

Doğu Karadeniz Solunum Buluşmaları
GÜNCEL GÖĞÜS HASTALIKLARI
14-15 Eylül 2019, Babillon Hotel, Rize

BİLDİRİ KİTABI

Kalp Tutulumu ile Birlikte Seyreden Sarkoidoz Olgusu

Abdullah ŞİMŞEK¹, Özlem ŞENGÖREN DİKİŞ¹, Selma KENAR TIRYAKIOĞLU²

¹ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü

² Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Bursa

GİRİŞ

Sarkoidoz, multisistemik tutulum gösteren granümatöz bir hastalıktır. Prevelansı 4.7-64/100.000 ve kadınlarda daha çok görülür (1,2).

Sarkoidoz hastalarının yaklaşık %5 inde kardiyak tutulumu düşündürülen bulgular vardır. Hastaların %20-25 inde ise sessiz kardiyak tutulum olduğu otopsielerde gösterilmiştir. Kardiyak semptomlar ekstrakardiyak semptomlara göre baskındır ve klinik olarak kardiyak tutulum gösteren hastaların çoğunluğunda ekstrakardiyak tutulum minimumdur ve 2/3 ü izole kardiyak sarkoidozdur (KS) (3-7). Bu çalışmada kardiyak tutulum gösteren bir sarkoidoz olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

50 yaşında, sigara içmemiş, kadın hasta, nefes darlığı şikayetiyle acile başvurdu. Hikayesinde uzun zamandır sarkoidoz tanısı ile dış merkezde takipte olduğu, 8 aydır metil prednizolon tedavisi verdiği ve halen günde 4 mg metil prednizolon tb kullandığı öğrenildi. Fizik muayenede sağ akciğer bazalde raller mevcuttu. Oksijen saturasyonu: %80 ve Tansiyon:190/100 mmhg. Laboratuar bulgular; beyaz küre sayısı: 6200/ µL trombosit sayısı: 204000/ML, sedimentasyon:5 mm/sa, CRP:9.7 mg/L.

Postero-anterior akciğer grafisinde belirgin kardiomegali (Resim 1) gözlemlendi. Toraks BT de sağda 5 cm kalınlığında plevral sıvı, bilateral mozaik perfüzyon ve mediastende büyüğü 20mm ebatında birkaç adet lenfadenopati saptandı (Resim 2).

Kardiyoloji bölümünden konsültasyon istendi. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %30 ve pulmoner arter basıncı: 50 mmHg saptandı. Bu bulgularla hastada sarkoidozun kalp tutulumu olduğu kabul edildi. Kalp yetmezliği tedavisi ve metil prednizolon 0.5 mg/kg başlandı. Bu tedavilerle kliniği belirgin derecede düzelen hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kardiyak sarkoidozun prevelansı tam olarak tespit edilemiyor. Sistemik sarkoidozlu hastaların az miktarında klinik olarak kardiyak tutulumunu gösteren bulgular vardır ama KS tanısını koymak önemlidir çünkü kardiyak tutulum durumunda yüksek oranda (önlenebilir) elektriksel anormallikler ve ani kardiyak ölümler görülür (8). Sarkoidozlu hastalarda genç ve orta yaş hastalarda miyokardiyal tutulum bulguları, açıklanamayan ventriküler taşikardi veya yüksek derecede atrioventriküler blok bulguları varsa kardiyak tutulumdan şüphelenilmelidir.

Kardiyak sarkoidozun klinik özellikleri lokasyon, yaygınlık ve hastalık aktivitesine göre değişir. Primer bulgular iletim anormallikleri, ventriküler aritmiler ve ani kardiyak ölüm ve kalp yetmezliğidir.

Tamda altın standart teknik yoktur. Ama son zamanlarda kardiyak MR ve PET tetkikleri otopsiye yakın tanı oranları vermiştir, ayrıca prognostik değerleri de vardır (9-12). Öncelikle ekstrakardiyak biyopsi alınır. Tanı gelmezse endomyokardiyal biyopsi alınır.

Tedaviye öncelikle steroidle başlanır (Prednisone 0.5mg/kg/gün, 2-3 ay). 3 ay sonraki kontrolde PET-BT de yanıt varsa kortizon azaltılarak 12 aya tamamlanır. Yanıt yoksa 2. Sıra immunsupresif tedaviye eklenir (genelde methotreksat) (13).

Sonuç olarak kardiyak sarkoidoz ölümcül olduğundan, sarkoidoz tanısı konulan hastalarda kardiyak tutulum da olabileceği akıld tutulmalıdır. Hastanın kliniği ve EKG si ile şüphelenildiğinde kardiyoloji konsültasyonu ve gerekirse ileri tetkik ile tanı kesinleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Kalp Tutulumu.

Akciğerin Primer Amiloidoması

Fatma ÖZDEMİR, Nuri TUTAR

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

OLGU

Yetmişiki yaşında erkek hasta dış merkezden tarafımıza sağ akciğer orta lobta 25 x 37 mm'lik kitle nedeniyle bronkoskopi amaçlı yönlendirilmişti. Hastanın DM + KAH mevcut idi. 50 paket yıl sigara öyküsü olup aktif içici değildi.

Toraks BT'de saptanan 20 mm civarı olan kitlesi için malignite ön tanısıyla istenen pet BT'de nodül yüksek metabolik aktivite göstermemekteydi. Hastaya bronkoskopi yapıldı. EBL izlenmedi. Ardından tanı amaçlı transtorasik biyopsi yapıldı, patolojik tanı amilodoma olarak geldi.

Hastanın FMF kliniği yoktu ancak yine de FMF için gen analizi gönderildi. Nefroloji takibine yönlendirildi. Romatolojik hastalık açısından gönderilen kollojen doku markerları negatif idi.

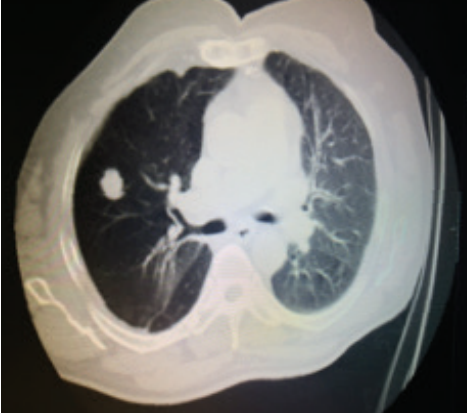
Hasta primer pulmoner amiloidoz ön tanısı ile göğüs cerrahiye yönlendirildi. KAH nedeniyle anestezi tarafından yüksek risk belirtildiğinden opere edilmeyen hastaya takip önerildi.

TARTIŞMA

Solunum sistemine lokalize edilmiş amiloidoz ilk olarak 1877'de Lesser tarafından tanındı. Pulmoner tutulumun bir şekli, ara sıra interstisyel ve perivasküler ekstansiyonu olan sınırlı nodül ile karakterize nodüler parankimal amiloidozdur. Soliter iken akciğerin amiloidomu primer bronkojenik karinom ile karışabilir. Lezyonlar çoğaldığında bunları akciğerin metastatik kanserinden ayırt etmek zor olabilir.

Lezyonların yavaş ilerlemesi, kalsifikasyon varlığı ve primer tümörün bulunmaması, lezyonun malign olmayan doğasını göstermektedir; Bununla birlikte, amiloidoma tanısı koymada yardımcı olacak güvenilir klinik veya röntgenografik kriterler yoktur.

Akciğer parankimi içindeki yaygın amiloid birikmesi genellikle sistemik AL amiloidozu ile ilişkilidir. Soliter pulmoner nodüler amiloidoz nadir görülen bir tanıdır. Lokalize parankimal pulmoner amiloidoziste tedavi genelde cerrahi rezeksiyon veya takip şeklindedir.



Kaviter Lezyonun Farklı Yüzleri: Olgu Sunumu

**Gülru POLAT, Damla SERÇE UNAT, Aysu AYRANCI, Gülistan KARADENİZ,
Fatma DEMİRCİ, İsmail ERİKÇİ, Enver YALNIZ**

SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi SUAM, İzmir

GİRİŞ

Kaviter lezyonların ayırıcı tanısında birçok hastalık bulunmakta en sık enfeksiyon hastalıklarına bağlı olarak gelişmektedir. Görünümlerine göre bazı hastalıklar öngörülebilmesine rağmen bazen radyolojik görünüm yanılgıya götürebilmekte hatta sontanın konulmasında gecikmeye neden olabilmektedir.

OLGU

Otuz yaşında erkek hasta öksürük, balgam şikayetleri ile dış merkeze başvuruyor. Dış merkezde çekilen toraks bilgisayarlı tomografide sol alt lob posterior segmentte kalın cidarlı kaviter lezyon olması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Hastaya fiber optik bronkoskopi (FOB) yapıldı. FOB'da endobronşiyal lezyon gözlenmedi. FOB kültürlerinde üreme olmadı. Hastaya geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. Şikayetlerinde gerileme olması üzerine hasta ayaktan takibe alındı. Takipleri devam ederken bacak ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Laboratuvar sonuçlarında lökositoz 11.500/UL, CRP 12.39, d-dimer 10.000 üzerinde saptandı. Bilateral alt ekstremite doppler USG'de bilateral derin krural venlerde akut-subakut tromboz bulguları gözlemlendi. Toraks BT anjiyo çekildi sol ana pulmoner arter distalinde üst ve alt lobar dallara uzanan emboli ile uyumlu görünüm, her iki inferior pulmoner arter bazal segmental dallarında emboliyle uyumlu defektif görünüm gözlemlendi. Hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ve varfarin tedavisi başlandı. Takiplerinde kaviter lezyonunda regresyon olmaması ve aynı akciğer alanında nodüler lezyon görülmesi üzerine hastanın

varfarin tedavisi kesilerek hastaya transtorasik ince iğne biyopsi yapıldı. DMAH ile devam edildi. Patoloji sonucu adenokarsinom olarak sonuçlandı. Primeri araştırmak ve evrelemek amacıyla Pet-BT, beyin MR, Skrotal USG çekildi. Sol akciğerde görülen lezyonlarda artmış SUV tutulumu gözlemlendi. Skrotal USG olağan sonuçlandı. Antikoagülan tedaviye rağmen bilateral alt ekstremitede femoral venlerde tıkanıklık gözlenen hastaya kalp damar cerrahisi tarafından vena cava filtresi takıldı.

Primerinin araştırılması ve mutasyon analizi için hastaya tru-cut biyopsi yapıldı. Mutasyon sonuçları beklenirken hastaya kemoterapi başlandı. Beş kür dosetaksel-sisplatin tedavisi verildi. Mutasyon analizleri negatif olarak sonuçlandı. Kemoterapiye rağmen progresse hastalık olarak değerlendirilmesi üzerine medikal onkoloji ile görüşülerek pemetrexed tedavisine geçildi. Nefes darlığı gelişen hastanın PA akciğer masif plevral sıvı ile uyumlu idi. Hastaya boşaltıcı ve örnekleyici torasentez yapıldı. Sitoloji sonucu malign plevral effüzyon olarak sonuçlandı. Takip ve tedavisi devam etmekte olan hasta dış merkezde exitus olduğu öğrenildi.

SONUÇ

Hastayı başlangıçta kaviter lezyon ile başvurup enfeksiyon lehine değerlendirilmesine rağmen pulmoner emboli çıkması emboli için predispozan faktörün ise genç yaşta olmasına rağmen altta yatan malignitenin bulunması nedeniyle olgularda birkaç tanının bir arada olabileceğini ve geniş perspektifle bakmanın önemini vurgulamak amacıyla sunduk.

Anahtar Kelimeler: Kavite, enkeksiyon, pulmoner emboli, kanser.

Semi-İnvaziv Pulmoner Aspergillozis Olgusu

İclal HOCANLI

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

GİRİŞ

Pulmoner fungal enfeksiyonlar, bakteriyel ve viral solunum yolu enfeksiyonlarına göre daha az sıklıkta görülmektedir. Ancak son yıllarda bağışıklığı baskılanmış hasta (BBH) sayısının artmasıyla birlikte, pulmoner fungal enfeksiyon insidansı artmıştır. Semi invaziv aspergillozis, bağışıklık sistemi hafif baskılanmış veya enfeksiyona zemin hazırlayan diyabetes mellitus, alkolizm, KOAH gibi kronik hastalıklarda görülebilen fungal bir akciğer enfeksiyonudur. Hastalığın prognozu genellikle invaziv aspergillozis kadar kötü seyretmemektedir. Radyolojik olarak pnömoni, tüberküloz (TB) ve malignite ile karışabilir. Diabates mellitus (DM) ve hipertansiyon (HT) tanılı semi invaziv aspergillozis olgusu, nadir görülmesi ve predispozan faktörleri olanlarda ayırıcı tanıya dikkat çekmek amacıyla sunuldu.

OLGU SUNUMU

Elliyedi yaşında kadın hasta, dört haftadır devam eden kuru öksürük ve göğüs ağrısı, gece terlemesi ve son altı ayda yaklaşık 15-20 kilo kaybı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Diabates mellitus ve HT öyküsü olan hastanın TB teması ve öz geçmişinde TB hastalığı yoktu. Sigara kullanımı hiç olmamış ancak pasif maruziyet mevcuttu. Hastanın yapılan değerlendirmesinde genel durumu orta-iyi, bilinç açık, oryante ve koopere idi, T/A: 140/90 mmHg, Nb: 90/dakika, Sat: %98, ateş: 37.2 SS: 18/dakika idi. Her iki el tırnaklarında sararma ve kalınlaşma mevcuttu. Solunum sistemi muayenesinde sol alt zonda solunum sesleri azalmıştı. Hastanın yapılan tetkiklerinde glukoz: 300 mg/dL, C-reaktif protein: 4.7 mg/dL, sedimantasyon: 76/h dışında diğer laboratuvar parametreleri normal sınırdı idi.

Posteroanterior akciğer grafisinde sol akciğer alt zonda artmış opasite ve sol sinüs küntlüğü mevcuttu (Resim 1).

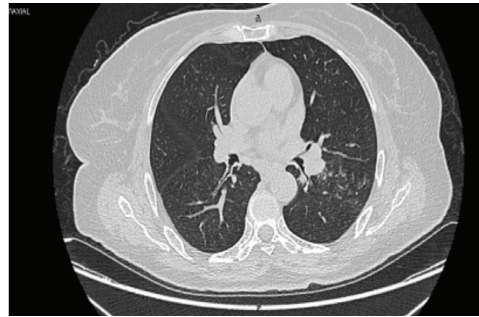
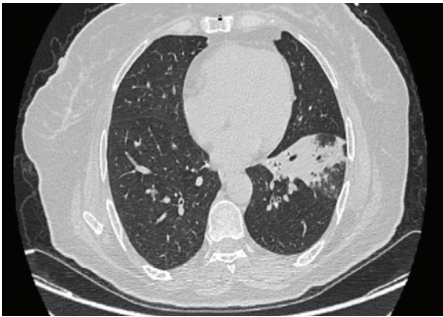
İleri tetkik için çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sol akciğer alt lob girişini daraltan, içinde hava kesecikleri içeren konsolide alan? Kitle? gözlendi (Resim 2A,B).

Akciğer TB? Malignite? ön tanılarıyla hastaya bronkoskopi yapıldı. Trakeada yoğun ve yapışkan pürülan sekresyon mevcuttu. Sol akciğer alt lob bazal segment girişi ileri derecede daralmıştı. Buradan birkaç adet mukozal biyopsi alındı. Sol akciğer alt süperior segmente lavaj uygulandı, trakeada mevcut olan sekresyonlar aspire edildi.

Alınan lavaj sıvında Akciğer TB ön tanısıyla ADA (adenozin deaminaz), asido rezistan basil (ARB) ve polymerase chain reaction (PCR) çalışıldı. ADA değeri 64.8 U/L iken, ARB ve PCR menfi olarak değerlendirildi. Lavaj sıvısının kültüründe üreme olmadı. Alınan bronşiyal mukoza patoloji sonucu PAS (+) fungal spor yapıları (aspergillus) olarak yorumlandı. Hastanın bronşiyal lavaj sıvısında mantar aranması çalışıldı ancak lavajda mantar görülmedi. Hastanemizde kiti olmadığından serumda galaktomannan düzeyi çalışılmadı. Patoloji sonucuna göre hastada hava yolu invaziv aspergillozus/apergillus bronkopnömonisi düşünüldü ve hasta enfeksiyon hastalıkları bölümüne konsulte



Resim 1. Posteroanterior X-ray.



Resim 2A,B. Toraks BT.

BİLDİRİ KİTABI

edildi. Vorikonazol 6 mg/kg oral/IV tedavi önerildi. Ayrıca, hastanın el tırnaklarında kalınlaşma ve sararma olduğundan dermatoloji görüşü alındı. Hastada Tinea inguuum tanısı konularak antifungal tedavi önerildi.

Yapılan tüm tetkikler sonucunda hastada invaziv pulmoner aspergillozis (hava yolu aspergillozu) düşünülerek antifungal tedavi başlandı. Tedavinin ikinci ayın sonunda çekilen toraks BT'de sol alt zondaki opasite tamamen düzelmiş ve sol sinüs açık olarak görüldü (Resim 3A,B).

TARTIŞMA

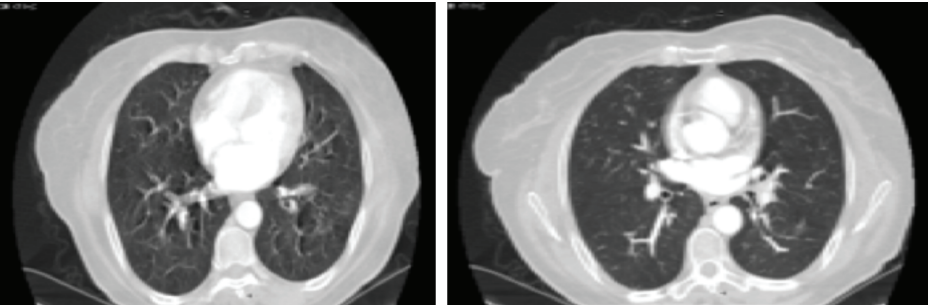
Aspergillus türleri immüno-komprese bireylerde hayatı tehdit eden en önemli etkenlerden biridir. Uzamış nötropeni, allojenik kök hücre nakli, solid organ transplantasyonu, konjenital ya da edinsel immün yetmezlikler ve kortikosteroid kullanan kişiler ciddi risk altındadır (1).

Aspergilloz başlıca 3 klinik şeklinde görülür. Bunlar aspergillom, alerjik bronkopulmoner aspergilloz ve invaziv aspergilloz'dur. İnvaziv aspergilloz değişik organların da tutulabildiği, ancak temel tutulum akciğer olduğu bir klinik tablodur. Subakut invaziv aspergilloz (SAİA) bağışıklığı hafif baskılanmış kişilerde görünen, daha önceleri kronik nekrotizan veya semi-invaziv aspergillozis olarak tanımlanan, 1-3 ay gibi bir sürede ortaya çıkan bir formdur (2). Risk faktörleri arasında diyabetes mellitus, alkolizm, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, atipik tüberküloz varlığı, uzun süre kortikosteroid tedavisi kullanımı, HIV enfeksiyonu ve radyoterapi yer alır (3).

Bizim olguda uzun yıllardır DM tanısı mevcut olup, oral antidiyabetik tedavi almasına rağmen takiplerde kan şekere düzeylerinin regüle olmadığı da görülmüştü.

Diyabetli ve diyabetli olmayan hastalarda yapılan bir çalışmada kan şekere düzeyi ile, pozitif mantar bulgularının yüzdesi arasında paralellik bulunmuştur (4,5).

Semi invaziv aspergilloziste; sporların inhalasyonundan aylar sonra doku invazyonu başlar, düzensiz üst lob konsolidasyonu, plevral kalınlaşmalar ve aylar içerisinde kavitasyon gelişir. Kronik/subakut



Resim 3A,B. Toraks BT.

produktif öksürük, hemoptizi, kilo kaybı en sık görülen semptomlardır. Olguda, subakut nonproduktif öksürük ve atipik göğüs ağrısı mevcuttu.

Hemoptizi yok, ancak son dönemlerde ciddi kilo kaybı mevcuttu. Radyolojik olarak kaviter lezyon yoktu, sol akciğer alt lob superior segmenti daraltan kitlesel lezyon ve postobstruktif pnömoni düşündürülen konsolide alanlar mevcuttu.

Tanıda akılcı bir yaklaşım olan serum biyobelirteçleri (galaktomannan ve beta-Dglukan testleri) gibi noninvaziv yöntemlerin kullanılması ve balgam ve/veya bronkoalveoler lavaj (BAL) numunelerinde fungal boyama ve kültür elde edilmesidir. Hem serum galaktomannan testi hem de fungus boyası ve balgam kültürü negatif olan (veya elde edilemeyen) olan hastalarda ise ideal olanı bronkoskopi ve BAL uygulanmasıdır. Mümkünse akciğer biyopsisi yapılmalıdır.

Olgumuzda tanı bronşiyal mukozadan alınan patoloji sonucu ile konuldu. Hastanemizde galaktomannan kiti olmadığından serumda ve bronşiyal lavajda galaktomannan çalışamadık.

Vorikonazol invaziv aspergilloz tedavisinde ilk seçenek olarak kabul edilmiştir (3). Vorikonazol hem intravenöz hem de oral yolla uygulanabilmekte ve bu durum hastaların ayakta takibini sağlamaktadır. İnvaziv aspergillozda optimal tedavi süresi net değildir. Bu hastalığın yaygınlığına, tedavi cevabına, alta yatan hastalığa ve immün duruma bağlıdır. Klinik ve radyografik tam düzelme sağlanana kadar, kültürler negatif olana değin ve alta yatan predispozan faktörler minimize edilene kadar tedavi devam ettirilmelidir.

Bizim olguda da vorikonazol tedavisi başlandı ve tedavinin ikinci ayında radyolojik ve klinik olarak dramatik düzelme gözlemlendi. Hastanın predispozan faktörleri halen mevcut olduğundan tedavi süresini altı ay olarak planladık ve hastanın tedavisi halen devam etmektedir.

Kronik hastalıklar, uzun süre steroid kullanımı, alkolizm gibi predispozan faktörleri olan immünsüpre hastalarda pulmoner fungal enfeksiyonlar, düşünülmesi gereken ayırıcı tanılardan biridir.

Anahtar Kelimeler: Aspergillozis, diabetes mellitus, pnömoni.

Astım Tanısı İle Takip Edilen Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyositozis X Olgusu

İpek COŞKUNOL, Muzaffer Onur TURAN,
Bünyamin SERTOĞULLARINDAN, Nur YÜCEL

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

GİRİŞ

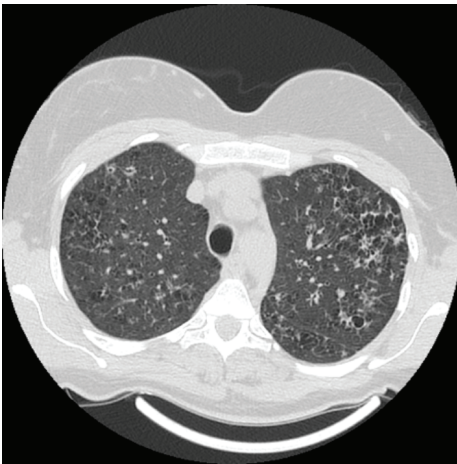
Erişkin akciğer langerhans hücreli histiositozisi (LHH), insidansı 20-40 yaşlarda pik yapan, baskın olarak genç sigara içenlerde meydana gelen, etiyolojisi bilinmeyen, nadir görülen bir interstisyel akciğer hastalığıdır.

OLGU

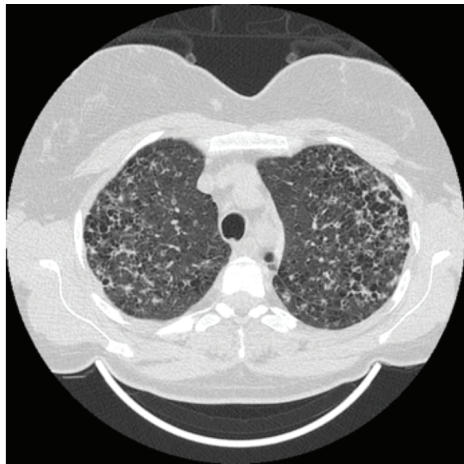
Astım tanısı ile dört yıldır takip edilen 42 yaşında kadın hasta, 2017 Ekim ayında polikliniğimize öksürük, nefes darlığı ve hırıltı yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesi olağan olan hasta exsmoker olup, 20 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Çekilen yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide (HRCT), eski görüntülemelerinde daha çok nodüler formasyonda olan kistik yapılar ve nodüllerde progresyon varlığı ve formasyon değişikliği gözlenmiş olup, kavitasyon içermeyen nodüller ve multipl parankimal kistik yapılar izlendi. SFT'de FEV_1 : %78 -2.02 l, FVC: %84 -2.55 l, oran: %79 olarak izlenildi. Karbonmonoksit diffüzyon testinde TLCO:%60 olarak ölçüldü. Hastaya yapılan fiberoptik bronkoskopiye BAL'da immünohistokimyasal boyamada CD1a %5'in üzerinde gözlenmiş ve S-100 pozitif olması ile LHH olarak raporlanmıştır. Tedavide sigara bırakma ve immünsüpresif tedavi (metilprednizolon) önerildi.

SONUÇ

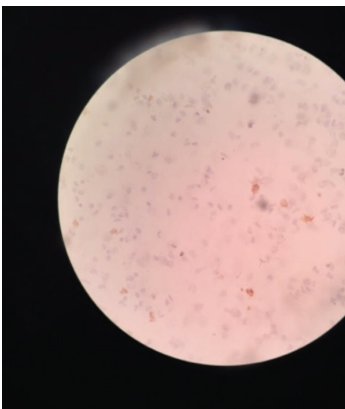
Birçok akciğer hastalığı Astım kliniğini taklit edebilir. Astımlı tanılı olgularda ayrııcı tanıda özellikle radyolojik olarak nodüller ve kistik yapıların varlığında, Histiositozis X'de akla gelmelidir. Ayrıca, astım tanısı ile takip edilen ve sigara içen hastalarda radyolojik takibin önemini de vurgulamak istedik.



2016 Kasım-HRCT



2017 Ekim-HRCT



İmmünohistokimyasal boyamada CD1a varlığı boyamada CD1a görünümü.

Erişkin Yaşta Tanı Konulan Bir Çift Arkus Aorta Olgusu

Nimet AKSEL¹, Seher SUSAM², Gülsüm ARI¹, Mine GAYAF¹

¹ SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

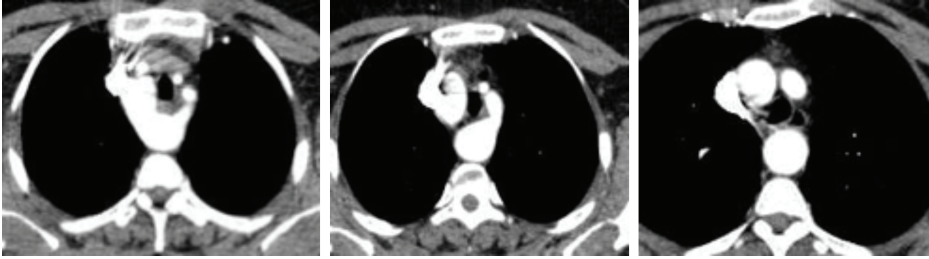
² SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İzmir

Giriş

Çift aort arkus aorta embriyonik involüsyon evresindeki kusur sonucu arkus aortanın çift olarak gelişmesidir. Pek çok hastada yaşamın ilk yıllarında trakea ve özofagus basısına bağlı solunum ve yutma güçlüğü, tekrarlayan solunum yolu infeksiyonları ve inatçı öksürük gibi semptomlara neden olur. Erken tanı ve cerrahi girişim, hava yolu basısını azaltarak olguların semptomlarında belirgin düzelme sağlar. Nadir görülmesi ve genelde çocuklukta saptanması, ancak olgumuzun erişkin dönemde tanı alması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

OLGU

Hastanemizde astım tanısıyla izlenmekte olan 43 yaşında bayan olgu, astım atağı sonrası az miktarda hemoptizi gözlenmesi nedeniyle polikliniğimize başvurdu. PA akciğer grafisi normal olarak izlendi. Çekilen kontrastlı toraks BT'de hemoptiziyi açıklayacak herhangi bir patoloji saptanmadı, ancak arkus aorta anomalisi gözlemlendi. Olgunun radyolojik olarak detaylı değerlendirilmesinde; çift arkus aorta tanısı aldı. Sağ arkus aortanın daha yüksek ve geniş olduğu, sağ karotis kommunis ve sağ subklavian arterin sağ arkus aortadan, sol karotis kommunis ve sol subklavian arterin sol arkus aortadan çıktığı, retrofarengeal seyir gösterdiği, ösefagusa basının olduğu, ancak trakea basısının olmadığı izlendi (Resim 1).



Resim 1. Olgumuzun toraks BT bulguları.

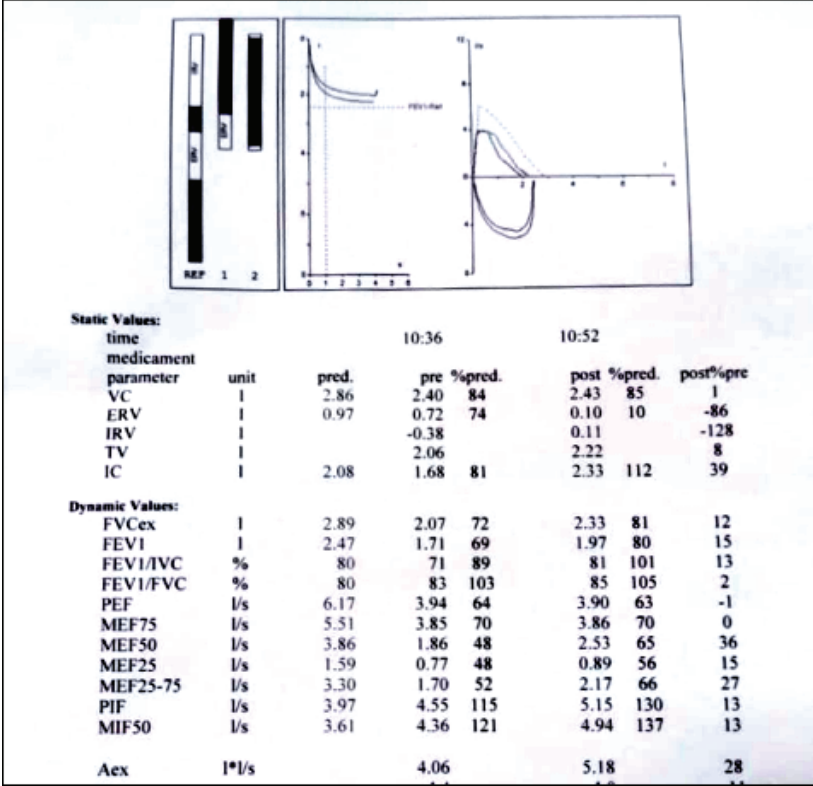
Olgumuzda yutma güçlüğü yakınması yoktu. Solunum güçlüğü ise inspiratuar değil, ekspiratuarı ve astım atakları şeklinde seyretmekteydi. Olgumuzun solunum fonksiyon testinde astımı destekler şekilde obstrüktif değişiklikler ve pozitif reverzibilite izlendi. Vasküler ringe bağlı trakea basısı düşün-dürecek üst solunum yolu obstrüksiyonuna ait bulgu gözlenmedi. SFT bulguları Şekil 1'de gösterildi.

Belirgin trakea ve ösofagus basısı semptomlarının olmaması ve erişkin yaşta olması nedeniyle cerrahi girişim düşünülmedi. İzleminde hastanın hemoptizisi devam etmedi, astım yönünden kısmi kontrol altında olduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA

Aorta ve büyük arterlerin konjenital anomalileri trakea ve ösofagus etrafında vasküler ring oluşturarak basiya neden olurlar. Çift arkus aorta, %40 oranı ile en sık görülen komplet vasküler ring nedendir. Trakea ve ösofagusun bu iki arkus aorta arasında sıkışması nedeniyle erken yaşta semptomlar görülmektedir.

Bu anomali varsayımsal embriyolojik çift arkus sisteminin gerilememesi sonucu ortaya çıkar. Bilateral karotis kommunis ve subklavyen arterler, bilateral arklardan simetrik olarak çıkarlar. Tipik olarak sağ arkus aorta soldan daha büyük ve daha yüksektir ve desenden aorta baskın olan arkın karşı tarafında yer alır. En sık görülen şekli, bizim olgumuzda olduğu gibi, daha büyük bir sağ arkus aorta, sol desenden aorta ve sol ligamentum arteriosumdur. Küçük olan sol arkus aorta fokal veya diffüz olarak daralabilir ve hatta atrezi gelişebilir, fibröz bir yapı oluşabilir. Distalde sol arkın atreziye uğramış olduğu inkomplet bir çift arkus aorta ile ayna görüntülü sağ arkus aortayı birbirinden ayırt etmek zordur. Çift arkus aortada her iki arktan karotis communis ve subclavian arterlerin ayrı ayrı çıkması, bu sayede transvers BT kesitlerinde arkus hizasının hemen üstünde damarların simetrik görünümde olmaları ayırt ettirici bulgudur (Dört damar- dört arter bulgusu=the four-ves-



Şekil 1. SFT bulguları.

sel or four-artery sign). Çift arkus aortada ayrıca proksimal sol arkın daha posteriorda yerleşmesi beklenir, ayrıca çoğu olguda desenden aortada divertikulum bulunur. Distal sol ark atrezisinin komplet vaskuler ring oluşturma potensiyeli nedeniyle özel önemi bulunmaktadır. Cerrahi bir girişim öncesinde kesin ayrımın yapılması gerekmektedir.

SONUÇ

Arkus aorta anomalileri erken yaşta başlayan solunum güçlüğü, yutma zorluğu, morarma, hırıltı, tekrarlayan akciğer infeksiyonu ve aspirasyon pnömonisi gibi tablolarla başvuran hastaların ayrıntılı tanısında düşünülmesi ve araştırılması gereken doğumsal anomalilerdir. Ancak erişkin yaşta da bu klinikle başvuruların olabileceği de unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Arkus aorta anomalisi, çift arkus aorta.

Glioblastoma Multiformeli Hastada Temezolamid Tedavisi Sonrası Akciğer Tüberkülozu

Pınar ÇİMEN, Nuran KATGI, Sena ATAMAN, F. Fevziye TUKSAVUL

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

GİRİŞ

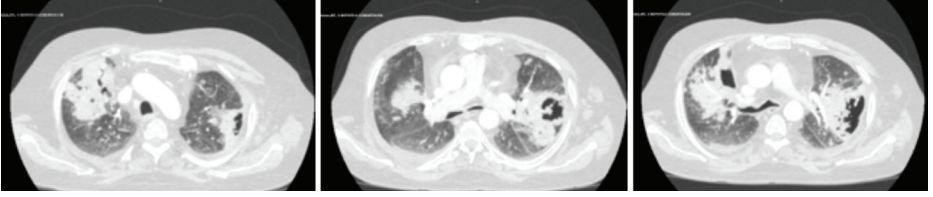
Temozolomid (TMZ) glioblastome multiforme, metastatik melanoma ve refrakter anaplastik astrosi-toma tedavisinde kullanılan alkilleyici, antineoplastik bir ajandır. TMZ T-hücre disfonksiyonu ve len-fopeniye neden olmaktadır ve bu da hasta-larda fırsatçı enfeksiyonlara yol açmaktadır.

OLGU

Olgumuz 46 yaşında erkek hasta dış mer-kezden tedaviye dirençli pnömoni nede-niyle hastanemize sevk edilmiştir. Hastaya yedi ay önce glioblastome multiforme tanısı alıp 6 kür temozolamid tedavisi ve kranial RT verilmiştir. On gün önce başlayan ateş, öksürük, balgam şikayeti ile dış merkezden antibiyotik tedavi başlanmış ancak kliniğin-de kötüleşme olması üzerine kliniğimize ya-tırıldı. Hastanın toraks BT'sinde her iki akciğerde kaviter konsolidasyon-kitle ayrımı



Resim 1. Hastanın PA akciğer grafisi görüntüsü.



Resim 2. Hastanın toraks BT görüntüleri.

yapılamayan lezyonlar izlendi. Hastaya geniş spektrumlu antibiyotik ve antifungal tedavi başlandı. Yapılan bronkoskopisinde bronş aspirasyonunda mycobakterium tüberküloz saptandı. Ancak hastanın nörolojik şikayetlerinde artış, ve kliniği bozulan hasta eksitus olmuştur.

TARTIŞMA ve SONUÇ

TMZ tedavisindeki hastalar fırsatçı enfeksiyonlara açık haldedir ve bu hastaların 1/3'ü ölümlle sonuçlanmaktadır. Olgumuzda da TMZ tedavisi sonrasında aktif akciğer tüberkülozu gelişmiş olup, progresif seyirle eksitus olmuştur. Bu nedenle TMZ tedavisi alan hastalar da fırsatçı enfeksiyonlara karşı yakın izlem yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kemezolamid, fırsatçı enfeksiyonlar, tüberküloz.

Hıçkırık Şikayeti İle Başvuran Geriatrik Bir Hastada Ampiyem Vakası

Ali Veysel KARA

Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzincan

GİRİŞ

Ampiyem plevral aralıkta lokalize veya serbest pürülan materyal birikimi olarak tanımlanmaktadır. En sık olarak pnömoni (bakteriyel veya viral), akciğer veya mediasten operasyonları ve penetran toraks travmalarından sonra gözlenmektedir. Özefagus perforasyonu, torasentez veya göğüs tüpü yerleştirilmesi, subdiyafragmatik enfeksiyonlar, septisemi ve göğüs duvarı enfeksiyonları daha az görülen ampiyem sebepleri içerisinde yer almaktadır. Ampiyem herhangi bir yaş ile görülebilmekle birlikte yaşlılarda ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Halsizlik, göğüs ağrısı, nefes darlığı, ateş ve titreme ve gece terlemeleri sık görülen semptomlardandır. Yaşlı hastalarda bu semptomlar rölatif olarak daha az görülmektedir. Ve bu hastalar pulmoner semptomlar olmadan halsizlik mental statüde değişiklik gibi semptomlarla prezente olabilmektedirler. Bu olgu sunumunda hıçkırık ve halsizlik dışında bir semptomu olmayan geriatrik bir hastada ampiyem vakasını sunduk. Bu olgu sunumu aracılığıyla ampiyem tanı ve tedavisini özetlemeye çalıştık.

OLGU

Altmışsekiz yaşındaki erkek hasta iki gündür olan hıçkırık ve halsizlik şikayetiyle acil servise başvurmuş. Acil servisteki öyküsünde hastaya iki yıl önce pankreas adenokanser tanısı konduğu ve bu süreçte cerrahi medikal olarak tedavi aldığı belirtilmiş. Hastanın aynı zamanda perkütan safra drenaj katateri olduğu ve iki hafta önce kateterden akıntı olması nedeniyle dış merkezde girişimsel işlem

BİLDİRİ KİTABI

yapıldığı öğrenilmiş. Hastanın kabul anında; kan basıncı 100/80 mmhg, nabız 80 atım/dakika, solunum sayısı: 29/dakika ve vücut ısısı: 37°C olarak saptanmış. Solunum sistemi muayenesinde sağ orta ve alt zonlarda perküsyonda matite saptanmış. Başvuru anında laboratuvar değerleri: Hg, 9.5 g/dl, WBC, 7000/ mm³ (%84 nötrofil), trombosit, 213000/mm³, üre, 28 mg/dL, kreatinin, 0.83 mg/dL; total protein, 5.5 g/dL; albümin, 2.8 g/dL; glukoz, 131 mg/dL; CRP: 157 mg/L. Akciğer grafisinde apeksten diyaframa uzanan periferik lokalizasyonlu homojen dansite tespit edildi. Hastaya çekilen toraks BT'de ampiyemle uyumlu (HU:-30) görünüm tespit edildi. Plevral örnekleme yapıldı. Plevral sıvı incelemesi light kriterlerine göre ampiyem ile uyumlu geldi. Metranidazol ve piperasilin/tazobaktam tedavisi başlandı. Eş zamanlı olarak tüp torakostomi takıldı ve hastaya lokal antifibrinolitik tedavi başlandı. Antibiyotik tedavisi antibiyograma göre düzenlendi. Yirmibir günlük intravenöz antibiyotik tedavisi sonrasında hasta taburcu edildi. Taburculuk anındaki akciğer grafisi Şekil 2'de sunuldu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Hastamızda öksürük ateş ve gece terlemesi gibi ampiyemin klasik semptom ve bulguları bulunmamaktaydı. Acil servise ampiyemde çok nadir olarak rastalanan hıçkırık şikayeti ile başvurmuştu. Bu olgu raporu, invazif işlemlerin geriatric hastalarda atipik komplikasyonlara yol açabileceği ve bu yaş grubundaki hastaların atipik semptomlarla başvurabileceğini göstermesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ampiyem, geriatric hasta, atipik prezentasyon.

Nadir Görülen Bir Durum; Akciğer Kanseri Göz Metastazı

Muzaffer ŞENOL, Neslihan ÖZÇELİK, Ünal ŞAHİN

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize

GİRİŞ

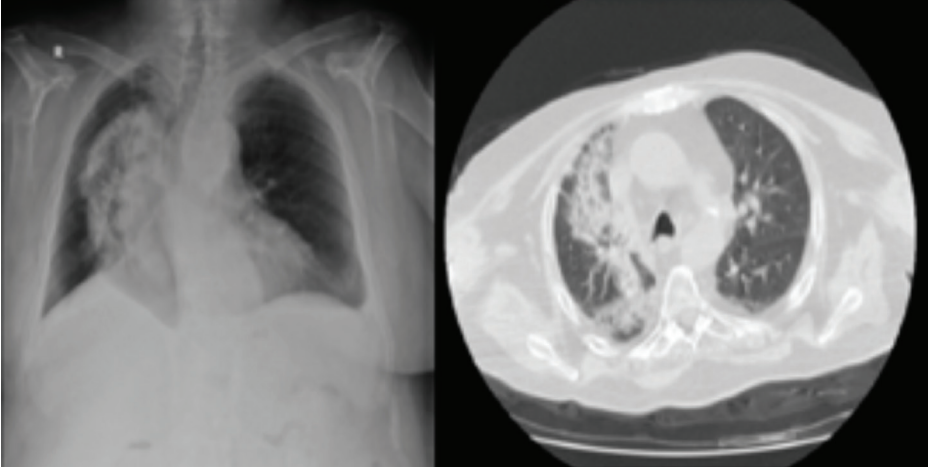
Akciğer kanseri erkeklerde prostat kanserinden, kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen kanserdir. Mortalite nedenleri içinde her iki cinsiyette ilk sıralarda yer alır. Yaklaşık olguların 2/3'ü tanı anında uzak organ yayılımı yapmış durumdadır. Küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalarda adrenal bezler, karaciğer, beyin, iskelet sistemi başlıca metastazların sık görüldüğü alanlardır. Ancak gözü tutan metastazlar çok nadir görülmektedir.

OLGU

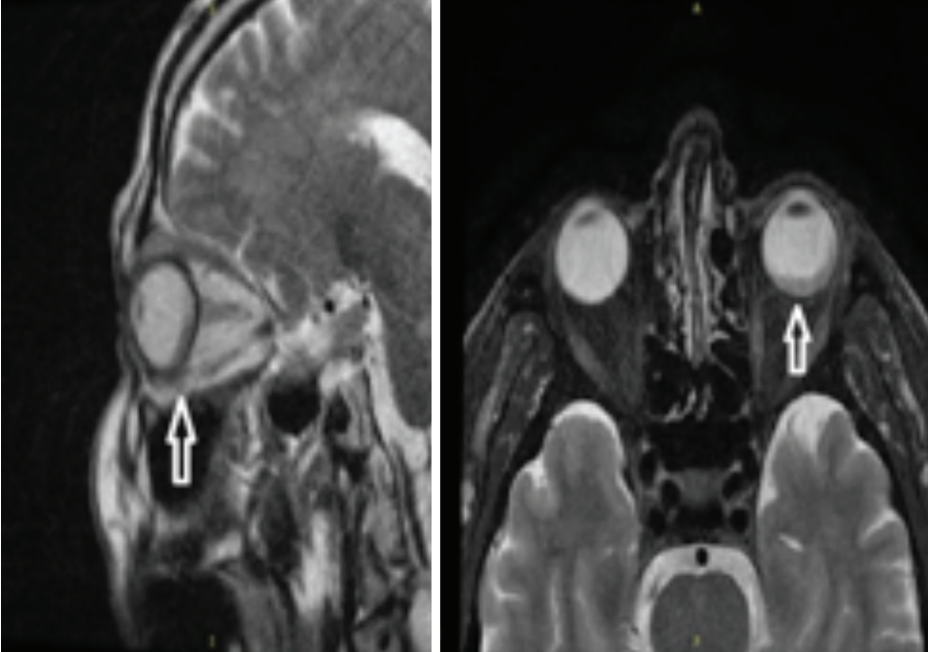
Altmışbeş yaşındaki erkek hasta öksürük ve kan tükürme şikayeti ile acil servise başvurdu. Çekilen posterior anterior akciğer grafide (Resim 1) sağ akciğerde santral tutulumlu belirgin dansite içeren alan izlendi. Bilgisayarlı tomografide (Resim 1) sağ akciğerde santral tutulumlu buzlu cam alanları içeren konsolidasyonlar dikkat çekmekteydi. Hastamızın tetkik sonuçları inoparabl akciğer squamöz hücreli karsinom ile uyumluydu. Malignite tanısı sonrası sol gözünde görme problemi ortaya çıkan hastaya başka bir sağlık kuruluşunda retina dekolmanı ön tanısıyla tetkikler yapıldı ve hastada çok nadir gözlenen, koroid pleksusa metastaz saptandı (Resim 2). Hastamız mevcut malignitesi nedeniyle 8 kür KT, palyatif oküler RT ve 25 gün önce de toraksa RT aldı. Hastanın takibine devam edilmektedir.

SONUÇ

Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinin yaklaşık üçte birinde tanı sırasında metastaz bulguları görülmektedir. En yaygın görülen uzak organ tutulumları adrenal, beyin, karaciğer, akciğer ve kemiktir.



Resim 1. Solda akciğer grafisinde ve sağda bilgisayarlı tomografi kesitinde sağ akciğerde kitle lezyonu izlenmektedir.



Resim 2. Ok işaretleri ile gösterilmiş alan koroid pleksus metastazına işaret etmektedir.

Göz metastazı ise nadir görülmekle birlikte önemli bir klinik problem oluşturmaktadır. İntraoküler malignitelerin büyük çoğunluğunu metastatik karsinomlar oluşturmaktadır. Nelson ve arkadaşlarının otopsi çalışmasında, meme kanserinde intraoküler metastaz oranı %8.5, akciğer kanserinde %6.7, kolon kanserinde %4.2 bildirilmiş; lösemi ve lenfomanın göz tutulumu sırasıyla %28.2 ve %6.7 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada oküler tutulum saptanan olguların yalnızca onda birinde (52 olguda 5 olgu) ölüm öncesi klinik göz metastazı bulguları saptanmıştır. Akciğer kanserinde intraoküler tutulum, tanıdan kısa süre sonra ya da tanı öncesi olabilmektedir. Tanısı radyolojik olarak konulmaktadır. Akciğer kanserinde göz tutulumu genellikle unifokal ve tek taraflı olmaktadır ve en sık görüleni koroidal metastazdır. Oftalmolojik tarama yapılan metastatik akciğer kanserli 84 olgunun 6'sında (%7.1) koroidal metastaz saptanmıştır. Aynı çalışmada koroid metastazı, organ tutulumları arasında altıncı sırada yer almıştır.

Radyoterapi, göz içi metastazlarda yüksek yanıt oranları ve kabul edilebilir toksisitesi nedeniyle önerilmektedir. Burada amaç semptomların hafifletilmesi, görme kaybının durdurulması ya da geriye döndürülmesidir.

Bizim olgumuzda vurgulanmak istenen akciğer CA tanısı almış hastalarda görme ile ilgili yakınma olması durumunda intraoküler metastaz akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, göz metastazı.

Pulmoner Alveoler Mikrolitiazis

Hüseyin KOŞAK, Neslihan ÖZÇELİK, Songül ÖZYURT, Ünal ŞAHİN

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize

GİRİŞ

Pulmoner alveoler mikrolitiazis nadir görülen bir akciğer hastalığı olup, alveollerde kalsiyum ve fosfat kristallerinin birikimi ile karakterizedir. Hastalık 1856 yılında Friedrich ve 1918 yılında Harbitz tarafından ilk kez tanımlanmış ve 1933 yılında Puhr tarafından pulmoner alveoler mikrolitiazis olarak isimlendirilmiştir. Ülkemizde daha sık olarak görülen kalıtsal özelliği olan nadir bir hastalıktır. Etyolojisi ile ilgili varsayımlar arasında akciğerin kalıtsal metabolik anormalliği, kalsiyum fosfor metabolizması bozukluğu, immün sistem ve akciğerin anatomik ve fizyolojik anormallikleri yer almaktadır.

OLGU

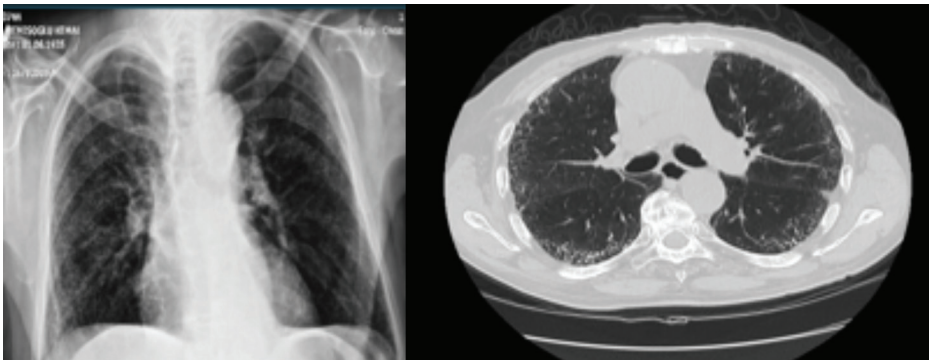
Seksenüç yaşında erkek hasta; iş yaparken çabuk yorulma, nefes darlığı, halsizlik şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvuruyor. Daha önceden mevsimsel alerjik rinit tanısı ile antihistaminik tedavisi aldığı öğrenildi. Milli eğitim bakanlığında öğretmen olarak çalışan hastanın sigara öyküsü olmadığı öğrenildi. Ailede bilinen akciğer hastalık öyküsü yokmuş. Fizik muayenede, solunum seslerinde hafif azalma dışında ek bulgu saptanmadı. Rutin tam kan sayımında anemi saptandı, biyokimyasal parametreleri ise normaldi. Radyolojik olarak akciğer grafisinde bilateral üst ve orta zonlarda daha belirgin olmak üzere yaygın mikronodüler alveoler opasiteler saptandı (Resim 1). Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de, her iki akciğer üst loblardan başlayarak orta zonlarda ve bazal segmentlerde yoğun kalsifikasyon içeren yaygın nodüller (Resim 2) gözlemlendi. Solunum fonksiyon testinde FEV₁: 2.26

L (%97), FVC: 2.26 L (% 71), FEV₁ / FVC: %100 idi. DLCO sonucu %62 olarak ölçüldü. Hasta radyolojik olarak PAM düşünüldü, yaşlı olması sebebiyle ileri işlem planlanmadı ve takip edilmeye başlandı.

SONUÇ

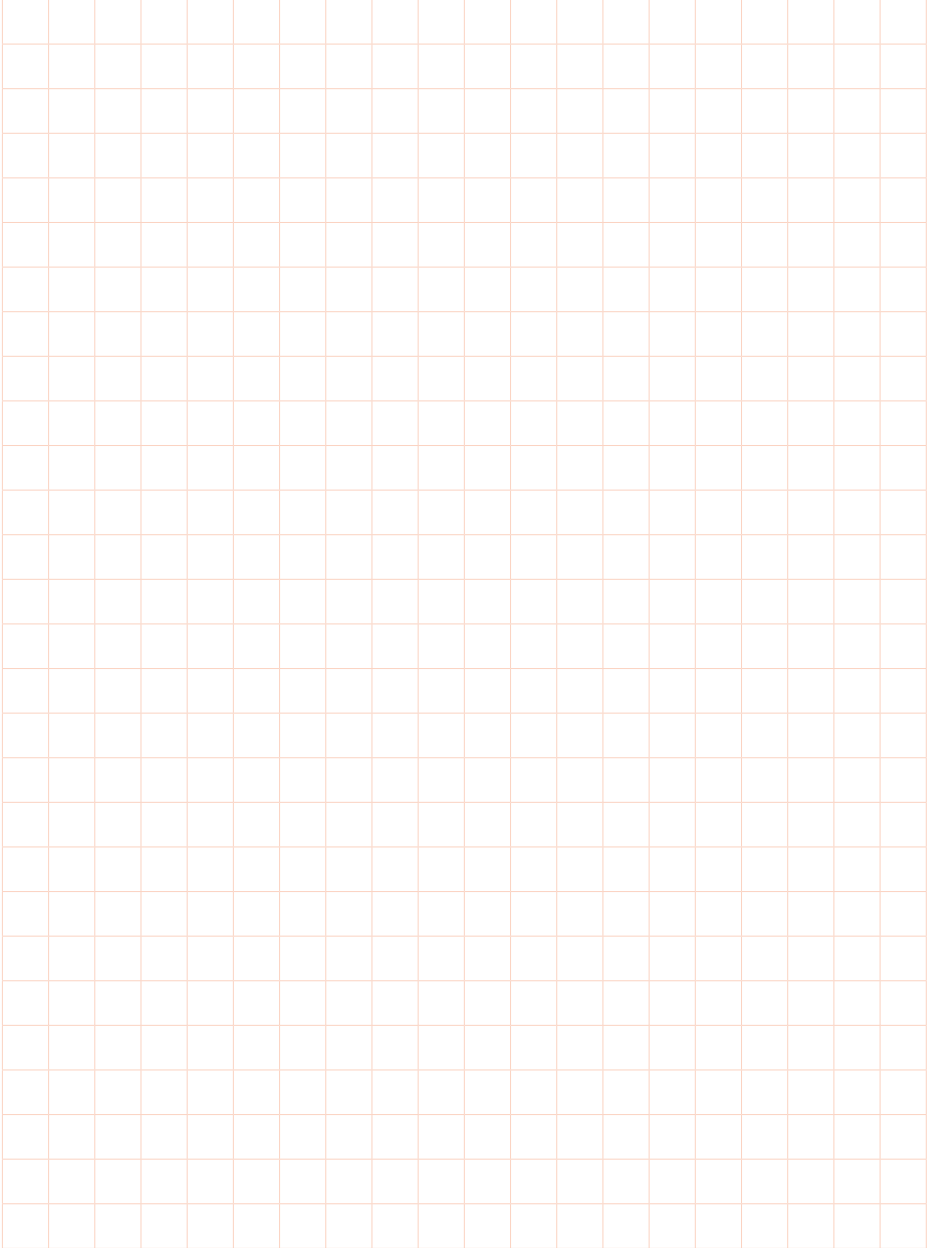
PAM herhangi bir yaşta görülebilmekte olup, en sık görülen bulgu öksürük ve nefes darlığı olup, hastalığın ileri aşamalarında ortaya çıkar. Tamı bazı olgularda sadece radyoloji ile konurken bazı olgularda açık akciğer biyopsisi, bronkoalveoler lavaj, balgam incelenmesi, transbronşiyal biyopsi yapılmaktadır. Fizik muayenede erken dönemlerde bulgu saptanmaz iken ileri dönemlerde bazallerde raller duyulabilir. Solunum Fonksiyon Testi (SFT)'nde ise erken dönemde bulgu saptanmaz iken hastalığın ileri dönemlerinde restriktif tip ventilasyon bozukluğu ve difüzyon kapasitesinde azalma saptanır.

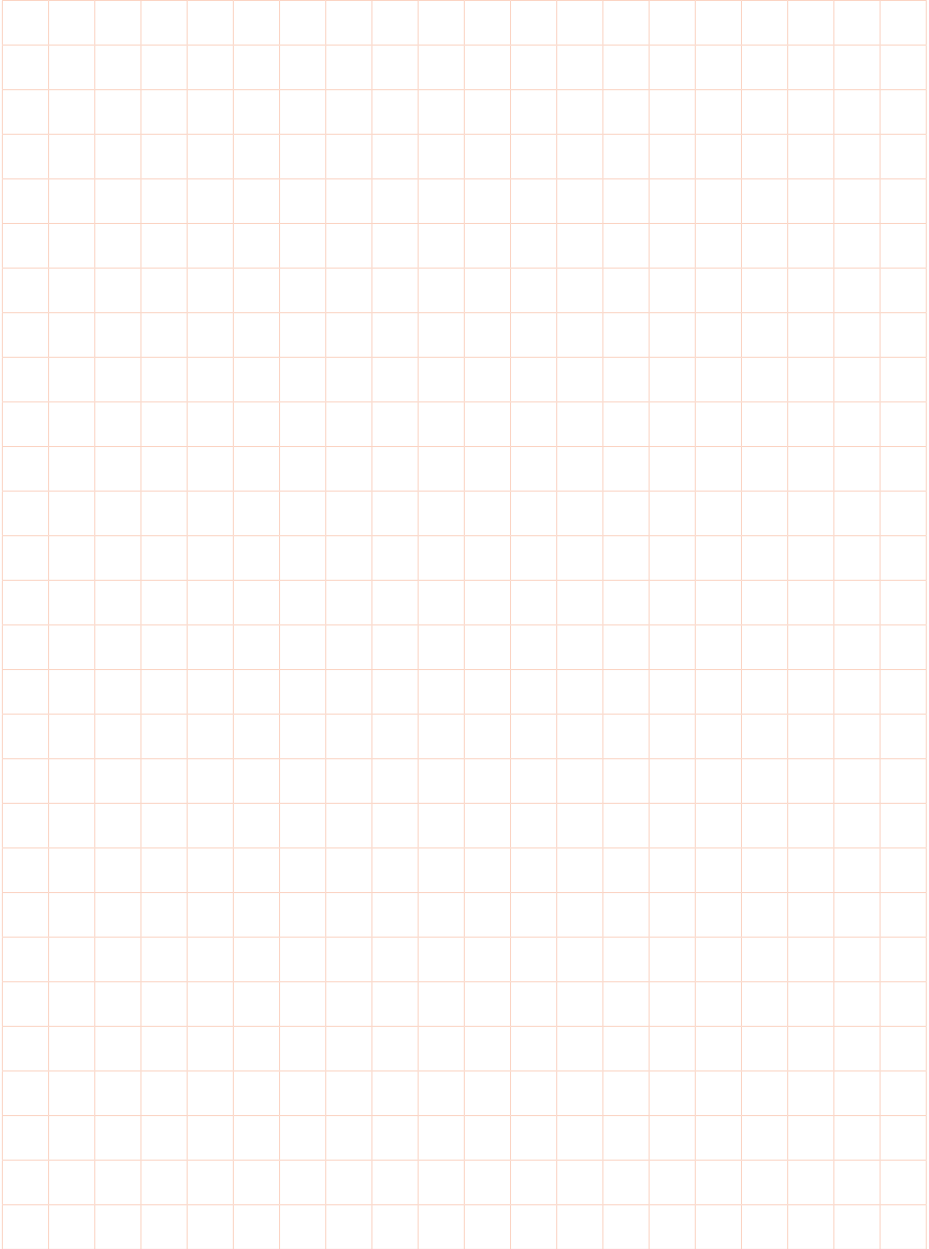
Anahtar Kelimeler: Pulmoner alveolar mikrolitiazis, PAM.



Resim 1,2. Her iki akciğer parankiminde tüm lob ve segmentlerde özellikle periferik-subplevral yerleşimli ince lineer kalsifikasyonlar, eşlik eden retiküler tarzda dansite artışları ve traksiyon bronşektazileri.

Notlar







www.asyod.org