



SOLUNUM BULUŞMALARI

TRABZON

30 Eylül-01 Ekim 2023
Radisson Blu Hotel, Trabzon

PULMONER EMBOLİ: OLGULAR

Doç. Dr. Elif Tanrıverdi

SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Olgu

1



- 32 yaş, E hasta
- **Şikayeti:** Göğüs ağrısı, nefes darlığı
- **Hikayesi:** Birkaç gündür devam eden göğüste batar tarzda ağrı ve yol yürürken tıkanma hissi
- **Özgeçmiş:** Özellik yok
- **Alışkanlıklar:** Smoker 25 paket-yıl
- **Meslek:** Makine mühendisi
- **Soygeçmiş:** Özellik yok

Olgu

1

Fizik Muayene

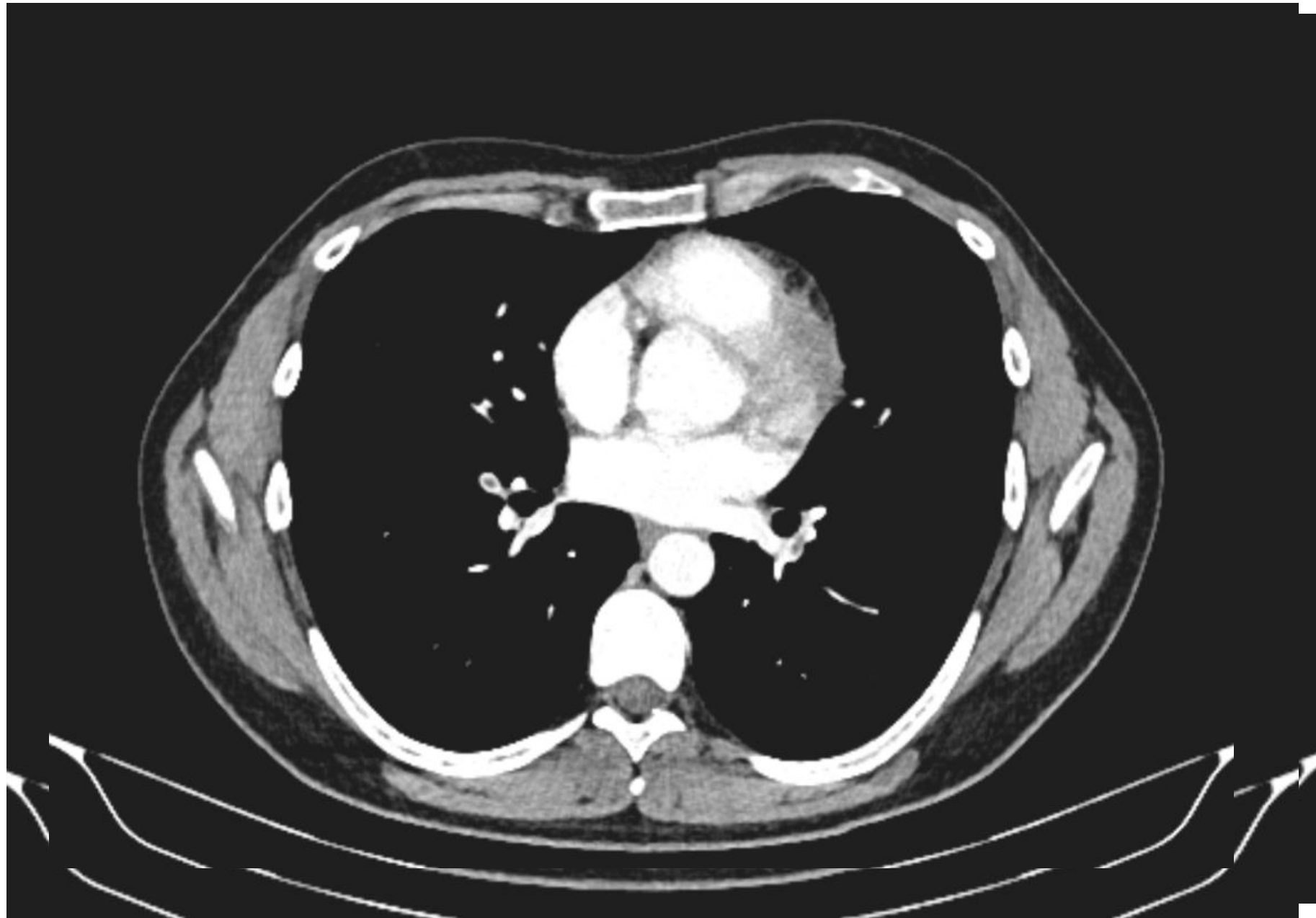
- Bilinci açık ve oryante
- SpO2: %97 (oda havasında)
- Nbz:88/dk
- TA: 110/60 mmHg
- Solunum sesleri doğal

Olgu

1

Laboratuvar Bulguları

- **Hemogram:**
 - Normal
- **Biyokimya:**
 - Normal
- **Troponin:**
 - Normal
- **D-Dimer:**
 - 4.1 (N:<0.5)



Olgu

1

Klinik Seyir

- Bilateral Dopler USG: Normal
- EKOKARDİYOĞRAFI:
 - EF %60
 - Sağ boşluklar normal
 - sPAB: 25 mmHg

		Parametreler	PESİ	Basitleştirilmiş PESİ
Erkek	Kardi	Yaş	Yaş/yıl	1 puan (yaş >80 ise)
		Cinsiyet	+10 puan	-
	Kardi ihtiya	Kanser	+30 puan	1 puan
		Kronik Kalp Yetmezliği	+10 puan	
		Kronik Pulmoner Hastalık	+10 puan	1 puan
		Kalp hızı ≥ 110 /dakika	+20 puan	1 puan
		Sistolik Kan Basıncı < 100 mmHg	+30 puan	1 puan
		Solunum Sayısı > 30 /dakika	+20 puan	-
		Ateş < 36 °C	+20 puan	-
		Mental Durum Değişikliği	+60 puan	-
Arteryal O ₂ Satürasyonu	+20 puan	1 puan		
		Risk Sınıflandırması		
		Sınıf I: < 65 puan (30 günlük mortalite riski çok düşük %0-1.6)	0 puan=30 günlük mortalite riski %1.0 (%95 CI %0.0-%2.1)	
		Sınıf II: 66-85 puan (düşük mortalite riski %1.7-3.5)		
		Sınıf III: 86-105 puan (orta mortalite riski %3.2-7.1)		
		Sınıf IV: 106-125 puan (yüksek mortalite riski %4.0-11.4)		
		Sınıf V: > 125 puan (çok yüksek mortalite riski %10.0-24.5)	≥ 1 puan=30 günlük mortalite riski %10.9 (%95 CI %8.5-%13.2)	

an
Hg
i
veya

omarkırlar

egatif

me
r ikisi de

Yük

Orta

Düş

Düşük -riskli pulmoner emboli akut-faz tedavisi için öneriler

Öneriler	Sınıf ^a	Düzyey ^b
YOAK'lar (apixaban, dabigatran, edoxaban, rivaroxaban) antikoagulan tedavinin önerilen formudur	I	A
YOAK'lar şiddetli böbrek yetmezliği, hamilelik sırasında ve emzirme döneminde, antifosfolipid antikor sendromu olan hastalarda önerilmemektedir.	III	C

Olgu

1

Hestia Dışlama Kriterleri

(PE hastasının ayakta takibi için)

Evet sayısı ≥ 1 ise hasta evde tedavi edilemez !

- Hasta hemodinamik olarak stabil mi ?
- Tromboliz veya embolektomi gerekli mi?
- Aktif kanama veya yüksek kanama riski var mı?
- O2 Sat > % 90 tutabilmek için 24 s O2 desteği gerekli mi?
- PE tanısı antikoagulan tedavi altındayken mi konuldu ?
- 24 s aşan iv ağrı tedavisi gerektiren şiddetli ağrısı oldu mu ?
- Hastanede uzun (> 24 s) tedavi gerektiren tıbbi veya sosyal gerekçe (infeksiyon, Ca, destek sistemine ihtiyaç) var mı ?
- KK <30 mL/ dak mı ?
- Ciddi KC bozukluğu var mı ?
- Hasta gebe mi ?
- Kayıtlı HIT öyküsü var mı?

Olgu

1

Klinik Seyir

- Başlangıç tedavisi Enoksaparin 0.8 cc 2x1
- Warfarin (INR düzeyi ile)

1.5 YIL SONRA.....

- Pandemi sebebiyle kontrollerine gelememiř
- 8 ay warfarin kullanmaya devam etmiř
- İlacını 9 ay önce kendiliğinden bırakmış
- Sağda yeni bařlayan ağrı
- 1 haftadır sol bacakta ağrı hissi

Olgu

1

Trombofili Değerlendirme

- AT3,PROTEİN C, PROTEİN S: NORMAL.
- FAKTÖR 5 LEİDEN: Heterozigot
- PROTROMBİN G20210A: Heterozigot
- MTHFR C677T: Heterozigot
- MTHFR A1298C: Heterozigot
- Antifosfolipid Ab, Antikardiyolipin Ab ve Beta2 glikoprotein: Negatif

Olgu

1

- ❖ 50 yaşından küçük, belirgin bir risk faktörü olmaksızın VTE gelişenler
- ❖ Ailesinde VTE veya trombofili öyküsü bulunup ilk kez VTE gelişenler
- ❖ Olağan dışı bölgelerde (üst ekstremiteler, batin içi venler) tromboz gelişenler
- ❖ Tekrarlayan VTE öyküsü olanlar
- ❖ Varfarine bağlı deri nekrozu öyküsü olanlar
- ❖ Neonatal tromboz öyküsü olanlar
- ❖ Nedeni açıklanamayan çok sayıda düşük yapanlar
- ❖ Paradoksal embolinin (sağdan sola şant) neden olduğu arteriyel iskemisi olan genç hastalar

- ❖ Antitrombin eksikliği
- ❖ Protein C veya S eksikliği
- ❖ Homozigot faktör V Leiden mutasyonu
- ❖ Homozigot protrombin G20210A mutasyonu



- ❖ ilk atakta da sınırsız süreli antikoagülasyona adaydırlar

- ❖ Heterozigot faktör V Leiden mutasyonu
- ❖ Heterozigot protrombin G20210A mutasyonu



- ❖ uzun süreli tedavi için herhangi bir kanıt bulunmamaktadır

Olgu

1

Wells (Kanada) Pulmoner Tromboemboli Klinik Tahmin Skorlaması

Bulgu	Puan
DVT semptom ve bulguları varlığı	3,0
Alternatif tanı olasılığı düşük	3,0
Taşikardi (>100/dk)	1,5
Son 4 hafta içinde immobilizasyon veya cerrahi öyküsü	1,5
Daha önce DVT veya pulmoner emboli öyküsü	1,5
Hemoptizi	1,0
Kanser varlığı	1,0

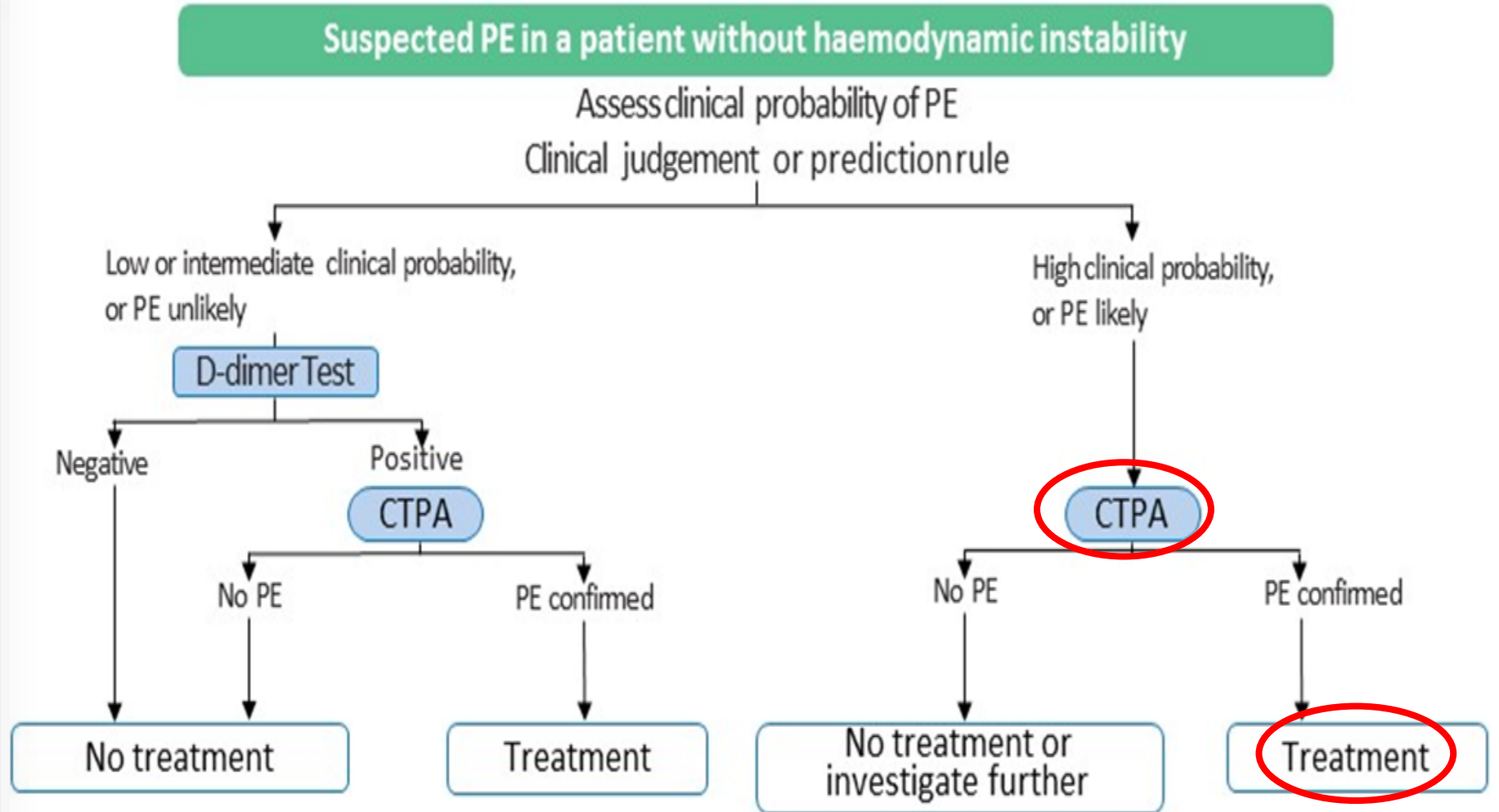
DVT: Derin ven trombozu

Toplam puan:

<2,0 puan: Düşük klinik olasılık	≤4 puan: PTE olası değil
2,0- 6,0 puan: Orta klinik olasılık	>4 puan: PTE olası
>6,0 puan: Yüksek klinik olasılık	

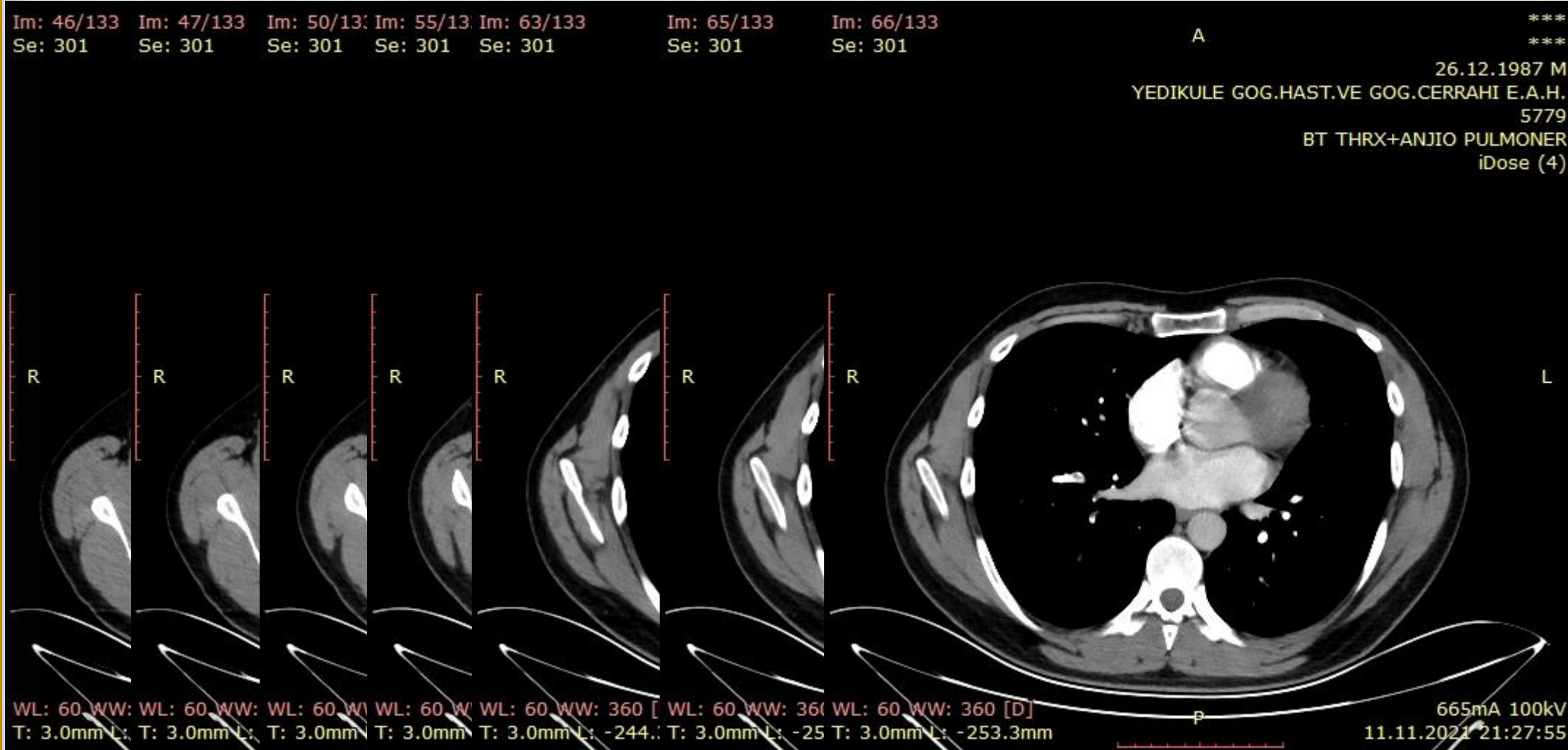
Olgu

1



Olgu

1



Bilateral Alt Extremitte Dopler USG: Sol posterior tibial çiftinden birisi içerisinde hipoekoik yapıda trombus mevcut olup kompresyon yanıtı kaybolmuştur.

TEDAVİ SÜRESİ KARARI

Düşük Nüks Riski (< % 3 / yıl)

İlk (indeks) VTE > 10 kat artmış risk getiren “Major” geçici ve reversibl risk faktörlerine bağlı olarak gelişmiş (bu risk faktörleri olmayan hastalara kıyasla)

- Genel anestezi süresi > 30 dak olan cerrahi girişim
- Akut hastalıkla veya kronik hastalığın akut alevlenmesiyle hastane yatışında ≥ 3 gün süreyle tuvalet istisnası dışında yatağa bağımlılık
- Kırıklarla ilişkili travma

Orta Nüks Riski (% 3 – 8 / yıl)

- İlk (indeks) VTE < 10 kat artmış risk getiren geçici ve reversibl risk faktörlerine bağlı olarak gelişmiş ;
- Küçük cerrahi (genel anestezi <30 dak)
- Akut hastalıkla hastane yatışı <3 gün
- Östrojen tedavisi
- Gebelik veya loğusalık
- Hastane dışında akut hastalıkla ≥ 3 gün yatağa bağımlılık
- Hareketi sınırlayan (≥ 3 gün) kırksız bacak hasarı
- Uzun mesafe uçuşu

- Malignite dışı kalıcı risk faktörleri
- İnflamatuvar barsak hastalığı
- Aktif otoimmün hastalık

- Tanımlanabilmiş risk faktörü olmayışı

Yüksek Nüks Riski (> % 8 / yıl)

**SÜRESİZ
TEDAVİ**

Olgu

1

Enoksaparin 0.8 cc 2x1 (10 gün)

Apiksaban 5 mg tb 2x1 (6 ay)

Apiksaban 2.5 mg tb 2x1 (süresiz)

Vitamin K antagonisti (VKA)

Warfarin

Öncesinde heparin kullanmak şartıyla

5-10 mg /gün başlanır INR düzeyi 2-3 olacak şekilde doz ayarlaması yapılır

*Kişisel ölçüm cihazları

Yeni Oral Antikoagülanlar

Rivaroxaban (Rivoksar, Xarelto, Rovaran, Tromaban, Venmix, Venomia, Voxaban)

İlk 3 hafta 2x15 mg sonrasında 1x20 mg

Apixaban (Eliquis, Apaclot, Paxiban, Tromboxar)

İlk 7 gün 2x10 mg sonrası 2x5 mg

Dabigatran (Pradaxa)

İlk 5-10 gün parenteral tedavi sonrası 2x150 mg

Edoxaban (Lixiana)

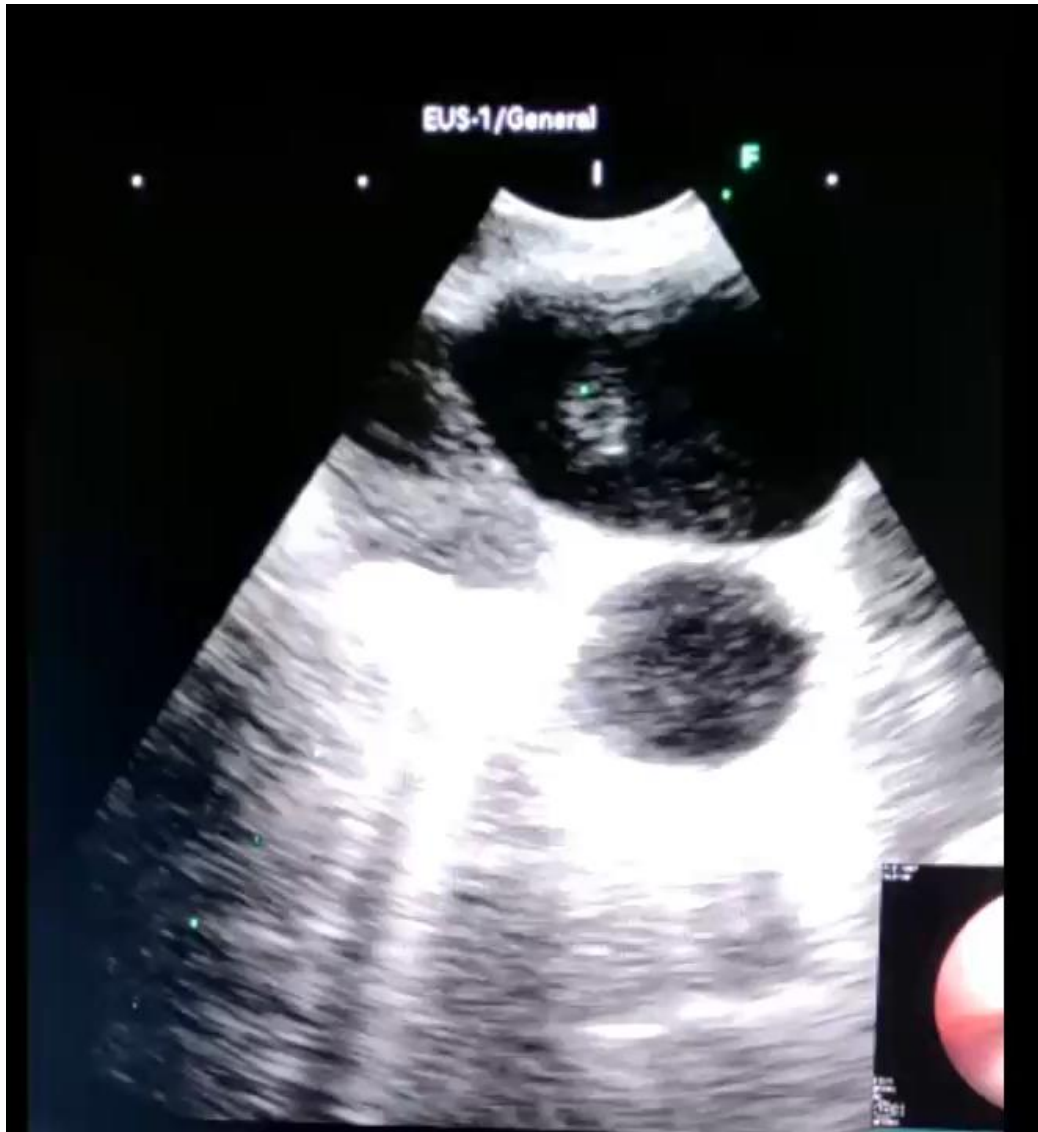
İlk 5-10 gün parenteral tedavi sonrası 1x60 mg

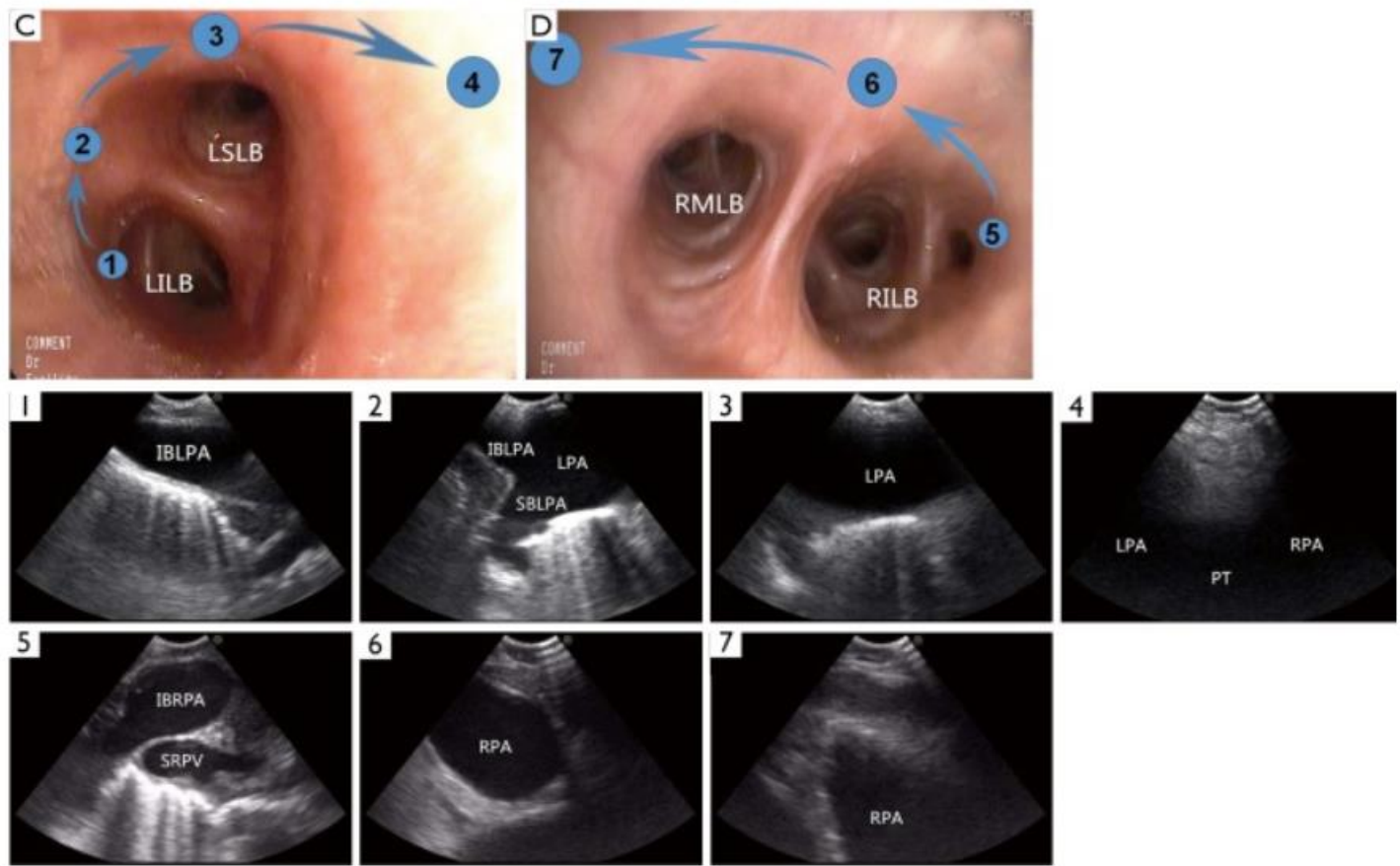
Olgu

2

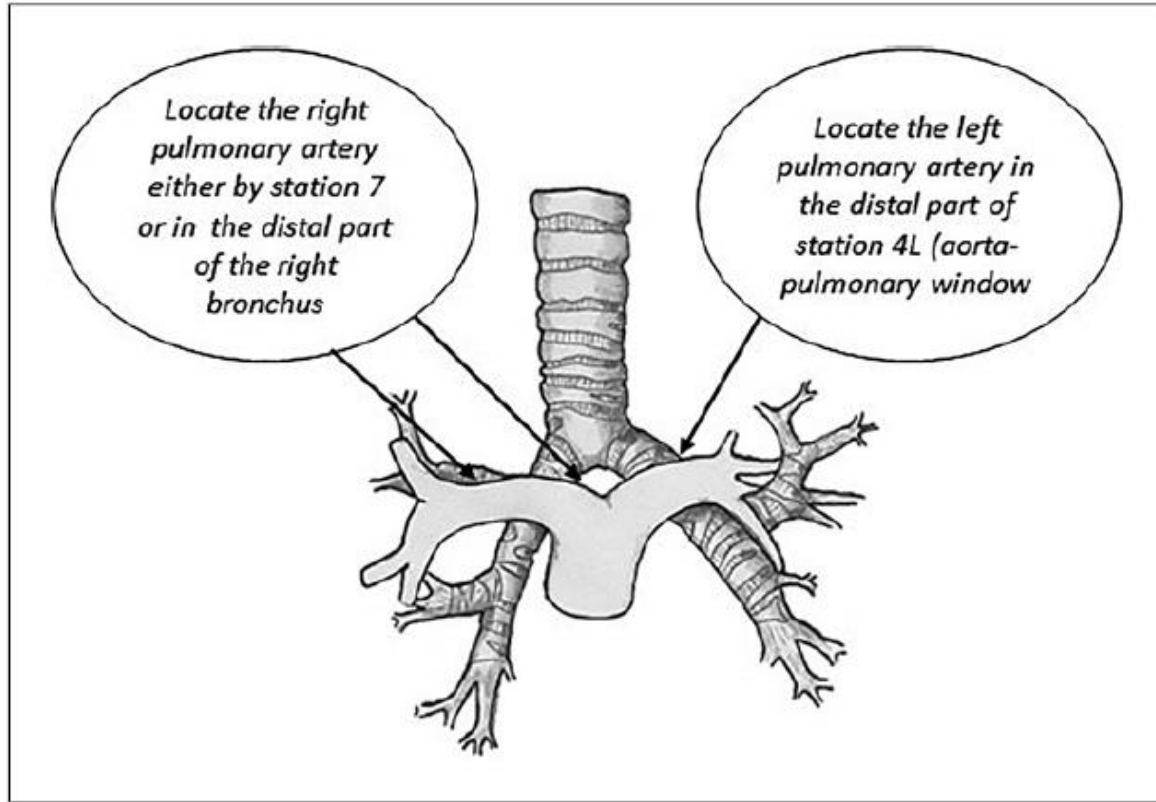


- SA, 49 yaş, K hasta
- **Hikayesi:** 10 yıldır opere meme ca tanısıyla takip edilen hastada bu yıl beyin metastazı tespit ediliyor. RT uygulanıyor. Çekilen PET/BT'de sağ ve sol hiler alanda artmış FDG tutulumu (suv max:5.95) LAM saptanan hasta akciğer metastazı? İle tarafımıza yönlendiriliyor
- **Özgeçmiş:** Meme ca
- **Soygeçmiş:** Özellik yok



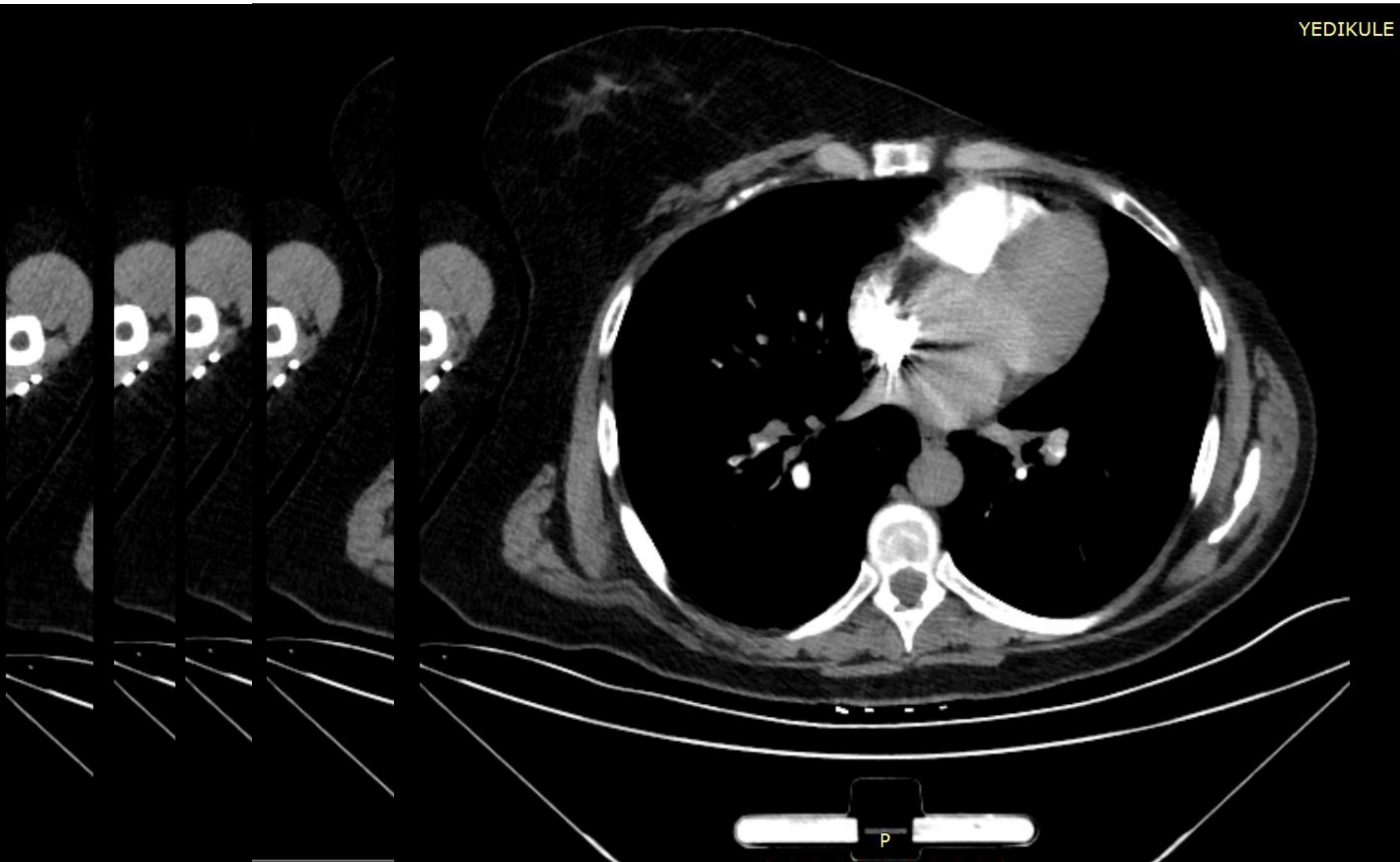


Sites for EBUS pulmonary artery exploration, the number represents the order of exploration, and the corresponding trapezoid shows the direction of ultrasound probe scanning. (A) Anatomical atlas including the pulmonary vein (anterior aspect); (B) anatomical atlas without the pulmonary vein (anterior aspect); (C) roadmap for the exploration of the left pulmonary artery by EBUS; (D) roadmap for the exploration of the right pulmonary artery by EBUS. The seven pictures are ultrasound images corresponding to the anatomical atlas numbers. EBUS, endobronchial ultrasound; LSLB, left superior lobar bronchus; LILB, left inferior lobar bronchus; RMLB, right middle lobar bronchus; RILB, right inferior lobar bronchus; IBLPA, inferior branch of left pulmonary artery; LPA, left pulmonary artery; SBLPA, superior branch of left pulmonary artery; PT, pulmonary trunk; RPA, right pulmonary artery; IBRPA, inferior branch of right pulmonary artery; SRPV, superior right pulmonary vein.



- ❖ Emboli vakalarının yakalanmasında güvenle ve etkili şekilde kullanılabileceği ve rutin işlem için sadece **ortanca 2 dk** süre uzamasına neden olduğu belirtilmektedir
- ❖ 100 taramada 2 emboli, BT ile teyit %100

Juul AD, et al. Endobronchial Ultrasound for the Screening of Pulmonary Embolism in Patients with Suspected Lung Cancer: A Prospective Cohort Study. *Respiration*. 2023;102(8):601-607.



Olgu

2



- **Tedavi:**
- Rivaroksaban 15 mg tb 2x1- 3 hafta-
- Ardından 20 mg tb 1x1

İnsidental PE

Tek subsegmental PE

- Proximal DVT yoksa
- Malignite yoksa

TAKİP

- Malignite varsa,
- Hospitalize hasta ise,
- Proksimal DVT varsa

ANTİKOAGÜLAN
TEDAVİ

**Diğer tüm hastalarda antikoagülan
tedavi başlanmalı**

Kanserli Hastada VTE Tedavisi

➤ DMAH

- VKA'ya göre nüks açısından daha etkili
 - Kanama açısından daha güvenli
 - VKA ile terapötik aralığı tutturmak zor (ilaç ve besin etkileşimleri)
 - VKA ile oral tedavide zorluk (örn:bulantı ve kusma)
 - İnvaziv müdahaleler gerekir veya trombositopeni gelişirse DMAH'ın durdurulması veya ayarlanması VKA'ya göre daha kolay
- Ancak DMAH, hastaya enjeksiyon eziyeti ve maliyetli..

Study	Hokusai Cancer VTE		SELECT-D		ADAM-VTE		Caravaggio	
Patient Population	Adults with cancer and newly diagnosed symptomatic or incidental thrombosis		Adults with cancer and newly diagnosed symptomatic or incidental thrombosis		Adults with cancer and newly diagnosed symptomatic or incidental thrombosis		Adults with cancer and newly diagnosed symptomatic or incidental thrombosis	
Observation time (months)	12		6		6		6	
Anticoagulant	Edoxaban	Dalteparin	Rivaroxaban	Dalteparin	Apixaban	Dalteparin	Apixaban	Dalteparin
Treatment	LMWH for 5 days, then edoxaban 60 mg daily	200 IU/kg/day for 30 days, then 150 IU/kg/day	15 mg twice daily for 3 weeks, then 20 mg once daily	200 IU/kg/day for 1 month, then 150 IU/kg/day	10 mg twice daily for 7 days, then 5 mg twice daily	200 IU/kg/day for 1 month, then 150 IU/kg/day	10 mg twice daily for 7 days, then 5 mg twice daily	200 IU/kg/day for 1 month, then 150 IU/kg/day
Sample size	522	524	203	203	145	142	576	579
Mean age of patients (years)	64.3 (SD = 11)	63.7 (SD = 11.7)	67 (22–87)	67 (34–87)	64.4 (SD = 11.3)	64.0 (SD = 10.8)	67.2 (SD = 11.3)	67.2 (SD = 10.9)
Metastatic disease (%)	52.2	53.4	58	58	65.3	66.0	67.5	68.4
Recurrence of thrombosis (%)	7.9	11.3	4	11	0.7	6.3	5.6	7.9
Major bleeding (%)	6.9	4	6	4	0	2.1	3.8	4.0
CRNMB (%)	14.6	11.1	13	4	6.2	4.2	9.0	6.0
Mortality (%)	39.5	36.6	25	30	16	11	23.4	26.4
Median duration of treatment	211 days	184 days	5.9 months	5.8 months	5.78 months	5.65 months	178 days	175 days

CRNMB—clinically relevant non-major bleeding, NR—not reported; * statistics for CRNMB and major bleeding were tested cumulatively. The results of the comparison were statistically insignificant.

16. In patients with acute VTE in the setting of cancer (cancer-associated thrombosis) we recommend an oral Xa inhibitor (apixaban, edoxaban, rivaroxaban) over low molecular weight heparin (LMWH) for the initiation and treatment phases of therapy (strong recommendation, moderate-certainty evidence).



Akut VTE'li kanser hastalarında (kansere ilişkili tromboz) başlangıç ve tedavi dönemleri için DMAH yerine oral Xa inhibitörü (apiksaban, edoksaban, rivaroksaban) önermekteyiz. (güçlü öneri, orta kesinlikte kanıt)

Remark: Edoxaban and rivaroxaban appear to be associated with a higher risk of GI major bleeding than LMWH in patients with cancer-associated thrombosis (CAT) and a luminal GI malignancy, while apixaban does not. Apixaban or LMWH may be the preferred option in patients with luminal GI malignancies.



Edoksaban ve rivaroksaban, kanserle ilişkili tromboz ve luminal GI malignitesi olan hastalarda DMAH'dan daha yüksek majör GI kanama riski ile ilişkili görünürken, apiksaban için bu durum geçerli değildir. Apiksaban veya DMAH, luminal GI malignitesi olan hastalarda tercih edilebilir

- Stevens SM, „Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2021 Dec;160(6):e545-e608
- Streiff et al. Update on Guidelines for the Management of Cancer-Associated Thrombosis. The Oncologist 2021;26:e24-40

Olgu

3



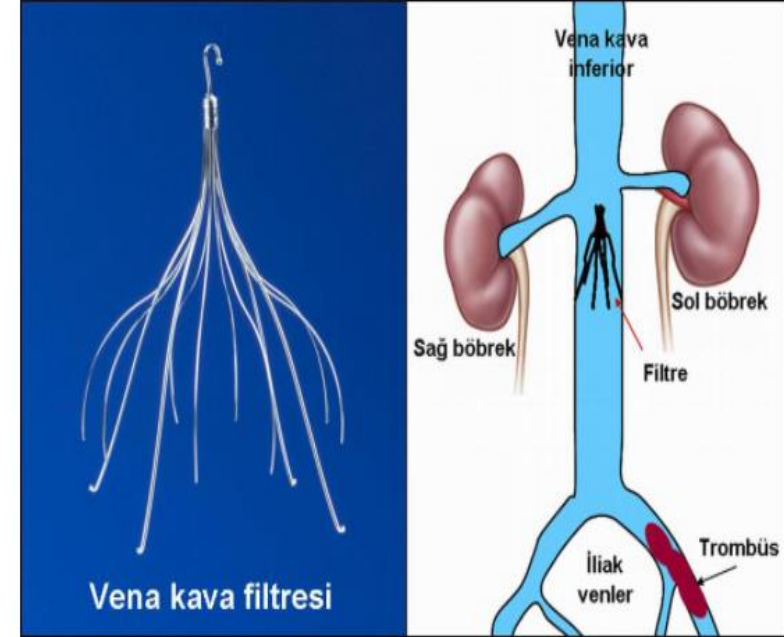
- 38 yaş, E hasta
- Son 1 aydır bacakta şişme ve nefes darlığı şikayeti olan hasta özel hastaneye başvuruyor
- Toraks BT anjiografisinde her iki ana pulmoner arterde trombüs saptanarak YBÜ'de trombolitik tedavi uygulanıyor
- Trombolitik sonrası hemoptizi nedeniyle hastanemize sevk edildi
- **Özgeçmiş:** 2012'de sol bacakta DVT ile 3 ay enoksaparin kullanmış

Olgu

3

Vena kava inferior filtrelerinin kesin endikasyonları

- Akut proksimal alt ekstremitte DVT veya PTE'li olgularda antikoagülan tedaviye kontrendikasyonun olması
- Tedavi altında kanama komplikasyonu ile karşılaşılması
- Antikoagülan tedavi altında nüks gelişmesi



Olgu

3

Takip

- Heparin infüzyonu stoplandı
- Bilateral alt ekstremitte venöz doppler USG'de sağda yüzeysel femoral ve popliteal venede heterojen subakut trombus izlendi
- Vena cava filtresi takıldı
- Takibinde tekrar hemoptizi olmadı, hasta warfarin tedavisi ile taburcu edildi

Olgu

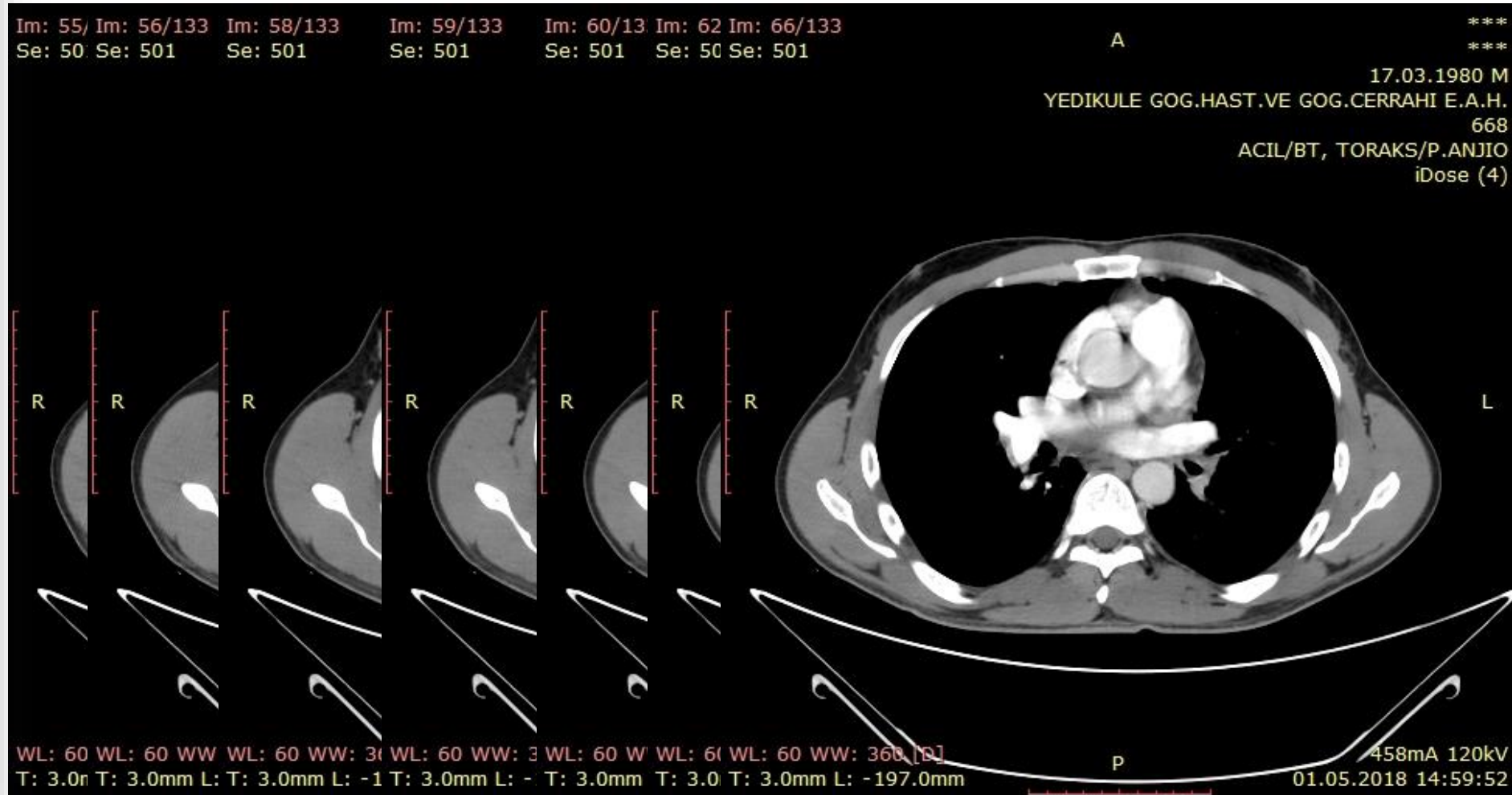
3

Taburculuktan 6 ay sonra öksürmekle balgamdan az miktarda kan gelmesi ve nefes darlığı şikayeti ile acile başvurdu

- SpO2:%93 (oda havası), NBZ:98/dk, TA:110/70
- SS doğal
- Hemogram: Normal
- Biyokimya: ALT 66 IU/L haricinde normal
- INR: 2.9

Olgu

3



Olgu

3

Ekokardiyografi

- Sağ kalp boşlukları belirgin geniş
- 2. Derece TY
- İlere derecede PHT(sPAB:78 mmHg)
- LV'de D shape görüntüsü

Olgu

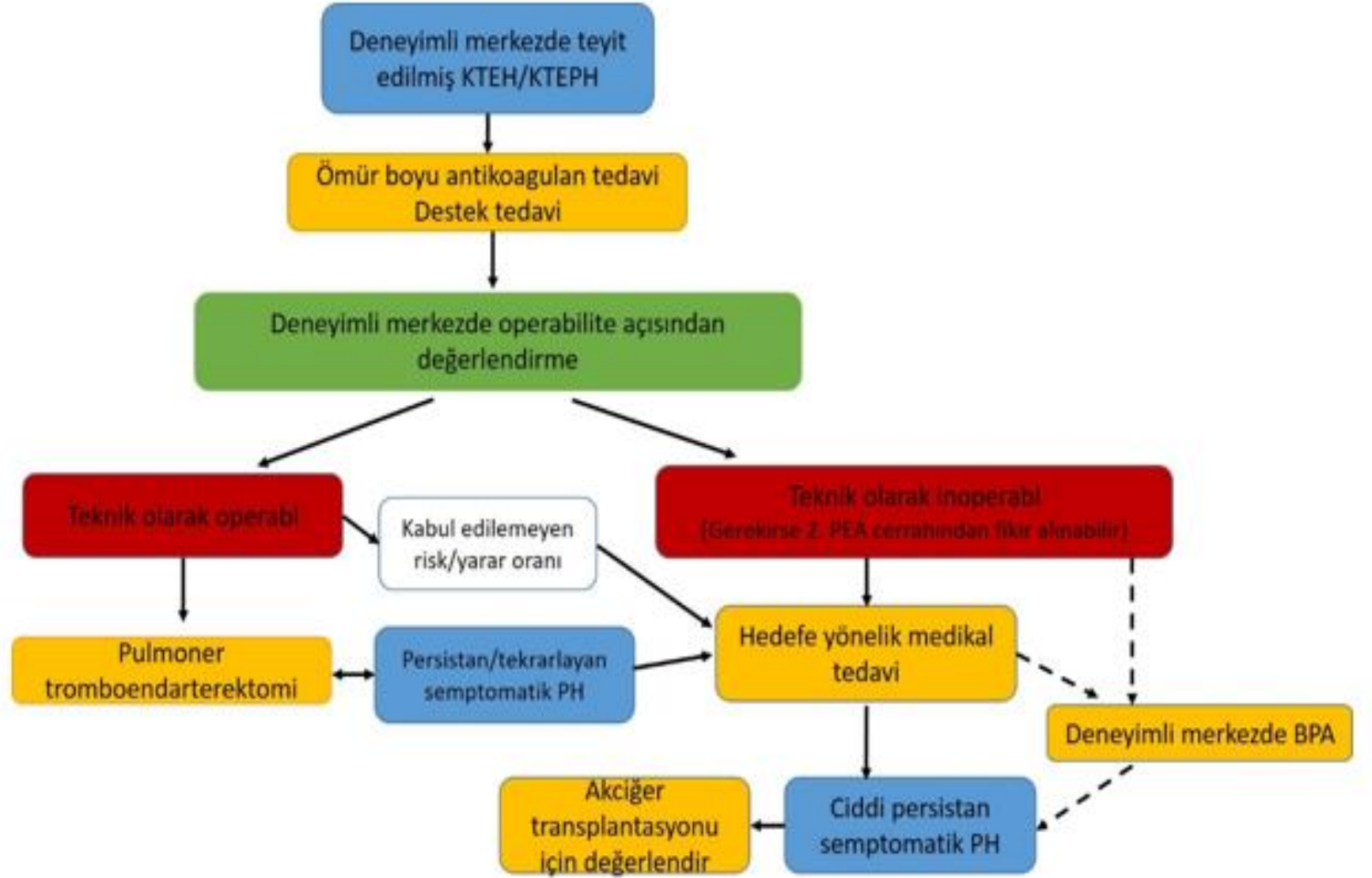
3

Bulgular KTEPH ile uyumlu

- 6 aydır efektif antikoagulan tedavi alıyor
- Kronik emboli düşündüren radyolojik bulguları var
- Nefes darlığı akut değil, uzun zamandır devam ediyor ve hemodinami stabil
- EKO' da sPAB yüksek

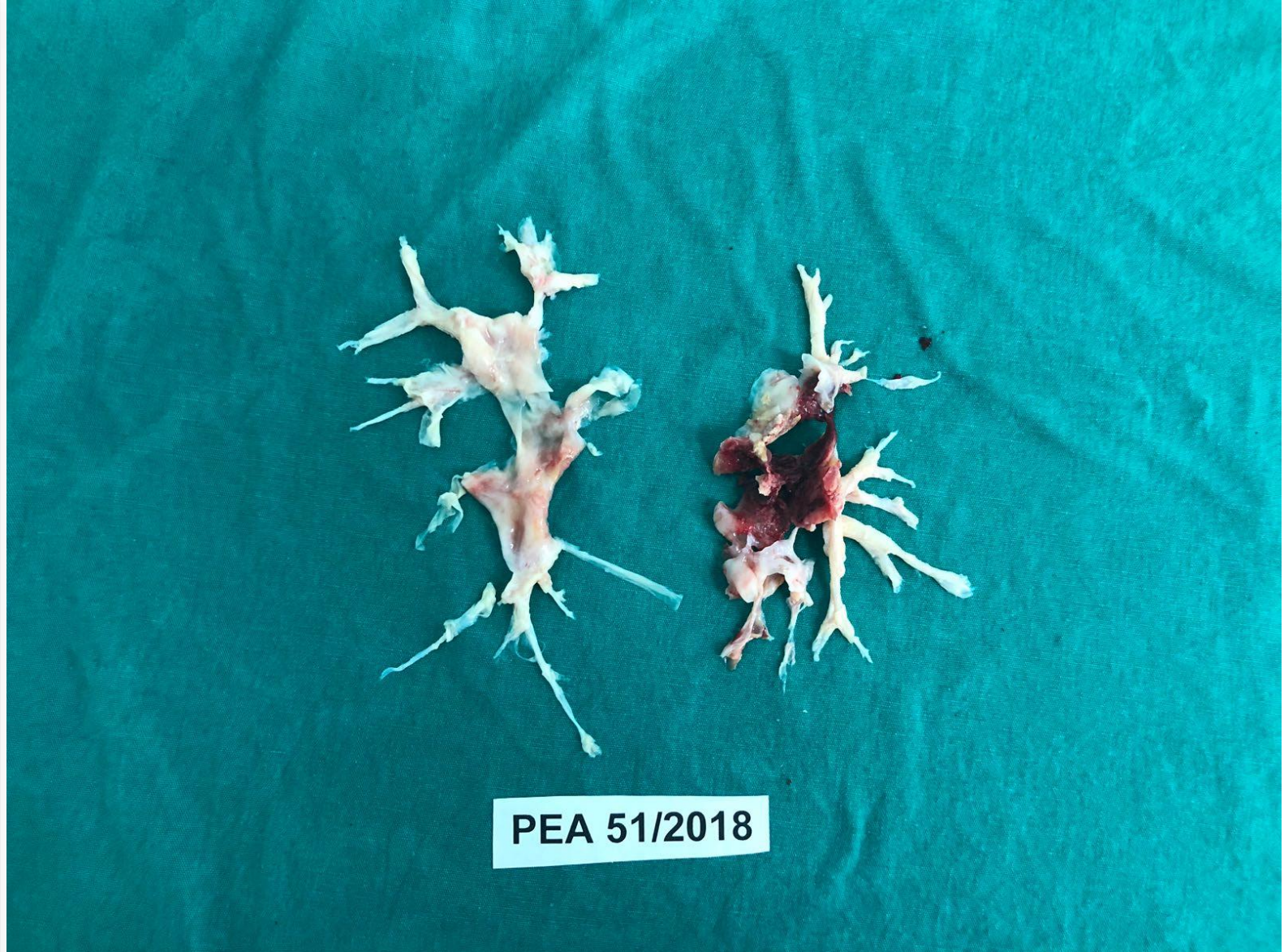
Olgu

3



Olgu

3



Olgu

3



Süresiz antikoagulan.....

Olgu

4



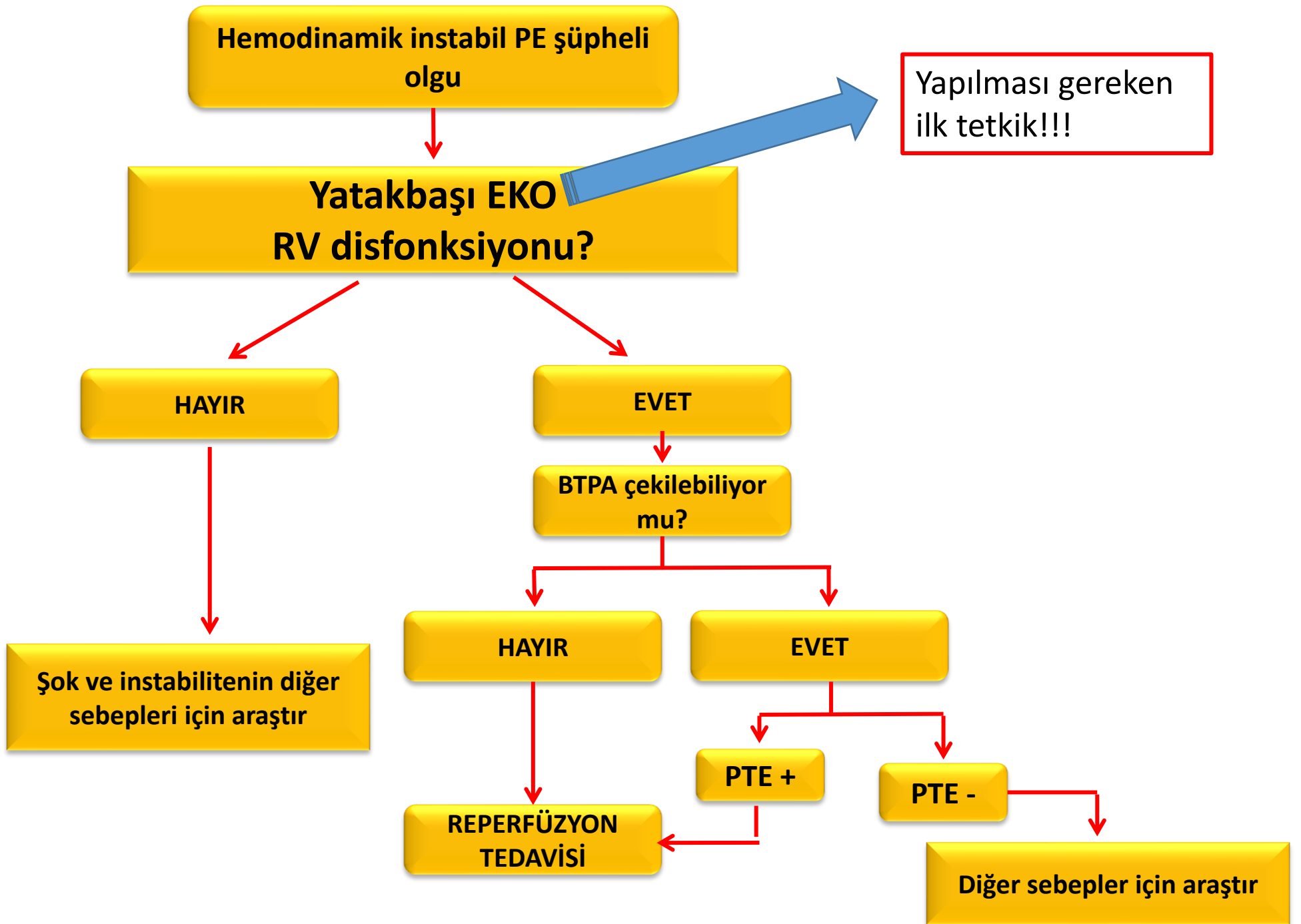
- 73 yaş, E hasta
- **Şikayeti:** Nefes Darlığı
- **Hikayesi:** 15 gün önce Ağrı'dan İstanbul'a oğlu YBÜ'de olduğu için gelmiş, oğlunu ziyareti sırasında YBÜ önünde baygınlık geçirmiş. Acilde serum takılmış, kendini iyi hissedince taburcu edilmiş. O günden beri 100 metre yol yürüse nefesi kesiliyormuş.
- **Özgeçmiş:** 60 paket-yıl sigara öyküsü, halen smoker
- **Soygeçmiş:** Özellik yok

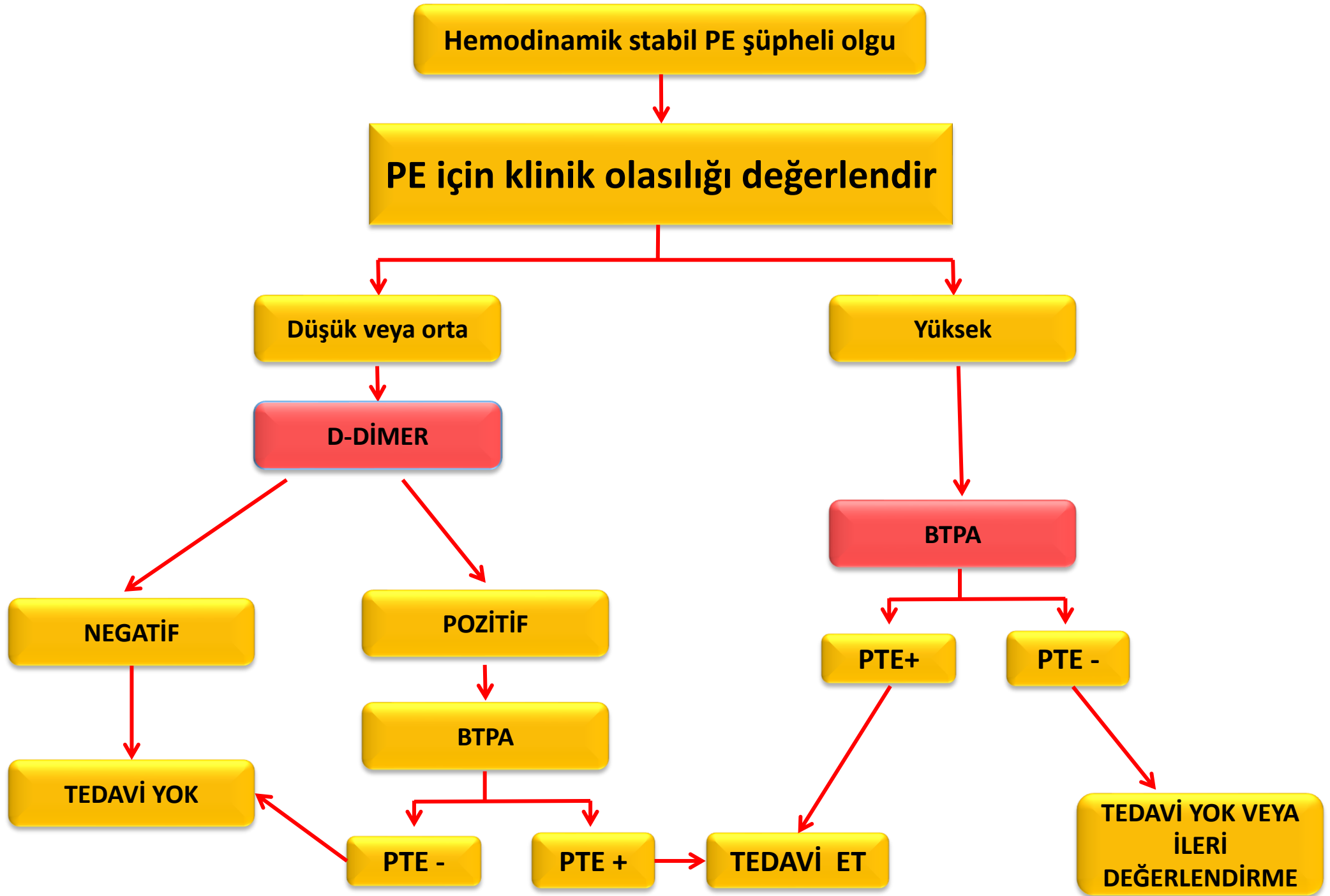
Olgu

4



- Fizik Muayene
- sPO2:%83, NBZ.84/DK, TA: 120/70 mmHg
- SS doğal





Hemodinamik stabil PE şüpheli olgu

PE için klinik olasılığı değerlendir

Düşük veya orta

Yüksek

D-DİMER

BTPA

NEGATİF

POZİTİF

PTE+

PTE -

TEDAVİ YOK

BTPA

PTE -

PTE +

TEDAVİ ET

TEDAVİ YOK VEYA
İLERİ
DEĞERLENDİRME

Olgu

4



- PRO-BNP: 3796 (0-125)
- TROPONIN: 29.35 (<14)
- D-Dimer: 7.82 (<0.5)
- GFR:57, Kreatinin:1.25

Materyal : KAN GAZI_ENJEKTOR

KAN GAZLARI . . .	BEb		0.1	
KAN GAZLARI . . .	BEecf		-0.8	
KAN GAZLARI . . .	Ca++	↓ Düşük	1.09	1.1 - 1.32
KAN GAZLARI . . .	Ca++(7.4)		1.12	
KAN GAZLARI . . .	HCO3		22.9	
KAN GAZLARI . . .	Hct	• Normal	43	34 - 52
KAN GAZLARI . . .	K+	• Normal	3.90	3.3 - 5.1
KAN GAZLARI . . .	Na+	• Normal	143	133 - 150
KAN GAZLARI . . .	pCO2	• Normal	32.1	32 - 45
KAN GAZLARI . . .	pH	↑ Yüksek	7.470	7.35 - 7.45
KAN GAZLARI . . .	pO2	↓ Düşük	43.2	70 - 100
KAN GAZLARI . . .	SBC		24.2	
KAN GAZLARI . . .	%sO2c		82.7	
KAN GAZLARI . . .	TCO2		23.8	
KAN GAZLARI . . .	Thb		14.6	



EKOKARDİYOĞRAFI:

*EF:%60

*SAĞ KALP BOŞLUKLARI GENİŞ,

*SPAB:60 MMHG

İLK HALİYLE KLİNİĞİMİZE BAŞVURSAYDI!!!!



Tedavide yol gösterici		Risk Parametreleri ve Skorları			
		Hemodinamik İstabilite	PESI Sınıf III-V veya sPESI>1	Görüntüleme Tetkiklerinde SVD Bulguları	Kardiak biyomarkırlar
Erken Mortalite Riski					
Yüksek		+	+	+	+
Orta	Orta-yüksek	-	+	Her ikisi de pozitif	
	Orta-düşük	-	+	Yalnız bir tanesi pozitif ya da her ikisi de negatif	
Düşük		-	-	-	İsteğe bağlı değerlendirme yapılırsa her ikisi de negatif

AKUT PE HASTASI

Antikoagulan

Hemodinamik instabilite var mı?

Hayır , hemodinami
stabil

Mortalite Riski düşük? Orta?

Evet:
Mortalite Yüksek

Orta yüksek

Orta düşük

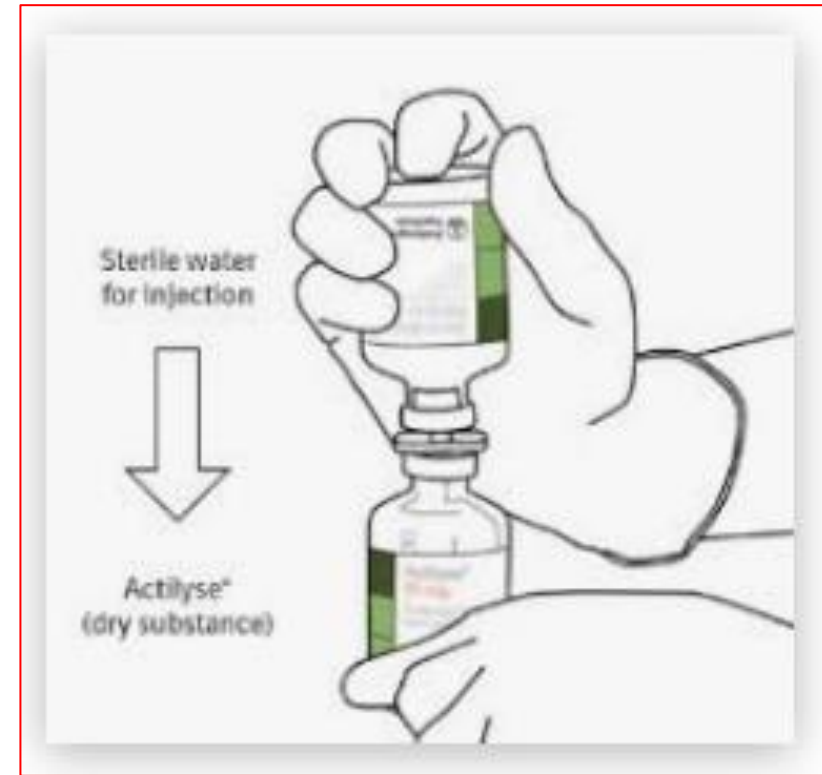
Düşük

Reperfüzyon
tedavisi

Moniterize et: Eğer
kötüleşirse
reperfüzyon

HASTANEYE YATIR

- ERKEN
TABURCULUK
- EVDE TEDAVİ



RTPA (ALTEPLAZ): 100 mg/ 2 saat

GEÇMİŞ ARADAN 15 GÜN, NE YAPACAĞIZ
ŞİMDİ !!!



Tedavide yol gösterici Erken Mortalite Riski		Risk Parametreleri ve Skorları			
		Hemodinamik İstabilite	PESI Sınıf III-V veya sPESI>1	Görüntüleme Tetkiklerinde SVD Bulguları	Kardiak biyomarkırlar
Yüksek		+	+	+	+
Orta	Orta-yüksek	-	+	Her ikisi de pozitif	
	Orta-düşük	-	+	Yalnız bir tanesi pozitif ya da her ikisi de negatif	
Düşük		-	-	-	İsteğe bağlı değerlendirme yapılırsa her ikisi de negatif

AKUT PE HASTASI

Antikoagülan

Hemodinamik instabilite var mı?

Hayır , hemodinami
stabil

Mortalite Riski düşük? Orta?

Evet:
Mortalite Yüksek

Orta yüksek

Orta düşük

Düşük

Reperfüzyon
tedavisi

Moniterize et: Eğer
kötüleşirse
reperfüzyon

HASTANEYE YATIR

- ERKEN
TABURCULUK
- EVDE TEDAVİ

Olgu

4



Klinik Seyir

- Yatış, yakın monitörizasyon
- Enoksaparin 0.8 cc 2x1, sonrasında warfarin
- 3 aydır efektif INR ile takipte

Olgu

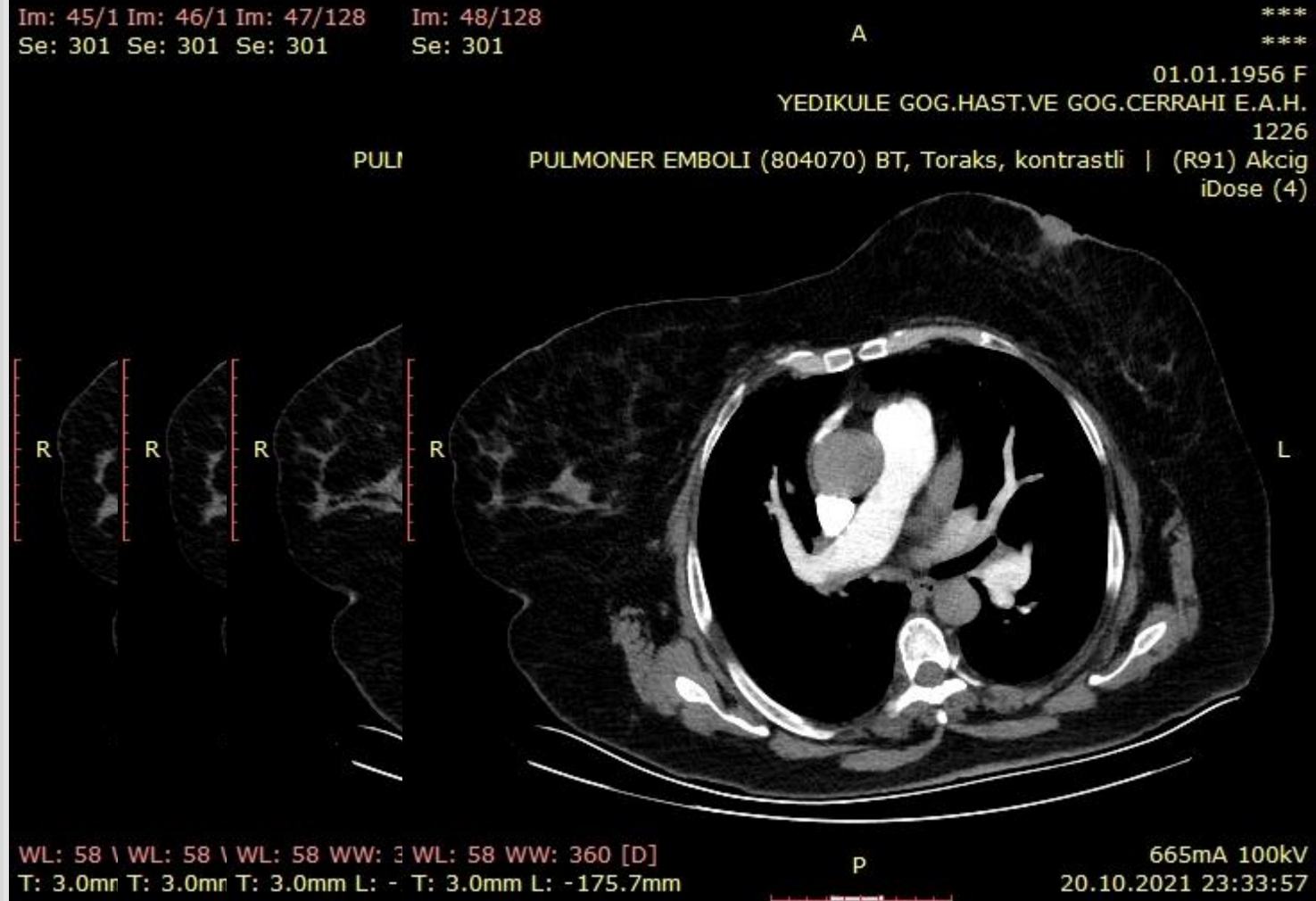
5



- 65 yaş, K hasta
- Rektum ca tanısı alan hasta, preoperatif değerlendirme sırasında geçmişte astımı olduğunu söylediği için göğüs hastalıkları kliniğine yönlendiriliyor
- Aktif şikayeti yok

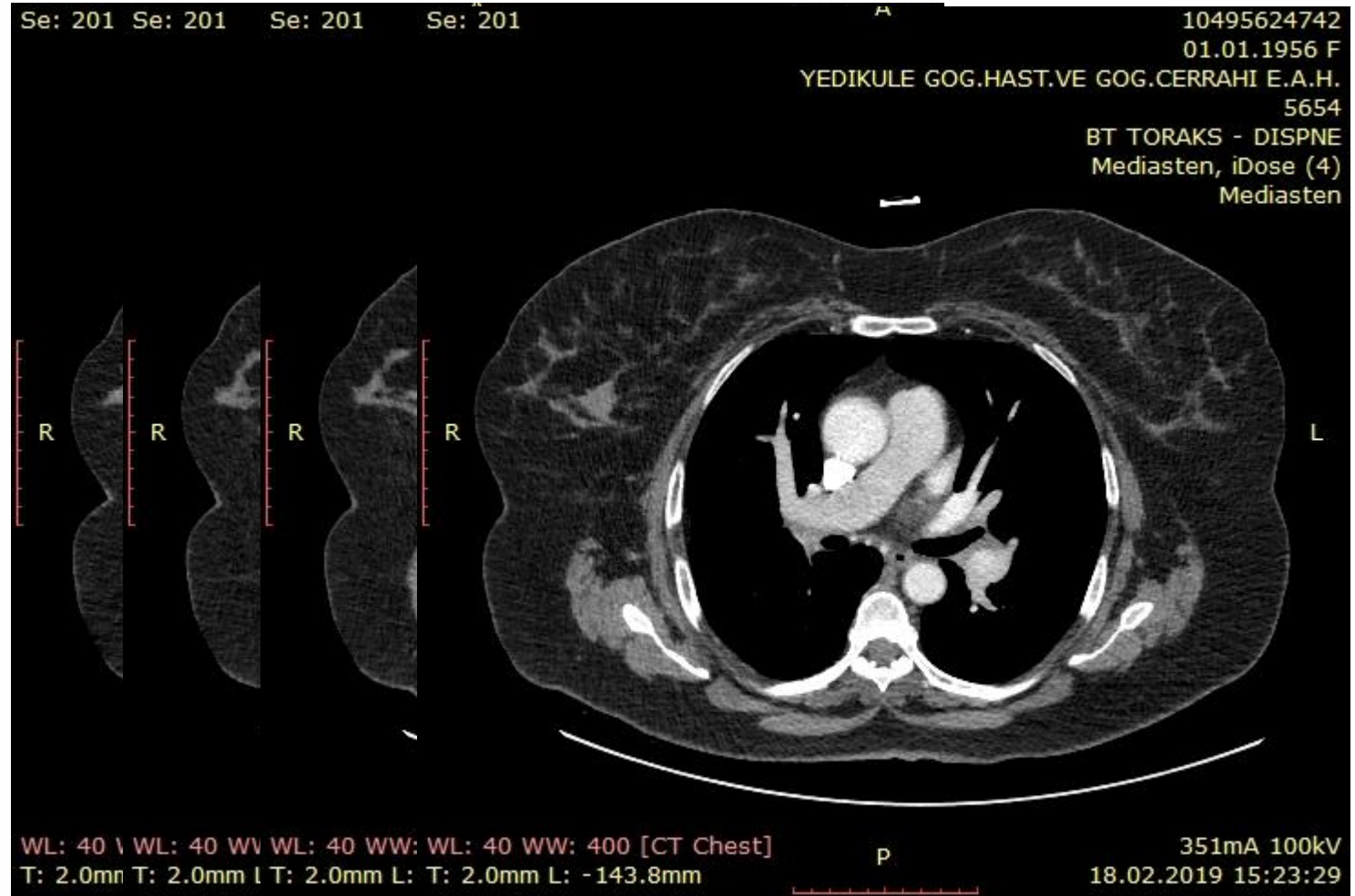
Olgu

5



Olgu

5





Sabrınız için teşekkürler

