağrısı, halsizlik, yorgunluk
- FM: SpO2: %80, Nb:106/dk  
Bibaziler ince inspiratuar raller (+),  
PTÖ: -/-, çomak parmak (-),

R



15.03.2017



15.03.2017





T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ RAPORU



Adı Soyadı	: RAKİBE KAYA	Rapor Tarihi	: 21.03.2017 14:56
T.C Kimlik No	: 43966052904	Dosya no	: 611450
Baba Adı	: SADETTİN	Bağvuru No	: 5746763
Kurumu	: SSK SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	: ELAZIĞ - 1955 Yaş: 61
İstem Tarihi	: 17.03.2017(11529258)	İstem Kabul Tarihi	: 17.03.2017(46261)
Hizmet Adı	: BT, TORAKS	Cinsiyet	: K

Tanı :	Kodu	Adı
	R06	SOLUNUM ANORMALLİKLERİ
	D86	SARKOİDOZ
	R05	ÖKSÜRÜK

**ÇOK KESİTLİ BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ  
TORAKS**

**Teknik :** 70 ml intravenöz iyotlu kontrast madde verilerek yapılan 64-ÇKBT incelemesinde:

Brakiosefalik vasküler yapılar, trake ve ana bronşlar, özefagus normal görünümündedir.

Kalp ve ana vasküler yapılar normal boyutlarda olup patoloji izlenmemiştir.

Mediastenlerde büyüğü sahil - infrahiler bölgede 13 mm çaplı çok sayıda LAP ve lenf nodları izlenmektedir ( 07.09.2015 tarihli BT ile mukayesede minimal gerileme izlenmektedir).

Bilateral akciğerlerde yaygın buzlu cam görünümleri, fibrotik değişiklikler, bal peteği paterni

ve eşlik eden periferik kistler izlenmektedir (interstisyel akciğer hastalığı, 07.09.2015 tarihli BT ile mukayesede buzlu cam görünümünde artış izlenmektedir).

Bilateral pulmoner hiluslar normal görünümündedir.

Göğüs duvarı, yumuşak dokular normal görünümündedir.

Kemik yapılarda dejeneratif değişiklikler izlendi.

Alt torakal vertebraalarda -üst lomber vertebra korpus yüksekliklerinde azalma izlenmektedir (Osteoporoz sekonder).

## SFT

- FEV1/FVC: %83, FEV1: %54, FVC: %50
- DLCO: %59

## Laboratuvar

- Tam kan sayımı normal sınırlarda

Biyokimyasal tetkikler: Glukoz: 156 mg/dL

- Diğer parametreler normal sınırlarda

**Hastanın tedavisini nasıl  
düzenleyelim?**



## ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis

Robert P. Baughman<sup>1</sup>, Dominique Valeyre<sup>2</sup>, Peter Korsten <sup>3</sup>, Alexander G. Mathioudakis <sup>4</sup>, Wim A. Wuyts <sup>5</sup>, Athol Wells<sup>6</sup>, Paola Rottoli<sup>7</sup>, Hiliaro Nunes<sup>8</sup>, Elyse E. Lower<sup>1</sup>, Marc A. Judson<sup>9</sup>, Dominique Israel-Biet<sup>10</sup>, Jan C. Grutters<sup>11,12</sup>, Marjolein Drent <sup>11,13,14</sup>, Daniel A. Culver<sup>15</sup>, Francesco Bonella <sup>16</sup>, Katerina Antoniou<sup>17</sup>, Filippo Martone<sup>18</sup>, Bernd Quadder<sup>19</sup>, Ginger Spitzer<sup>20</sup>, Blin Nagavci<sup>21</sup>, Thomy Tonia<sup>22</sup>, David Rigau<sup>23</sup> and Daniel R. Ouellette<sup>24</sup>

Eur Respir J 2021; 58: 2004079

TABLE 1 Task Force recommendations

PICO question

Recommendations

1) In patients with pulmonary sarcoidosis, should glucocorticoid treatment be used versus no immunosuppressive treatment?

- For untreated patients with major involvement from pulmonary sarcoidosis believed to be at higher risk of future mortality or permanent disability from sarcoidosis, we recommend the introduction of glucocorticoid treatment to improve and/or preserve FVC and QoL. (*Strong recommendation, low quality of evidence.*)



# ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis

Robert P. Baughman<sup>1</sup>, Dominique Valeyre<sup>2</sup>, Peter Korsten <sup>3</sup>, Alexander G. Mathioudakis <sup>4</sup>,  
Wim A. Wuyts <sup>5</sup>, Athol Wells<sup>6</sup>, Paola Rottoli<sup>7</sup>, Hiliaro Nunes<sup>8</sup>, Elyse E. Lower<sup>1</sup>, Marc A. Judson<sup>9</sup>,  
Dominique Israel-Biet<sup>10</sup>, Jan C. Grutters<sup>11,12</sup>, Marjolein Drent <sup>11,13,14</sup>, Daniel A. Culver<sup>15</sup>,  
Francesco Bonella <sup>16</sup>, Katerina Antoniou<sup>17</sup>, Filippo Martone<sup>18</sup>, Bernd Quadder<sup>19</sup>, Ginger Spitzer<sup>20</sup>,  
Blin Nagavci<sup>21</sup>, Thomy Tonia<sup>22</sup>, David Rigau<sup>23</sup> and Daniel R. Ouellette<sup>24</sup>

TABLE 2 Immunosuppressive therapies for sarcoidosis

Drug	Usual dosage	Major toxicities	Recommended monitoring	Comments
Prednisone/ prednisolone	Initial 20 mg once a day; follow-up 5–10 mg once a day to once every other day	Diabetes; hypertension; weight gain; osteoporosis; cataracts; glaucoma; moodiness	Bone density; blood pressure and serum glucose	Cumulative toxicity



## ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis

Robert P. Baughman<sup>1</sup>, Dominique Valeyre<sup>2</sup>, Peter Korsten <sup>3</sup>, Alexander G. Mathioudakis <sup>4</sup>,  
Wim A. Wuyts <sup>5</sup>, Athol Wells<sup>6</sup>, Paola Rottoli<sup>7</sup>, Hiliaro Nunes<sup>8</sup>, Elyse E. Lower<sup>1</sup>, Marc A. Judson<sup>9</sup>,  
Dominique Israel-Biet<sup>10</sup>, Jan C. Grutters<sup>11,12</sup>, Marjolein Drent <sup>11,13,14</sup>, Daniel A. Culver<sup>15</sup>,  
Francesco Bonella <sup>16</sup>, Katerina Antoniou<sup>17</sup>, Filippo Martone<sup>18</sup>, Bernd Quadder<sup>19</sup>, Ginger Spitzer<sup>20</sup>,  
Blin Nagavci<sup>21</sup>, Thomy Tonia<sup>22</sup>, David Rigau<sup>23</sup> and Daniel R. Ouellette<sup>24</sup>

- For patients with symptomatic pulmonary sarcoidosis believed to be at higher risk of future mortality or permanent disability from sarcoidosis who have been treated with glucocorticoids and have continued disease or unacceptable side-effects from glucocorticoids, we suggest the addition of methotrexate to improve and/or preserve FVC and QoL. (*Conditional recommendation, very low quality of evidence.*)



## ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis

Robert P. Baughman<sup>1</sup>, Dominique Valeyre<sup>2</sup>, Peter Korsten <sup>3</sup>, Alexander G. Mathioudakis <sup>4</sup>, Wim A. Wuyts <sup>5</sup>, Athol Wells<sup>6</sup>, Paola Rottoli<sup>7</sup>, Hiliaro Nunes<sup>8</sup>, Elyse E. Lower<sup>1</sup>, Marc A. Judson<sup>9</sup>, Dominique Israel-Biet<sup>10</sup>, Jan C. Grutters<sup>11,12</sup>, Marjolein Drent <sup>11,13,14</sup>, Daniel A. Culver<sup>15</sup>, Francesco Bonella <sup>16</sup>, Katerina Antoniou<sup>17</sup>, Filippo Martone<sup>18</sup>, Bernd Quadder<sup>19</sup>, Ginger Spitzer<sup>20</sup>, Blin Nagavci<sup>21</sup>, Thomy Tonia<sup>22</sup>, David Rigau<sup>23</sup> and Daniel R. Ouellette<sup>24</sup>

TABLE 2 Immunosuppressive therapies for sarcoidosis

Drug	Usual dosage	Major toxicities	Recommended monitoring	Comments
<b>Methotrexate</b>	<u>10–15 mg once a week</u>	Nausea; leukopenia; hepatotoxicity; pulmonary	CBC, hepatic, renal serum testing	Cleared by kidney, avoid in significant renal failure





T.C.

Adı Soyadı	: RAKİBE KAYA	Rapor Tarihi	: 20.03.2017 14:24
T.C Kimlik No	: 43988052904	Dosya no	: 811450
Baba Adı	: SADETTİN	Bağuru No	: 5748763
Kurumu	: SSK SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	: ELAZIĞ - 1955
İstem Tarihi	: 20.03.2017(11542388)	İstem Kabul Tarihi	: 20.03.2017(4182)
Hizmet Adı	: KEMİK DENSİTOMETRESİ (TÜM VUCUT)		
Yaşı	: 61	Cinsiyet	: K
İstem Bölüm	: GÖĞÜS HASTALIKLARI KLİNİĞİ	İstem Doktor	: TEYFİK TURGUT .

Tanı:	Kodu	Adı
	R08	SOLUNUM ANORMALLİKLERİ
	D88	SARKİDOZ
	R05	ÖKSÜRÜK

- 1 Sol femurdan ve lomber vertebralardan yapılan kemik dansitometresinde;

**SOL FEMUR;**

BMD:0,756

T skoru:-1,5

Z skoru:-0,5

**LOMBER VERTEBRALAR;**

L1-L4 BMD:0,865

T skoru:-1,7

Z skoru:-0,1

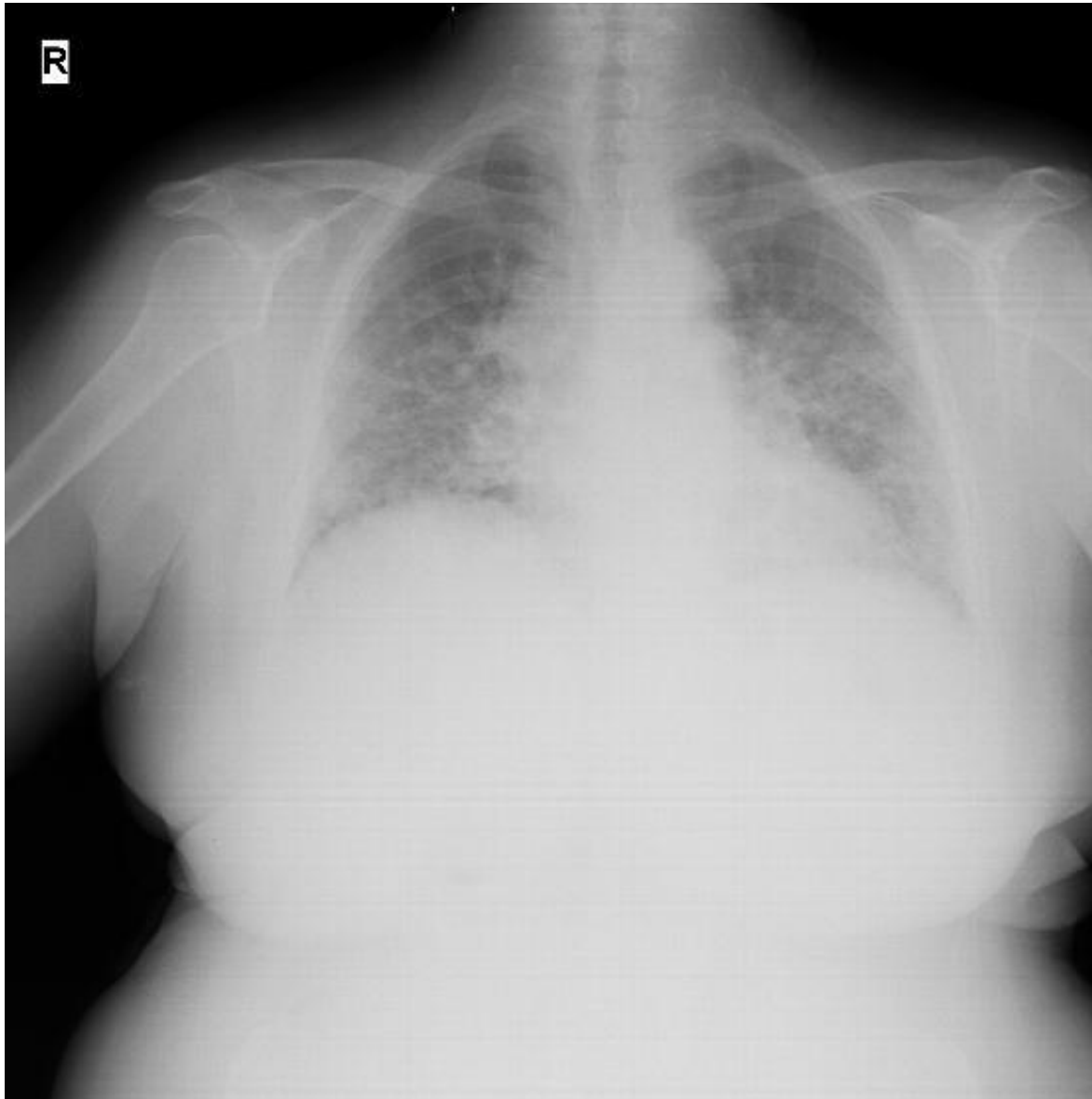
L2-L4 BMD:0,876

T skoru:-1,8

Z skoru:-0,3

Normal sınırlarda olarak değerlendirildi

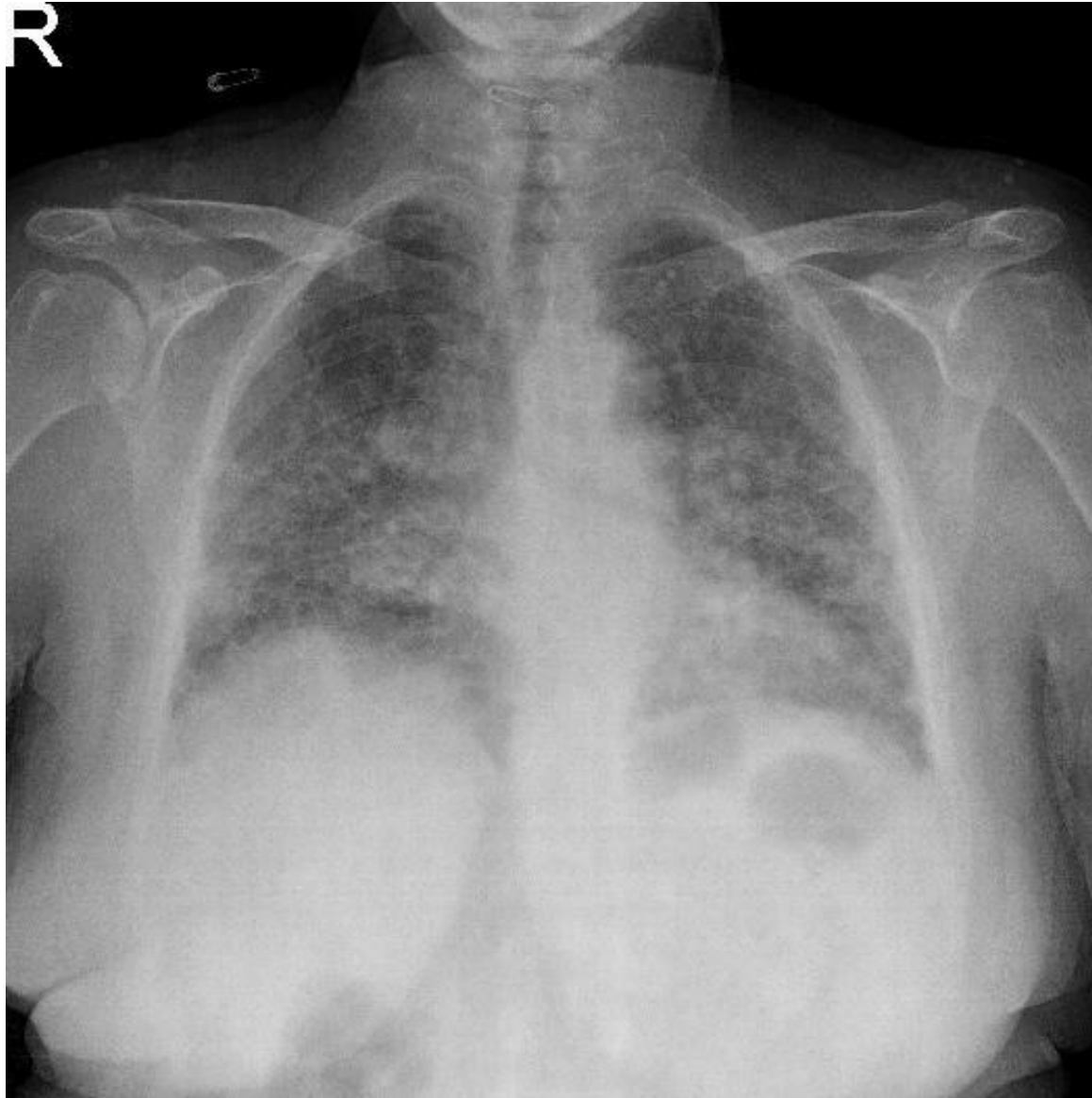
- Hastaya steroid (20 mg/gün)+ MTX (5 mg/hafta) + Folbiol tb başlanıyor
- 6. ayın sonunda steroid kesilip MTX 15 mg/hafta olacak şekilde tedaviye devam ediliyor
- Takiplerinde KC enzimleri, böbrek fonksiyonları ve CBC değerleri normal sınırlarda seyrediyor



06.09.2017

**04.10.2019**

- İstirahatte nefes darlığı, aşırı yorgunluk, halsizlik
- FM: Bilateral orta ve alt zonlarda ince inspiratuar raller, çomak parmak (+), PTÖ (-/-)
- SpO<sub>2</sub>: %50 (oda havası solurken), 4 lt/dk O<sub>2</sub> ile %96





04.10.2019

Name: rakibe, kaya	ID: 9561	BSA: 1.57	Date: 04.10.2019
Tech:	Height: 143.00	Age: 64	Room:
Doctor:	Weight: 67.00	Sex: Female	Race: Caucasian

## Diagnosis:

Dyspnea:

Cough:

Wheeze:

Tbc Prod:

Yrs Smk:

Pks/Day:

Yrs Quit:

Medications:

Pre Test Comments:

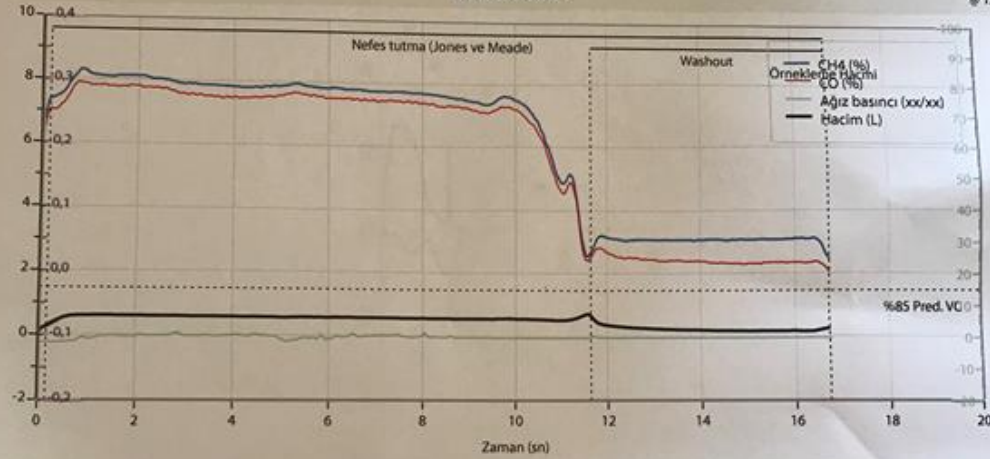
Post Test Comments:

	Pre-Bronch			Post-Bronch		
	<u>Actual</u>	<u>Pred</u>	<u>%Pred</u>	<u>Actual</u>	<u>%Pred</u>	<u>%Chng</u>
<b>SPROMETRY</b>						
FVC (L)	0,86	2,31	37			
FEV1 (L)	0,76	1,76	43			
FEV1/FVC (%)	88	77	114			
FEF 25% (L/sec)	2,65	4,08	65			
FEF 75% (L/sec)	0,35	1,12	31			
FEF 25-75% (L/sec)	0,88	1,76	50			
FEF Max (L/sec)	2,74	4,95	55			
FIVC (L)	0,72					
FIF Max (L/sec)	1,04					

Ad	rakibe kaya		ID1		Cinsiyet	Kadın	Yaş	64	Ağırlık (kg)	67,00	Boy (cm)	143,0
Şikâyet			D.O.B.	1.01.1955	ID2		BMI (kg/m <sup>2</sup> )	32,8	Sigara içme		Sigara içilen Yıllar	
İyi/Düşük			Operatör		Doktor							
Etnik	Kafkas	Öde	Tahmini ayarlar	ECCS extended (DLCO)								

**DLCO Tek Nefes**

@ 15:31


**DLCO Sonuçları**

			Ölçüm	Normal Aralık	Bekl.	%Beklenen	z score
DLCO	mL/min/mmHg	-	11,64	23,12	17,38	-	-
DLCO corr	mL/min/mmHg	-	11,64	23,12	17,38	-	-
DLCO/VA	mL/min/mmHg/L	-	3,88	6,05	4,97	-	-
VA	L	-	2,51	4,49	3,50	-	-
TLC(DLCO)	L	-	2,66	4,64	3,65	-	-

 Bilgisayar QC: A B C D E **F** Hata

Operatör QC: A B C D E F



**Tedavi değişikliği yapalım mı?**



## ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis

Robert P. Baughman<sup>1</sup>, Dominique Valeyre<sup>2</sup>, Peter Korsten <sup>3</sup>, Alexander G. Mathioudakis <sup>4</sup>, Wim A. Wuyts <sup>5</sup>, Athol Wells<sup>6</sup>, Paola Rottoli<sup>7</sup>, Hiliaro Nunes<sup>8</sup>, Elyse E. Lower<sup>1</sup>, Marc A. Judson<sup>9</sup>, Dominique Israel-Biet<sup>10</sup>, Jan C. Grutters<sup>11,12</sup>, Marjolein Drent <sup>11,13,14</sup>, Daniel A. Culver<sup>15</sup>, Francesco Bonella <sup>16</sup>, Katerina Antoniou<sup>17</sup>, Filippo Martone<sup>18</sup>, Bernd Quadder<sup>19</sup>, Ginger Spitzer<sup>20</sup>, Blin Nagavci<sup>21</sup>, Thomy Tonia<sup>22</sup>, David Rigau<sup>23</sup> and Daniel R. Ouellette<sup>24</sup>

For patients with symptomatic pulmonary sarcoidosis believed to be at higher risk of future mortality or permanent disability from sarcoidosis who have been treated with glucocorticoids or other immunosuppressive agents and have continued disease, we suggest the addition of infliximab to improve and/or preserve FVC and QoL. (Conditional recommendation, low quality of evidence.)



## ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis

Robert P. Baughman<sup>1</sup>, Dominique Valeyre<sup>2</sup>, Peter Korsten <sup>3</sup>, Alexander G. Mathioudakis <sup>4</sup>, Wim A. Wuyts <sup>5</sup>, Athol Wells<sup>6</sup>, Paola Rottoli<sup>7</sup>, Hiliaro Nunes<sup>8</sup>, Elyse E. Lower<sup>1</sup>, Marc A. Judson<sup>9</sup>, Dominique Israel-Biet<sup>10</sup>, Jan C. Grutters<sup>11,12</sup>, Marjolein Drent <sup>11,13,14</sup>, Daniel A. Culver<sup>15</sup>, Francesco Bonella <sup>16</sup>, Katerina Antoniou<sup>17</sup>, Filippo Martone<sup>18</sup>, Bernd Quadder<sup>19</sup>, Ginger Spitzer<sup>20</sup>, Blin Nagavci<sup>21</sup>, Thomy Tonia<sup>22</sup>, David Rigau<sup>23</sup> and Daniel R. Ouellette<sup>24</sup>

TABLE 2 Immunosuppressive therapies for sarcoidosis

Drug	Usual dosage	Major toxicities	Recommended monitoring	Comments
Infliximab or biosimilars <sup>#</sup>	3–5 mg·kg <sup>-1</sup> initially, 2 weeks later, then once every 4–6 weeks	Infections; allergic reaction	Screen for prior TB; monitor for allergic reactions; contraindicated in severe CHF, prior malignancy, demyelinating neurologic disease, active TB, deep fungal infections	Allergic reactions can be life threatening

- Hastaya infliximab tedavisi başlanması planlandı
- Burun üzerinde deriden kabarık, üzeri yer yer kurutlu lezyon tespit edildi
- Malignite? Ön tanısı ile Dermatoloji bölümüne yönlendirildi
- **Bazal hücreli karsinom** tanısı kondu, genel anestezi riski nedeniyle operasyon önerilmedi

SpO2 değerlerinin düşük olması nedeniyle hastaya EKO tetkiki yapılıyor

T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
EKOKARDİOGRAFİ LABORATUVARI  
TRANSTORASİK EKOKARDİOGRAFİ RAPORU

HASTANIN

ADI SOYADI	RAKİBE KAYA	YAŞI	64	TARİH	01.02.2019
PROTOKOL	611450	CİNSİYETİ	Kadın		

**EKO YORUM**

Sol ventrikül boyutları normaldir. Sol atriyum çapı normaldir. Sol ventrikül duvar kalınlıkları normaldir. Sağ ventrikül çapı normaldir. Sol ventrikül duvar kontraksiyonları normal olarak değerlendirilmiştir. EF: %55-60 olarak ölçülmüştür. Aort kapağı trikuspid olup, kapak açılımı normal olarak değerlendirilmiştir. Renkli Doppler incelemesinde yetmezlik izlenmemiştir. Mitral kapak açılımı normal olarak değerlendirildi. Renkli Doppler incelemesinde min. yetmezlik izlenmiştir. Triküspit kapak görünümü normaldir, Renkli Doppler incelemesinde 1-2. derece yetmezlik izlenmiştir. İAS Sistolik pulmoner arter basıncı 80 mmHg ve İVS intaktır. Perikard normaldir. Trombüs, vejetasyon, kitle izlenmedi.

**SONUÇ**

SOLVENTRİKÜL HİPERTROFİSİ, (EF:%55-60) PULMONER HİPERTANSİYON

# SARKOİDOZ-PH

- Sarkoidoz hastalarında PH prevelansı %5-73
- Sarkoidoz hastalarında hem pre hem de postkapiller PH varlığı mortaliteyi 10 kat artırıyor
- 5 yıllık survey %59

Shorr AF, et al. Eur Respir J 2005; 25: 783–788.

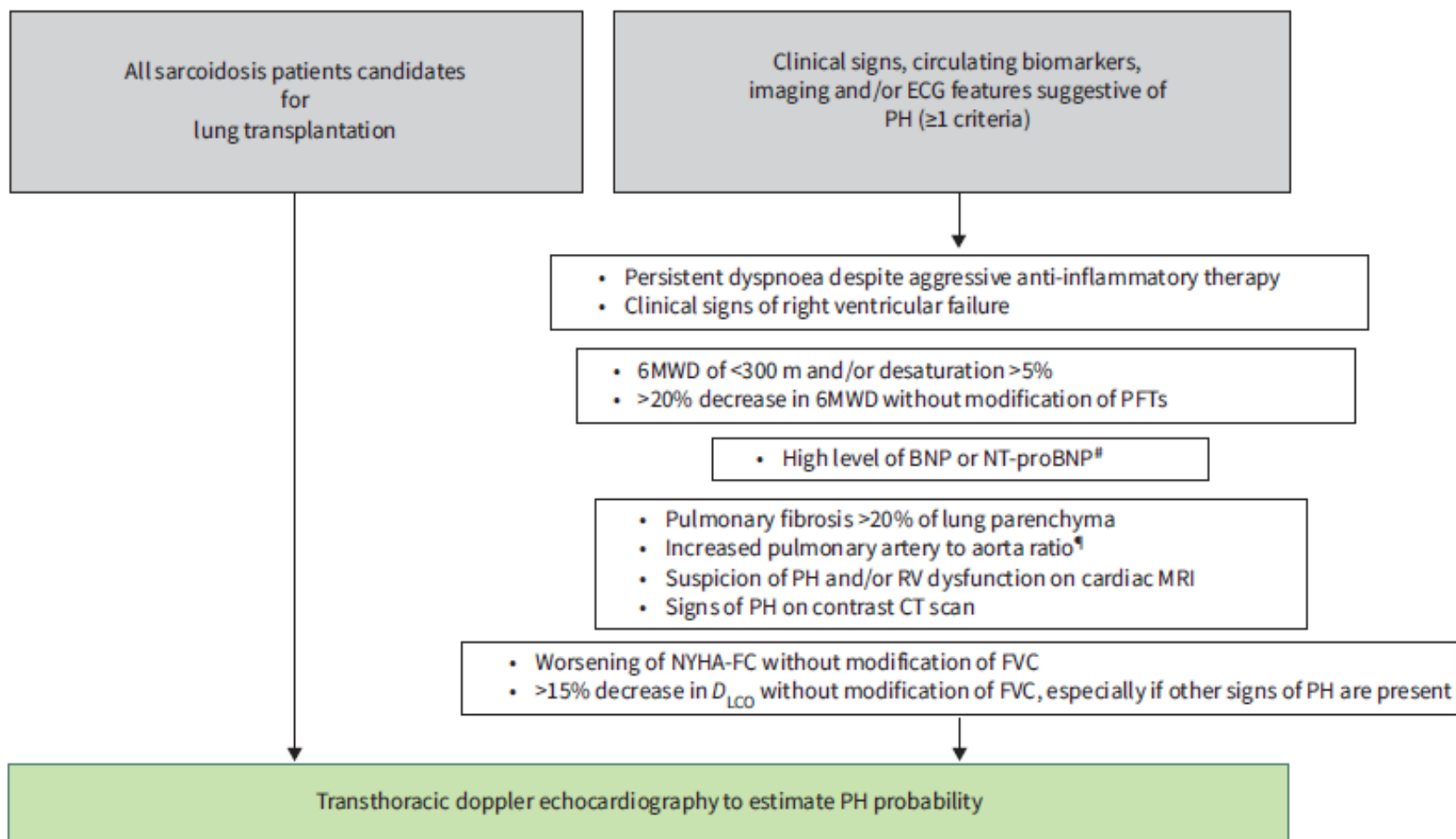
Nunes H, et al. Thorax 2006; 61: 68–74.

Baughman RP, et al. Chest 2010; 138: 1078–1085.



## WASOG statement on the diagnosis and management of sarcoidosis-associated pulmonary hypertension

Eur Respir Rev 2022; 31: 210165



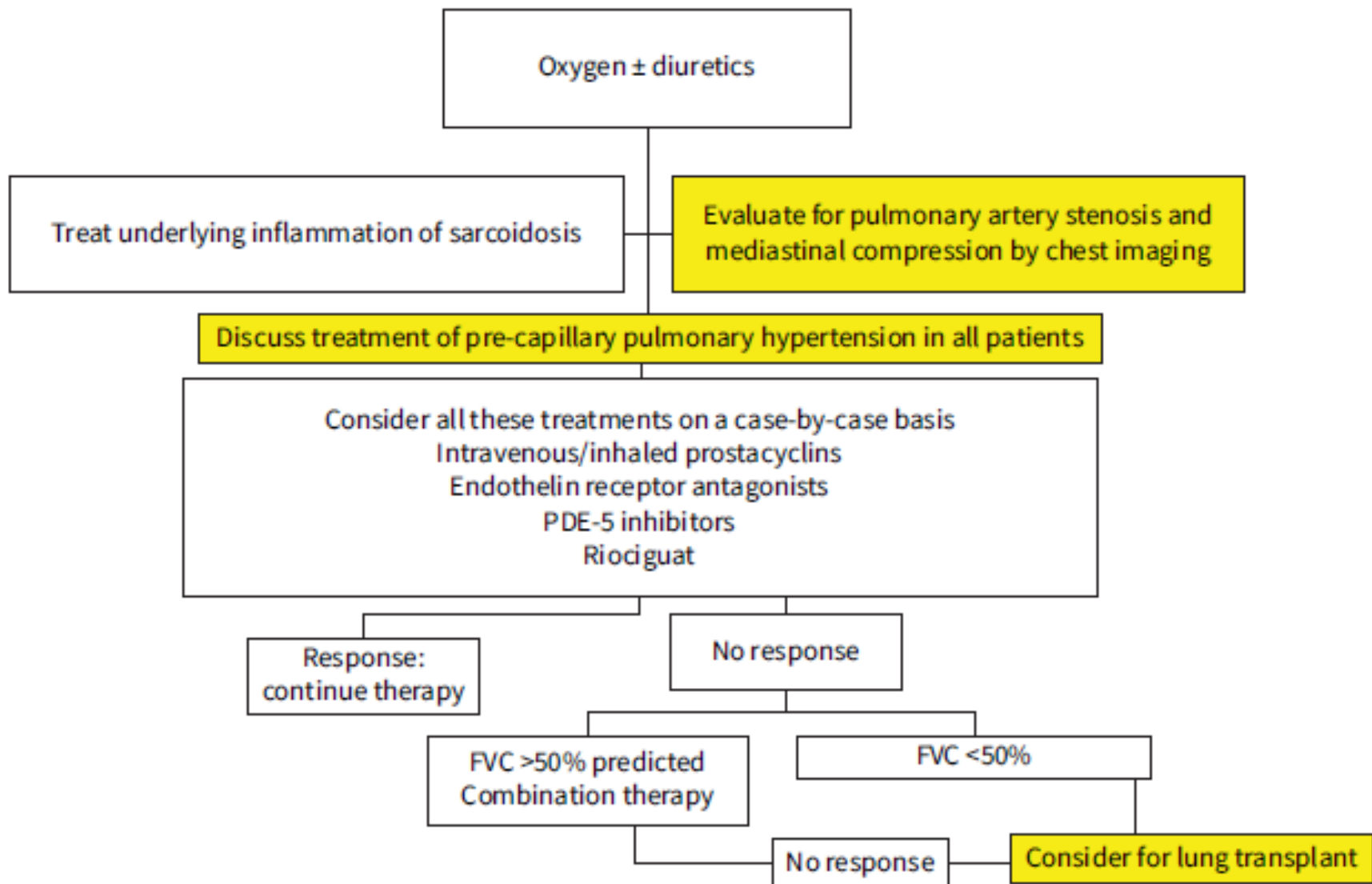


FIGURE 7 Proposed algorithm for treating pre-capillary sarcoidosis-associated pulmonary hypertension. FVC:



- Hastamızın SpO2 değeri <%90 olduğu için USOT verildi
- PAH spesifik tedavi için bilgi verildi
- Malignitesi olması nedeniyle İnfliximab başlanamadı

Randomized Controlled Trial

> Lancet Respir Med. 2020 May;8(5):453-460.

doi: 10.1016/S2213-2600(20)30036-9. Epub 2020 Mar 5.

## **Nintedanib in patients with progressive fibrosing interstitial lung diseases—subgroup analyses by interstitial lung disease diagnosis in the INBUILD trial: a randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel-group trial**

Athol U Wells <sup>1</sup>, Kevin R Flaherty <sup>2</sup>, Kevin K Brown <sup>3</sup>, Yoshikazu Inoue <sup>4</sup>, Anand Devaraj <sup>5</sup>, Luca Richeldi <sup>6</sup>, Teng Moua <sup>7</sup>, Bruno Crestani <sup>8</sup>, Wim A Wuyts <sup>9</sup>, Susanne Stowasser <sup>10</sup>, Manuel Quaresma <sup>10</sup>, Rainer-Georg Goeldner <sup>11</sup>, Rozsa Schlenker-Herceg <sup>12</sup>, Martin Kolb <sup>13</sup>, INBUILD trial investigators

**Findings:** Participants were recruited between Feb 23, 2017, and April 27, 2018. Of 663 participants who received at least one dose of nintedanib or placebo, 173 (26%) had chronic hypersensitivity pneumonitis, 170 (26%) an autoimmune ILD, 125 (19%) idiopathic non-specific interstitial pneumonia, 114 (17%) unclassifiable idiopathic interstitial pneumonia, and 81 (12%) other ILDs. The effect of nintedanib versus placebo on reducing the rate of FVC decline (mL/year) was consistent across the five subgroups by ILD diagnosis in the overall population (hypersensitivity pneumonitis 73·1 [95% CI -8·6 to 154·8]; autoimmune ILDs 104·0 [21·1 to 186·9]; idiopathic non-specific interstitial pneumonia 141·6 [46·0 to 237·2]; unclassifiable idiopathic interstitial pneumonia 68·3 [-31·4 to 168·1]; and other ILDs 197·1 [77·6 to 316·7];  $p=0\cdot41$  for treatment by subgroup by time interaction). Adverse events reported in the subgroups were consistent with those reported in the overall population.

**Interpretation:** The INBUILD trial was not designed or powered to provide evidence for a benefit of nintedanib in specific diagnostic subgroups. However, its results suggest that nintedanib reduces the rate of ILD progression, as measured by FVC decline, in patients who have a chronic fibrosing ILD and progressive phenotype, irrespective of the underlying ILD diagnosis.

---



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

**NORMAL**

Sayı : 16358815-506.01-E.199874  
Konu : Endikasyon Dışı İlaç Başvurusu

03.09.2020

Sayın Dr. GAMZE KIRKIL  
ELAZIĞ FIRAT ÜNV. ARAŞT.VE UYGULAMA HASTANESİ  
GÖĞÜS HASTALIKLARI

İlgi : Kurumumuz 24.06.2020 tarihli, E.292660 sayılı başvurunuz

İlgi dilekçeniz ve ekleri incelenmiştir.

RAKİBE KAYA isimli hastanın rahatsızlığı olan; **SARKOİDOZ,**  
**TANIMLANMAMIŞ** tanısının/tanılarının tedavisinde **PİRFENİDONE** etkin maddeli  
ilaç/ilaçların kullanımı uygun görülmüştür.

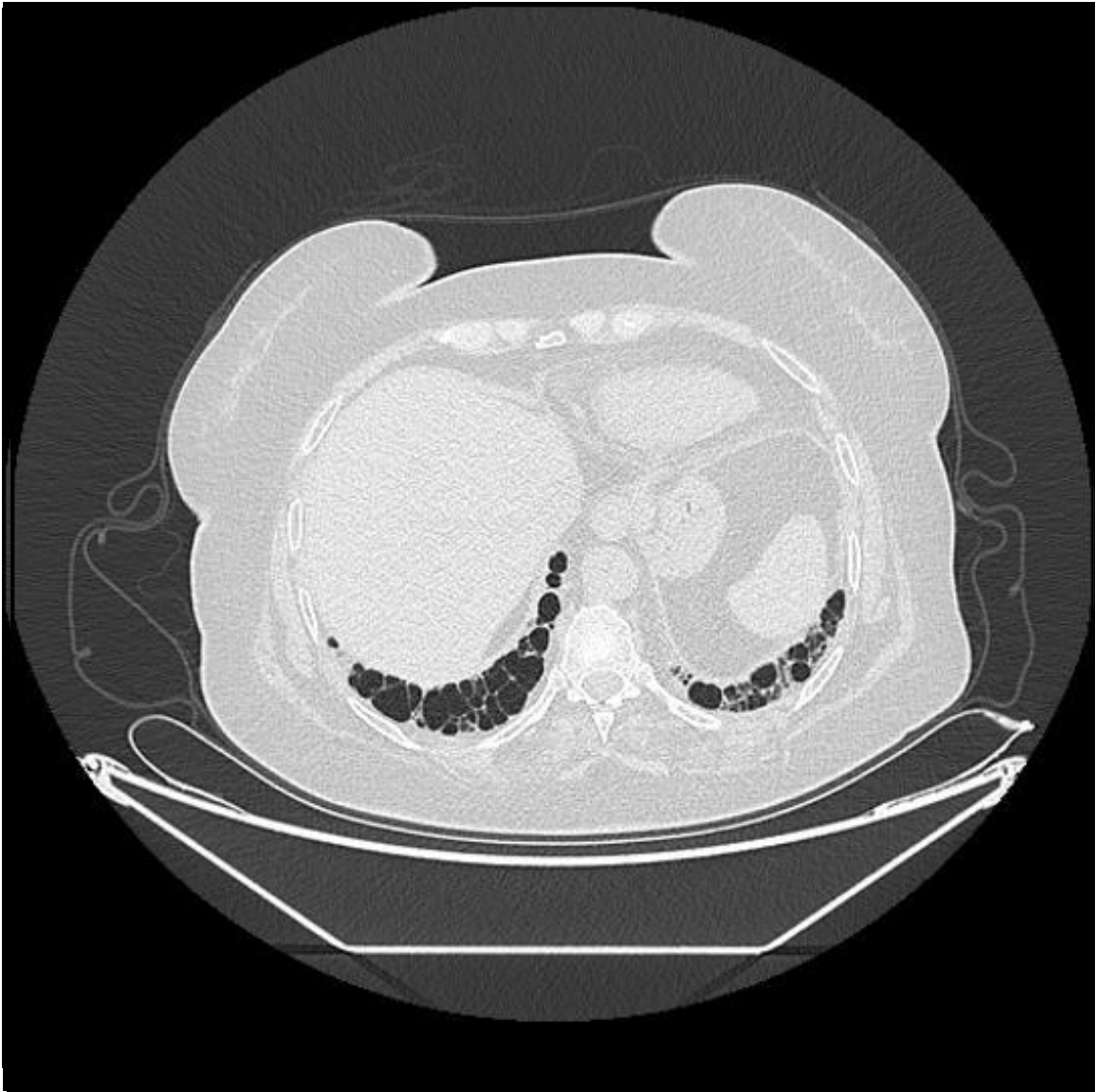
6 (altı) aylık dozda kullanımı uygundur. Tedaviye devam edilmek istenilmesi  
durumunda başvurunuzu "<https://recetem.enabiz.gov.tr>" web sitesi üzerinden yapabilirsiniz.  
Başvuru için gerekli bilgilerin yer aldığı kılavuz Kurumumuz web sitesinde bulunmaktadır.

Bilgilerinizi rica ederim.

İmza  
Uzm. Dr. Banu BAYAR  
Kurum Başkanı a.  
Daire Başkanı

- Hastaya pirfenidone 600 mg 4x1 başlandı

04.01.2021



**Medikal tedaviye yanıt alınmayan  
Sarkoidoz hastalarında tedavi seçeneđi?**

# Akciğer Transplantasyonu

- Sarkoidozlu hastaların %3'üne AC transplantasyonu uygulanıyor
- Genellikle bilateral transplantasyon öneriliyor
- Transplantasyon sonrası ortalama survey 6.1 yıl
- Allograftta sarkoidoz rekürrensi %14-35 ancak surveye etkisi yok
- Sağ atriyum basıncının >15 mm Hg olması durumunda mortalite riski 5.2 kat artıyor

2006 Annual report of the U.S.

Shorr AF, et al. Chest 2003;124:922-8.

Banga A, et al. Transplantation 2015; 99:1940-45

Yusen RD, et al. J Heart Lung Transplant 2015; 34(10): 1264-77.



# Transplantasyon merkezine yönlendirme

- Dispne/fonksiyonel kısıtlanma
- FVC <%80, DLCO <%40
- Oksijen desteđi ihtiyacı
- Pulmoner HT varlığı
- NYHA sınıf III-IV semptomlar
- Hızlı progresif hastalık
- Farmakolojik tedavilere yanıtızsızlık
- Süpüratif bronşektazinin hayatı tehdit eden komplikasyonları

# Bekleme listesine alınma için kriterler

- 6 aylık takipte FVC'de >%10 azalma
- 6 aylık takipte DLCO'da >%15 azalma
- 6 aylık takipte 6DYT mesafesinde >50 m azalma veya mesafe <250 m veya SaO<sub>2</sub><%88
- Kardiyak indeks < 2 L/dk/m<sup>2</sup>
- Ortalama sağ atriyum basıncı >15 mmHg
- Anlamlı hemoptizi, perikardiyal efüzyon, progresif sağ kalp yetmezliği

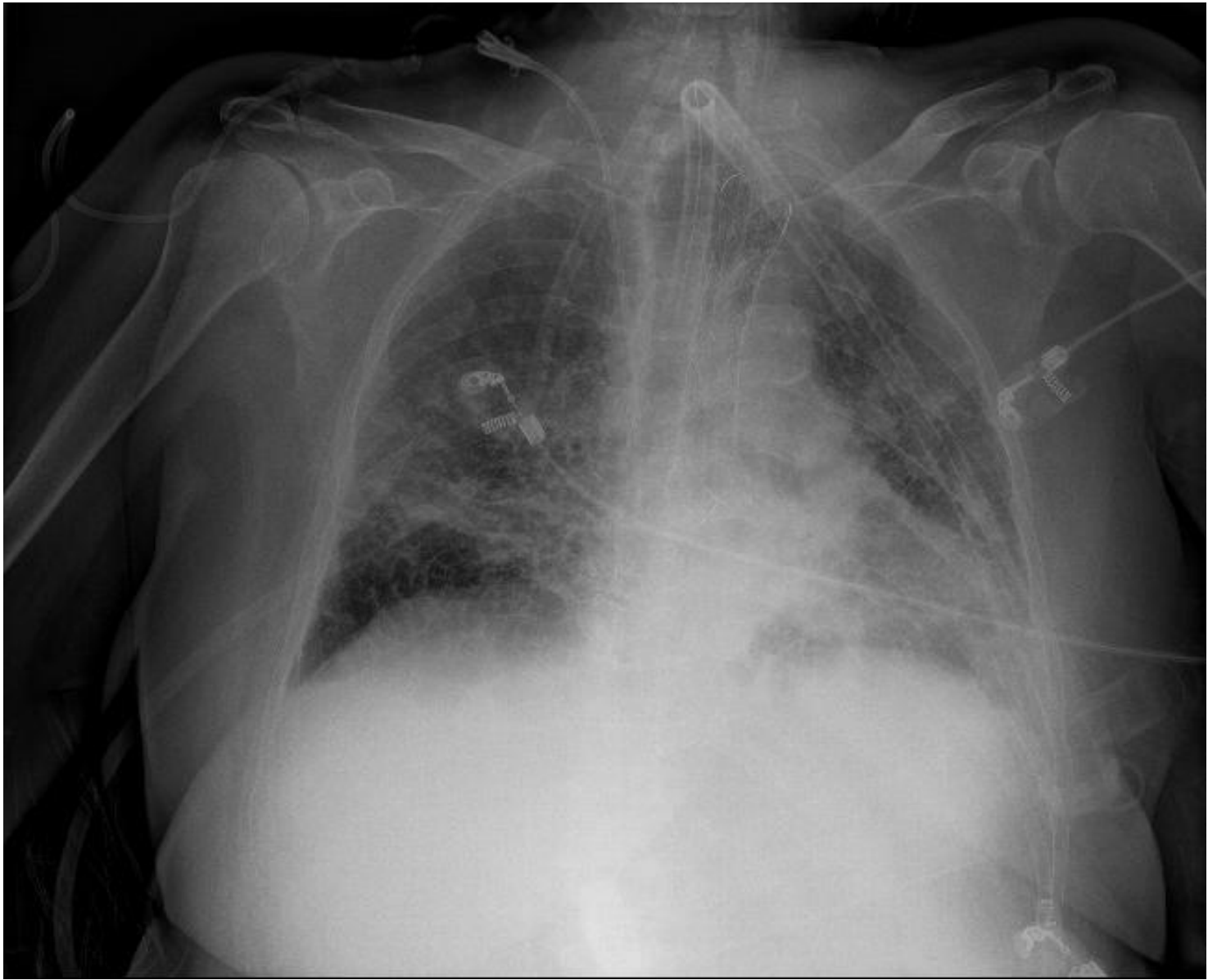
# Transplantasyon Kontrendikasyonları

- Malignite öyküsü
- Ağır derecede sınırlanmış fonksiyonel kapasite
- Diğer major organlarda disfonksiyon
- Akut medikal instabilite (AMI, sepsis, hepatik yetmezlik)
- Düzeltilemeyen kanama diyatezi
- *Mycobacterium tuberculosis* ile aktif hastalık
- Göğüs duvarı/spinal defromite
- VKİ  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>
- Önerilen medikal tedavilere uyumsuzluk
- Madde/sigara bağımlılığı

Hastamızda;

- Bazal hücreli karsinom tanısı
- Ağır fonksiyonel kısıtlanma olduğu için transplantasyona yönlendirilemedi
- Pirfenidone tedavisine devam etmesi öneriliyor

- 04.03.2021 tarihinde nefes darlığında artış şikayeti ile acil servise başvuruyor
- AKG: pH: 7.27 PaCO<sub>2</sub>:98 mmHg PaO<sub>2</sub>:49 mmHg



- Hasta YBÜ'ne yatırılıyor
- Önce NIVM uygulanan hastanın AKG değerlerinde düzelme olmaması ve şuurunun konfü olması nedeniyle entübe ediliyor
- 01.05.2021 tarihinde ex

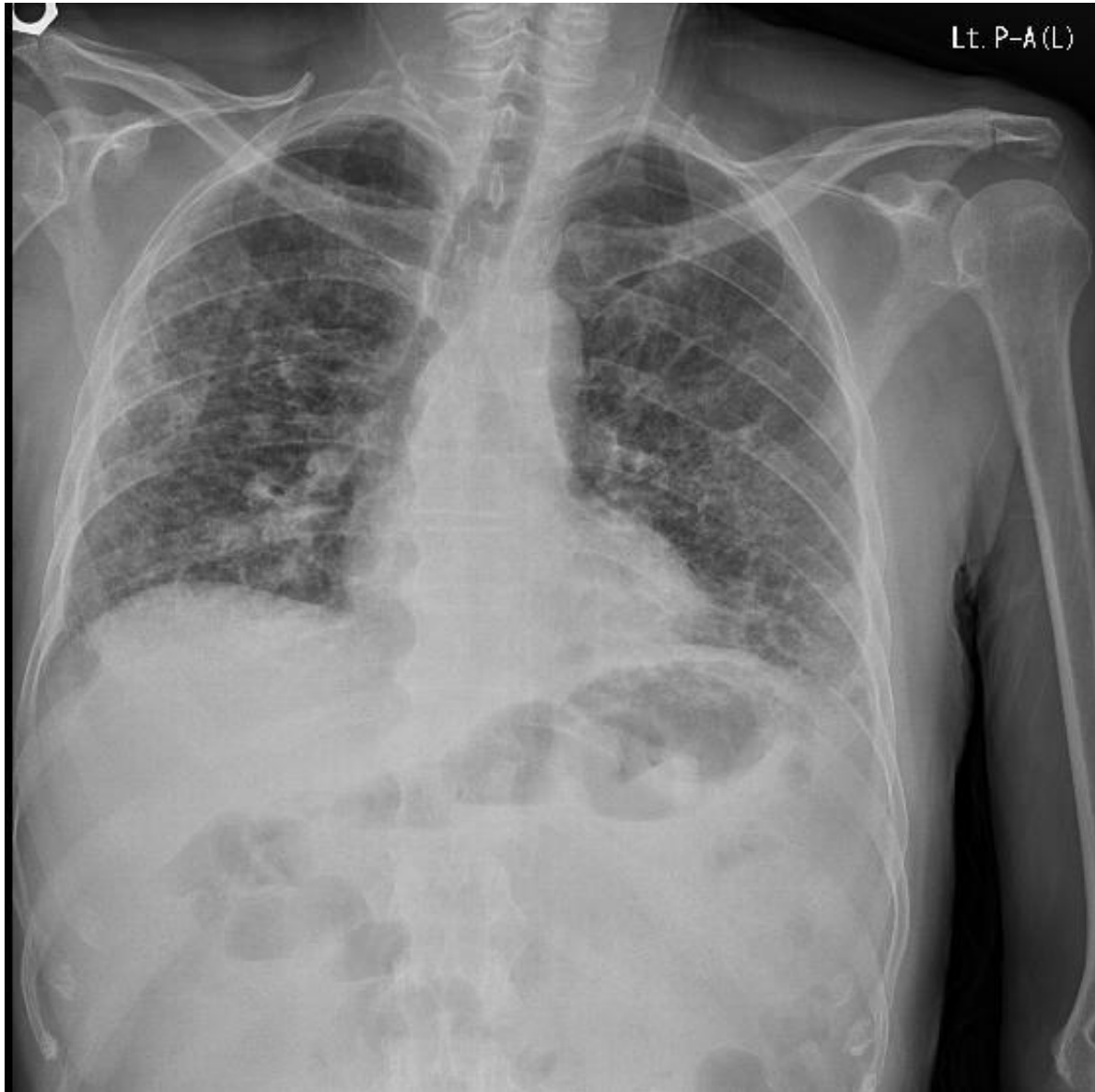
# OLGU-2

- 69 y E hasta
- Emekli
- Şikayeti: Nefes darlığı
- Sigara: 30 paket/yıl, 10 yıldır bırakmış
- Çevresel, mesleksel maruziyet yok
- 2015 yılında Lomber distektomi
- DM, Hiperlipidemi, Kronik gastrit
- Galvus, Forziga, Novomix, Nexium, Secita, Ator



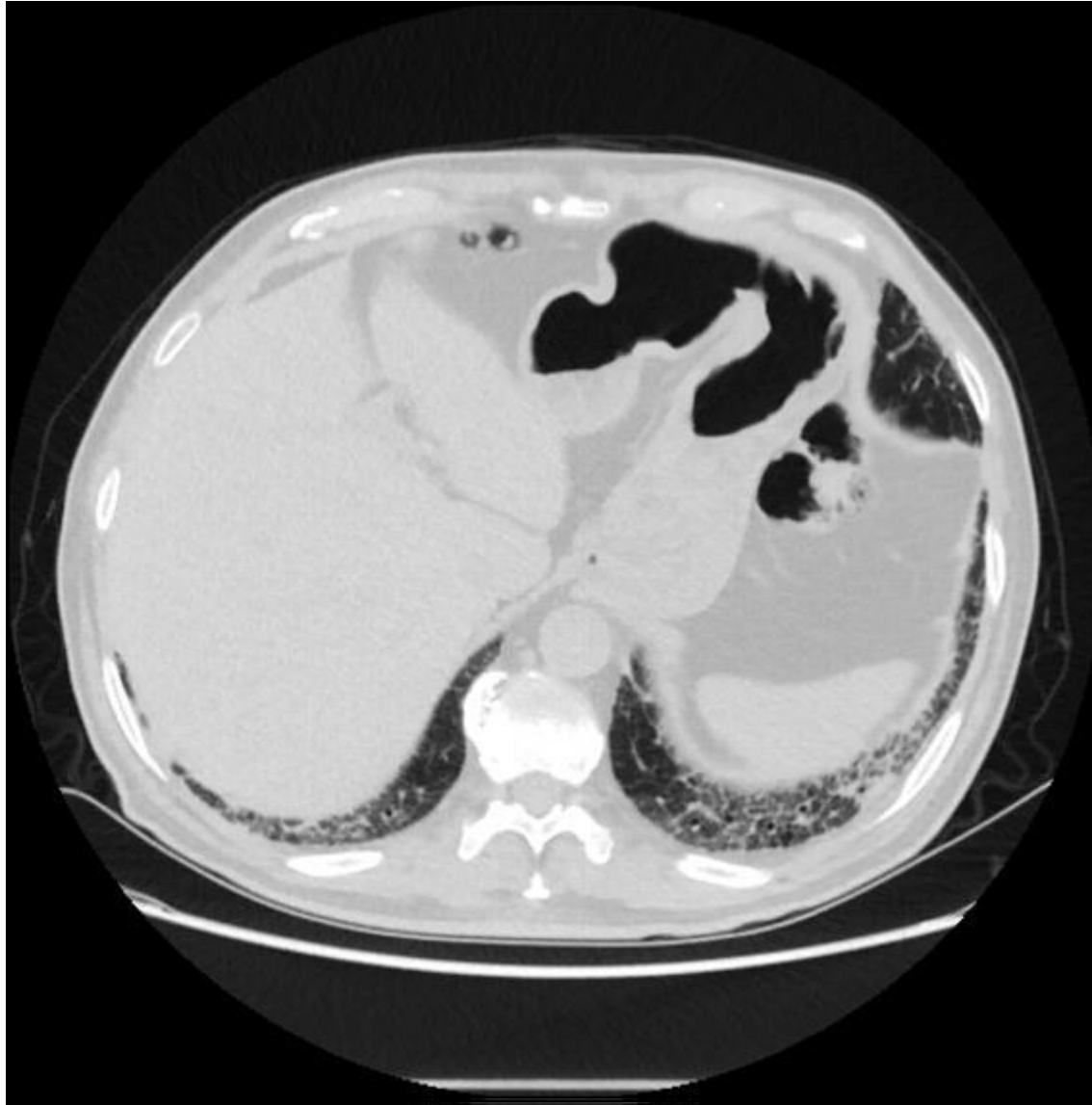
- 5 ay önce COVID (+), 6 gün yatarak tedavi
- COVID sonrası devam eden nefes darlığı nedeniyle 2 ay önce polikliniğe başvuruyor
- FM: Bilateral bazallerde ince raller (+), çomak parmak (-), SpO2: %93 (oda havası solurken)

28.02.2022



- SFT: FEV1/FVC: %82, FVC: %92
- DLCO: %50
- 6DYT mesafesi: 370 m, Başlangıç SpO2: %93, bitiş SpO2: %90

01.03.2022



## RADYOLOJİ RAPORU



Adı Soyadı	: AHMET ASLAN	Rapor Tarihi	: 02.03.2022 10:25
T.C Kimlik No	: 28489571408	Dosya no	: 857294
Baba Adı	: FETHİ	Başvuru No	: 11164788
Kurumu	: BAĞ-KUR İL MÜD. (SİGORTA+EMEKLİ)	Doğum Yeri - Tarihi	: ELAZIĞ - 1953 Yaş: 68
İstem Tarihi	: 28.02.2022(23874188)	İstem Kabul Tarihi	: 01.03.2022(R100450)
Hizmet Adı	: BT, TORAKS, KONTRASTSIZ	Cinsiyet	: E

Tanı :	Kodu	Adı
	R05	ÖKSÜRÜK
	R05	ÖKSÜRÜK

AC?L ÇOK KES?TL? B?LG?SAYARLI TOMOGRAF?  
TORAKS

Teknik : 70 ml intravenöz iyotlu kontrast madde verilmeden yapılan 64-ÇKBT incelemesinde:

**Sa? tiroid lobunda 8 mm boyutunda kalsifik nodül izlendi.**

Trake ve ana bron?lar, özefagusa ait acil patoloji izlenmedi.

**Bilateral akci?er üst lob apikallerde plevral kal?nla?malar?n e?lik etti?i parankimal fibrotik de?i?iklikler ve subplevral hüller izlenmektedir**

**Bilateral akci?erde alt lobda belirgin olmak üzere subplevral bal pete?i görünümüleri, düzensiz retikülasyonlar ve fibrotik bantlar , silik buzlu cam görünümüleri ve bron?ektazik de?i?iklikler izlendi (OIP?, IPF?,12.02.2020 tarihli BT ile kar??la?t?r?ld??nda buzlu cam dansitelerinde azalma d?r?er bulgularda belirgin progresyon izlendi.).**

**Mediastinal alanda ve bilateral hiler bölgede en büyü?ü istasyon 7 düzeyinde 15x12 mm boyutunda multiple say?da kalsifik-nonkalsifik LAP-lenf nodlar? izlendi.**

**Gastroözefageal bile?ke supradiafragmatik alanda izlenmektedir (Hiatal herni).**

**?nceleme alan?na giren kesitlerde ; sol böbrek alt polde 12.9x9 mm boyutunda kalkül izlenmektedir.**

Dosya No	857294	<b>AHMET ASLAN</b>		
Başvuru No				
Sonuç Durumu	<input checked="" type="checkbox"/> Bekleyenler	<input checked="" type="checkbox"/> Onaylanacaklar	<input checked="" type="checkbox"/> Tamamlanmışlar	
<input type="checkbox"/> Referans Aralığı Kontrol				

BUL

Başvuru Tarihi	Başvuru No	Alt Birim Adı
		Tüm Başvurular
04.04.2022 10:30	11286848	ROMATOLOJİ POLİKLİNİĞİ 2
25.03.2022 09:47	11255025	ROMATOLOJİ POLİKLİNİĞİ 2
28.02.2022 09:52	11164788	GÖĞÜS HASTALIKLARI POLİKLİNİ...

Bar kod	Kabul Tarihi	N.K	N.K. Tarih	Test Adı	RF	Parametre ...	Sonuç	Birim	Durum	Alt Limit	Üst Limit	Özel Referans
0012699880	25.03.2022 10:34	+	29.03.2022 10:06	ANA 1/100 SERUM DİL...		ANA(HEP2) ...	Pozitif					
0009763556	16.12.2019 08:43	-		ANA 1/100 SERUM DİL...		ANA(HEP2) ...	Pozitif					
0007046465	01.11.2017 09:24	-		ANA 1/100 SERUM DİL...		ANA(HEP2) ...	Pozitif					
0012699877	25.03.2022 10:34	+	25.03.2022 13:18	CCP		CCP	0.9	u/mL		0	5	0-5,0 u/mL Norm
0012737943	04.04.2022 10:44	+	04.04.2022 12:19	ANTİ JO-1		ANTİ JO-1	2.5 NEGATİF	U/mL		0	15	
0012737943	04.04.2022 10:44	+	04.04.2022 12:19	ANTİ SCL 70		ANTİ SCL 70	3.4 NEGATİF	U/mL		0	15	
0012737943	04.04.2022 10:44	+	04.04.2022 12:19	ANTİ SENTROMER		ANTİ SENTR...	2.1 NEGATİF	U/mL		0	10	
0012737943	04.04.2022 10:44	+	04.04.2022 12:19	SS-A ANTI-RO (ELISA)		SS-A ANTI-...	1.8 NEGATİF	U/mL		<15 NEGATİF		
0012699879	25.03.2022 10:34	+	25.03.2022 11:42	CRP	▲	CRP	7,91	mg/L		0	5	
0012699879	25.03.2022 10:34	+	25.03.2022 11:42	RF	▼	RF	<8.38	IU/mL		0	15	

Romatoloji konsültasyonu sonucu herhangi bir patoloji düşünülmedi

# AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

Check for updates

## AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

### Idiopathic Pulmonary Fibrosis (an Update) and Progressive Pulmonary Fibrosis in Adults

#### An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline

Ganesh Raghu, Martine Remy-Jardin, Luca Richeldi, Carey C. Thomson, Yoshikazu Inoue, Takeshi Johkoh, Michael Kreuter, David A. Lynch, Toby M. Maher, Fernando J. Martinez, Maria Molina-Molina, Jeffrey L. Myers, Andrew G. Nicholson, Christopher J. Ryerson, Mary E. Streck, Lauren K. Troy, Marlies Wijsenbeek, Manoj J. Mammen, Tanzib Hossain, Brittany D. Bissell, Derrick D. Herman, Stephanie M. Hon, Fayez Kheir, Yet H. Khor, Madalina Macrea, Katerina M. Antoniou, Demosthenes Bouros, Ivette Buendia-Roldan, Fabian Caro, Bruno Crestani, Lawrence Ho, Julie Morisset, Amy L. Olson, Anna Podolanczuk, Venerino Poletti, Moisés Selman, Thomas Ewing, Stephen Jones, Shandra L. Knight, Marya Ghazipura, and Kevin C. Wilson; on behalf of the American Thoracic Society, European Respiratory Society, Japanese Respiratory Society, and Asociación Latinoamericana de Tórax

THIS OFFICIAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE WAS APPROVED BY THE AMERICAN THORACIC SOCIETY, EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY, JAPANESE RESPIRATORY SOCIETY, ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE TÓRAX FEBRUARY 2022

# 2018 rehberi tanı önerileri

- Yeni saptanan İAH'ı olan ve İPF'den şüphe edilen bir hastada ayrıntılı ilaç kullanımı, işyeri, ev veya ziyaret edilen yerlerdeki maruziyet detaylı sorgulayın
- Yeni saptanan İAH'ı olan ve İPF'den şüphelenilen bir hastadan, kollajen doku hastalıklarını dışlamak için serolojik testleri isteyin



## 2022 Rehberi YRBT Bulguları

UIP	Olası UIP	Belirsiz UIP	Alternatif Tanı
Subplevral ve bazal tutulum, dağılım sıklıkla Heterojen <b>Ara sıra diffüz Asimetrik olabilir</b>	Subplevral ve bazal tutulum, dağılım sıklıkla heterojen Periferik traksiyon bronşektazisi/ bronşiolektazisi ile birlikte retiküler patern Hafif buzlu cam olabilir <b>Subplevral korunma yok</b>	Subplevral alan baskın olmaksızın diffüz tutulum Herhangi bir spesifik etyolojiyi düşündürmeyen fibrozis bulguları	Subplevral korunmanın olduğu peribronkovasküler tutulum (NSİP) Perilenfatik dağılım (sarkoidoz) Üst veya orta zon (Fibrotik HP, sarkoidoz) Subplevral korunma (NSIP) <b>Akciğer bulguları</b> Kistler Mozaik attenuasyon/3 dansite Baskın buzlu cam Çok sayıda sentrilobüler mikronodül Nodüller Konsolidasyon <b>Mediastinal bulgular</b> Plevral plaklar Dilate özefagus Distal klavikular erozyon Belirgin lenf nodu genişlemesi Plevral efüzyon, plevral kalınlaşma

## 2018

- HRCT paterni kesin UIP ile uyumluysa **BAL** önerilmiyor, HRCT paterni olası UIP, belirsiz UIP, alternatif tanıyı destekliyorsa BAL öneriliyor
- HRCT paterni kesin UIP ile uyumluysa **TBB** yapılması önerilmiyor, HRCT paterni olası UIP, belirsiz UIP veya alternatif tanıyı destekliyorsa TBB yapılması veya yapılmaması konusunda öneride bulunulmamış.
- HRCT paterni kesin UIP ile uyumluysa **TBLC** yapılması önerilmiyor, HRCT paterni olası yada belirsiz UIP veya alternatif tanıyı destekliyorsa kriyobiopsi ile ilgili öneride bulunulmamış
- HRCT paterni kesin UIP ile uyumluysa **cerrahi biyopsi** yapılması önerilmiyor, HRCT paterni olası yada belirsiz UIP veya alternatif tanıyı destekliyorsa cerrahi biyopsi yapılması öneriliyor

## 2022

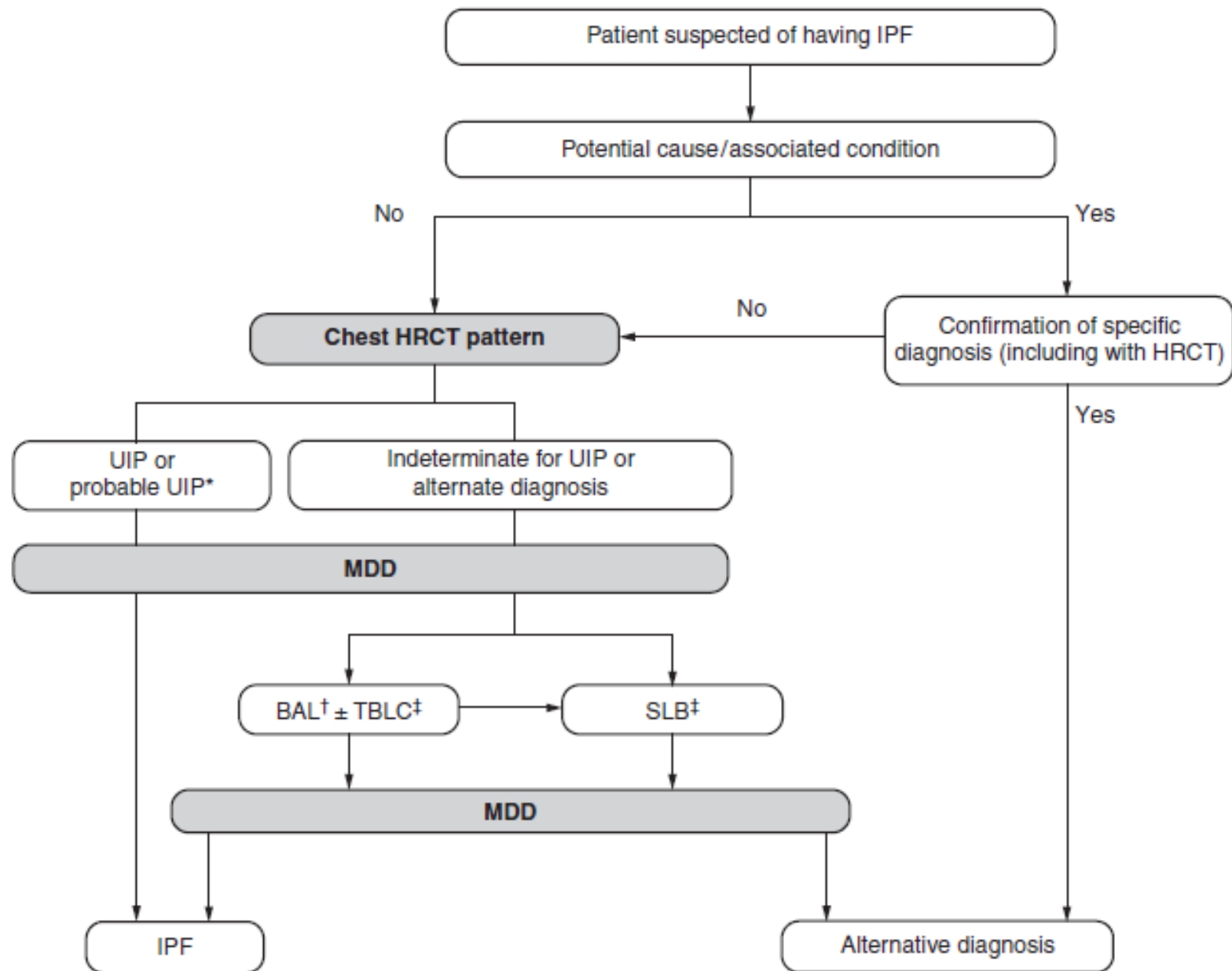
- Olası UIP paterni olan bazı hastalarda **BAL** yapılabilir
- **TBLC** cerrahi biyopsiye karşı kabul edilebilir bir alternatiftir (koşullu öneri)
- **Cerrahi biyopsi** ile ilgili yeni öneri yok

2018

Klinik olarak şüphelenilen İPF		Histopatoloji paterni			
		UIP	Olası UIP	Belirsiz	Alternatif tanı
HRCT paterni	UIP	İPF	İPF	İPF	İPF değil
	Olası UIP	İPF	İPF	İPF (muhtemel) <sup>†</sup>	İPF değil
	Belirsiz	İPF	İPF (muhtemel) <sup>†</sup>	Şüpheli <sup>‡</sup>	İPF değil
	Alternatif tanı	İPF (muhtemel) <sup>†</sup> /İPF değil	İPF değil	İPF değil	İPF değil

2022

Klinik olarak şüphelenilen İPF		Histopatoloji paterni			
		UIP	Olası UIP	Belirsiz	Alternatif tanı
YRBT paterni	UIP	İPF	İPF	İPF	İPF değil
	Olası UIP	İPF	İPF	İPF (muhtemel)	İPF değil
	Belirsiz	İPF	İPF (muhtemel)	Belirsiz	İPF değil
	Alternatif tanı	İPF (muhtemel)	Belirsiz	İPF değil	İPF değil



- Hastamızın HRCT bulguları UIP ile uyumlu olduğu için herhangi bir invaziv işlem yapılmadı
- Ancak 5 ay önce COVID geçirmiş olması «postCOVID fibrozis» mi diye düşündürdü

09.12.2019



Adı Soyadı	: AHMET ASLAN	Rapor Tarihi	: 10.12.2019 11:11
T.C Kimlik No	: 28489571408	Dosya no	: 857294
Baba Adı	: FETHİ	Başvuru No	: 8773451
Kurumu	: BAĞ-KUR İL MÜD. (SİGORTA+EMEKLİ)	Doğum Yeri - Tarihi	: ELAZIĞ - 1953 Yaş: 66
İstem Tarihi	: 09.12.2019(18521791)	İstem Kabul Tarihi	: 09.12.2019(46261)
Hizmet Adı	: BT, TORAKS	Cinsiyet	: E

Tanı :	Kodu	Adı
	R05	ÖKSÜRÜK

## ÇOK KESİTLİ B7LG7SAYARLI TOMOGRAF7 TORAKS

**Teknik :** Kontrast madde verilmeden yapılan çok kesitli BT tetkikinde;

**Sa7 tiroid lobunda kalsifik nodül izlendi.**

Trakea ve ana bron7lar, özefagus normal görünümündedir.

**Mediastinal -sol hiler kalsifik lenf nodlar7 izlendi.**

**Bilateral akci7er üst loblarda subplevral hava kistleri izlendi.**

**Bilateral akci7erde sentriasiner amfizematöz de7i7iklikler izlendi.**

**Bilateral akci7elerde milimetrik boyutlu birkaç adet kalsifik-nonkalsifik pulmoner nodül izlenmektedir.**

**Bilateral fissürlerde milimetrik nodüler kal7nla7malar dikkati çekmektedir.**

**Bilateral akci7erde alt lobda belirgin subpelvral bal pete7i görünümleri , düzensiz retiküasyonlar izlendi (?nterstisyel akci7er hastal777 ?).**

Gö7üs duvar7, kemik yapılar ve yumu7ak dokular normal görünümündedir.



- Hastaya İPF tanısı ile Nintedanib 150 mg 2x1 başlandı
- Takibi devam ediyor

## OLGU-3

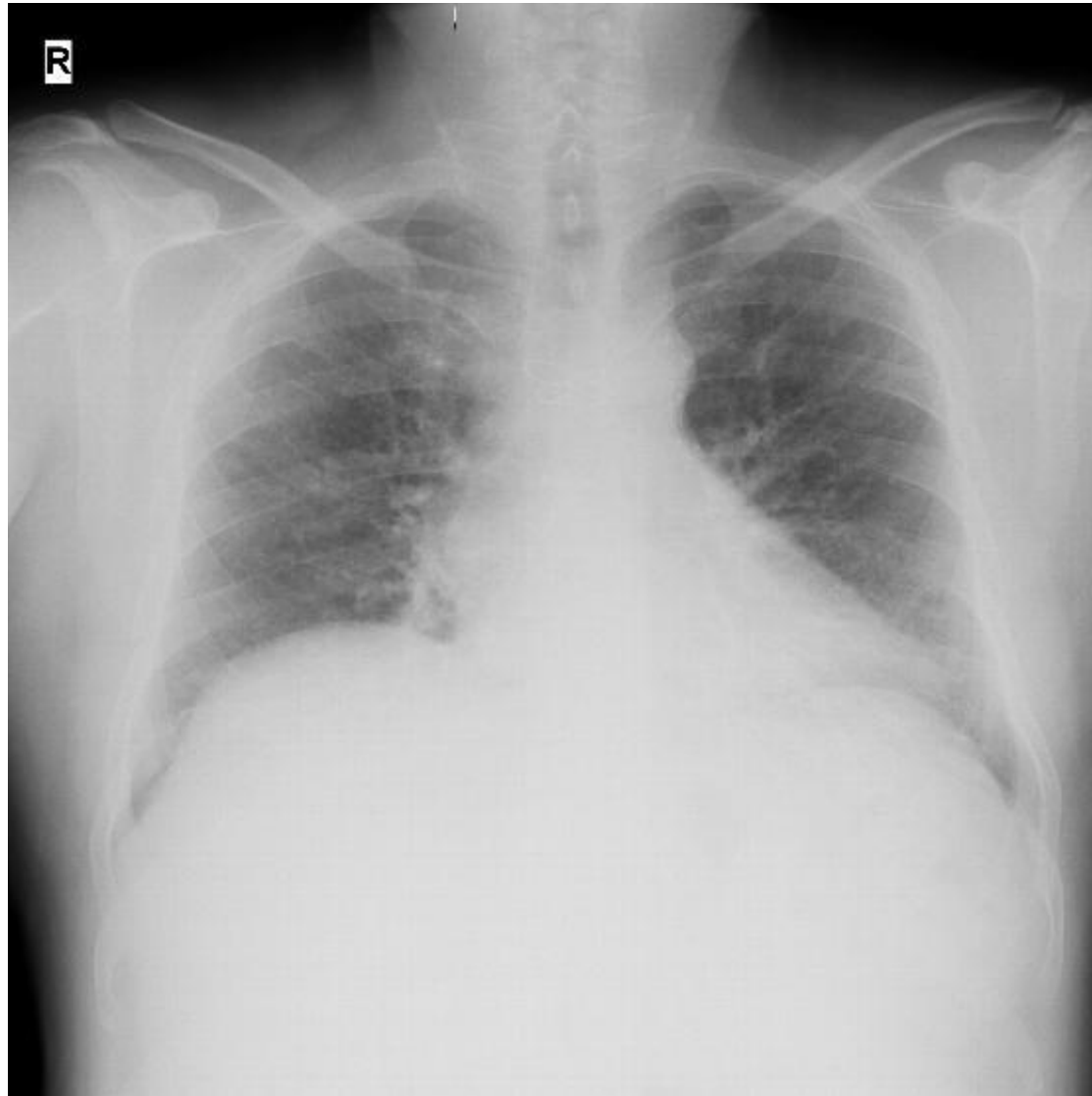
- 58 y E hasta
- 10.01.2017'de son aylarda eforla artan nefes darlığı, öksürük, yorgunluk
- Özgeçmiş: 10 yıldır DM (+), 7 yıldır İKH (+), 9 yıl önce ürolitiazis, inguinal herni (+), Kronik atrofik gastrit (+)
- Alışkanlıklar: Sigara 25 yıl günde 1 paket içmiş, 10 yıldır bırakmış

- Kullandığı ilaçlar: Glifor tb, Pantactive tb, Crestor tb, Klopidoğrel, Aspirin
- Mesleđi: Memur emeklisi
- Hobiler: Avcılık
- FM: Bilateral alt zonlarda inspiratuar raller (+), SpO2: %94, Çomak parmak (-), PTÖ (-)

# Laboratuvar

- WBC: 7500, Hb:15.1, Hct: 48.8, Plt: 227000
- Biyokimya: Glukoz: 135, diğer parametreler normal

10.01.2017



## 10.01.2017 tarihli SFT

	Aktuel	Prediktif	% Prediktif
FVC (L)	3.16	4.81	66
FEV1 (L)	2.85	3.67	78
FEV1/FVC (%)	90	76	119
FEF25% (L/sn)	6.05	7.86	77
FEF75% (L/sn)	2.85	1.57	182
FEF25-75% (L/sn)	4.82	3.09	156

## 10.01.2017 tarihli SFT

	Aktüel	Prediktif	%Prediktif
SVC (L)	4.01	4.81	83
IC (L)	1.46	3.34	44
RV (L)	2.30	2.16	107
TLC (L)	6.31	6.92	91
RV/TLC (%)	36	32	114
DLCO (ml/dk/mmHg)		30.03	57
DLCO/VA (ml/dk/mmHg/L)			93



**10.01.2017**





T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ RAPORU



Adı Soyadı	: TARIK ALPSAR	Rapor Tarihi	: 17.01.2017 11:50
T.C Kimlik No	: 44863324408	Dosya no	: 124839
Baba Adı	: MEHMET TAYFUR	Başvuru No	: 5572903
Kurumu	: EMEKLİ SANDIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	: ÇEMİŞGEZEK - Yaş: 56
İstem Tarihi	: 10.01.2017(11084821)	İstem Kabul Tarihi	: 10.01.2017(46261)
Hizmet Adı	: BT, TORAKS	Cinsiyet	: E

Tanı :	Kodu	Adı
	R05	ÖKSÜRÜK
	I26	PULMONER EMBOLİZM

ÇOK KESİTLİ B7LG7SAYARLI TOMOGRAF7  
TORAKS

**Teknik :** 70 ml intravenöz iyotlu kontrast madde verilerek yapılan 64-ÇKBT incelemesinde:

Brakiosefalik vasküler yapılar, trake ve ana bron7lar, özefagus normal görünümindedir.  
Kalp ve ana vasküler yapılar normal boyutlarda olup patoloji izlenmemiştir.  
Mediastinal ve hiler bölgede patolojik boyutlu lenf nodu izlenmemiştir.

**Bilateral akci7er periferlerinde daha belirgin olmak üzere parankimal fibrotik de7i7iklikler, buzlu cam görünümleri izlenmektedir(7nterstisyel akci7er hastal777 ).**

Bilateral akci7er alt loblarda milimetrik nodüler plevral kal7nma izlenmektedir.

**Bilateral akci7erlerde milimetrik boyutlu birkaç adet kalsifik nodüller izlenmektedir.**

**Parakardiyak yağ yast777 belirgin görünümde izlendi.**

Bilateral pulmoner hiluslar normal görünümindedir.

Gö7üs duvar7. vumu7ak dokular normal görünümindedir.

T.C Kimlik No	:	Dosya Numarası	:	124839
Hasta Adı	:	İstem Numarası	:	11135781
Cinsiyet	:	Bağuru No	:	5595018
Doğum Tarihi	:	Bölüm Adı	:	ROMATOLOJİ KLİNİĞİ
Doğum Yeri	:	Doktor Adı	:	SÜLEYMAN SERDAR KOCA .
İstem Tarihi	:	Bark.BasımTarihi	:	18.01.2017 09:12
Test Grupları	:	SEROLOJİK TESTLER-1,SEROLOJİK TESTLER-2,SPESİFİK İFA TESTLER		

T.C Kimlik No	:	Dosya Numarası	:	124839
Hasta Adı	:	İstem Numarası	:	11135781
Cinsiyet	:	Bağuru No	:	5595018
Doğum Tarihi	:	Bölüm Adı	:	ROMATOLOJİ KLİNİĞİ
Doğum Yeri	:	Doktor Adı	:	SÜLEYMAN SERDAR
İstem Tarihi	:	Bark.BasımTarihi	:	18.01.2017 09:12
Test Grupları	:	SEROLOJİK TESTLER-1,SEROLOJİK TESTLER-2,SPESİFİK İFA TESTLER		

Örnek Numarası : 00006197501

Örnek Numarası : 00006197501

<b>SEROLOJİK TESTLER-1</b>		<b>Numune : SERUM</b>	
Numune Alma Tarihi :	18.01.2017 09:13	Numune Kabul Tarihi :	Onay Tarihi : 18.01.2017 13:27

<b>SEROLOJİK TESTLER-1</b>		<b>Numune : SERUM</b>	
Numune Alma Tarihi :	18.01.2017 09:13	Numune Kabul Tarihi :	Onay Tarihi :

Parametre Adı	Sonuç	Durum	Birim	Referans Aralığı	Açıklama
---------------	-------	-------	-------	------------------	----------

Parametre Adı	Sonuç	Durum	Birim	Referans Aralığı
---------------	-------	-------	-------	------------------

ANTI DS DNA	<10	Negatif			
-------------	-----	---------	--	--	--

<i>Çalışılan Yöntem Eliza (Makro)</i>				
---------------------------------------	--	--	--	--

<i>Çalışılan Yöntem Eliza (Makro)</i>					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

ANTI SM	<3	Negatif	U/ml	0 - 18	
---------	----	---------	------	--------	--

<i>SEROLOJİK TESTLER-1</i>					Prof.Dr.H.Handan
----------------------------	--	--	--	--	------------------

<i>Çalışılan Yöntem Eliza (Makro)</i>					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

ANTI-RO	<3	Negatif	U/ml	0 - 18	
---------	----	---------	------	--------	--

<i>Çalışılan Yöntem Eliza (Makro)</i>					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

ANCA C	<3	Negatif	U/ml	0 - 18	
--------	----	---------	------	--------	--

<i>Çalışılan Yöntem Eliza (Makro)</i>					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

ANTI-DS DNA	<10	Negatif	IU/ml	0 - 18	
-------------	-----	---------	-------	--------	--

<i>Çalışılan Yöntem Eliza (Makro)</i>					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

ANCA P	<3	Negatif	U/ml	0 - 18	
--------	----	---------	------	--------	--

<i>Çalışılan Yöntem Eliza (Makro)</i>					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

ANTI-SCL 70	<3	Negatif	U/ml	0 - 18	
-------------	----	---------	------	--------	--

<i>Çalışılan Yöntem Eliza (Makro)</i>					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

ANTI-LA	<3	Negatif	U/ml	0 - 18	
---------	----	---------	------	--------	--

<i>Çalışılan Yöntem Eliza (Makro)</i>					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

ANTI SENTROMER	<3		U/ml	0 - 18	
----------------	----	--	------	--------	--

<b>SEROLOJİK TESTLER-2</b>		<b>Numune : SERUM</b>	
Numune Alma Tarihi :	18.01.2017 09:13	Numune Kabul Tarihi :	Onay Tarihi :

Parametre Adı	Sonuç	Durum	Birim	Referans Aralığı
---------------	-------	-------	-------	------------------

CCP	<3	Negatif	U/ml	0 - 18
-----	----	---------	------	--------

<i>Çalışılan Yöntem Eliza (Makro)</i>				
---------------------------------------	--	--	--	--

<i>SEROLOJİK TESTLER-2</i>					Prof.Dr.H.Handan
----------------------------	--	--	--	--	------------------

**Romatoloji konsültasyonu: Herhangi bir patoloji saptanmadı**

Örnek Numarası : 00006197502

<b>SEROLOJİK TESTLER-1</b>		<b>Numune : SERUM</b>	
Numune Alma Tarihi :	18.01.2017 09:13	Numune Kabul Tarihi :	Onay Tarihi :

Parametre Adı	Sonuç	Durum	Birim	Referans Aralığı
---------------	-------	-------	-------	------------------

RF	11,4		IU/mL	0 - 15
----	------	--	-------	--------

<i>Çalışılan Yöntem Nefelometrik</i>				
--------------------------------------	--	--	--	--

C3	1,39		g/L	0.9 - 1.8
----	------	--	-----	-----------

<i>Çalışılan Yöntem Nefelometrik</i>				
--------------------------------------	--	--	--	--

C4	0,228		g/L	0.1 - 0.4
----	-------	--	-----	-----------

<i>SEROLOJİK TESTLER-1</i>				
----------------------------	--	--	--	--

- Hastaya tanı amaçlı FOB planlandı
- 3 hafta önce koroner arterlere stent takıldığı öğrenildi!
- Klopidogrel ve coraspin kullanan hasta Kardiyoloji ile konsülte edildi, medikal tedavisinin kesilemeyeceği bildirildi
- Hasta da herhangi bir invaziv işlemi kabul etmedi

- Dış merkezde güvercin spesifik IgG (+) olduğu öğrenildi
- Mevcut klinik + radyolojik bulgular + IgG (+) ile hastaya kronik hipersensitivite pnömonisi tanısı kondu
- 32 mg/gün prednol tedavisi başlandı  
(yakın kan şekeri takibi ile)

# Diagnosis and Evaluation of Hypersensitivity Pneumonitis

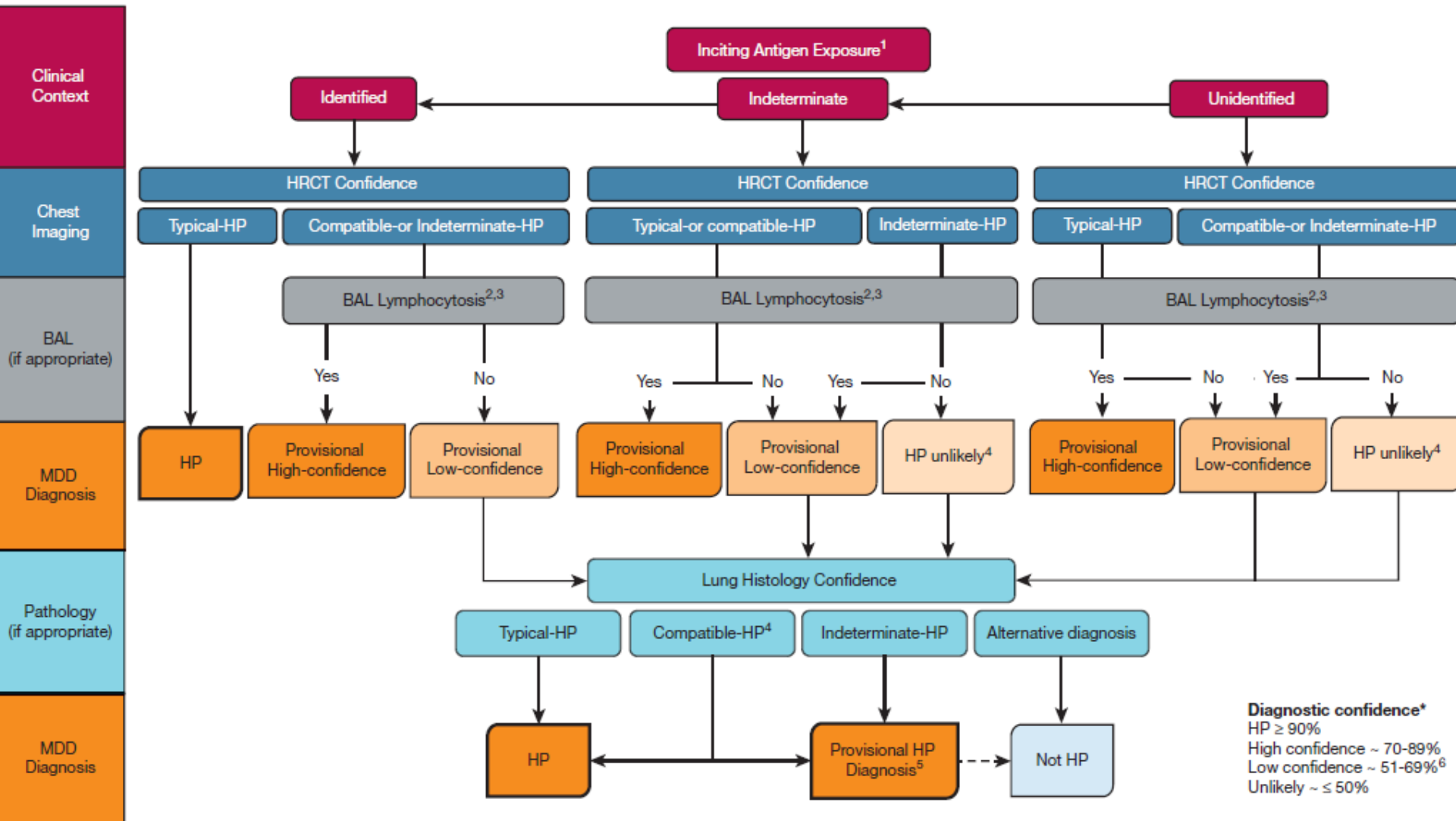
## CHEST Guideline and Expert Panel Report



*Evans R. Fernández Pérez, MD, FCCP; William D. Travis, MD, FCCP; David A. Lynch, MB, BCh;  
Kevin K. Brown, MD, FCCP; Kerri A. Johannson, MD, MPH; Moisés Selman, MD; Jay H. Ryu, MD, FCCP;  
Athol U. Wells, MD; Yuh-Chin Tony Huang, MD, MHS, FCCP; Carlos A. C. Pereira, MD, FCCP;  
Mary-Beth Scholand, MD, FCCP; Ana Villar, MD, PhD; Naohiko Inase, MD, PhD;  
Richard B. Evans, MD, MPH, FCCP; Stephen A. Mette, MD, FCCP; and Lindsay Frazer-Green, PhD*



CHEST 2021; 160(2):e97-e156



YRBT	Tipik Nonfibrotik HP	Nonfibrotik HP ile uyumlu
	<p>Şunlardan biri:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Tüm zonlarda çok sayıda sınırları net olmayan buzlu cam dansitesinde sentrlobüler nodüller</li><li>2.Üç dansite bulgusu ile birlikte mozaik attenuasyon</li><li>3.Sentrlobüler nodüller ile birlikte inspiratuar mozaik attenuasyon ve hava hapsi</li></ol> <p>VE</p> <p>Alternatif tanı düşündürecek bulgu yok</p>	<p>Şunlardan biri:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Diffüz veya çok sayıda olmayan buzlu cam dansitesinde sentrlobüler nodüller ve mozaik attenuasyon veya hava hapsi yok</li><li>2.Yamalı veya diffüz buzlu cam</li><li>3.Sentrlobüler nodül veya buzlu cam olmaksızın mozaik attenuasyon ve lobuler hava hapsi</li></ol> <p>VE</p> <p>Alternatif tanı düşündürecek bulgu yok</p>

YRBT	Tipik Fibrotik HP	Fibrotik HP ile uyumlu	Belirsiz
	<p>Fibrozis bulguları ile birlikte şunlardan biri:</p> <p>1.Tüm zonlarda çok sayıda sınırları belirsiz buzlu cam dansitesinde sentrlobüler nodüller</p> <p>2. Üç dansite bulgusu ile birlikte mozaik attenuasyon</p> <p>VE</p> <p>Alternatif tanı düşündürecek bulgu yok</p>	<p>Fibrozis bulguları ile birlikte şunlardan biri:</p> <p>1.Yamasal veya diffüz buzlu cam</p> <p>2.Yamalı, çok sayıda olmayan buzlu cam dansitesinde sentrlobüler nodüller</p> <p>3.Tipik fibrotik HP kriterlerine uymayan mozaik attenuasyon ve lobüler hava hapsi</p> <p>VE</p> <p>Alternatif tanı düşündürecek bulgu yok</p>	<p>Fibrozis bulguları ile birlikte HP düşündürecek diğer bulguların yokluğu</p>



## 6 ay sonraki SFT (12.07.2017)

	Aktüel	Prediktif	%Prediktif
FVC (L)	3.05	4.81	63
FEV1 (L)	2.66	3.67	72
FEV1/FVC (%)	87	76	114
DLCO (ml/dk/mmHg)		29.84	51
DLCO/VA (ml/dk/mmHg/L)			88

- 15.11.2017'de nefes darlığında artış şikayeti ile tekrar başvurdu
- FM: Ekspiryum uzun, bilateral alt zonlarda inspiratuar raller (+), SpO2: %90
- Tam kan sayımı ve biyokimya sonuçlarında belirgin patoloji yok

## 15.11.2017 tarihli SFT

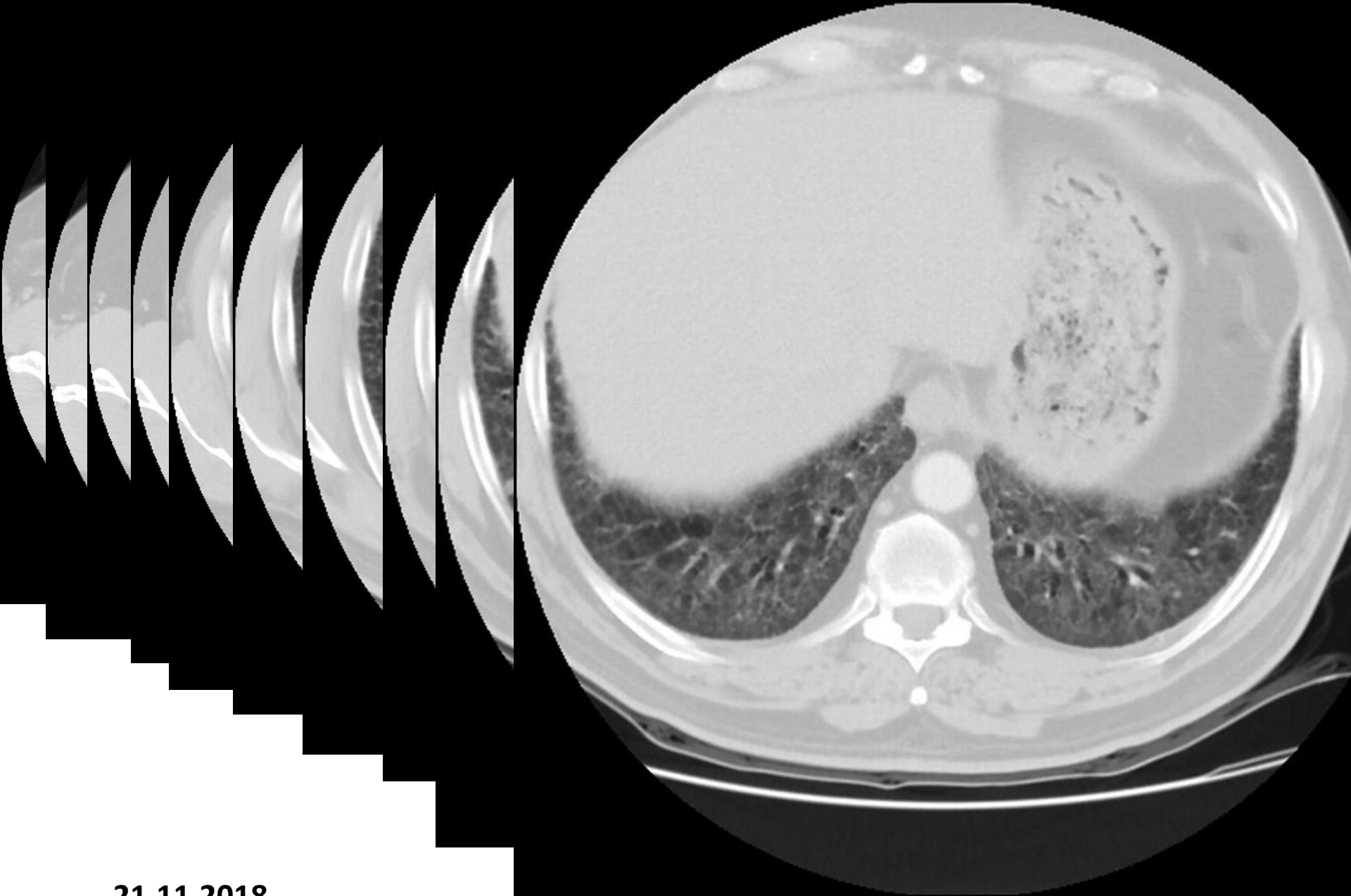
	Aktüel	Prediktif	%Prediktif
FVC (L)	2.64	4.81	55
FEV1 (L)	2.34	3.67	64
FEV1/FVC (%)	89	76	117

15.11.2017



- Klinik + fonksiyonel + radyolojik kötüleşme nedeni ile hastaya Prednol tedavisine ek olarak mikofelonat mofetil (günde 2 gr) başlandı
- Ekspiryum uzunluğu nedeni ile İKS+LABA eklendi
- 3 ay sonraki kontrolde nefes darlığı azaldı, FVC: %58, DLCO: %52, SpO2: %94

- 21.11.2018'de kontrole gelen hastanın arasıra nefes darlığı var
- FM: Bibaziler raller (+), SpO2: %94
- FVC: %58, **DLCO:%15**
- 6DYT mesafesi: 340 m, başlangış SpO2: %96, Nb:88/dk, **bitiş SpO2: %77, Nb: 128/dk**



21.11.2018



F.Ü.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ RAPORU



Adı Soyadı	: TARIK ALPSAR	Rapor Tarihi	: 22.11.2018 15:02
T.C Kimlik No	: 44863324408	Dosya no	: 124839
Baba Adı	: MEHMET TAYFUR	Başvuru No	: 7456808
Kurumu	: EMEKLİ SANDIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	: ÇEMİŞGEZEK - Yaş: 58
İstem Tarihi	: 21.11.2018(15600419)	İstem Kabul Tarihi	: 21.11.2018(46261)
Hizmet Adı	: BT, TORAKS	Cinsiyet	: E

Tanı :	Kodu	Adı
	R05	ÖKSÜRÜK

**ÇOK KES?TL? B?LG?SAYARLI TOMOGRAF?  
TORAKS**

**Teknik :** 70 ml intravenöz iyotlu kontrast madde verilerek yapılan 64-ÇKBT incelemesinde:

Brakiosefalik vasküler yapılar, trake ve ana bron?lar, özefagus normal görünümündedir.

Kalp ve ana vasküler yapılar normal boyutlarda olup patoloji izlenmemiştir.

**Mediastinal bölgede birkaç adet kalsifik-nonkalsifik patolojik boyuta ulaşmayan lenf nodları dikkati çekmektedir . Sağ hiler bölgede 13 mm enine ulaşan LAP izlendi.**

**Bilateral akciğerlerde daha çok subplevral ve peribronkovasküler ve alt lob tutulumu baskın olan retiküler opasiteleri, interlobüler septal kalınlaşmalar, traksiyon bron?ektazileri dikkati çekmektedir (NISIP ?, Kronik hipersensitivite pnömonisi ?, Düşük ihtimal deskuamatif interstisyel pnömoni? ).**

**Bilateral akciğerlerde posterior bazallerde hafif retiküler kalınlaşmalar izlendi (Öncelikle dependan atee-lektazi lehine değerlendirilmi? olup yüz üstü BT çekilmesi önerilir ).**

**Bilateral akciğerde buzlu cam görünümleri ve hava hapis alanları izlendi?i mozaik perfüzyon**



T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
EKOKARDİOGRAFİ LABORATUVARI  
TRANSTORASİK EKOKARDİOGRAFİ RAPORU

**DOPPLER BULGULARI**

AV sistolik		AV diastolik		MV sistolik		MV diastolik	
VM :	cm/sn	VM :	(0) cm/s	VM :	(0) cm/sn	VM :	cm/sn
VP :	100170cm/	VP :	(0) cm/s	VP :	(0) cm/sn	VP :	(60-130)
PG(peak) :	3 (4-11)cm/H	PG :	(0) cm/H	PG :	(0) cm/Hg	PG(peak) :	cm/sn
<b>PG(mean) :</b>	mm/sn	HT :	(0) cm/s	HT :	(0) cm/sn	<b>PG(mean) :</b>	(1.5-6)c
HT :		AY :		MY :	MİN.	HT :	mm/sn
AD :		PHT :		Rej.A :	cm2	MD :	
		VC :		VC :		E/A :	
		RJG/LVOT :		REJA/LA :			
PV sistolik		PV diastolik		TV sistolik		TV diastolik	
VM :	cm/sn	VM :	(0) cm/s	VM :	(0) cm/s	VM :	cm/sn
VP :	(6-9)cm/s	VP :	(0) cm/s	VP :	(0) cm/s	VP :	(30-70)
PG :	(1.5-5)cm	PG :	(0) cm/H	PG :	20 (0) cm/H	PG :	cm/sn
HT :	mm/sn	HT :	(0) cm/s	HT :	(0) cm/s	HT :	(0.5-2)
PD :		PY :		TY :	MİN.		cm/Hg
							mm/sn

**EKO YORUM**

Sol ventrikul boşluk çapları normaldir.Sol atriyum çapı ArtmıştırSol ventrikül duvar kalınlıkları normaldir.Sağ ventrikül çapı normaldir.Sol ventrikül duvar kontraksiyonları normal olarak değerlendirilmiştir. EF: % 55 olarak ölçülmüştür.Aort kapağı trikuspid olup, kapak açılımı normal olarak değerlendirilmiştir, Renkli Doppler incelemesinde yetmezlik izlenmemiştir. Mitral kapak açılımı normal olarak değerlendirildi. Renkli Doppler incelemesinde MİN.yetmezlik izlenmiştir.Triküspit kapak görünümü normaldir, Renkli Doppler incelemesinde yetmezlik izlenmemiştir. İAS ve İVS intaktır. Perikard normaldir. Trombüs, vejetasyon, kitle izlenmedi.

- Mevcut kötüleşmenin parankim hastalığına bağlı olduğu düşünülüyor
- Hasta tedaviye yanıtızsız kabul ediliyor
- Tedavi değişikliği planlanıyor



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

NORMAL

Sayı : E-16358815-506.01-309988  
Konu : Endikasyon Dışı İlaç Başvurusu

Sayın Dr. GAMZE KIRKIL  
ELAZIĞ FIRAT ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ  
GÖĞÜS HASTALIKLARI

İlgi : Kurumumuz 06.01.2021 tarihli, E.637705 sayılı başvurunuz

İlgi dilekçeniz ve ekleri incelenmiştir.

TARIK ALPSAR isimli hastanın rahatsızlığı olan; **Hipersensitivitik pnömonit, tanımlanmamış organik tozlara bağlı** tanısının/tanılarının tedavisinde **Rituximab** etkin maddeli ilaç/ilaçların kullanımı uygun görülmüştür.

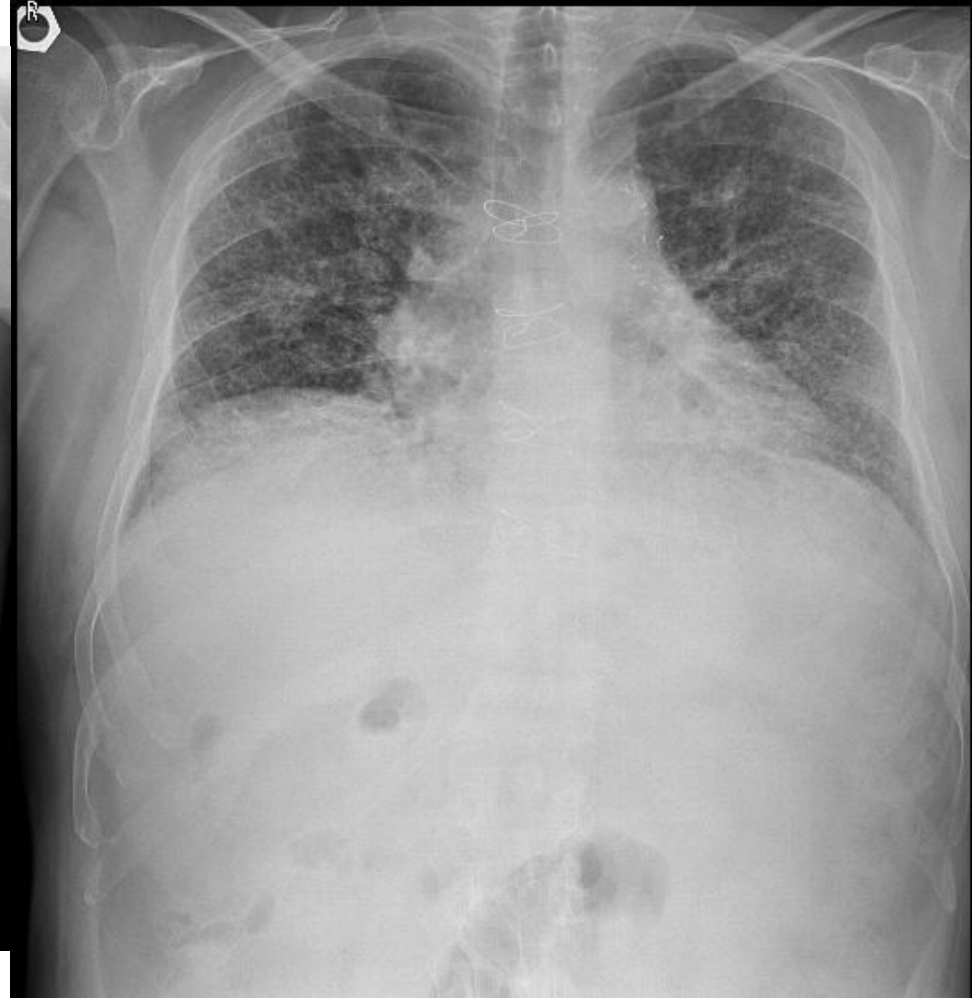
375 mg/metrekaare, iki haftada bir, 2 (iki) dozda kullanımı uygundur. Tedaviye devam edilmek istenilmesi durumunda başvurunuzu “<https://recetem.enabiz.gov.tr>” web sitesi üzerinden yapabilirsiniz. Başvuru için gerekli bilgilerin yer aldığı kılavuz Kurumumuz web sitesinde bulunmaktadır.

Bilgilerinizi rica ederim.

21.11.2018



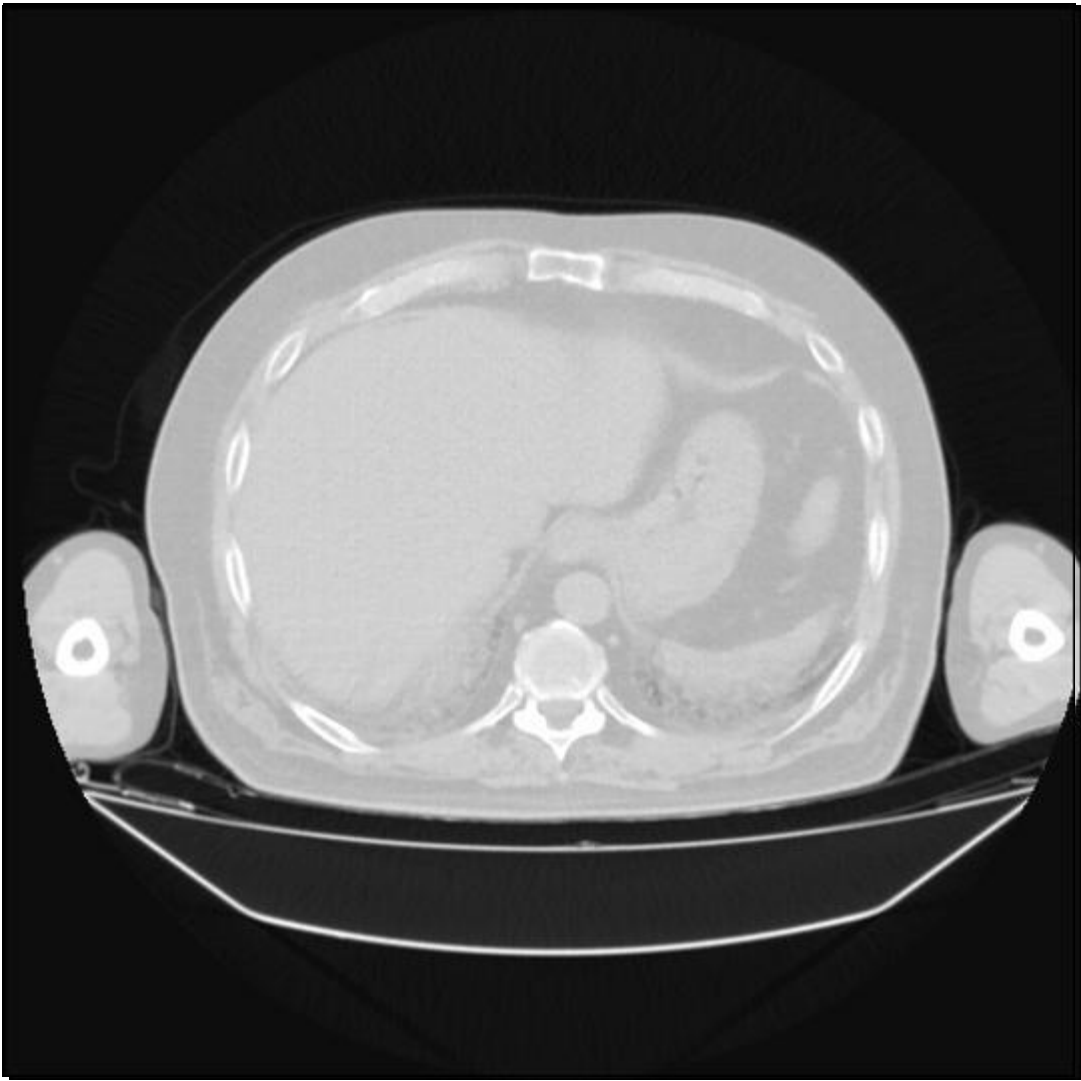
26.02.2021 (2 doz Rituximab sonrası)



11.03.2021



- 6 ay sonra acil servise nefes darlığında belirgin artış şikayeti ile başvuran hastada COVID PCR (+) saptanıyor



- Hasta YBÜ'ne yatırılıyor, entübe ediliyor
- Yatışının 5. günü exitus