



Gülhane Göğüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



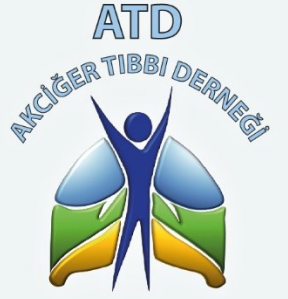
Bildiri Kitabı





Gülhane Göğüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



Değerli Katılımcılar,

122 yıllık şanlı bir tarihe sahip Gülhane Tıp Fakültesi, Türk tıbbına yön veren bir simge olarak bugüne ulaşmıştır. Tarih içerisinde yerleşke, isim, görev ve kurum değişiklikleri olmakla birlikte bu köklü geçmiş Gülhane ruhunun ayakta kalmasını sağlamıştır. Göğüs Hastalıkları camiasında ise Prof. Dr. Tevfik SAĞLAM, Prof. Dr. Rauf SAYGIN, Prof. Dr. Fahir SANEL gibi muhterem hocalarımız ile güçlenen Gülhane Göğüs Hastalıkları ruhu hep ayakta kalmıştır. Bu sene multidisipliner bir dernek olan Akciğer Tıbbi Derneği çatısı altında düzenleyeceğimiz 2. Ulusal Gülhane Göğüs Hastalıkları Sempozyumu ile hem bu köklü ruhu canlı tutmayı hem de bilimsel paylaşımlar ile bilgi tazelemeyi hedeflenmekteyiz.

Sempozyumumuz 10 ana oturum ve 2 sözlü bildiri oturumundan oluşmaktadır. Bildiriler tam metin ya da özet olarak bildiri kitapçığında yayınlanacaktır. Güncel bilgiler, zengin konu içeriği ve aktif tartışma ortamı ile faydalı olacağına inandığımız 2. Ulusal Gülhane Göğüs Hastalıkları Sempozyumunda sizleri de aramızda görmekten onur duyacağız.

Saygılarımızla,

Sempozyum Düzenleme Kurulu



Gülhane Gögüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



KURULLAR

DERNEK YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Cantürk Taşçı

BAŞKAN YARDIMCISI

Nuri Karadurmuş

GENEL SEKRETER

Nesrin Öcal

GENEL SEKRETER YARDIMCISI

Gürhan Taşkın

SAYMAN

Deniz Doğan

ÜYELER

Yakup Arslan

Ersin Sapmaz

Nuri Karadurmuş

Sait Yeşillik

Gülden Yılmaz



Gülhane Göğüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



KURULLAR

DÜZENLEME KURULU

SEMPOZYUM BAŞKANI

Cantürk Taşçı

SEMPOZYUM DÜZENLEME KURULU

Deniz Doğan

Nuri Karadurmuş

Nesrin Öcal

BİLİMSEL KURUL

Yakup Arslan

Murat Çelik

Deniz Doğan

Kudret Ekiz

Gökhan Erdem

Mustafa Güleç

Nuri Karadurmuş

Nesrin Öcal

Metin Özkan

Ersin Sapmaz

Cantürk Taşçı

Alev Taşkın

Gürhan Taşkın

Ruşen Uzun

Sait Yeşillik

Gülden Yılmaz

* İsimler Soyadına göre alfabetik sıralanmıştır.



Gülhane Gögüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



10 Eylül 2021, Cuma

18:00 - 18:15

AÇILIŞ KONUŞMASI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü
Akciğer Tıbbi Derneği Başkanı

*Cevdet Erdöl
Cantürk Taşçı*

18:15 - 19:15

OTURUM - 1 TÜTÜN

Moderatör: Cevdet Erdöl

Bitmeyen Pandemi
Nikotin Dual Etkisi; Bağımlılık ve Onkojenite
Gençlik ve Yeni Nesil Tütün Ürünleri

*Toker Ergüder
Yakup Arslan
Mevlüt Karataş*

19:15 - 20:00

OTURUM - 2 COVID-19

Moderatör: Ateş Kara

Aşılamada Son Durum ve Varyant Suşların Hayatımızdaki Yeri
Türkiye'de Covid-19

*Ateş Kara
Cantürk Taşçı*



Gülhane Gögüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



11 Eylül 2021, Cumartesi

08:20 - 09:00

OTURUM - 3

BİLİNÇLİ İLAÇ KULLANIMI

Moderatör: Kemalettin Aydın

Bilinçli Antibiyotik Kullanımı ve Antibiyotik Yönetimi
Bilinçli İnhaler Kullanımı

Gülden Yılmaz
Deniz Doğan Mülazımoğlu

09:00 - 10:00

OTURUM - 4

KOAH

Moderatör: Esra Uzaslan

GOLD 2021' in Getirdikleri
Covid-19 ve KOAH Birlikteliği
KOAH'da Pulmoner Rehabilitasyon

Ayşe Baha
Esra Uzaslan
İpek Candemir

10:00 - 10:15

ARA

10:15 - 11:15

OTURUM - 5

İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARI

Moderatör: Oğuzhan Okutan

Progresif Fibrozan Akciğer Hastalıkları
Hipersensitivite Pnömonisinde Son Gelişmeler
Covid Sonrası Pulmoner Parankimal Değişiklikler

Funda Coşkun
Nilgün Yılmaz Demirci
Huriye Berk Takır

11:15 - 12:15

OTURUM - 6

ASTIM

Moderatör: Dilaver Taş

GINA 2021 Güncellemeleri
Astımda Basamak Tedavisi
Astımda Biyolojik Tedaviler

Kurtuluş Aksu
Sait Yeşillik
Mustafa Güleç

12:15 - 13:15

OTURUM - 7

UYDU SEMPOZYUMU

Paradigmalarda Değişim Zamanı

Moderatör: İsmail Hanta

IPF Tedavisi ve Nintedanib
SSc-ILD Tedavisi ve Nintedanib



İsmail Hanta
Cemal Bes

13:15 - 13:30

ARA

13:30 - 14:30

OTURUM - 8

UYDU SEMPOZYUMU

PAHMAN TALKS: Orta Riskli PAH Hastalarınızda Her şey Yolunda mı?
"Riociguat ile Farklı Bir Yol Deneyin"

Moderatör: Cihangir Kaymaz

Riociguat Klinik Çalışmalar
PAH Olgusu



Nesrin Öcal
Murat Çelik



Gülhane Gögüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



11 Eylül 2021, Cumartesi

14:30 - 15:30

OTURUM - 9

OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLARINDA BRONKOSKOPIK TEDAVİLER

Moderatör: Cantürk Taşçı

Amfizemde Bronkoskopik Tedaviler

Kronik Bronşitte Bronkoskopik Tedaviler

Astımda Bronkoskopik Tedaviler

Deniz Doğan

Ruşen Uzun

Tayfun Çalışkan

15:30 - 16:30

OTURUM - 10

AKCİĞER KANSERİ

Moderatörler: Bahar Kurt, Gökhan Erdem

Akciğer Kanserinde Hedefe Yönelik Tedavide Güncel Gelişmeler

Akciğer Kanserinde İmmünoterapide Güncel Gelişmeler

Akciğer Kanserinde Nadir Mutasyonlar

Mehmet Ali Şendur

Nuri Karadurmuş

Umut Demirci

16:30 - 17:30

SÖZLÜ BİLDİRİLER (S001 - S008)

OTURUM - 11

Moderatörler: Ersin Demirer, Gürhan Taşkın

S-001 - Masif Pulmoner Tromboembolide Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyon Deneyimi

Hayriye Cankar Dal

S-002 - Yoğun Bakımda Nadir Ancak Ölümcül Olabilen Bir Komplikasyon: Pnömotoraks Olgu Serisi

Mahmut Yılmaz

S-003 - Covid-19'Da Pulmoner Tromboemboli

Figen Öztürk Ergür

S-004 - Mekanik Ventilasyon Desteği Gerektiren İleri Yaş Koah Hastalarında Osilatörlü Pozitif Ekspiratuar

Basınç Uygulaması: 2 Hasta Deneyimimiz

Gürhan Taşkın

S-005 - Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastaların Nöropsikiyatrik Açıdan Değerlendirilmesi

Aydın Kant

S-006 - Covid-19 Pandemi Döneminde Koah Tanılı Hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres ve

Covid-19 Fobi Durumu

Deniz Bilici

S-007 - Sjögren Sendromu ve Sarkoidoz Birlikteliği

Fahrettin Bıçakçı

S-008 - Covid-19 Pnömonisinin Solunum Fonksiyonları, Fonksiyonel Egzersiz Kapasitesi ve

Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Aslı Görek Dilektaşlı



Gülhane Gögüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



12 Eylül 2021, Pazar

08:00 - 09:00

SÖZLÜ BİLDİRİLER (S009 - S016)

OTURUM - 12

Moderatörler: Ersin Sapmaz, Yakup Arslan

S-009 - Evre 4 Akciğer Adenokarsinomlarda C-Reaktif protein/Albumin, Lenfosit/Monosit Oranları ile Klinik Özellikler ve Sağkalım Arasındaki İlişki

Tuğçe Şahin Özdemirel

S-011 - COVID-19 Pandemisi Öncesi ve Sonrasında Toraksa Yönelik Girişimsel İşlemler

Şerife Torun

S-012 - Bronkoskopik Akciğer Volüm Küçültücü İşlem Uygulanan Hastaların Solunum Fonksiyonlarının İncelenmesi

Ahmet Çağın

S-013 - Yaşlı Hastalarda Girişimsel Bronkoskopinin Güvenliği

Melahat Uzel Şener

S-014 - Pulmoner Hipertansiyon Gelişmiş Atriyal Septal Defekt: PAH Spesifik Tedaviden ASD Kapamaya

Serkan Asil

S-015 - R0S1 Mutant Akciğer Kanseri Olgusunda Sıralı Tirozin Kinaz İnhibitörü Kullanımı

Gül Sema Yıldırım Keskin

S-016 - Poliklinikte Takip Edilen Stabil KOAH Olgularının GOLD Evreleri ve İnhaler Tedavilerinin İncelenmesi

Elif Yelda Niksarlıoğlu

09:00 - 10:00

OTURUM - 13

OSAS

Moderatörler: Mustafa Gerek, Bülent Çiftçi

Uykuda Solunum Bozuklukları - Tanı

Uykuda Solunum Bozuklukları - Tedavi

Uyku Laboratuvarı Standartları

Selma Fırat

Tansu Ulukavak Çiftçi

Bülent Çiftçi

10:00 - 10:15

ARA

10:15 - 11:15

OTURUM - 14

TRAKEAL DARLIK

Moderatörler: Mehmet Akif Özgül, Onur Genç

Benign Trakeal Darlıklara Yaklaşım

Malign Trakeal Darlık Yönetimi

Trakea Darlıklarında Cerrahi

Efsun G. Chousein

Ayperi Öztürk

Erdal Yekeler

11:15 - 12:15

UYDU SEMPOZYUMU

OTURUM - 15

Moderatör: Cantürk Taşçı

Ağır Astımda Biyolojik Tedavi



Kurtuluş Aksu

12:15 - 13:00

ARA



Gülhane Gögüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



12 Eylül 2021, Pazar

13:00 - 14:00

**OTURUM - 16
UYDU SEMPOZYUMU**

Moderatör: Nuri Karadurmuş

Metastatik KHDAK'de 2. Basamak Tedavide İmmünoterapi



Bristol Myers Squibb

İsmail Ertürk

14:00 - 15:00

**OTURUM - 17
YOĞUN BAKIM**

Moderatörler: Kudret Ekiz, H. Levent Yamanel

Covid ARDS'si - Klasik ARDS

ARDS'de Mekanik Ventilasyon Stratejileri

ARDS'de Steroid Tedavisi Kanıtlar ve Uygulama

Gürhan Taşkın

Dilek Kazancı

Serpil Öcal

15:00 - 16:00

**OTURUM - 18
PULMONER HİPERTANSİYON**

Moderatörler: Mehmet Akbulut, Nesrin Öcal

Akut Pulmoner Embolide Güncel Gelişmeler

PAH'ta Tanı ve Tedavi

KTEPH'te Tanı ve Tedavi

Elif Yelda Niksarlıoğlu

Berkay Ekici

Tankut Akay

16:00 - 16:30

KAPANIŞ OTURUMU



Gülhane Gögüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



ANA KONULAR

- Ağır ve zor astım tedavisi
- Ağır KOAH yönetimi
- Akciğer kanserinde tanısal yöntemler, immunoterapi ve hedefe yönelik tedaviler, tütün ve ürünleri bırakma tedavileri
- İdyopatik Pulmoner Fibrozis ve IPF dışı progresif fibrozan akciğer hastalıklarında son gelişmeler
- Pulmoner Hipertansiyon tedavisi
- COVID-19 aşıda son gelişmeler, pulmoner rehabilitasyon
- Obstrüktif hastalıklarda girişimsel tedaviler
- Akuttan kronige pulmoner emboli
- Yoğun bakım sepsis yönetimi
- Akılcı ilaç kullanımı



Gülhane Göğüs
Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



SÖZLÜ BİLDİRİLER



**Gülhane Göğüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ

S-001

Masif Pulmoner Tromboembolide Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyon Deneyimi

Hayriye Cankar Dal¹

¹SBU Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

S-002

Yoğun Bakımda Nadir Ancak Ölümcül Olabilen Bir Komplikasyon: Pnömotoraks Olgu Serisi

Mahmut Yılmaz¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı

S-003

COVID-19’da Pulmoner Tromboemboli

Figen Öztürk Ergür¹, Ayperi Öztürk¹, Melahat Uzel Şener¹, Alp Şener²

¹Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim dalı

S-004

Mekanik Ventilasyon Desteği Gerektiren İleri Yaş KOAH Hastalarında Osilatörlü Pozitif Ekspiratuar Basınç Uygulaması: 2 Hasta Deneyimimiz

Gürhan Taşkın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Yoğun Bakım BD



**Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



S-005

Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastaların Nöropsikiyatrik Açıdan Değerlendirilmesi

Aydın Kant¹, Hacer Kuzu Okur², Zerrin Pelin³, Hatice Türker⁴

¹Trabzon Vakıfkebir Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Acıbadem Altunizade Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

³Gazikent Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Nöroloji Kliniği

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

S-006

Covid-19 Pandemi Döneminde KOAH Tanılı Hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres ve Covid-19 Fobi Durumu

Deniz Bilici¹, Şule Gül¹, Elif Yelda Niksarlıoğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

S-007

Sjögren Sendromu ve Sarkoidoz Birlikteliği

Fahrettin Bıçakcı¹, Duygu Tecer¹, Muhammet Çınar¹, Sedat Yılmaz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları A.B.D. Romatoloji B.D.

S-008

COVID-19 Pnömonisinin Solunum Fonksiyonları, Fonksiyonel Egzersiz Kapasitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri



**Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



Aslı Görek Dilektaşlı¹, Nilüfer Aylin Acet Öztürk¹, Ayten Odabaş¹, Ezgi Demirdöğen¹, Ahmet Ursavaş¹, Funda Coşkun¹, Özge Aydın Güçlü¹, Dane Ediger¹, Esra Uzaslan¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gögüs Hastalıkları AD, Bursa

S-009

Evre 4 Akciğer Adenokarsinomlarda C-Reaktif protein/Albumin, Lenfosit/Monosit Oranları İle Klinik Özellikler ve Sağkalım Arasındaki İlişki

Tuğçe Şahin Özdemirel¹

¹Atatürk Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

S-011

COVID-19 Pandemisi Öncesi ve Sonrasında Toraksa Yönelik Girişimsel İşlemler

Şerife Torun¹

¹Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Gögüs Hastalıkları Kliniği, Konya

S-012

Bronkoskopik Akciğer Volüm Küçültücü İşlem Uygulanan Hastaların Solunum Fonksiyonlarının İncelenmesi

Ahmet Çağın², Deniz Doğan¹, Cantürk Taşçı¹

¹T. C. Sağlık Bakanlığı Fatsa Devlet Hastanesi, Gögüs Hastalıkları

²SBÜ, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gögüs Hastalıkları



**Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



S-013

Yaşlı Hastalarda Girişimsel Bronkoskopinin Güvenliği

Melahat Uzel Şener¹, Ayperi Öztürk¹, Aydın Yılmaz¹

¹SBÜ. Atatürk Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi E.A.H, Girişimsel Pulmonoloji, Ankara

S-014

Pulmoner Hipertansiyon Gelişmiş Atriyal Septal Defekt: PAH Spesifik Tedaviden ASD Kapamaya

Serkan Asil¹, Muhammet Geniş¹, Uygur Çağdaş Yüksel¹, Murat Çelik¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

S-015

ROS1 Pozitif Akciğer Kanseri Hedefe Yönelik Tedaviler: Olgu Serisi

Gül Sema Yıldırım Keskin¹

¹SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi onkoloji Bilim Dalı

S-016

Poliklinikte Takip Edilen Stabil KOAH Olgularının GOLD Evreleri ve İnhaler Tedavilerinin İncelenmesi

Elif Yelda Niksarlıoğlu¹, Mehmet Atilla Uysal¹, Şule Gül¹, Deniz Bilici¹, Ayşe Yeter¹, Emine Şahin¹, Gizem Nur Akbalık¹, Nihan Kurt¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Gögüs Hastalıkları

SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ

S-001

Masif Pulmoner Tromboembolide Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyon Deneyimi

Hayriye Cankar Dal¹

¹SBU Ankara Şehir Hastanesi, Yoğun Bakım Kliniği

Giriş:

Pulmoner tromboemboli (PTE), tedavi edilmediğinde yüksek mortalite oranı olan bir hastalıktır. Yüksek riskli akut PTE, akut sağ ventrikül yetmezliği ve kardiyojenik şokla seyretmektedir. Hemodinamik unstabil hastalarda kardiyak arreste sebep olabilmektedir (1). Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) konvansiyonel tedavilere yanıt vermeyen, potansiyonel olarak geri dönüşümlü solunum ve/veya kalp yetmezliği olgularında hayat kurtarıcı tedavi olarak kullanılabilmektedir (1,3).

Materyal ve Metot:

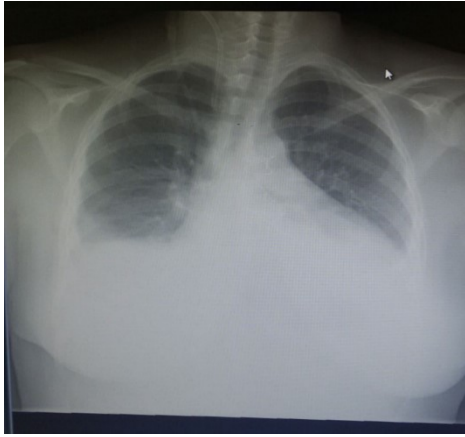
Bu sunumda akut dönemde ECMO takılan, takibinde cerrahi embolektomi ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş olan masif PTE olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Bulgular:

Bilinen hastalık öyküsü olmayan 39 yaş, bayan hasta varis operasyonu sonrası postoperatif 6. saatinde solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine yoğun bakıma (YB) alındı. Hipotansif taşikardik seyreden, arter kan gazında Ph:7.0, pO₂: 48, pCO₂: 30 olan hasta elektif entübe edildi. YB yatışının ilk saatinde kardiyak arrest gelişti. Kardiyopulmoner resusitasyonun (CPR) 15.dakikasında CPR'a yanıt olmayan hastaya resusitasyon esnasında femoro-femoral veno-arteryal ECMO (E-CPR) takıldı. E-CPR'a yanıt alındı. Yapılan ekokardiyografide; sağ boşluklar ileri derecede geniş ve hipokinetik olan hastada PTE öntanısıyla çekilen pulmoner BT angiografide sol ana pulmoner arterde ve sağ pulmoner arter alt lob segmenter dallarında dolum defekti izlendi. Masif PTE olarak değerlendirilen ve hemodinamisi unstabil olan hastaya kalp-damar cerrahisi tarafınca cerrahi embolektomi uygulandı. Operasyondan sonra ECMO'dan

ayrılan hasta postoperatif 1. gününde ekstübe edildi. Ek sıkıntısı kalmayan hasta yatışının 7.gününde sağlıkla taburcu edildi.

Resim 1: Hastanın Posterior-Anterior Angiografi Akciğer Grafisi



Resim 2: Hastanın Pulmoner BT Görüntüsü



Tartışma:

Bilinen ek hastalığı olmayan genç hastada varis operasyonu sonrası kardiyak arreste neden olan masif PTE olgusu sunulmuştur. Arrest durumunda CPR'a cevapsız hastalarda yatakbaşı uygulanan veno-arteryal ECMO; E-CPR olarak tanımlanmaktadır ve potansiyonel olarak geri dönüşümlü pulmoner/kardiyak durumlarda hayat kurtarıcı tedavi olarak kullanılmaktadır (4).

Sonuç:

Geri döndürülebilir arrest nedenlerinin başında gelen PTE olgularında E-CPR olarak ECMO kullanımını akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler : ECMO, embolektomi, pulmoner emboli, yoğun bakım

S-004

Mekanik Ventilasyon Desteği Gerektiren İleri Yaş KOAH Hastalarında Osilatörlü Pozitif Ekspiratuar Basıncı Uygulaması: 2 Hasta Deneyimimiz

Gürhan Taşkın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Yoğun Bakım BD

Giriş:

Weaning başarısızlığı normal popülasyonda %30 civarırken; ileri yaş Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) hastalarında bu oran oldukça yüksektir(1). Bu süreçte mukus tıkaçlarının engellenmesi amacıyla konvansiyonel tekniklere ek olarak Non-İnvaziv Osilatörlü Pozitif Ekspiratuar Basıncı (OPEP) cihazları da kullanılabilir(2).

Materyal ve Metot:

Bu bildiride MV desteği gerektiren ve OPEP uygulanan iki olgu ile deneyimlerimiz paylaşılmıştır.

Bulgular:

Olgu 1: Opere meme malignitesi ve KOAH tanılı 84 yaşında kadın hasta, acil servis başvurusunda respiratuar asidoz (pH:7,13, pCO₂:109mmHg, pO₂:69,7mmHg, HCO₃:35,1mmol/L) saptanması üzerine non-invaziv MV (NİV) desteğine alınmış. NİV intoleransı nedeniyle entübe edilerek yoğun bakıma kabul edildi. 12 gün boyunca invaziv MV desteğinde takip edilen hastada başarılı weaning sağlandı. Ekstübasyon sonrası yoğun sekresyonları olan hastaya mukolitik tedavisine ek olarak OPEP uygulaması başlandı. Günde arka arkaya 10 nefes sonrasında 2 huff öksürük manevrası olacak şekilde üç tekrardan oluşan toplam dört seans OPEP uygulaması yapıldı. Post-weaning 7. günde gelişen hipoksemi nedeniyle yeniden NİV başlandı. Post-weaning 10. günde re-entübe edilen hastada yatışının 103. gününde exitus gerçekleşti.

Olgu 2: KOAH ve primer akciğer malignitesi tanılı 85 yaşında erkek hasta klinik takibinde respiratuar asidoz ve sepsis gelişmesi üzerine yoğun bakıma kabul edildi. Yardımcı solunum kaslarını aktif olarak kullanan ve takipnesi olan hastada respiratuar asidoz (pH:7,16, pCO₂:80mmHg, pO₂:60,6mmHg, HCO₃:26,3mmol/L) saptanması nedeniyle



**Gülhane G   s
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



N  V başlandı. Klinik yanıt alınan hastada solunum egzersiz programıyla birlikte OPEP uygulaması başlandı. Günde arka arkaya 10 nefes sonrasında 3 huff öksürük manevrası olacak şekilde üç-dört tekrardan oluşan toplam dört seans OPEP uygulanan hasta yoğun bakım yatışının 10. gününde servise nakledildi.

Tartışma:

Olgularımızda Acapella  (Smiths Medical,Wampsville,New York,USA) cihazı kullanılmıştır. Hastaların sekresyon atılımlarında klinik olarak anlamlı artış gözlemlemekle birlikte; diğer hastalarla karşılaştırma yapabilmek için volüm ölümü yapılmamıştır.

Sonuc:

Günümüzde kullanılan farklı OPEP cihazları benzer karakteristik özelliklerde olsalar da; yüksek akış, frekans ve amplitüde sahip olan yüksek osilasyon indeksli cihazların daha iyi klinik etkiye sahip oldukları düşünülmektedir. G  zlemlerimizin daha geniş popülasyonlarda farklı metot ve cihazlarla karşılaştırma yapılarak doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler : kronik obstrüktif akciğer hastalığı, osilatörlü PEP, weaning

S-007

Sjögren Sendromu ve Sarkoidoz Birlikteliği

Fahrettin Bıçakcı¹, Duygu Tecer¹, Muhammet Çınar¹, Sedat Yılmaz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları A.B.D. Romatoloji B.D.

Giriş:

Sjögren sendromu ve Sarkoidoz kronik inflamatuvar multisistemik hastalıklardır. Etyolojileri net olarak bilinmemekte olup patogenezinde otoimmün nedenler rol oynamaktadır. Her iki hastalığın ortak prezentasyonları olabilmekle beraber birlikteliği nadirdir.

Bulgular:

Öksürük ve nefes darlığı nedeniyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran 37 yaşında erkek hasta eklem ağrıları olması sebebi ile kliniğimize konsülte edildi. Bilinen ek dahili hastalığı yoktu. Romatolojik sorguda ağız ve göz kuruluğu tarifleyen hastanın, halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı ve gece terlemesi mevcuttu. Fizik muayenesinde bilateral el bileğinde hassasiyet dışında tüm sistemik muayenesi doğaldı. Laboratuvar testlerinde antinükleer antikor (ANA) 2+ granüler patern, SS-A ve SS-B negatif, C-reaktif protein (CRP): 17,14 mg/L (0- 5), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 42 mm/h, Immunglobulin-G (Ig-G): 2152 mg/dl (700-1600), romatoid faktör (RF): 0 IU/mL (0-20), kompleman-3 (C3): 186 mg/dl (90-180), C4: 41 mg/dl (10-40), anjiotensin konverting enzim (ACE): 93 U/L (8-52) ve 24 saatlik idrarda kalsiyum atılımı 112,2 mg/gün saptandı. Hastanın göz tutulumunu değerlendirmek amacıyla yapılan Schirmer testi sağ 2, sol 3 mm olarak tespit edildi. Yapılan tükürük bezi biyopsisinde lenfositik siyaloadenit, fokus skoru > 1 olarak saptandı. Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk ve toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT)'sinde subkarinal, parakardiyak, bilateral hiler bölgede çok sayıda boyutları büyümüş patolojik görünümde lenf nodları izlendi. Akciğer parankim alanlarının değerlendirilmesinde; her iki akciğer alt loblarda periferik kesimlerde retiküler dansite artışları ve yer yer buzlu cam dansiteleri izlendi. Endobronşial ultrasonografi eşliğinde transbronşial iğne biyopsisinde (EBUS-TBİA) non-nekrotizan granümatöz lenfadenit saptandı. Alınan materyalden gönderilen asidorezistan basil (ARB) boyama ve tüberküloz polimeraz zincir tepkimesi (PCR) sonucu negatif olarak geldi. Hastaya Sarkoidoz akciğer tutulumuna yönelik metilprednizolon 64 mg/gün başlandı ve yaygın eklem ağrılarının olması nedeniyle hidroksiklorokin 200 mg/gün eklendi.



Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



Sonuç:

Sarkoidoz çoğunlukla kendini sınırlayan, kendiliğinden iyileşebilen bir hastalıkken, Sjögren sendromu akciğer tutulumu kalıcı organ hasarına yol açabilen bir hastalıktır. Bu sebeple, Sjögren sendromunu taklit eden sarkoidozu, Sarkoidoz- Sjögren sendromu birlikteliğinden ayırt etmek prognostik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler : anti-nükleer antikor, sarkoidoz, sjögren sendromu

S-011

COVID-19 Pandemisi Öncesi ve Sonrasında Toraksa Yönelik Girişimsel İşlemler

Şerife Torun¹

¹Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Gögüs Hastalıkları Kliniği, Konya

Giriş:

Covid- 19 pandemisi öncesi ve sonrası dönem toraksa yönelik yapılan girişimsel işlemlerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot:

Ülkemizde pandeminin ilan edildiği tarih (11. 3. 2020) ten önceki onaltı ay ile sonraki onaltı aylık dönemde Başkent Üniversitesi Konya Araştırma ve Uygulama Hastanesi Girişimsel radyoloji bölümünde toraksa yönelik plevral efüzyon boşaltılması/ biyopsisi ve bilgisayarlı tomografi (BT) eşliğinde akciğer biyopsisi yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Covid-19 pandemisi öncesi dönemde 100 hastaya, pandemi sonrası dönemde 141 hastaya plevral efüzyon boşaltma/ plevra biyopsisi işlemi uygulanmıştır. Plevral efüzyon boşaltma/ plevra biyopsisi için pandemi öncesi ve sonrası anestezi-reanimasyon (38, 21), enfeksiyon (1, 2), göğüs (17, 31), kardiyovasküler cerrahi (1, 4), onkoloji (9, 20), pediatrik kardiyoloji (8, 19), kardiyoloji (17, 18) ve neonatoloji (2, 4) kliniklerinden hastalar alınmıştır. Plevral efüzyon boşaltma pandemi öncesine göre ve %41 oranında artmıştır. BT eşliğinde akciğer biyopsisi için göğüs hastalıkları, onkoloji, genel cerrahi, gastroenteroloji ve genel radyolojiden (31, 38) hasta yönlendirilmiştir. Gögüs hastalıkları kliniğinden plevral efüzyon boşaltılan hasta sayısı (7, 31), BT eşliğinde akciğer biyopsisi yapılan hasta sayısı ise (23, 29) dur. Onkolojiden BT eşliğinde akciğer biyopsisi için yönlendirilen hasta sayısı pandemi (6, 7)dir. Gögüs hastalıkları kliniğinde yapılan bronkoskopi sayısı 4 tür. BT eşliğinde yapılan akciğer biyopsilerinde 2 hastada tanı konulamamış ve işlemin tekrarı gerekmiştir.



Gülhane Göğüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



Tartışma:

Hastanemizde toraksa yönelik girişimsel işlemlerin sayısındaki en büyük artış göğüs hastalıklarından yönlendirilen hastalardan olmuştur. Pandemi döneminde bronkoskopi gibi aerosol üreten veya hastayla uzun süreli yakın temas içinde olmayı gerektiren plevral efüzyon boşaltma/ biyopsi gibi işlemlerin yapılamaması, hastaların tanı ve tedavilerinde gecikmelere yol açabilmektedir. Girişimsel radyolojiden sağlanan yüksek tanı ve tedavi oranları ve bronkoskopide karşılaşılabilecek riskler de göz önüne alındığında hastalar için büyük fayda sağlanmıştır.

Sonuç:

Pandemi döneminde girişimsel radyoloji ile koordineli çalışmak ve bronkoskopi yerine uygun vakalarda BT eşliğinde transtorakal biyopsi yapmak, tanı değeri yüksek ve daha güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler : Bronchoscopy, Covid-19, Interventional Radiology

S-014

Pulmoner Hipertansiyon Gelişmiş Atriyal Septal Defekt: PAH Spesifik Tedaviden ASD Kapamaya

Serkan Asil¹, Muhammet Geneş¹, Uygur Çağdaş Yüksel¹, Murat Çelik¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

Giriş:

Atrial septal defekt. (ASD) bikuspit aortadan sonra erişkin yaş grubunda en sık konjenital kalp hastalığıdır. Hastaların büyük bir kısmı asemptomatik veya minimal semptomlar ile tanı ve tedavi sürecine giderken, çok az bir kısmında pulmoner hipertansiyon (PAH) ve sağ kalp yetersizliği gelişebilmektedir.

Materyal ve Metot:

Bu bildiride pulmoner hipertansiyon gelişmiş bir ASD hastasında PAH spesifik tedavi sonrası ASD kapama gerçekleştirilmesi anlatılacaktır.

Bulgular:

26 yaşında kadın hasta dispne ve efor kapasitesinde azalma şikâyeti ile başvurdu ve yapılan ekokardiyografisinde sistolik pulmoner arter basıncı 75mmHg ve 15 mm'lik ASD saptandı. Yapılan TEE ve kardiyak BT'de defekt çapı 17x24 mm olarak ölçülen hastaya perkütan ASD kapama planı öncesi kardiyak kateterizasyon yapıldı. Kardiyak kateterizasyonda sistolik pulmoner arter (sPAB) basıncı 68mmHg ve PVR 6.24 woods saptanması üzerine perkütan kapama işlemi öncesi PAH spesifik tedavi verilmesine karar verildi. Hastaya masitentan 10mg 1x1 tedavisi başlandı ve 3 ay sonra yapılan kontrol kardiyak kateterizasyonda sPAB 61 mmHg PVR 5.68 woods saptandı. Bunun üzerine ASD kapama işlemi tekrar ertelendi ve hastanın tedavisine tadalafil 20mg 2x1 eklenerek takibe devam edilmesi kararı verildi. 4 ay sonra yapılan kontrol ekokardiyografide sPAB 45mmHg saptanan hastaya tekrar kardiyak kateterizasyon kararı alındı. Kardiyak kateterizasyonda sPAB47mmhg PVR 4.11 woods saptanması üzerine aynı seansta 22mm ASD kapama cihazı ile ASD kapama işlemi yapıldı. Hastanın 6 ay da ikili PAH spesifik tedavi ile takibi sonrası yapılan ekokardiyografide sPAB 25mmHg saptanması üzerine medikal tedavisi kesilerek asemptomatik olarak takibi alındı.



**Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



Tartışma:

Pulmoner hipertansiyon gelişmiş ASD hastalarında PAH spesifik tedavi sonrası PVR 5 woods altına düştüğünde ASD kapama önerilmektedir. Dekompanzasyonu önlemek amaçlı bu hastalarda minimal şanta izin veren fenestre cihazların kullanımı öncelikli düşünülmelidir. PAH spesifik tedavide hangi ajanın kullanılacağına dair geniş çaplı çalışmalar yoktur ve merkez tecrübeleri öne çıkmaktadır. Endotelin reseptör antagonistleri ve fosfodiesteraz inhibitörleri ve bunların kombinasyonu tedavide genellikle tercih edilen ajanlardır

Sonuç:

Tüm bu bilgiler ışığında pulmoner hipertansiyon gelişmiş ASD hastaların takip ve tedavisi tecrübeli merkezlerce yönetilmelidir.

Anahtar Kelimeler : Atriyal septal defekt, PAH spesifik tedavi, perkütan ASD kapama, pulmoner hipertansiyon

SÖZLÜ BİLDİRİ TAM METİNLERİ

S-002

Yoğun Bakımda Nadir Ancak Ölümcül Olabilen Bir Komplikasyon: Pnömotoraks Olgusu Serisi

Mahmut Yılmaz¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Özet

Giriş: Pnömotoraks riski altta yatan ARDS benzeri hastalıklar, hastanın mekanik ventilatör(MV) desteğinde olması, santral venöz katater(SVK), plöroken gibi invaziv işlemlerin uygulanmasıyla artmaktadır.

Bulgular: Bu olgu serisinde yoğun bakım ünitemizde 01 Ocak-30 Haziran 2021 tarihleri arasında yoğun bakımda takip ettiğimiz 463 hastadan pnömotoraks gelişen 7(%1,5) hastanın klinik özellikleri ve tedavi sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların 6'sı(%87,5) erkek; 1(%12,5) hasta ise kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 66,7±27,7(21-89) idi. APACHE II skoru ortalaması ise 24±6 (15-34) idi. Yoğun bakım kabul nedenleri ise sırasıyla 2 hastada(%28,5) serebrovasküler nedenler; 2 hastada (%28,5) pnömoni ve birer hastada da akciğer dışı malignite, GİS kanaması ve ürosepsisti. Olgu serimizde 2(%28,5) hastada kardiyopulmoner resistüasyonu(KPR) takiben, 4(%57,1) hastada SVK'ı takiben ve 1(%14,2) hastada ise spontan pnömotoraks geliştiği gözlemlendi. Pnömotoraks geliştiğinde hastalardan 4'ü(%57,1) MV desteğindeydi. 6 hastaya tüp torakostomi uygulanırken bir hastada minimal pnömotoraks olması nedeniyle müdahale düşünülmeydi. Torakostomi tüpü ortalama 12,5(min.4–max.45) gün sonra çekildi. Tüp torakostomi uygulanan 6 hastadan sadece 1 hastaya eksternal aspirasyon gerekti ve yine sadece 1 hastada eşlik eden cilt altı amfizem gelişti. Diğer hastalarda tüpe bağlı bir komplikasyon görülmedi. Hastaların ortalama yoğun bakım yatış süresi 34,8(2-81) gündü. 5 hastada yoğun bakımda yatışı süresi içerisinde mortalite gelişti. Mortalite gelişen 5 hastanın 4'ü KPR uygulanan hastalardı. Pnömotoraks ve torakostomi tüpü komplikasyonlarına bağlı mortalite gelişmemiştir.

Tartışma ve Sonuç: Plevral alanda hava olması olarak tanımlanan pnömotoraks primer, sekonder ve travmatik sebeplerle oluşabilir. Pnömotoraksın tanısı fizik-muayene, direk grafi ve/veya thorax BT ile konulabilir. Tedavi seçimi hastanın genel durumuna ve pnömotoraksın boyutuna bağlı olarak değişebilmektedir. Sonuç olarak kimi zaman hayatı tehdit edici komplikasyona yol açabilen pnömotoraksın erken tanınması ve hastanın kliniğine göre tedavi metoduna karar verilmesi hayat kurtarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: Pnömotoraks, yoğun bakım

Giriş

Altta yatan ARDS benzeri hastalıklar, hastanın mekanik ventilatör desteğinde olması, santral venöz katater, plöroken gibi invaziv işlemler pnömotoraks riskini arttırmaktadır. Atipik yerleşimli olabilmesi nedeniyle kimi zaman tanı koymak zor olsa da riskli hastalarda pnömotoraksın akılda tutulması, fizik muayene ve ön arka akciğer grafisiyle kontrolü tanı konulmasında yardımcıdır. Bu olgu serisinde yoğun bakım ünitemizde 01 Ocak-30 Haziran 2021 tarihleri arasında takibi esnasında pnömotoraks gelişen 7 hastanın klinik özellikleri ve tedavi sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular

01 Ocak-30 Haziran 2021 tarihleri aralığında yoğun bakım kliniğimizde yatarak tedavi gören 463 hastanın 7'sinde (% 1,51) pnömotoraks gelişmiştir. Hastaların 6'sı (%87,5) erkek; 1 (%12,5) hasta ise kadın idi. Hastaların yaş ortalaması $66,7 \pm 27,7$ (21-89) idi. Yoğun bakım yatışının ilk 24 saatinde hesaplanan APACHE II skoru ortalaması ise 24 ± 6 (15-34) idi. Yoğun bakım kabul nedenleri ise sırasıyla 2 hastada (%) serebrovasküler nedenler; 2 hastada (%) pnömoni ve birer hastada da akciğer dışı malignite, GİS kanaması ve ürosepsisti. Olgu serimizde 2 (%28,5) hastada kardiyopulmoner resisütasyonu (KPR) takiben, 4 (%57,1) hastada santral venöz kataterizasyonu takiben ve 1 (%14,2) hastada ise invaziv mekanik ventilasyon desteğindeyken kendiliğinden pnömotoraks geliştiği gözlemlendi (Resim 1a). Pnömotoraks geliştiğinde hastalardan 4'ü (%57,1) invaziv mekanik ventilasyon desteğindeydi. Pnömotoraks 5 hastada yoğun bakım yatışının ilk haftası içerisinde gelişmiş iken 1 hastada yatışının 17. gününde diğer hastada ise yatışının 42. gününde gelişti. Pnömotoraks hastaların 5'inde (%71,4) sağ hemitoraks, 2 hastada ise sol hemitoraks yerleşimliydi. 6 hastaya tüp torakostomi uygulanırken bir hastada minimal pnömotoraks olması nedeniyle müdahale düşünülmeydi. Tüp torakostomi ortalama $12,5$ (min.4 – max. 45) gün sonra çekildi. Tüp torakostomi uygulanan 6 hastadan sadece 1 hastaya eksternal aspirasyon gerekti ve yine sadece 1 hastada eşlik eden cilt altı amfizem gelişti (Resim 1b). Diğer hastalarda tüpe bağlı bir komplikasyon görülmedi. Hastaların ortalama yoğun bakım yatış süresi $34,8$ (2-81) gündü. 5 hastada yoğun bakımda mortalite gelişti. Mortalite gelişen 5 hastanın 4'ü KPR uygulanan hastalardı. Pnömotoraks ve tüp torakostomi komplikasyonlarına bağlı mortalite gelişmemiştir.

Tartışma ve Sonuç

Plevral alanda hava olması olarak tanımlanan pnömotoraks primer, sekonder ve travmatik sebeplerle oluşabilir. Hem primer hem de sekonder pnömotoraks erkeklerde daha sık görülmektedir. Pnömotoraksın tanısı fizik-muayene, direk grafi ve/veya thorax BT ile konulabilir. Tedavi seçimi hastanın genel durumuna ve pnömotoraksın boyutuna bağlı olarak değişebilmektedir. Pnömotoraksın küçük bir alanda olduğu vakalarda konservatif takip yeterli



Gülhane Göğüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



olabilirken (1), hastanın genel durumunu bozan daha büyük pnömotoraksın eşlik ettiği vakalarda iğne aspirasyonu, göğüs tüpü drenajı, video destekli göğüs cerrahisi (VATS) ve açık cerrahi müdahaleler gerekebilmektedir. Plevral alandaki basıncın pozitifte dönerek hipoksi, hipotansiyon ve venöz dönüşün azalması ile birlikte hayatı tehdit edici bir komplikasyona yol açabilen tansiyon pnömotoraks gelişimi pnömotoraksın en ciddi komplikasyonudur. Özellikle eğitim ve araştırma hastanelerinde daha sık gözlenen iatrojenik pnömotoraks gelişme riskinin klinik standardizasyon, simülatör eğitimi ve USG gibi yardımcı tekniklerin kullanımı ile azaldığı gösterilmiştir (2). Her ne kadar santral venöz katater takılması sonrası akciğer grafisiyle kontrol edilmesi bir alışkanlık olarak süregelse de Chui ve ark. tarafından üçüncü basamak bir merkezde yaklaşık 7 yıllık bir süre zarfında santral venöz katater takılan 6875 hasta retrospektif olarak incelenmiş ve USG eşliğinde takılan kataterlerden sonra grafi ile kontrol etmenin maliyet etkin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (3).

Sonuç olarak pnömotoraksın erken tanınması ve hastanın kliniğine göre tedavi metoduna karar verilmesi hayat kurtarıcıdır. Santral venöz katater takılması gibi invaziv işlemler esnasında USG kullanımı teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pnömotoraks, yoğun bakım

Kaynaklar

1. Hefny AF, Kunhivalappil FT, Matev N, Avila NA. et al. Management of computed tomography-detected pneumothorax in patients with blunt trauma: experience from a community-based hospital. Singapore Med J. 2018 Mar;59(3):150-154.
2. Shieh L, Go M, Gessner D, Chen JH. et al. Improving and sustaining a reduction in iatrogenic pneumothorax through a multifaceted quality-improvement approach. J Hosp Med. 2015 Sep;10(9):599-607.
3. Chui J, Saeed R, Jakobowski L, Wang W. et al. Is Routine Chest X-Ray After Ultrasound-Guided Central Venous Catheter Insertion Choosing Wisely?: A Population-Based Retrospective Study of 6,875 Patients. Chest. 2018 Jul;154(1):148-156.

S-003

COVID-19'da Pulmoner Tromboemboli

Figen Öztürk Ergür¹, Ayperi Öztürk¹, Melahat Uzel Şener¹, Alp Şener²

¹Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı

Özet

Amaç: Bu çalışmada, COVID-19 hastalarında, akut hastalıkla ilgili semptomların geliştiği tanısında ortaya çıkan venöz tromboemboli sıklığını saptamak ve D-dimer düzeyi ile pulmoner tromboemboli (PTE) ilişkisini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif olarak yürütülen çalışmamıza, COVID-19 tanısı alan, >500 mg/L olan değerler yüksek olarak kabul edilen D-dimer düzeyleri kaydedilen ve PTE şüphesi ile pulmoner anjiyografi (BTA) çekilen 687 hasta dahil edildi. Hastalar PTE tanısına göre iki gruba ayrılarak tek değişkenli analizleri gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Pulmoner BTA tetkiki ile %11,4 oranında (n=78) PTE saptanmıştır. PTE'lerin 2'si (%2,6) ana pulmoner arterde, 47'si (%60,3) segmental arterde, 12'si (%15,4) subsegmental arterlerde ve 17'si (%21,8) de intraparakimal olarak saptanmıştır. Hastaların 32'sine (%4,7) alt ekstremitte venöz doppler ultrasonografi tetkiki uygulanmış olup bu tetkiklerin %12,5'inde (n=4) derin ven trombozu saptanmıştır. PTE olan hasta grubunda erkek hasta oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (%60,3 vs %39,7). PTE grubunda yaş diğer hastalara göre yüksek bulunmuştur (%58,5 (50,0-69,0)). Hipertansiyon (%21,8), KOAH (%15,4) ve Diabetes Mellitus (%11,5) gibi eşlik eden hastalıklar PTE grubunda anlamlı derecede daha yüksek tespit edilmiştir. Diğer komorbid hastalıklar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. D-dimer düzeyi PTE grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (1535 (960-3710)). Erkek hasta grubu ayrıca değerlendirildiğinde PTE olan hastaların D-dimer ortancası, olmayan hastalardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (1770 vs 1270). D-dimer'in PTE tanısındaki değerinin belirlenmesi için yapılan analizlerde 1000ng/mL nin eşik değer olarak kullanılabileceği ortaya konmuştur.

Sonuç: COVID-19 hastalığında tromboza güçlü bir eğilim söz konusudur ve solunumsal semptomları olan hastalarda sıklıkla BTA ile PTE varlığını değerlendirmek gerekir. Çünkü, başvuru sırasında bile anormal D-dimer değerlerine sahip COVID-19 hastalarında yaşa göre düzeltilmiş değerler yararlı görünmemektedir. Çalışmamızda elde edilen 1000ng/mL değeri bazal değer olarak kullanılabilir. Ancak, çalışmamızın retrospektif ve kısıtlı sayıda hasta ile yapılması bu konuda net bir görüş oluşturmaya dezavantaj oluşturmaktadır.

Anahtar kelimeler: Covid-19, D-dimer, Pulmoner tromboemboli

Giriş

Coronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19), Ağustos 2021 itibariyle dünya çapında 209 milyon insanı etkilemiş ve yaklaşık olarak 4,5 milyon insanın ölümüne sebep olmuş pandemi nedenidir(1). İleri yaş ve komorbid durumlar, COVID-19 hastalarında morbidite ve mortalite için başlıca risk faktörleridir(2). COVID-19'a bağlı ölüm nedenleri çok faktörlü olmakla birlikte, pnömoniden kaynaklanan solunum yetmezliği ve sonrasında gelişen akut solunum sıkıntısı sendromu başlıca katkıda bulunandır(3). COVID-19'lu kritik hastalarda protrombotik pıhtılaşma anormallikleri ve tromboembolizm sık görülen komplikasyonlar olarak ortaya çıkmaktadır ve bu komplikasyonlar morbidite ve mortaliteye katkıda bulunabilir(4). Bu hastalarda yüksek D-dimer seviyeleri ve yüksek pulmoner tromboembolizm oranları bildirilmiştir. Özellikle pulmoner tromboemboli (PTE), COVID-19'daki tromboembolik olayların çoğunluğundan sorumludur(5), ancak COVID-19'lu hastalarda PTE ile derin ven trombozu (DVT) arasındaki ilişki belirsizliğini korumaktadır(6). Ayrıca, D-dimer seviyeleri COVID-19'da sağkalım(7) ve tromboembolik olaylar için bağımsız bir belirteç olarak kabul edilmektedir(8), ancak COVID-19'lu hastalarda PTE için D-dimer testlerinin tanısasal doğruluğu ile ilgili yeterli veri yoktur.

Biz de çalışmamızda, COVID-19 hastalarında, tanı anında ortaya çıkan PTE ve DVT sıklığını saptamayı ve D-dimer düzeyi ile pulmoner tromboemboli ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Materyal - Metot

Çalışmamız Ankara Atatürk Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma hastanesinde retrospektif bir çalışma olarak planlanmış olup, hastaların klinik bilgilerine, laboratuvar bulgularına ve toraks BT anjiyografi görüntülerine hastane veri tabanı ve dosyaları kullanılarak ulaşıldı. Çalışmaya; Ağustos 2020 ile Aralık 2020 tarihleri arasında hastanemiz acil servis ile covid polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü hastalardan, laboratuvar onaylı gerçek zamanlı ters transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyon (RT-PCR) testi pozitifliği ile COVID-19 tanısı alan veya klinik-radyolojik yüksek şüpheli covid-19 kabul edilen, PTE şüphesi ile pulmoner BT- anjiyografi (BT-A)çekilen hastalar dahil edildi.

18 yaşından küçük, daha önce PTE tanısı olan, araştırılan kriterlere dosya veya bilgisayar ortamında ulaşılamayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Toplam 704 hastanın verileri geriye dönük tarandı. D- dimer sonucu olmayan 17 hasta dışlandıktan sonra, çalışma dahil edilme kriterlerine uygun 687 hasta çalışmaya alındı. Plazma D-dimer, hastanemizde lateks aglütinasyon testi (STA Liatest D-dimer, DiagnosticaStago, Asnieres-sur-Seine) kullanılarak kantitatif olarak ölçülmekte olup D-dimer tahmini için sitrat plazma 10 dakika 3500 rpm' de santrifüjlenerek elde edilmektedir. Dahil edilen tüm hastaların D-dimer düzeyleri kaydedildi. D-dimer seviyesi >500 mg/L yüksek D-dimer düzeyi olarak tanımlandı.

İstatistiksel Yöntem

Çalışmanın istatistikleri SPSS for Windows 16.0 Paket program ile yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin dağılım analizleri için Shapiro-Wilk testi kullanılmış olup $p < 0,05$ düzeyindeki



Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



değişkenlerin normal dağılmadığı kabul edilmiştir. Normal dağılmayan bağımsız iki grup arasında ortancalarının karşılaştırılması için Mann Whitney-U testi kullanılmış olup bu değişkenler ortanca ve çeyreklikler arası aralık ile ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerin oran karşılaştırmaları Ki-Kare ve Fisher'sExact testleri ile gerçekleştirilmiş ve değişkenler örnek sayısı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde istatistiksel anlamlı fark saptanan parametreler için PTE tanısına yönelik çoklu lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde bağımsız etken olarak tespit edilen D-dimer değişkeni için ROC analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda belirlenen cut-off düzeyleri için tanısal istatistikler verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ düzeyi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya 19-94 yaş aralığında (ortanca: 51.0 / IQR: 40,0-63,0) ve 403'ü (%58,7) kadın olmak üzere toplam 687 hasta dahil edilmiştir. Erkeklerin yaş ortancası 54 (42-64), kadınların yaş ortancası 49 (39-61) iken bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.005$). Pulmoner BT anjiyografi tetkiki ile %11,4 oranında ($n=78$) PTE saptanmıştır. 2 hastada (%2,6) PTE ana pulmoner arterde tespit edilirken 47'si (%60,3) segmental arterde, 12'si (%15,4) subsegmental arterlerde ve 17'si (%21,8) de intraparakimal dallarda saptanmıştır. Hastaların 32'sine (%4,7) alt ekstremité venöz doppler ultrasonografi tetkiki uygulanmış olup bu tetkiklerin %12,5'inde ($n=4$) derin ven trombozu saptanmıştır. Bu 4 pozitif tetkik sonucunun 3'ü PTE olan hasta grubunda 1'i ise PTE olmayan hasta grubunda tespit edilmiştir.

Hastalar PTE tanısına göre iki gruba ayrılarak tek değişkenli analizler gerçekleştirilmiştir. PTE olan hasta grubunda erkek hasta oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (%60,3 vs %39,7; $p<0,001$). PTE grubunda yaş diğer hastalara göre yüksek bulunmuştur. Hipertansiyon (HT), KOAH ve Diabetes Mellitus (DM) gibi eşlik eden hastalıklar PTE grubunda anlamlı derecede daha yüksek tespit edilmiştir. D-dimer düzeyi PTE grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. PTE tanısına göre gruplarda demografik ve D-dimer

		PTE		p-value
		var	yok	
		N (n- %)	N (n- %)	
Cinsiyet	Kadın	372 (61.1)	31 (39.7)	<0.001*
	Erkek	237 (38.9)	47 (60.3)	
Yaş	Med (IQR)	50.0 (39.0-61.0)	58.5 (50.0-69.0)	<0.001†
	Mean ± SD	50.4 ± 15.0	59.0 ± 13.5	
Kororbidite (en az bir)		128 (21)	30 (38.5)	0.001*
HT		61 (10)	17 (21.8)	0.002*
COPD		46 (7,6)	12 (15.4)	0.019*
CHF		4 (0,7)	2 (2.6)	0.141‡
DM		29 (4,8)	9 (11.5)	0.029‡
CAD		6 (1)	3 (3.8)	0.071‡
Malignite		20 (3,3)	1 (1.3)	0.496‡
Romatolojik hastalıklar		8 (1,3)	0 (0)	0.607‡
CKD		0 (0)	0 (0)	-
D-dimer	Med (IQR)	1030 (700-1780)	1535 (960-3710)	<0.001†
	Mean ± SD	1681.3 ± 2112.3	5700.3 ± 12571.0	

PTE: pulmoner tromboembolizm; IQR: çeyrekler arası aralık; SD: standart sapma; HT: hipertansiyon; KOAH: kronik obstrüktif akciğer hastalığı; CHF: kronik kalp yetmezliği; DM: şeker hastalığı; KAH: koroner arter hastalığı; KBH: kronik böbrek hastalığı *Pearson Ki-kare testi †Mann Whitney-U testi ‡Fisher'ın Kesin testi

Her iki-cinsiyet için ortalama D-dimer düzeylerine bakıldığında; PTE saptanan kadınların d-dimer düzeyleri arasında fark saptanmazken (p=0.087) PTE tespit edilen erkeklerin d-dimer seviyeleri oldukça yüksekti (1770, p<0.001) (Tablo 2).

PTE saptanan tüm hastalar değerlendirildiğinde ise kadın ve erkek hastaların D-dimer ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 2; p=0.133).

Tablo 2. PTE teşhisine göre D-dimer seviyeleri (cinsiyet ayrı)

Değişkenler		PTE		Mann Whitney-U test p-value
		Var	Yok	
		Median (IQR)	Median (IQR)	
Cinsiyet	Kadın	1270 (770-2950)	1060 (720-1720)	0.087
	Erkek	1770 (1030-5750)	1000 (680-1920)	<0.001
Mann Whitney-U test; p-value		0.133	0.856	

PTE tanısı için yapılan çoklu lojistik regresyon analizinde yaş, cinsiyet ve D-dimer'in bağımsız belirteç oldukları tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Pulmoner tromboemboli tanısı için çoklu regresyon analizi

		B	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Yaş	0.030	0.002	1.031 (1.011-1.051)
	Cinsiyet (1)	0.571	0.036	1.770 (1.037-3.020)
	HT (1)	0.209	0.568	1.233 (0.601-2.529)
	COPD (1)	0.183	0.645	1.201 (0.551-2.616)
	CHF (1)	-0.227	0.824	0.797 (0.108-5.875)
	DM (1)	0.371	0.435	1.450 (0.570-3.683)
	CAD (1)	0.220	0.797	1.245 (0.233-6.649)
	D-dimer	0.000131	<0.001	1.000131 (1.0001-1.0002)
	Constant	-3.748	<0.001	0.02356

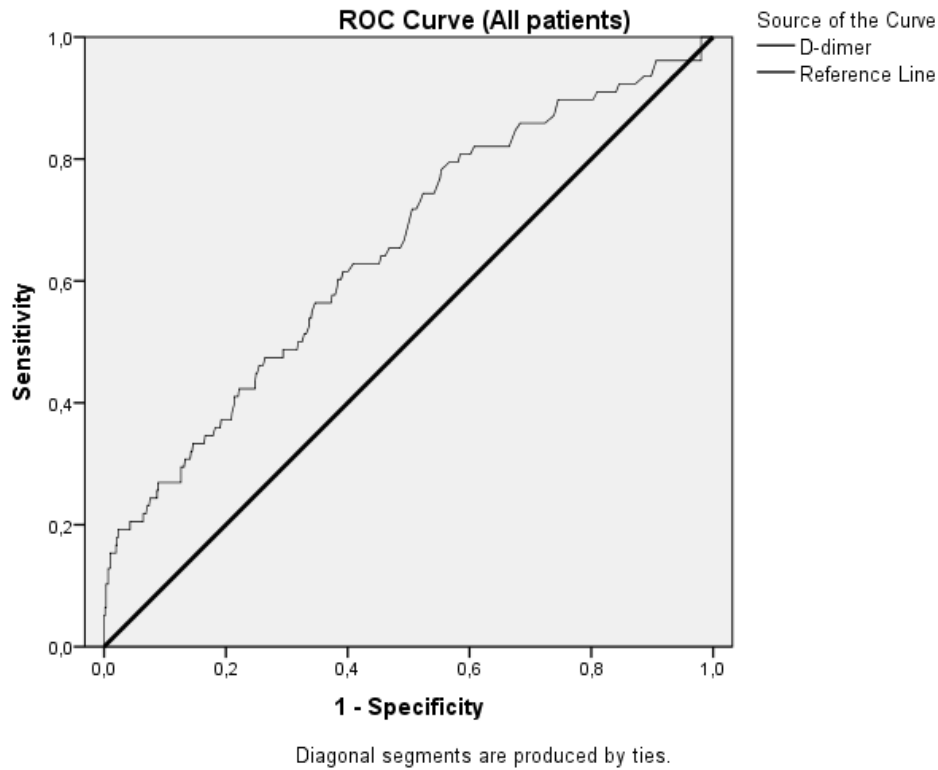
1^a : 1. adımda girilen değişken(ler): Yaş, cinsiyet, HT: hipertansiyon; KOAH: kronik obstrüktif akciğer hastalığı; CHF: kronik kalp yetmezliği; DM: şeker hastalığı; CAD: koroner arter hastalığı, D-dimer.

Denklem: “logit (p) = -3.748 + (0.03 x yaş) + (0.571 x 1) erkek ise + (0.000131 x D-dimer)”

D-dimer'in PTE tanısında cut-off değerinin belirlenmesi için yapılan ROC analizinde eğri altında kalan alan (AUC) 0.651 (%95 CI;0.585-0.718) olarak hesaplandı (Şekil 1; p<0.001). D-dimer'in farklı cut-off değerlerinin tanısal değerlilik parametreleri ise Tablo 4'te verildi. Aynı tabloda yaş ile düzeltilmiş D-dimer düzeyinin tanısal değerliliği de verilmiştir. Buna göre kullanılabilir D-dimer cut-off düzeyi 1000 ng/mL olarak göze çarpmaktadır (youden's indeksi=0.22).

Tablo 4. D-dimer eşik seviyeleri için teşhis istatistikleri (tüm hastalar)						
Cut-point	Sensitivite(%)	Spesifite (%)	PPV (%)	NPV (%)	Youden's index	Accuracy (%)
Yaş x 10	94.87	8.54	11.73	92.86	0.034	18.34
500	96.15	7.06	11.70	93.48	0.032	17.18
535	96.15	9.36	11.96	95.00	0.055	19.21
645	91.03	19.05	12.59	94.31	0.101	27.22

755	85.90	31.69	13.87	94.61	0.176	37.85
880	82.05	39.24	14.75	94.47	0.213	44.10
1000	74.36	47.62	15.38	93.55	0.220	50.66
1430	56.41	65.35	17.25	92.13	0.218	64.34
1790	44.87	75.04	18.72	91.40	0.199	71.62
2430	33.33	85.39	22.61	90.91	0.187	79.48
3690	26.92	91.13	28.00	90.69	0.181	83.84



Resim 1. PTE tanısında D-dimer testi tanı değeri için yapılan Roc analizi

Tartışma

Bu çalışma ile COVID-19 hastalığında klinik takipte her ne kadar D-dimer düzeyinin yükselebildiği bilinse de (kötü prognostik belirteç) >1000ng/mL değerlerin PTE yönünden araştırılması gerekliliği vurgulanmaktadır.

COVID-19 hastalığında tromboza güçlü bir yatkınlık söz konusudur ve solunumsal semptomlar klinisyenleri sıklıkla PTE varlığını değerlendirmeye yönlendirir(9). Poissy ve ark. yaptığı çalışmada, COVID-19'lu hastaların yaklaşık %20 ila %30'unda PTE saptamıştır(10). [Bompard](#) ve ark yaptığı çalışmada, **COVID-19 pnömonisi olan hastalarda genel olarak %24 (%17-32), yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'nde %50 (%30-70) ve diğer hastalarda %18 (%12-27) PTE insidansı bildirilmiştir(11).** Rali ve ark. nın yaptığı diğer bir çalışmada VTE tespiti yapılan hastalarda akut VTE insidansı %17'dir (147 hastanın 25'i). 25 hastanın 16'sında akut PTE (sadece PTE 'li 11 ve eşzamanlı akut DVT'li 5 hasta) vardı. Ondört hastada akut DVT vardı (dokuzu sadece DVT ile ve beşi eşzamanlı PE ile). Bu 14 hastanın 9'unda alt ekstremitte DVT'si, 2'sinde üst ekstremitte DVT'si ve 3'ünde hem üst hem alt ekstremitte DVT'si vardı(12). Bizim çalışmamızda ise; pulmoner BT-A tetkiki ile %11,4 oranında (n=78/687) PTE saptanmıştır. Hastaların 32'sine (%4,7) alt ekstremitte venöz doppler ultrasonografi uygulanmış ancak sadece 4 (%12,5) hastada DVT saptanmıştır. DVT si olan hastanın 4'ünde de PTE nin eşlik ettiği gözlenmiştir.

Cho ve ark. da COVID-19 hastalığında DVT için d-dimer'in tanısal faydasını araştırdı. 158 COVID-19 hastasını içeren bu retrospektif kohort çalışmasında Cho ve ark. 6.494 ng/mL'den düşük d-dimer düzeyinin DVT'yi dışlamada %80,8 duyarlılığa ve %88,0 negatif prediktif değere sahip olduğu sonucuna varmıştır. İlginç bir şekilde, pozitif tahmin değeri, negatif tahmin değerine (%94,7) kıyasla daha düşük (%70,8) görünmektedir ki bu durum D-dimer'in tanıdaki değerinin, COVID-19 olmayan hastalardan daha düşük olduğunu gösteriyor(13). 1014 vaka ile yapılan güncel bir çalışmada ise, COVID-19 hastaları arasında d-dimer testi için daha yüksek eşikler araştırılmıştır (örn. 2000 µg/L'den 4000 µg/L'ye). Ancak bunların duyarlılık ve özgüllüklerine göre uygun parametreler oldukları açık değildir(14). Diğer bir çalışmada, VTE'nin potansiyel belirleyicileri olarak başvuru ve taburculuktaki D-dimer değerleri değerlendirilmiştir. Başvuruda ≥ 1500 ng/mL'lik bir D-dimer seviyesinin VTE'nin bir göstergesi olduğu gösterilmiştir. Burada 500 ng/mL'lik geleneksel sınır değer veya yaşa göre düzeltilmiş değerler yararlı görünmemektedir; çünkü hastalar başvuru sırasında anormal D-dimer değerlerine sahipti. COVID-19 seyri sırasında D-dimer değerlerindeki önemli dalgalanmalar, D-dimer düzeylerinin VTE'nin bir öngörücüsü olarak kullanılmasını zorlaştırdığından, kabul edilebilir D-dimer değerlerine odaklanılmıştır(15).

Bizim çalışmamızda ise, D-dimer düzeyi PTE grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kadın ve erkek hastalar ayrı ayrı değerlendirildiğinde PTE olan veya olmayan hastaların D-dimer düzeyleri arasındaki fark kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p=0.087$), erkek hastalarda ise anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Çalışmamızda tek değişkenli analizlerde fark bulunan parametreler için yapılan çoklu lojistik regresyon analizinde yaş, cinsiyet ve D-dimer'in PTE tanısı için bağımsız belirteç oldukları tespit edilmiştir. D-dimer'in PTE tanısındaki değerinin belirlenmesi için yapılan analizlerde 1000ng/mL nin eşik değer olarak kullanılabileceği ortaya konmuştur. Aynı tabloda yaş ile düzeltilmiş D-dimer düzeyinin tanısal değeri de verilmiş ancak diğer değerlere göre üstünlük tespit edilmemiştir.

Sonuç olarak, COVID-19, aşırı inflamasyon, hipoksi, immobilizasyon ve yaygın intravasküler pıhtılaşma nedeniyle hem venöz hem de arteriyel tromboembolizme yatkınlık oluşturmaktadır. Son dönemde PTE şüphesi için öne çıkan yaşa göre düzeltilmiş D-dimer düzeyleri COVID-19 hastalarında yararlı görünmemektedir. Çalışmamızda elde edilen 1000ng/mL değeri cut-off değer olarak kullanılabilir. Ancak, çalışmamızın retrospektif ve kısıtlı sayıda hasta ile yapılması bu konuda net bir görüş oluşturmaya engel oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1. [Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Dijital Dönüşüm Ofisi. https://corona.cbddo.gov.tr](https://corona.cbddo.gov.tr)
2. Görlinger K, Dirkmann D, Gandhi A, Simioni P. Anesth Analg 2020;131(5):1324–1333.
3. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Lancet Respir Med. 2020;8(5):475–481.
4. Danzi GB, Loffi M, Galeazzi G, Gherbesi E. Eur Heart J 2020;41(19):1858.
5. Liu Y, Yang Y, Zhang C, et al. Sci China Life Sci 2020;63(3):364–374.
6. Chen J, Wang X, Zhang S, et al. Clin Appl Thromb Hemost 2020;26:1076029620936772.
7. Suh Y, Hong H, Ohana M, et al. Radiology 2020. 10.1148/radiol.2020203557. Published online December 15, 2020.
8. Miesbach W, Makris M, et al. Clin Appl Thromb Hemost 2020;26:1076029620938149.
9. Leena Ramadan Et al. J Emerg Med. 2021 Ağu; 46: 786-787.
10. Poissy Et al. Circulation. 2020 jul 14;142(2):184-186.
11. [Florian Bombard](#) Et al. [Eur Respir J](#). 2020 Tem; 56(1): 2001365.
12. [Parth Rali](#) Et al. [J Vasc Surg Venous Lymphat Disord](#). 2021 May; 9(3): 585–591.
13. [KonstantinosG Kyriakoulis](#) Et al. Phlebology. 2021 Mar;36(2):91-99.
14. Leena Ramadan Et al. J Emerg Med. 2021 Ağu; 46: 786-787.
15. Parth Ralii Et al. [J Vasc Surg Venous Lymphat Disord](#). 2021 May; 9(3): 585–591.e2.

S-005

Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastaların Nöropsikiyatrik Açıdan Değerlendirilmesi

Aydın Kant¹ , Hacer Kuzu Okur² , Zerrin Pelin³ , Hatice Türker⁴

¹Trabzon Vakfıkebir Devlet Hastanesi, Gögüs Hastalıkları Kliniği

²Acıbadem Altunizade Hastanesi, Gögüs Hastalıkları Kliniği

³Gazikent Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Nöroloji Kliniği

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Süreyyapaşa Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gögüs Hastalıkları Kliniği

Özet

Giriş: Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS), tekrarlayan apne epizodlarına yol açarak uyku bütünlüğü bozan ve işlevsellik düzeyini önemli ölçüde aksatan ve nöropsikiyatrik bozukluklara neden olan bir hastalıktır.

Materyal ve Metot: Çalışma prospektif olarak yapıldı. Polisomnografi(PSG) ile AHİ sonuçları belirlendi. OUAS tanılı hastalara nöropsikiyatrik durumlarını belirlemek amacıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği(HAD) ve İz Sürme Testi uygulandı. Bulgular tanımlayıcı istatistiksel metodlarla değerlendirildi.

Bulgular: Anksiyete varlığı ile İz A ve İz B süreleri ve İz A hata oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yokken ($p>0.05$), İz B hata oranları istatistiksel olarak anlamlı farklı idi ($p=0,035$).

Tartışma: OUAS'lı hastalardan anksiyeteli olgularda iz B hata yapma oranları anksiyete tespit edilmeyen olgulara göre yüksektir.

Sonuç: Mevcut bulgularla OUAS'lı hastalardaki kognitif fonksiyon bozukluğunun bu hasta popülasyonunda anksiyete ve depresyon semptomlarını algılamada bir değişikliğe yol açıp açmadığını söyleyebilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: "Anksiyete" , "Depresyon" , "OUAS"

Giriş

Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS), tekrarlayan apne epizodlarına yol açarak uyku bütünlüğü bozan ve işlevsellik düzeyini önemli ölçüde aksatan ve nöropsikiyatrik bozukluklara neden olan bir hastalıktır (1). Literatürde obstrüktif uyku apne sendromu ile bilişsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır (2). Psikiyatrik bozuklukların tanısında Hamilton Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Zung Depresyon Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği kullanılmaktadır (3). Çalışmamızda,OUAS'ın ağırlığı ile anksiyete ve depresyon arasında bir ilişki olup olmadığı ve OUAS'a bağlı oluşabilecek kognitif fonksiyon bozukluğu ve hastaların nöropsikiyatrik etkilenim düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot

Çalışma Süreyyapaşa Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Bozuklukları ünitesine başvuran hastalarda prospektif olarak yapıldı. Çalışmaya dahil etme kriterleri; olguların 20-65 yaş arasında olması, okur yazar olması, apne-hipopne indeksi (AHİ)'nin 5 ve üzerinde olması, çalışmaya katılmayı kabul etmesi, çalışmadan dışlanma kriterleri ise olguların son 6 ay içinde anksiyete ya da depresyona yönelik psikiyatrik tedavi almış olması, majör nörolojik,kardiyovasküler veya renal hastalık olması, OUAS dışında major bir solunum sistemi hastalığı olması (KOAHA, astım vb.)olarak belirlendi. Polisomnografi (PSG) ile AHİ sonuçları belirlendi. OUAS tanılı hastalara nöropsikiyatrik durumlarını belirlemek amacıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği(HAD) ve İz Sürme Testi uygulandı. Bulgular tanımlayıcı istatistiksel metodlarla değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya 45 hasta alındı. Çalışmaya alınan hastalarda, AHİ skoru ile anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).AHİ skorları ile İz A ve İz B süreleri, İz A ve İz B hata oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0,05$). Anksiyete varlığı ile İz A ve İz B süreleri ve İz A hata oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yokken ($p>0,05$), İz B hata oranları istatistiksel olarak anlamlı farklı idi ($p=0,035$) (Tablo 1). Depresyon varlığı ile İz A ve İz B süreleri, İz A ve İz B hata oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı($p>0,05$).

Tablo 1: Anksiyeteye İlişkin Değerlendirmeler

	Anksiyete var	Anksiyete yok	P
	n=11	n=34	
İz A süre (sn)	65,00±12,29	71,91±21,05	0,309
İz B süre (sn)	121,00±30,50	121,97±35,48	0,936
İz A hata n(%)	0	2 (%5,9)	1,000
İz B hata n(%)	10 (%90,9)	19 (%55,9)	0,035*

Tartışma

Uyku bozuklukları depresyonun önemli bir belirtisidir, ancak kronik bir uyku bozukluğu da depresyona neden olabilir. İnsan hayatında uyku ihtiyacının periyodik olarak arttığı ve azaldığı bilinmektedir. Bireyler zaman zaman daha fazla veya daha az uykuya ihtiyaç duyarlar. İş değişiklikleri ve stres bozuklukları gibi uyku ihtiyacını etkileyen birçok faktör vardır. Zihinsel aktiviteler, depresyon ve stres uyku ihtiyacını etkiler. OUAS'ın ruhsal bozukluklara ve nöropsikiyatrik hastalıklara neden olup olmadığı henüz tam olarak ortaya konulamamıştır (4). Ancak yapılan muayenelerde klinik anksiyete ve depresyonu olan hastalarda uyku sorunları saptanmıştır (5).

Çalışmamızda AHİ ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

OUAS'ta depresyon oranı çalışmalarda oldukça değişkenlik göstermektedir. Çalışmalarda bu hastalarda %8 ile %60 arasında değişen çok farklı depresyon oranları bildirilmiştir (6-7) . Çalışmamızda OUAS'lı hastalarda depresyon prevalansı %35 ,anksiyete oranı %24,4 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda olduğu gibi HAD ölçeği kullanılarak OUAS'lı hastalarda anksiyeteyi değerlendiren çalışmalardan birinde bu oran %16 iken diğerinde %50 olarak bulunmuştur(7-8).

OUAS ve yürütücü işlevler ve bellek değerlendirmesi ile ilgili çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Uyarılma ve dikkat güclüğü olan hastalarda üst düzey yürütücü görevlerde performans, dikkatli analiz ve yorumlama gerektirir. Ve bu değerlendirmeler yapılırken dikkat kapasitesi mutlaka gözönüne alınmalıdır (9). Çalışmamızda bilişsel işlevleri değerlendirmek için İz Sürme Testi B'yi ve dikkat kapasitesini ölçmek için İz Sürme Testi A'yı kullandık. Bilişsel

işlev bozukluğu hastalığının şiddeti ile ilişkilidir. Düşük AHİ puanının bilişsel işlev bozukluğu ile neden sonuç ilişkisi gösterebileceği bildirilmiştir (10).

OUAS'lı hastalardan anksiyeteli olgularda iz B hata yapma oranları anksiyete tespit edilmeyen olgulara göre yüksektir.

Sonuç

Sonuç olarak; çalışmamızda bilişsel işlev bozukluğunun anksiyete ve depresyon belirtilerini algılamada farklılığa neden olup olmadığını araştırdığımızda anksiyetesi olan hastalarda trace B hatası oranları anlamlı derecede yüksektir. Ancak, OUAS'lı hastalarda bilişsel işlev bozukluğunun anksiyete algısında bir değişikliğe neden olup olmadığını tartışmak zordur.

Mevcut bulgularla OUAS'lı hastalardaki kognitif fonksiyon bozukluğunun bu hasta popülasyonunda anksiyete ve depresyon semptomlarını algılamada bir değişikliğe yol açıp açmadığını söyleyebilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Guilleminault C, Stoohs R, Clerk A, et al. (1992). From obstructive sleep apnea syndrome to upper airway resistance syndrome, consistency of day time sleepiness. Sleep, 15: 13-16.
2. El-AdB, LavieP. (2005). Effect of sleep apnea on cognition and mood. International Review of Psychiatry, 17(4): 277-282.
3. Sertöz Ö, Mete HE. (2004). Bedensel hastalıklarda depresyon. Klinik Psikiyatri, Ek 2: 63-69.
4. Pillar G, Lavie P. (1998). Psychiatric symptoms in sleep apnea syndrome: effects of gender and respiratory disturbance index. Chest, 114:697-703.
5. Andrews JG, Oei TP. (2004). The roles of depression and anxiety in the understanding and treatment of obstructive sleep apnea syndrome. ClinPsycholRev, 24:1031-1049.
6. Reynolds CF, Kupfer DJ, McEachran AB, et al. (1989). Depressive psychopathology in male sleep apneics. J ClinPsychiatry, 45:287-290.
7. Sforza E, De Saint Hilaire Z, Pelissolo A, et al. (2002). Personality, anxiety and mood traits in patients with sleep-related breathing disorders: effect of reduced daytime alertness. SleepMed, 3:139-145.
8. Doherty LS, Kiely JL, Lawless G, et al. (2003). Impact of nasal continuous positive airway pressure therapy on the quality of life of bed partners of patients with obstructive sleep apnea syndrome. Chest, 124:2209-2214.
9. Verstraeten E, Cluydts R, Pevernagie D, et al. (2004). Executive function in sleep apnea: controlling for attentional capacity in assessing executive attention. Sleep, 27:685-693.
10. Cohen-Zion M, Stepnowsky C, Marler, et al. (2001). Changes in cognitive function associated with sleep disordered breathing in older peopleJ AmGeriatrSoc, 49(12):1622-1627.

S-006

Covid-19 Pandemi Döneminde KOAH Tanılı Hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres ve Covid-19 Fobi Durumu

Deniz Bilici¹, Şule Gül¹, Elif Yelda Niksarlıoğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Covid-19 pandemisinin ruhsal bozukluklara sebebiyet verebileceği çeşitli çalışmalarda saptanmıştır, kronik hastalığı olanlarda depresyon, anksiyete, covid 19 fobisinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Buradan yola çıkarak hastanemizde takipli kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH) tanılı 30 hasta çalışmaya alındı; demografik verileri, kullandığı ilaçlar, ilaç teminleri, sağlık merkezine başvuru durumları, covid-19 geçirme durumları, Depresyon-anksiyete-stres (DAS) formu ve COVID-19 fobi ölçeği dolduruldu. Hastaların %100'ü ilaçlarını düzenli kullanmıştı. Hastalardan hiçbirisi ilaç temininde sıkıntı yaşamamış ve ilacını değiştirmek zorunda kalmamıştı. Sadece 3 hasta(%10) atak geçirip acile başvurmak zorunda olduğunu ifade etti. 28 hasta (% 93,3) pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinde faydalanmada sıkıntı yaşamadığını belirtti. Hastaların 3'ü (%10) Covid-19 enfeksiyonu geçirmişti. Depresyon-Anksiyete-Stres derecelerinde de çoğu hasta 'normal' grupta saptandı. Hastaların dışarıyla temasının kesilmesinin, kişilerin bulaş korkusu yaşamayarak pandemiden olumsuz etkilenmemelerinin sebebi olabileceği düşünüldü.

Anahtar kelimeler: anksiyete, covid-19, fobi, KOAH

Giriş

Coronavirüs-19 Pandemisi'nin insanların sadece fiziksel sağlığını etkilemekle kalmayıp bunun yanında depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozukluklara da sebep olduğu görülmüştür (1). Kronik hastalığı olanlarda ise depresyon, anksiyete ve Covid-19 fobisinin daha fazla görüldüğü saptanmıştır (2). Hastanemizde takipli KOAH tanılı hastaların, COVID-19 pandemisi nedeniyle gelişebilecek depresyon, anksiyete ve stres durumları ile COVID-19 fobi durumlarını saptamak amaçlanmıştır.

Materyal – Metot

1 Temmuz 2020- 31 Haziran 2021 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran, en az 1 yıldır KOAH tanısı olup düzenli ilaç kullanan, 18 yaş üzeri, çalışmaya katılmayı kabul edip bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan hastalar çalışmaya alındı. Hastalara; demografik verileri, kullandığı ilaçlar, COVID-19 geçirme durumlarını sorgulayan hasta bilgi formu, Depresyon-anksiyete-stres (DAS) formu ve COVID-19 fobi durumunu değerlendirmeye yönelik Arpacı ve arkadaşlarının geliştirdiği “COVID-19 Fobisi Ölçeği” (COVID-19 Phobia Scale) formu doldurulmuştur. Bu ölçek 20 sorudan oluşmaktadır ve tahmini yanıtlama süresi 10 dakika olarak hesaplanmıştır. Hastaların mmrc(modified medical research council dyspnea scale) skorları hesaplandı. DAS anket formuna verilen cevapların puanına göre depresyon, anksiyete ve stres puanı hesaplanıp, normal, hafif, orta, ileri ve çok ileri şeklinde sınıflama yapıldı. COVID-19 fobi ölçeğinde alınan puan 20-100 arasında değişmekte ve puan ne kadar yüksekse fobinin o kadar fazla olduğu varsayılmaktadır (3).Veriler SPSS 22’ye girildi, kategorik ve sayısal veriler için ortalama, standart sapma ve yüzdelik oranlar verildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 30 hastaya ait demografik veriler ve ilaç kullanım durumları Tablo 1’de verilmiştir. Hastaların %90’ı erkek, %3 kadın idi. Ortalama yaş $61,9 \pm 6,41$ olarak saptandı. 22 hasta exsmoker, 7 hasta ise smoker idi. Ek hastalık olarak en sık hipertansiyon saptanırken (%26,7) onu diyabet (%20) ve kalp yetmezliği(%13,3) ile takip ediyordu. Hastaların %70’i emekli olup çalışmıyordu. %96,7 hasta evli idi. Kullandıkları ilaçlara baktığımızda en yüksek oranda %56,7 ile inhaler kortikostreoid, uzun etkili antikolinergik ve uzun etkili b2 agonist kombinasyonu kullandığı görüldü. Kullandıkları inhaler cihaz çeşitlerine baktığımızda ise en yüksek orandan kullanılan cihaz kuru toz inhaler idi (%93,3). Mmrc skorlarında; 13 hastanın skoru:1, 8 hastanın skoru:2, 7 hastanın skoru:3, 2 hastanın ise skoru:4 olarak saptandı. Hastaların 3’ü(%10) Covid-19 enfeksiyonu geçirmiş,bu hastaların hastaneye yatışı gerekmeyp evde tedavi almışlardı, gene aynı 3 kişinin temasta olduğu en az bir yakını Covid-19 enfeksiyonu geçirmişti. Kısıtlama dönemlerinde hastaların yalnızca 1 tanesi (%3,3) işe gitmek zorunda iken kalan 29’u (%97,7) evde kalmıştı. Hastaların %100’ü ilaçlarını düzenli kullanmıştı. Hastalardan hiçbiri ilaç temininde sıkıntı yaşamamış ve ilacını değiştirmek zorunda kalmamıştı. 3 hasta(%10) atak geçirip acile başvurmak zorunda olduğunu ifade etti. 28 hasta (% 93,3) pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinde faydalanmada sıkıntı yaşamadığını belirtti.

Tablo 1: KOAH Tanılı Hastalarının Demografik Verileri ve İlaç Kullanım Durumları

VERİLER	N
CİNSİYET(E/K)	27 (%90) /3(%10)
Yaş (mean ±STD)	61,9±6,41(min-max: 50-73)
Sigara Nonsmoker Exsmoker Smoker	1 (%3,3) 22 (%73,3) 7 (%23,3)
Alkol Evet Hayır	1 (%3,3) 29 (96,7)
Ek hastalık Hipertansiyon Diyabet Kalp yetmezliği	8 (%26,7) 6 (%20) 4 (%13,3)
Medeni durum Evli Dul	29 (96,7) 1 (%3,3)
Meslek Emekli Ticaret Ev Hanımı Diğer	21 (%70) 3 (%10) 3 (%10) 3 (%10)
KOAH tanı süresi (mean ±STD)	7,46± 5,51(min-max: 1-26)
Kullanılan ilaç LAMA LAMA+LABA İKS+LABA LAMA+LABA+İKS SABA	7(%23,3) 2 (%6,7) 6 (%20) 17 (%56,7) 12 (%40)
Kullanılan cihaz türü Ölçülü doz inhaler Kuru toz inhaler Nebülizatör	2 (%6,7) 28 (%93,3) 8 (%26,7)
USOT Evet Hayır	2 (%6,7) 28 (%93,3)

Mmrc	
1	13 (43,3)
2	8 (26,7)
3	7 (23,3)
4	2 (6,7)

Kullanılan test ve ölçek verilerinin sonuçları; covid-19 fobi ölçeği ve depresyon, anksiyete, stres anketi verileri Tablo 2’de özetlenmiştir. Total Covid-19 fobi ölçek skoru (mean±STD) 38,3 ±15,2 olarak saptanmıştır. Covid-19 fobi psikolojik skoru (mean±STD) 14,03+6,06, Covid-19 fobi somatik skoru (mean±STD) 8,03+2,79, Covid-19 fobi sosyal skoru (mean±STD) 10,93+4,87, Covid-19 fobi ekonomik skoru (mean±STD) 6,96+2,89 olarak saptandı. Depresyon-Anksiyete-Stres anketinde DAS depresyon skoru (mean±STD) 1,5+2,73 olarak ölçüldü. Depresyon derecesi’ne göre KOAH tanılı hastalar gruplara ayrıldığında 27 hasta (%90) ‘normal’ grupta, 3 hasta (%10) ‘orta’ grupta saptandı. DAS anksiyete skoru (mean±STD) 2,46+3,28, derecesine göre gruplara ayrıldığında ise 22 hasta (%73,3) ‘normal’ grupta 6 hasta (%20) ‘hafif’ grupta, 1 hasta (%3,3) orta grupta, 1 hasta(%3,3) çok ileri grupta idi. DAS stres skoru (mean±STD) 2,46+3,43, stres derecesine göre gruplara ayrıldığında 26 hasta (%86,7) ‘normal’ grupta, 2 hasta (%6,7) ‘hafif’ grupta, 1 hasta ‘orta’ 1 hasta da ‘ileri’ grupta saptanmıştır.

Tablo 2: Covid-19 Fobi Ölçeği ve Depresyon-Anksiyete-Stres Anketi Verileri

Total COVID-19 fobi ölçek skoru (mean±STD)	38,3 ±15,2
COVID-19 fobi psikolojik skoru (mean±STD)	14,03+6,06
COVID-19 fobi somatik skoru (mean±STD)	8,03+2,79
COVID-19 fobi sosyal skoru (mean±STD)	10,93+4,87
COVID-19 fobi ekonomik skoru (mean±STD)	6,96+2,89
DAS depresyon skoru (mean±STD)	1,5+2,73
DAS depresyon derecesi	n (%)
Normal (0-4)	27(%90)
Hafif (5-6)	0
Orta (7-10)	3(%10)
İleri (11-13)	0
Çok ileri (14+)	0
DAS anksiyete skoru (mean±STD)	2,46+3,28

DAS anksiyete derecesi	n (%)
Normal (0-3)	22 (%73,3)
Hafif (4-5)	6 (%20)
Orta (6-7)	1 (%3,3)
İleri (8-9)	0
Çok ileri (10+)	1 (%3,3)
DAS stres skoru (mean±STD)	2,46±3,43
DAS stres derecesi	n (%)
Normal (0-7)	26 (%86,7)
Hafif (8-9)	2 (%6,7)
Orta (10-12)	1(%3,3)
İleri (13-16)	1(3,3)
Çok ileri (17+)	0

Tartışma

Hastaların total Covid-19 Fobi Skoru ortalamasının $38,3 \pm 15,2$ olarak saptanmıştır. Covid-19 fobi skoru 20-100 aralığında değişen sonuçları olan bir skorlamadır. Skor ne kadar yüksek ise fobinin o kadar çok olduğu düşünülür (3). Hastaların ortalama fobi skoru yüksek saptanmamıştır. Hastaların fobi skorunun yüksek çıkmayışının sebebi %93'ünün pandemi sürecinde genel sağlık hizmetlerinden faydalanmada sıkıntı yaşamaması olabileceği düşünüldü. Depresyon-Anksiyete-Stres derecelerinde de çoğu hasta 'normal' grupta saptandı. İspanya'da 976 kişi ile yapılan bir çalışmada depresyon, anksiyete, stres ölçeklerine bakılmış ve kronik hastalığı olan kişilerin depresyon, stres, anksiyete ölçek ortalamalarının kronik hastalığı olmayan gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (2). Bizim hasta grubunda ise sonucun böyle olmaması örneklem sayısının düşük olmasına ya da hastaların %97,7'sinin evden çıkma zorunluluğun olmamasına ek olarak uygulanan kısıtlamalar, belli yaş gruplarına getirilen sokağa çıkma ve seyahat yasaklarına rağmen ilaç raporlarının süresini uzatılması ve reçetesiz ilaç temin edebilmesine bağlanabilir.

Sonuç

Çalışmamız verilerinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların depresyon, anksiyete, stres ölçekleri düşük saptanması ve hastaların büyük çoğunluğunun 'normal' grupta yer alması ve gene fobi ölçeklerinin düşük çıkması ile bu konuda yapılan diğer çalışmadan farklı sonuçlar saptanmıştır (2). Bunun sebebini bizim örneklem grubumuzdaki hastaların dışarı çıkmak zorunda olmayışı ve dolayısıyla dışarıyla temasının kesilmesinin, kişilerin bulaş korkusu yaşamayarak pandemiden olumsuz etkilenmemelerinin sebebi olabileceği düşünüldü.



**Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



Kaynaklar

1. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z. Et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. Gen Psychiatr. 2020 Mar 6;33(2):e100213. doi: 10.1136/gpsych-2020-100213. Erratum in: Gen Psychiatr. 2020 Apr 27;33(2):e100213corr1. PMID: 32215365; PMCID: PMC7061893.
2. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. Cad Saude Publica. 2020 Apr 30;36(4):e00054020. English, Spanish. doi: 10.1590/0102-311X00054020. PMID: 32374806.
3. Arpacı I, Karataş K, Baloglu M. The development and initial tests for the psychometric properties of the COVID-19 Phobia Scale (C19P-S). Pers Individ Dif. 2020 Oct 1;164:110108. doi:10.1016/j.paid.2020.110108. Epub 2020 May 11. PMID: 32394993; PMCID: PMC7211675.

S-008

COVID-19 Pnömonisinin Solunum Fonksiyonları, Fonksiyonel Egzersiz Kapasitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Aslı Görek Dilektaşlı¹, Nilüfer Aylin Acet Öztürk¹, Ayten Odabaş¹, Ezgi Demirdöğen¹, Ahmet Ursavaş¹, Funda Coşkun¹, Özge Aydın Güçlü¹, Dane Ediger¹, Esra Uzaslan¹, Mehmet Karadağ

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gögüs Hastalıkları AD, Bursa

Özet

Giriş: Çalışmamızda COVID-19 pnömonisi ile takip edilmiş olguların taburculuk sonrası solunum fonksiyon testi parametreleri, fonksiyonel egzersiz kapasitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin (HRQOL) değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: COVID-19 pnömonisi ile takip edilmiş hastalar ayaktan takip edilmiş olup olgulara spirometri, karbonmonoksit difüzyon testi, 6 dakika yürüme testi uygulanmıştır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi St. George's Solunum Anketi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: PCR testi ile kanıtlanmış 71 COVID-19 pnömoni olgusu çalışmaya dahil edildi. Olguların 49'u erkek, 22'si kadın olup yaş ortalamaları 56.0 ± 14.8 idi. Hastalık başlangıcından solunum fonksiyon testi uygulamasına kadar geçen süre ortalama 65.1 ± 37.6 gün olarak değerlendirildi. 13 (%19.1) vakada pred FEV1%, 12 (%17.6) vakada pred FVC%, 8 (%13.8) vakada pred VC%, 10 (%17.2) vakada pred TLC% ve 43 (%65.2) vakada pred DLCO% düzeyleri anormal olarak değerlendirildi. Ortalama 6 dakika yürüme testi uzaklığı 478.7 ± 114.5 metre idi. Altı dakika yürüme testi esnasında ölçülen en düşük oksijen saturasyon değeri ortalama 94.1 ± 3.4 idi. Toplam SGRQ skoru 34.3 ± 8.8 iken; semptom, aktivite ve etki skorları sırası ile 37.0 ± 14.7 , 46.9 ± 0.5 ve 25.4 ± 13.4 olarak saptandı.

Tartışma: Çalışmamızda COVID-19 pnömonisi ile taburcu olan hastalarda en sık görülen solunum fonksiyon bozukluğunun bozulmuş difüzyon kapasitesi olduğu, obstruktif ve restriktif solunumsal bozuklukların da görülebileceği tespit edilmiştir.

Sonuç: Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde bozulmanın, COVID-19 enfeksiyonu sonrası ortalama iki ay sonrasında hala belirgin olduğu saptandı. Bu bozuklukların devam edip etmediğini gözlemlemek için uzun süreli takip çalışmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 pnömonisi, Egzersiz kapasitesi, Solunum fonksiyon testi, Yaşam kalitesi

Giriş

Coronavirus (CoV) ailesi soğuk algınlığından ağır akut solunum yetmezliğine (ARDS) kadar geniş bir klinik yelpazede çeşitli hastalıklara sebep olmaktadır. 7 Ocak 2020’de Çin’de daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir coronavirus nedeniyle takip edilen pnömoni vakaları tanımlanmış ve bu yeni virüs 2019-nCoV olarak adlandırılmış ve hastalığın adı COVID-19 olarak kabul edilmiştir (1). Hastalık asemptomatik seyredebildiği gibi ARDS gibi şiddetli bir tablo ile de kaşımıza çıkabilmektedir. Ülkemizde ilk pozitif vaka 11 Mart 2020’de tespit edilmiş ve yaygınlığı pandemi boyutlarına ulaşmıştır. Olası ve kesin vakaların takip ve tedavisi Sağlık Bakanlığı’nın COVID-19 rehberi uyarınca yapılmaktadır.

Solunum semptomları olan biriyle yakın temasta olan herhangi bir kişinin öksürmesi ve hapşırması sonrasında enfektif solunum damlacıklarına maruz kalma riski bulunmaktadır. Bulaşma ayrıca enfekte olmuş kişinin çevresindeki yüzeylerle veya enfekte olmuş kişide kullanılan nesnelerle (test ekipmanları) temas etmesi gibi aletler yoluyla da meydana gelebilir. Solunum fonksiyon testleri aerosol oluşturan işlemler arasında sayılmamakla birlikte test sırasında hastanın öksürmesi, hapşırması ya da zorlu ekspirasyon manevrasının yapılması, hastanın ekipmanlar ve yüzeylere teması sonrasında ortamda risk oluşabilmektedir. Sağlık bakanlığı rehberine göre çapraz bulaşı önlemek amacıyla solunum fonksiyon testi değerlendirmelerinin basit spirometri ve difüzyon kapasitesi ölçümü ile sınırlandırılması önerilmektedir.

COVID-19 pnömonisi ile takip edilen hastaların bazılarında taburcu olurken veya hemen sonrasında akciğer fonksiyon anormallikleri gösterebileceğini göstermiştir. Çalışmamızda COVID-19 pnömonisi ile takip edilmiş olguların taburculuk sonrası solunum fonksiyon testi parametreleri, fonksiyonel egzersiz kapasitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin (HRQOL) değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metot

COVID-19 pnömonisi ile takip edilmiş hastalar ayaktan takip edilmiş olup olgulara spirometri, karbonmonoksit difüzyon testi, 6 dakika yürüme testi uygulanmıştır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi St. George’s Solunum Anketi ile değerlendirilmiştir.

Tüm olgulara sabah saat 9:00 ile 10:00 saatleri arasında, dik oturur pozisyonda, başlamadan önce ve denemeler arasında en az 5 dakikalık dinlenme süreleri bırakılarak, zorlu spirometri, “nitrogen washout” tekniğiyle akciğer volümleri ve tek nefes (single breath), karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) ölçümü yapıldı. Tüm olgularda başta FVC, FEV1, FEV1/FVC, %FEF25-75, %FEF25, %FEF50, %FEF75, VK, TLC, RV, DLCO olmak üzere farklı parametreler çalışıldı. DLCO ölçümleri tek nefes yöntemi ile yapıldı ve ölçümlerde hemoglobinin konsantrasyonları gözönüne alındı. Hb’ye göre düzeltilmiş karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO Adjusted) cihaz tarafından Cotes denklemine ($DL_{Adj} = DLCO \times [(10.22 + Hb)/(1.7 \times Hb)]$) göre hesaplandı. Tüm ölçümler teknik olarak kabul edilebilir 3 manevra gerçekleştirilinceye kadar

tekrarlandı. Her bir parametrenin teknik olarak kabul edilebilir 3 manevradaki en yüksek değeri otomatik olarak elde edildi ve bu değerler çalışmamızda baz alındı. Yapılan ölçümlerde tüm değerler yaş, cinsiyet ve boya göre beklenen normal değer yüzdesi (% beklenen) olarak ifade edildi.

Egzersiz kapasitesi: Hastalardan kapalı bir hastane koridorunda, klinisyen gözetiminde, işaretli bir alandan başlayarak 6 dakika boyunca yürüyebildikleri en uzun mesafeyi yürümeleri istendi. Altı dakikalık süre tamamlandığında, test sonlandırıldı ve hastanın yürüme mesafesi metre olarak hesaplanarak not edildi. Test sırasında parmak ucu satürasyon ve nabız monitorizasyonu yapıldı. Test bitiminde hastaların parmak ucu oksijen satürasyonu, nabız sayısı ve borg skalasına göre dispne ve yorgunluk değerleri kaydedildi. Test bitiminden 1 dakika sonra aynı ölçümler tekrarlanarak kaydedildi.

St George solunum anketi (SGRQ) sağlıklı ilgili yaşam kalitesini ölçen solunum hastalıkları için özgül olan bir testtir. SGRQ hastada üç alana bölünmüş 50 maddeyi sorgular: semptomlar (8 madde), aktiviteler (16 madde), hastalığın etkileri (26 madde). Her maddede yanıtın ampirik olarak bir ağırlığı vardır. Semptomlar sorgulanırken hastanın solunum rahatsızlığı ile öksürük, balgam, göğüste hışıltı ve nefes darlığı düzeyi araştırılır. Aktivite komponenti, nefes darlığına sebep olabilen ya da nefes darlığı sebebiyle kısıtlanan fiziksel aktivitelerle ilgilidir. Etki komponenti ise iş, meşguliyet, sağlığını kontrol altında tutma, panik, medikasyon ve yan etkileri ile günlük yaşam aktiviteleri sırasında rahatsızlık gibi faktörleri kapsar. Testin üç bölümü ayrı ayrı skorlanır ile toplam skor hesaplanır. Skorlar 0-100 arasında değişir. Sıfır skoru normale, 100 skoru ise maksimum özürüllüğe işaret eder. SGRQ anketinde tedaviye bağlı dört birim değişim anlamlı kabul edilmektedir. Türkçe için valide edilmiştir.

Bulgular

71 PCR testi ile kanıtlanmış COVID-19 pnömonisi çalışmaya dahil edildi. Olguların 49'u erkek, 22'si kadın olup yaş ortalamaları 56.0 ± 14.8 idi. Hastalık başlangıcından solunum fonksiyon testi uygulamasına kadar geçen süre ortalama 65.1 ± 37.6 gün olarak değerlendirildi.

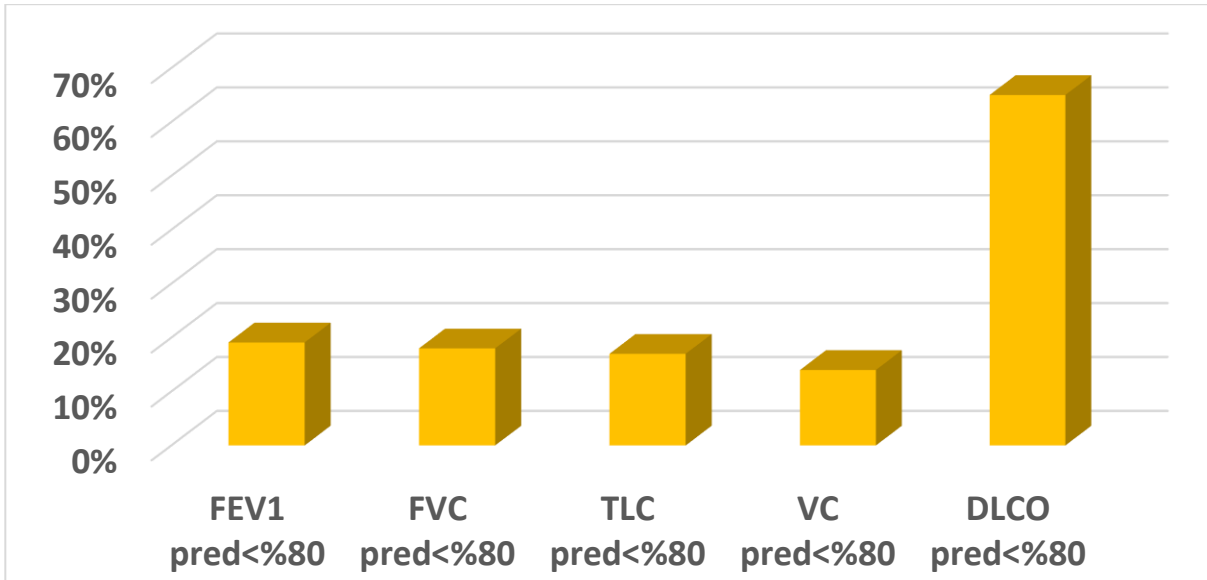
Hastaların spirometri, difüzyon kapasitesi, akciğer volümleri ve 6 dk yürüme testi sonuçları Tablo-1'de özetlenmiştir.

Tablo-1. COVID-19 pnömonisi olan olguların takipte spirometri, difüzyon kapasitesi, akciğer volümleri ve 6DYT sonuçları

Spirometri	
<i>FVC %pred</i>	96.9 ± 24.4
<i>FEV₁ %pred</i>	93.3 ± 22.4
<i>FEV₁/FVC %</i>	76.4 ± 7.6
<i>FEV₁/FVC % < 70%, n (%)</i>	13 (19.1)

Diffusion capacity	
<i>DLCO %pred</i>	73.0 ± 17.6
<i>DLCO / VA %pred</i>	93.1 ± 16.1
Akciğer volümleri	
<i>VC %pred</i>	97.6 ± 19.8
<i>TLC %pred</i>	94.1 ± 15.4
<i>RV %pred</i>	96.0 ± 34.3
<i>RV/TLC %pred</i>	62.6 ± 28.1
6-dakika yürüme testi	
<i>6MWD, metre</i>	478.7 ± 114.5
<i>En düşük SpO2</i>	94.1 ± 3.4
<i>Dispne (başlangıç)</i>	0.2 ± 0.4
<i>Dispne (test sonu)</i>	2.4 ± 1.5

13 (%19.1) vakada pred FEV1%, 12 (%17.6) vakada pred FVC%, 8 (%13.8) vakada pred VC%, 10 (%17.2) vakada pred TLC% ve 43 (%65.2) vakada pred DLCO% düzeyleri anormal olarak değerlendirildi (Figür-1).



Figür-1. COVID-19 pnömonisi ile geçiren olguların takipte solunum fonksiyonlarındaki bozulma

Ortalama 6 dakika yürüme testi uzaklığı 478.7 ± 114.5 metre idi. Altı dakika yürüme testi esnasında ölçülen en düşük oksijen saturasyon değeri ortalama 94.1 ± 3.4 idi. Toplam SGRQ skoru 34.3 ± 8.8 iken; semptom, aktivite ve etki skorları sırası ile 37.0 ± 14.7 , 46.9 ± 0.5 ve 25.4 ± 13.4 olarak saptandı.

Tartışma

SARS-CoV-2 virüsü bulaşmış hastaların yaklaşık %20'sinde COVID-19 pnömonisi gelişmekte ve hastaneye yatırılması gerekmektedir. Bazı yeni raporlar, hastaların bazılarında taburcu olurken veya hemen sonrasında akciğer fonksiyon anormallikleri gösterebileceğini göstermiştir (2). Bir kohort çalışmasında, COVID-19'un akut fazı sırasında sigara içiyor olmak, kronik solunum, kardiyovasküler veya metabolik komorbiditelere sahip olmak, daha ciddi bir hastane içi seyrine sahip olmak dahil olmak ve ağır COVID-19 hastalığı ile ilişkili biyokimyasal parametrelerde yüksekliğin olması taburculuk sonrası 3. Ay DLCO'da azalma ile ilişkili bulunmuştur. Takipte azalmış DLCO'ya sahip olan olguların daha dispneik olduğu gözlemlenmiştir (3). Bu gözlemler, hastalığın akut fazı sırasında taburcu olduktan sonra izlenmeyi hak eden bir grup COVID-19 hastasını belirlemeye katkıda bulunmaktadır. Bir başka çalışmada COVID-19 sırasındaki akciğer hasarının akut enfeksiyondan 4 ay sonra pulmoner fonksiyonun azalmasıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (4).

Pandemi döneminde hastalar ve solunum fonksiyon laboratuvarı personeli arasında COVID-19'un yüksek kontaminasyon riski nedeniyle, yalnızca spirometri, akciğerlerin karbon monoksit için difüzyon kapasitesi, arteriyel kan gazı analizi veya nabız oksimetresi gibi temel testlerin yapılması önerilmektedir. Bu nedenle, SFT endikasyonu yalnızca aşağıdaki koşullar altında sınırlandırılmalı ve önerilmelidir (5):

- Acil akciğer veya kemik iliği nakli
- Acil durumlarda ameliyat öncesi değerlendirme
- Engellilik ve yasal aciliyetlerin değerlendirilmesi

Ayrıca bazı önemli hastalıklar (örn. malignite için akciğer rezeksiyonu vb.) için araştırılan hastalarda tanı ve/veya tedavi kararı için gerekirse SFT önerilebilmektedir. Testler, test ekipmanının ve test odasının yüzeylerinin test sonrası dezenfeksiyonu, odanın havalandırılması ve kişisel koruyucu ekipmanların giyilip çıkarılması için ERS yönergelerinde açıklandığı gibi yeterli zamana izin verecek şekilde programlanmalıdır.

Çalışma sonuçlarımız, COVID-19 pnömonisi ile takip edileip taburcu olan hastalarda solunum fonksiyonlarında bozulma olduğunu göstermektedir. Bu hastaların rutin takibinde, özellikle ağır vakalarda, solunum fonksiyon testlerinin kapsamlı bir değerlendirmesi düşünülmelidir. Ek olarak pulmoner rehabilitasyon isteğe bağlı bir strateji olarak düşünülebilir. Bu nedenle, COVID-19 sonrası hastalar, hastaneye yatış sırasında ve hemen sonrasında pulmoner rehabilitasyon ihtiyaçları açısından izlenmeli ve değerlendirilmelidir.



**Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



Bu çalışmanın önemli bir limitasyonu, COVID-19 pnömonisinden önceki temel solunum fonksiyon testi sonuçlarının mevcut olmamasıdır. Bu durum, COVID-19 pnömonisinden sonraki sonuçlarla karşılaştırma yapmayı zorlaştırmaktadır. İkinci sınırlama, mevcut tasarımın solunum fonksiyon bozukluğunu hastalık şiddetine göre değerlendirmemize izin vermemesidir. Böyle bir yaklaşımın, araştırmacıların ve klinisyenlerin en çok etkilenen grup özelliklerini tanımlamasına katkısı olacaktır.

Sonuç

Çalışmamızda COVID-19 pnömonisi ile taburcu olan hastalarda en sık görülen solunum fonksiyon bozukluğunun bozulmuş difüzyon kapasitesi olduğu, obstruktif ve restriktif solunumsal bozuklukların da görülebileceği tespit edilmiştir.

Kaynaklar

1. Liu Y, Yan LM, Wan L, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. Lancet Infect Dis 2020; 20:656
2. Wong HYF, Lam HYS, Fong AH, et al. Frequency and Distribution of Chest Radiographic Findings in COVID-19 Positive Patients. Radiology 2019; :201160
3. Li M, Lei P, Zeng B, et al. Coronavirus Disease (COVID-19): Spectrum of CT Findings and Temporal Progression of the Disease. Acad Radiol. 2020;27(5):603-608. doi:10.1016/j.acra.2020.03.003
4. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. Lancet Infect Dis 2020; 20:669
5. Anastasio F, Barbuto S, Scarnecchia E, et al. Medium-term impact of COVID-19 on pulmonary function, functional capacity and quality of life. Eur Respir J 2021; in press (<https://doi.org/10.1183/13993003.04015-2020>)
5. Gemicioğlu, B., Börekçi, Ş., Dilektaşlı, A. G., Ulubay, G., Azap, Ö., & Saryal, S. (2020). Turkish thoracic society experts consensus report: recommendations for pulmonary function tests during and after COVID 19 pandemic. Turkish thoracic journal, 21(3), 193.

S-009

Evre 4 Akciğer Adenokarsinomlarda C-Reaktif protein/Albumin, Lenfosit/Monosit Oranları ile Klinik Özellikler ve Sağkalım Arasındaki İlişki

Tuğçe Şahin Özdemirel¹

¹ Atatürk Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Özet

Giriş: CRP/albumin (CAR) ve Lenfosit/monosit (LMR) oranı pek çok malignitede inflamatuvar belirteçtir. Çalışmamızın amacı, tanı anında evre 4 olan akciğer adenokarsinomu hastalarında CAR, LMR oranının prognostik önemini, ortalama sağkalım süresine etkisini ve hastaların klinik özellikleri ile ilişkisini değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Çalışmamıza 2015-2017 tarihleri arasında kliniğimizde evre 4 akciğer adenokarsinomu tanısı alan 80 hasta dahil edildi ve demografik özellikleri, laboratuvar değerleri ile PET-BT 'deki bulguları hastane bilgi sisteminden retrospektif olarak kaydedildi.

Bulgular: Hastalar geriatrik (≥ 65) ve geriatrik olmayan ($65 <$) 2 gruba ayrıldığında medyan sağkalım süresi, tümör çapı, metastaz yeri, tipi, CAR, PET-BT'deki Suvmax değeri her iki grupta benzerken; geriatrik grupta LMR daha düşük saptandı ($p= 0.044$). Survival ve nonsurvival hastalarda CAR, LMR ve tümör çapı açısından farklılık bulunmazken, SUVmax nonsurvival grupta daha yüksekti. SUVmax değeri genel sağkalım açısından anlamlı bulundu. SUVmax >7.92 olan hastaların median sağkalımı 12 ay, ≤ 7.92 olan gruptaki hastaların 36 aydı.

Sonuç: Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak düşük LMR progresyon ile ilişkili iken, CAR progresyon ve mortalite ile ilişkili değildi. LMR düşük saptanan olgularda progresyon ve tedavi yanıtızlığı için dikkatli olunmalıdır.

Anahtar kelimeler: adenokarsinom, CRP, evre 4, lenfosit/monosit, sağkalım

Giriş

İnflamasyon ve tümör çevresi kanser gelişimi ve progresyonu ile ilişkilidir (1). CRP (C-reaktif protein) pozitif, albumin negatif bir akut faz reaktanıdır. Akut faz proteinleri malign hastalıkların teşhisinde ve prognozunu belirlemede yararlıdır (2). CAR'ın malignite ve ağır hastalık durumlarında prognostik bir faktör olduğu bilinmektedir (3,4). CRP ve albumin düzeylerinin, küçük hücre dışı akciğer karsinomlu hastaların sağkalım sonuçlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (5,6). LMR düşük düzeyi ile malignitede inflamatuvar belirteç olarak görülmektedir (7). Çalışmamızın amacı, tanı anında evre 4 olan akciğer adenokarsinomunda

CAR ve LMR'nin prognostik önemini, ortalama sağkalım süresine etkisi ve hastaların klinik özellikleri ile ilişkisini değerlendirmektir.

Materyal ve Metot

Çalışmamıza 2015-2017 tarihleri arasında kliniğimizde tanı anında evre 4 akciğer adenokarsinomu tanısı alan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, aldıkları tedavileri ve başlangıç laboratuvar değerleri ile PET-BT 'deki radyolojik bulguları hastane hastane bilgi sisteminden retrospektif olarak kaydedildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 80 hastanın % 85'i (n=68) erkek ve yaş ortalaması 65.5 ± 8.4 idi. Hastalar geriatric (≥ 65) ve geriatric olmayan ($65 <$) 2 gruba ayrıldığında medyan sağkalım, tümör çapı, metastaz yeri, tipi, CAR ve PET-BT'de SUVmax her iki grupta benzerken; geriatric yaş grubunda LMR daha düşük saptandı ($p = 0.044$). Progresyon gelişen grupta LMR sınırda anlamlı olarak daha düşüktü (Tablo 2). Sağkalım süreleri karşılaştırıldığında cinsiyet, yaş (65 yaş altı-65 yaş ve üstü), tümör çapı (5 cm altı-5 cm üstü), metastaz türü açısından sağkalım farkı saptanmazken, progresyon olan grupta sağkalım daha düşüktü (Tablo3). Kemik, karaciğer, sürrenal ve beyin metastazı olan hastaların SUVmax değeri ve tümör çapı olmayan hastalarla benzerdi (Tablo4). Suvmax genel sağkalım açısından anlamlı bulundu. Suvmax için cutoff değeri 7.92 saptandı ve >7.92 olan hastaların median sağkalımı 12 ay, ≤ 7.92 olan hastaların 36'dı ($p < 0.001$). Survival-nonsurvival gruplarda CAR ve LMR ile tümör çapı açısından farklılık bulunmazken, SUVmax değerleri nonsurvival grupta daha yüksekti (Tablo 5).

Tablo 1. Geriatric ve Geriatric Olmayan Gruplarda Hasta Özellikleri

	Geriatric Olmayan ($65 <$) (n= 33)	Geriatric (≥ 65) (n= 47)	p
Cinsiyet			
Kadın, n (%)	4 (12)	8 (17)	0.752
Erkek, n (%)	29 (88)	39 (83)	
Tümör Çapı	3.5 (1-10.40)	4.5 (1-11)	0.434
SUVmax	11 (1.33-20.94)	10.49 (3.5-29.09)	0.736

Metastaz tipi			
Oligo	23 (69.7)	32 (68.1)	0.878
Multi	10 (30.3)	15 (31.9)	
Beyin metastazı, n (%)	11 (33.3)	12 (25.5)	0.448
Karaciğer metastazı, n (%)	6 (18.2)	6 (12.8)	0.539
Kemik metastazı, n (%)	16 (48.5)	25 (53.2)	0.678
Sürrenal metastazı, n (%)	2 (6.1)	7 (14.9)	0.294
Karşı akciğer metastazı, n (%)	5 (15.2)	11 (23.4)	0.364
Progresyon, n (%)	19 (57.6)	24 (51.1)	0.565
LMR	2.86 (0.50-12.92)	1.97 (0.50-19.31)	0.044
CAR	0.316 (0.002-48.344)	0.724 (0.002-8.968)	0.152

Tablo 2. Hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Progresyon yok (n= 37)	Progresyon var (n= 43)	p
Cinsiyet			
Kadın, n (%)	7 (19)	5 (12)	0.363
Erkek, n (%)	30 (81)	38 (88)	
Yaş ± SD	66.4 ± 9.30	64.84 ± 7.67	0.427
Tümör çapı	4.5 (1-11)	3.5 (1-10.40)	0.524
SUVmax	9.78 (1.33-29.09)	11.72 (5.01-23.10)	0.429
LMR	3 (0.67-19.31)	2 (0.50-12.92)	0.050
CAR	0.636 (0.002-6.215)	0.504 (0.002-48.344)	0.725

Tablo 3. Hastaların özellikleri ve sağkalım oranları

	n (%)	Median survial (months)	95% CI	P
Yaş				
< 65	33 (41.3)	12	10.47-13.53	0.5
≥ 65	47 (58.7)	12	11.1-12.9	
Cinsiyet				
Kadın, n (%)	12 (15)	24	0-64.74	0.331
Erkek, n (%)	68 (85)	12	10.94-13.06	
Tümör çapı				
< 5 cm	50 (62.5)	12	8.65-15.35	0.101
≥ 5 cm	30 (37.5)	12	10.55-13.44	
Metastaz tipi				
Oligo	25 (31.3)	12	9.64-14.35	0.786
Multi	55 (68.7)	12	11.16-12.83	
Beyin metastazı				
Hayır	57	12	8.74-15.25	0.409
Evet	23	12	10.45-13.54	
Kemik metastazı				
Hayır	39	12	10.66-13.33	0.717
Evet	41	12	7.71-16.28	

Karaciğer metastazı				
Hayır	68	12	11.24-12.75	0.384
Evet	12	12	9.42-14.57	
Surrenal metastaz				
Hayır	71	12	11.27-12.72	0.446
Evet	9	12	9.14-14.85	
Karşı akciğer met				
Hayır	64	12	11.35-12.64	0.211
Evet	16	24	8.44-39.55	
Progresyon			9.56-14.43	
Hayır	37 (46.3)	12 (45.8 ± 8.96)	28.26-63.38	0.028
Evet	43 (53.7)	12 (20.8 ± 2.2)	11.18-12.82 16.50-25.12	

Tablo 4. Suv max ve tümör çapının metastaz tipi ile karşılaştırılması

Metastaz tipi	Suv max	p	Tümör çapı	p
Beyin				
Evet	9.93 (1.33-22.02)	0.473	3.5 (1-11)	0.363
Hayır	11.46 (3.5-29.09)		4.5 (1-10.40)	
Kemik				
Evet	10.32 (3.80-29.09)	0.981	4.5 (1-10.40)	0.298
Hayır	11 (1.33-23.10)		3.5 (1-11)	

Karaciğer				
Evet	11.44 (5.60-20.94)	0.803	4.25 (1-10.40)	0.756
Hayır	10.75 (1.33-29.09)		4 (1-11)	
Surrenal				
Evet	10.49 (4.41-21.18)	0.994	4.60 (2.50-9)	0.235
Hayır	11 (1.33-29.09)		3.60 (1-11)	
Karşı akciğer				
Evet	11.65 (3.50-23.10)	0.938	3.25 (1-9.50)	0.493
Hayır	10.41 (1.33-29.09)		4.25 (1-11)	

Tablo 5. Hayatta kalan ve kalmayanlar arasında hemogram, tümör çapı ve SUV max değerinin ilişkisi

	Survival	Non survival	p
CAR	0.749 (0.002-5.803)	0.556 (0.002-48.344)	0.942
LMR	2.83 (1.09-8.66)	2.47 (0.50-19.31)	0.371
Tümör çapı	2.40 (1-8)	4.25 (1-11)	0.061
SUVmax	6.23 (1.33-17)	11.20 (3.80-29.09)	0.016

Tartışma

Yüksek CAR küçük hücre dışı akciğer kanserli (KHDAK) genel sağkalım için olumsuz bir risk faktörüdür (8). Çalışmamızda progresyon ve sağkalım için anlamlı ilişki saptanmadı. Literatürde düşük LMR'nin kötü prognoz ve sağkalım ile ilişkili bulunmuştur(9). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak progresyon saptanan grupta LMR daha düşüktü. KHDAK'de SUVmax'ın kötü prognozu öngörebileceği gösterilmiştir. Bir metaanalizde yüksek SUVmax'ın akciğer kanserinde nüks ve mortaliteyi öngördüğü saptanmıştır (10). Yine bir çalışmada SUVmax> 10 olan olgularda

sağ kalımın <10 olanlara göre anlamlı olarak düşük olduğu gösterilmiştir (11). Çalışmamızda SUVmax nonsurvival grupta daha yüksekti ve SUVmax <7.92 olan olgularda yaşam süresi daha uzundu. Bir çalışmada evre 4 KHDAK'de oligometastazın sağkalım için prognostik olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda metastaz yeri ve sayısının sağkalıma ve progresyona etkisi bulunmadı.

Sonuç

Çalışmamızda LMR progresyon ile ilişkili iken, CAR progresyon ve mortalite ile ilişkili değildi. LMR düşük saptanan olgularda progresyon ve tedavi yanıtı için dikkatli olunmalıdır.

Kaynaklar

1. Wang J, Kalhor N, Hu J ve ark. Pretreatment neutrophil to lymphocyte ratio is associated with poor survival in patients with stage I-III non-small cell lung cancer. *PLoS One*. 2016;11(10):e0163397.
2. Pepys M.B., Hirschfield G.M. C-reactive protein: a critical update. *J. Clin. Invest.* 2013;111:1805–1812. doi: 10.1172/JCI118921.
3. Fairclough E., Cairns E., Hamilton J., Kelly C. Evaluation of a modified early warning system for acute medical admissions and comparison with C-reactive protein/albumin ratio as a predictor of patient outcome. *Clinical Medicine*. 2009;9(1):30–33. doi: 10.7861/clinmedicine.9-1-30.
4. Koh YW, Lee HW. Prognostic impact of C-reactive protein/ albumin ratio on the overall survival of patients with advanced nonsmall cell lung cancers receiving palliative chemotherapy. *Medicine (Baltimore)* 2017; 96: 6848.
5. Flexible modeling improves assessment of prognostic value of C-reactive protein in advanced non-small cell lung cancer. *Gagnon B, Abrahamowicz M, Xiao Y, Beauchamp ME, MacDonald N, Kasymjanova G, Kreisman H, Small D. Br J Cancer*. 2010 Mar 30; 102(7):1113-22.
6. The role of C-reactive protein as a prognostic indicator in advanced cancer. *Mahmoud FA, Rivera NI. Curr Oncol Rep*. 2002 May; 4(3):250-5.
7. Nishijima TF, Muss HB, Shachar SS, Tamura K, Takamatsu Y. Prognostic value of lymphocyte-to-monocyte ratio in patients with solid tumors: a systematic review and meta-analysis. *Cancer treatment reviews*. 2015;41(10):971-8.
8. Ni XF, Wu J, Ji M, Shao YJ, Xu B, Jiang JT, Wu CP. Effect of C-reactive protein/albumin ratio on prognosis in advanced non-small-cell lung cancer. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2018 Dec;14(6):402-409.
9. Mandaliya H, Jones M, Oldmeadow C, Nordman II. Prognostic biomarkers in stage IV non-small cell lung cancer (NSCLC): neutrophil to lymphocyte ratio (NLR), lymphocyte to monocyte ratio (LMR), platelet to lymphocyte ratio (PLR) and advanced lung cancer inflammation index (ALI). *Transl Lung Cancer Res*. 2019 Dec;8(6):886-894.
10. Liu J, Dong M, Sun X, Li W, Xing L, Yu J. Prognostic Value of 18F-FDG PET/CT in Surgical non-small cell lung Cancer: 42 İzmir Gögüs Hastanesi Dergisi 2020;34(1):35-42 A Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(1):e0146195.
11. Ahuja V, Coleman RE, Herndon J, Patz EF Jr. The prognostic significance of fluorodeoxyglucose PET imaging for patients with nonsmall cell lung carcinoma. *Cancer* 1998;83:918-24

S-012

Bronkoskopik Akciğer Volüm Küçültücü İşlem Uygulanan Hastaların Solunum Fonksiyonlarının İncelenmesi

Ahmet Çağın², Deniz Doğan¹, Cantürk Taşçı¹

¹T. C. Sağlık Bakanlığı Fatsa Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

²SBÜ, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Özet

Giriş: Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) ve amfizemi olan hastalarda cerrahi ve bronkoskopik tedaviler medikal tedavilerle birlikte hiperinflasyonu azaltma amaçlı denenmektedir. Bu nedenle, bronkoskopik akciğer volüm küçültme (BLVR) işlemleri hastaların tedavi başarısını ve yaşam kalitesini artırabilir.

Materyal ve Metot: Bronkoskopik akciğer volüm küçültme işlemi uygulanan hastaların demografik özellikleri, modifiye Medical Research Center (mMRC) ve KOAH değerlendirilme testi (CAT) anketleri, 6-dakika yürüme testi ve tüm solunum fonksiyon testleri incelendi. İşlem öncesi değerler ile işlem sonrası 3 ve 6. aylardaki değerler istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: 19 hastaya endobronşiyal valf tedavisi, 6 hastaya bronşiyal akciğer volüm azaltıcı sarmal tedavisi uygulandı. Akciğer volüm küçültücü sarmal uygulanan 3 hastaya bilateral işlem yapıldı. Tüm hastaların yaş ortalaması 64.1 ± 7.7 idi. İşlem sonrası 3. ve 6. aylarda kaydedilen mMRC dispne skorları, CAT skorları, BODE indeksi ve 6 dakikalık yürüme testi verileri istatistiksel olarak anlamlıydı. İşlemden sonraki 3 ve 6. aylarda her iki grubun 1. sn zorlu ekspiratuvar hacim (FEV1), zorlu vital kapasite (FVC) ve vital kapasite (VC) ölçümleri istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.05$). İşlem sonrası 6. ayda endobronşiyal valf (EBV) yapılan hastaların ortalama rezidual hacim (RV) değerleri $0,5L (\pm 23.5)$ azaldı.

Tartışma: Hastalarımızın sonuçlarına baktığımızda BLVR yöntemlerinin hasta sayımızın az olmasına rağmen işlem sonrası mMRC dispne skoru, CAT skoru ve BODE indeksinde anlamlı düzeltilmeler ($p < 0.005$) ile semptomları azaltmada başarılı olduğunu değerlendirebiliriz. Çalışma popülasyonunda tedavi ile hastalarımızın solunum fonksiyon testi parametrelerinde ve efor kapasitesinde önemli gelişmeler, düşük perioperatif ve erken postoperatif komplikasyonlar prosedürün etkili ve güvenli olduğunu düşündürmektedir. BLVR için EBV veya LVRC tedavileri cerrahi yöntemlere göre hem mortalite hem de morbidite açısından avantajlı olsa da, seçilmiş olgularda LVRS veya akciğer transplantasyonu gerekebileceği akılda tutulmalıdır.

Sonuç: Bronkoskopik akciğer volüm azaltıcı tedavilerin ağır-çok ağır amfizemli KOAH hastalarında, uygun endikasyonlarda ve seçilmiş olgularda kullanılması ile çalışmamızda işlem sonrası ilk 6 aylık dönemde spirometrik parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı iyilik hali gözlenmiştir. Bu tedavilerin uzun dönem sonuçları da tedavinin etkinliğini belirleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Amfizem, BLVR, EBV, LVRC, SFT

Giriş

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), genellikle zararlı partiküllere veya gazlara önemli ölçüde maruz kalmanın neden olduğu hava yolu ve/veya alveolar anormalliklere bağlı kalıcı solunum semptomları ve hava akımı kısıtlaması ile karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (1). Amfizem, KOAH'ın temel patolojik özelliğidir. Terminal bronşiyollerin distalindeki hava yollarında kalıcı hasar ve ilerleyici durum ile karakterizedir (2). Akciğer elastik recoil kaybı, hava akımı obstrüksiyonuna, gaz sıkışmasına ve artan çalışan akciğer hacimlerine yol açar (3,4). Mevcut durumda KOAH'ın standart tedavi seçenekleri arasında sigarayı bırakma, bronkodilatasyon, mukolitik ajanlar, fosfodiesteraz 4 inhibitörleri, solunum rehabilitasyonu ve beslenme desteği, influenza ve pnömokoklara karşı aşılama ve uzun süreli oksijen tedavisi yer almaktadır (1). Hem kısa etkili hem de uzun etkili beta2 agonistleri ve antikolinergik ajanlardan oluşan optimal farmakolojik tedaviye rağmen, baskın amfizem fenotipi olan KOAH hastaları önemli ölçüde devre dışı kalır. Amfizemin medikal tedavisi hastalığın ilerlemesini engellemez (5,6).

2002'den beri, hiperinflasyonu azaltmak ve böylece solunum mekaniğini iyileştirmek için klinik çalışmalarda birkaç bronkoskopik müdahaleler denenmektedir (7). Birçok klinik çalışma ile hastalar üzerinde olumlu etkiler göstermiştir. Bronkoskopik girişimlerden sonra rezidüel hacim azalmasına bağlı semptomlarda azalma ve yaşam kalitesinde artış gözlenmiştir (6). Akciğer hacminin azaltılmasına yönelik bronkoskopik işlemler, geri dönüşümlü blokaj teknikleri ve geri dönüşümsüz blokajsız teknikler olarak alt gruplara ayrılabilir. Farklı BLVR tekniklerinin seçimi, amfizemin dağılımına ve kollateral ventilasyonun derecesine bağlıdır. Ancak uygun hasta için uygun teknikle olumlu sonuçlar alınmaktadır.

KOAH ve amfizemi olan hastalarda cerrahi ve bronkoskopik tedaviler medikal tedavilerle birlikte hiperinflasyonu azaltma amaçlı denenmektedir. Bu nedenle, bronkoskopik akciğer volüm küçültme işlemleri hastaların tedavi başarısını ve yaşam kalitesini artırabilir. Bizim çalışmamızdaki amaç bronkoskopik işlem uygulanmış hastaların yaşam kalitesi ve solunum fonksiyonlarındaki değişimlerin incelenmesidir.

Materyal ve Metot

Bronkoskopik akciğer volüm küçültme işlemi uygulanan hastaların demografik özellikleri, modifiye Medical Research Center (mMRC) ve KOAH değerlendirilme testi (CAT)

anketleri, 6-dakika yürüme testi ve tüm solunum fonksiyon testleri incelendi. İşlem öncesi değerler ile işlem sonrası 3 ve 6. aylardaki değerler SPSS programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edildi (8,9).

Endobronşiyal valf ve coil tedavisi için hasta seçim kriterleri; 18 yaşından büyük olmak, heterojen amfizem(yalnızca endobronşiyal valf için kriter), GOLD Evre III veya IV, FEV1 beklenenin $< \%50$, RV beklenenin $> \%150$, TLC beklenenin $> \%100$ ve DLCO beklenenin $> \%20$, altı dakika yürüme mesafesi < 500 metre, ekokardiyografide sistolik pulmoner arter basıncı < 50 mmHg, optimum bronkodilatör tedavi kullanmak, en az sekiz hafta önce sigarayı bırakmış olmak, en az altı hafta pulmoner rehabilitasyon uygulanmış olmak olarak belirlendi.

Dışlama kriterleri ise; 18 yaştan küçük hastalar, gebelik veya laktasyon durumu, aktif akciğer kanseri varlığı, sık tekrarlayan solunum yolu infeksiyonları, akciğerde dev bülleri olanlar, vronşiektazili hastalar, akciğer volüm küçültücü cerrahi öyküsü, transplantasyon ya da lobektomi öyküsü olanlar, kolletral ventilasyonu olan hastalar (yalnızca endobronşiyal valf için kriter) olarak belirlendi.

İşlemden sonraki üçüncü ay birinci sonlanım noktası, altıncı ay ikinci sonlanım noktası olarak belirlendi. Başlangıç testleri ve işlem sonrası testler karşılaştırıldı.

Bulgular

Toplam 28 hasta belirlendi, 3 hasta dışlama kriterleri nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. 19 hastaya EBV, 6 hastaya LVRC uygulandı. 19 kapak hastası için bir işlem, 6 sarmal hastadan 3'üne ikinci işlem yapılarak toplam 28 işlem gerçekleştirildi.

Yirmi dört hasta erkek, biri kadındı. Tüm hastaların yaş ortalaması $64,1 \pm 7,7$ (48-80) idi. Yirmi üç hastada sigara öyküsü mevcuttu ve tüm hastaların ortalaması $51,9 \pm 23,5$ paket/yıl olarak hesaplandı. İki hastada biyomass maruziyeti vardı. EBV ve LVRC gruplarının tedavi öncesi demografik ve klinik özellikleri benzerdi.

Toplam 67 kapak kullanıldı ve hasta başına ortalama 3.52 idi. Toplamda 84 koil kullanıldı, kullanılan koil sayısı işlem başına 9,33 ve hasta başına ortalama 14 idi. Sağ üst lob sıklıkla kullanıldığı görüldü.

Tedavi öncesi alınan anamnez ve tıbbi kayıtlarında 10 hastada ek hastalık bulunmazken, 5 hastada kardiyak aritmi, 4 hastada hipertansif kalp hastalığı, 4 hastada koroner/periferik arter hastalığı, 1 hastada diabetes mellitus, sırasıyla 2 hastada hafif sistolik kalp yetmezliği, 2 hastada ikinci derece kalp kapak yetmezliği, 2 hastada hipotiroidi vardı ve 1 hastada depresyon için ilaç kullanmaktaydı.

Hastalarda (n: 11) en sık bronkospazm görülürken, 1 hastada LVRC işlemi sonrası hemoptizi, başka bir hastada EBV işlemi sonrası pnömotoraks ve cilt altı amfizem izlendi. Bir hasta KOAH alevlenmesine sekonder EBV tedavisini takip eden ikinci ayda öldü.

İşlem sonrası üçüncü ve altıncı aylarda kaydedilen mMRC dispne skorları, CAT skorları, BODE indeksi ve 6-MWD verileri istatistiksel olarak anlamlıydı. İşlem sonrası 3. ve 6. aylarda tüm hastaların FVC ve VC ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p < 0,05$)

EBV uygulanan hastaların 3. aydaki ortalama FEV1 değeri $0.88 \pm 0.3L$ ($p=0.041$), işlem sonrası 6. aydaki ortalama FEV1 değeri $0.92 \pm 0.4L$ ($p=0.102$) idi. FEV1 değeri değişimi 3. ayda $0.14 \pm 0.25L$ ve 6. ayda $0.18 \pm 0,3L$ idi. LVRC yapılan hastaların 3. ayındaki ortalama FEV1 değeri $0.81 \pm 0.2L$ ($p=0.003$), işlem sonrası 6. aydaki ortalama FEV1 değeri $0.92 \pm 0.2L$ ($p=0.104$) idi. FEV1 yüzdeleri tek tek incelendiğinde bazal değerlere göre 6 hastanın hepsinde FEV1'de %12'lik artış gözlemlendi. İşlem sonrası 3. ayda tüm hastaların ortalama FEV1 değeri $0.86 \pm 0,3L$ ($p=0.005$), 6. ayda tüm hastaların ortalama FEV1 değeri $0.92 \pm 0.4L$ ($p=0.035$) idi. Tüm hastaların ortalama FEV1 değeri değişimi 3. ayda $0.15 \pm 0.3L$ ve 6. ayda $0.21 \pm 0.3L$ idi. İşlem sonrası çalışmamızdaki hastaların 17'sinde (%68) önceki FEV1 değerine göre artış gözlemlendi. Toplam 14 hastada (%56) FEV1'de ortalama %12 artış vardı.

EBV uygulanan hastaların 3. ayında ortalama RV yüzdesi $\%169.2 \pm 37.6$ ($p=0.058$), işlem sonrası 6. ayda ortalama RV yüzdesi $\%179.6 \pm 72.1$ ($p=0.365$) idi. EBV uygulanan hastaların ortalama RV değeri başlangıca göre 3. ayda $0.75 \pm 0.9L$ ($p=0.066$) ve 6. ayda $0.5 \pm 1.4L$ ($p=0.442$) azaldı. LVRC yapılan hastaların 3. ayında ortalama RV yüzdesi $\%169.6 \pm 49.2$ ($p=0.681$), işlem sonrası 6. ayda ortalama RV yüzdesi ise 177.7 ± 94.6 ($p=0.687$) idi. LVRC uygulanan hastaların ortalama RV değeri başlangıca göre 3. ayda $0.07 \pm 1.15L$ ($p=0.898$) ve 6. ayda $-0.11 \pm 1.45L$ ($p=0.735$) arttı.

Tartışma

Hastalarımızın sonuçlarına baktığımızda BLVR yöntemlerinin hasta sayımızın az olmasına rağmen işlem sonrası mMRC dispne skoru, CAT skoru ve BODE indeksinde anlamlı düzeltilmeler ile semptomları azaltmada başarılı olduğunu değerlendirebiliriz. Çalışma popülasyonunda tedavi ile hastalarımızın solunum fonksiyon test parametrelerinde ve efor kapasitesinde önemli gelişmeler, düşük perioperatif ve erken postoperatif komplikasyonlar prosedürün etkili ve güvenli olduğunu düşündürmektedir. BLVR için EBV veya LVRC tedavileri cerrahi yöntemlere göre hem mortalite hem de morbidite açısından avantajlı olsa da, seçilmiş olgularda LVRS veya akciğer transplantasyonu gerekebileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca hastaların uzun dönem takip verileri BLVR tedavilerinin gerçek etkinliğini ortaya çıkaracaktır.



**Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



Kaynaklar

1. GOLD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Pocket Guide To COPD Diagnosis, Management, And Prevention A Guide for Health Care Professionals 2019.
2. Gülşen A. Bronchoscopic Lung Volume Reduction: A 2018 Review and Update. Turkish thoracic journal. 2018;19(3):141-9.
3. Holloway RA, Donnelly LE. Immunopathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. Current opinion in pulmonary medicine. 2013;19(2):95-102.
4. Rustagi N, Singh S, Dutt N, Kuwal A, Chaudhry K, Shekhar S, et al. Efficacy and Safety of Stent, Valves, Vapour ablation, Coils and Sealant Therapies in Advanced Emphysema: A Meta-Analysis. Turkish thoracic journal. 2019;20(1):43-60.
5. Van Agteren JE, Hnin K, Grosser D, Carson KV, Smith BJ. Bronchoscopic lung volume reduction procedures for chronic obstructive pulmonary disease. The Cochrane database of systematic reviews. 2017;2(2):Cd012158.
6. Davey C, Zoumot Z, Jordan S, McNulty WH, Carr DH, Hind MD, et al. Bronchoscopic lung volume reduction with endobronchial valves for patients with heterogeneous emphysema and intact interlobar fissures (the BeLieVeR-HiFi study): a randomised controlled trial. Lancet (London, England). 2015;386(9998):1066-73.
7. Gompelmann D, Sarmand N, Herth FJ. Interventional pulmonology in chronic obstructive pulmonary disease. Current opinion in pulmonary medicine. 2017;23(3):261-8.
8. Yorgancıoğlu A, Polatlı M, Aydemir Ö, Yılmaz Demirci N, Kırkıl G, Naycı Atış S, et al. [Reliability and validity of Turkish version of COPD assessment test]. Tuberkuloz ve toraks. 2012;60(4):314-20.
9. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. American journal of respiratory and critical care medicine. 2002;166(1):111-7.

S-013

Yaşlı Hastalarda Girişimsel Bronkoskopinin Güvenliği

Melahat Uzel Şener¹, Ayperi Öztürk¹, Aydın Yılmaz¹

¹SBÜ. Atatürk Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi E.A.H, Girişimsel Pulmonoloji, Ankara

Özet

Giriş: Terapotik bronkoskopi (TB) malign veya benign havayolu darlığında tanı ve/veya tedavi yöntemleridir. Yaşlı popülasyonda giderek artış olması tanı ve tedavi sürecinde zorluklar olarak karşımıza çıkar. Bu nedenle Rijit bronkoskopi ile endobronşiyal tedavi uyguladığımız 65 yaş üzeri hastalarda komorbidite, komplikasyon, işlem mortalitesi ve 30 günlük mortalite değerlendirmesini sunuyoruz.

Materyal - Metot: Retrospektif kohort olarak planlanmıştır. Girişimsel pulmonoloji ünitesinde Mart 2019- Mart 2021 tarihleri arasında rijit bronkoskopi uygulanan hastalar çalışmaya alındı. <65 yaş, 65-74 yaş ve ≥75 yaş gruplarına ayrılarak, komorbidite, komplikasyon, mortalite açısından farklar değerlendirildi.

Bulgular: 268 hastada 317 RB uygulanmıştı. Yaş grupları arasında hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, kronik böbrek yetmezliği ≥75 yaş grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Komplikasyonların yaş grupları arasında fark olmadığı görüldü ($p>0,05$). 30 günlük mortalite için cinsiyet, yaş grupları arasında fark saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Yaşlı hastalarda komorbiditelerde artış olmasına rağmen işlem için kontrendikasyon oluşturacağını gösteren bilimsel veri yoktur. Endobronşiyal tedavi kararı yaşa göre verilmemelidir.

Giriş

Yaşlı popülasyon tüm dünyada giderek daha çok artmaktadır. Bu durum beraberinde artan hastalık yükünü de birlikte getirmektedir. Yaşlı hastalarda kırılabilirlik, komorbiditelerin varlığı, çoklu ilaç kullanımı, sosyal destek ihtiyacı tanı ve tedavi sürecinde zorluk olarak karşımıza çıkmaktadır(1). Terapotik bronkoskopi (TB) malign veya benign havayolu darlığında tanı ve/veya tedavi yöntemleridir. TB malign havayolu darlığında etkili ve güvenli bir yöntemdir. Sistemik tedavi öncesi köprü tedavi olarak, kritik hasta grubunda deeskalasyon, güvenli tanı için kullanılabilir (2).

Terapotik bronkoskopi yaşam kalitesini ve solunum fonksiyonlarını artırır, Weaning sağlayabilir, definitif tedavi öncesi stabilizasyon sağlar ve sağkalım süresinin MHYO olmayan hastalarla

benzer sürelerle çıkarır (3). Benign havayolu darlıkları, portintubasyon, posttrakeostomi, infeksiyon ilişkili, transplant havayolu hastalığını içerir, Hemoptizi, yabancı cisim aspirasyonu, stent yerleştirme diğer RB endikasyonlarıdır (3).

Çalışmada amacımız yaşlı ve ileri yaşlı hasta grubunda tedavi planlamasına katkı sağlamaktır. Bu nedenle RB ile endobronşiyal tedavi uyguladığımız 65 yaş üzeri hastalarda komorbidite, komplikasyon, işlem mortalitesi ve 30 günlük mortalite değerlendirmesini sunuyoruz.

Materyal – Metot

Çalışmamıza Mart 2019- Mart 2021 Tarihleri arasında riit bronkoskopi ile endobronşiyal tanı ve tedavi uygulanan hastalar dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, eşlik eden komorbiditeleri, işlem öncesi öntanıları ve endikasyonları, işlem öncesi ve işlem sonrası patolojik tanılar kaydedildi. Hastalar <65 yaş, 65-74 yaş ve ≥75 yaş olarak gruplara ayrıldı. Bu parametreler için üç grup arasındaki fark bakıldı. İşlem sonrası 30 günlük mortaliteleri kaydedildi.

Tüm işlemler total intravenöz anestezi ile genel anestezi altında yapıldı. İşlem öncesi değerlendirmede yapılan The American Society of Anesthesiology (ASA) (4) sınıflaması kaydedildi. Bu sınıflamaya göre verilen ASA skorları; Yaşamı tehdit etmeyen (ASA1,2,3) ve yaşamı tehdit eden (ASA 4-5) olarak gruplandırıldı.

İşlem endikasyonları PITS, PTTS, malign hava yolu darlığı, trakeoözofageal fistül, yabancı cisim, hemoptizi, benign havayolu darlığı olarak sınıflandırıldı.

Kanama varlığı değerlendirmesi (5) Grade 0: kanama yok veya kendiliğinden duran minimal kanama, Grade1: Soğuk 0.9 % NaCl solüsyonu veya epinefrin solüsyonu ile duran hafif kanama, Grade 2: argon plazma koagülasyon veya balon blokaj gerektiren orta düzeyli kanama, Grade 3: kan ürünleri transfüzyonu, vazopressör desteği, kurtarıcı cerrahi gerektiren veya ölümle sonuçlanan kanama olarak derecelendirildi.

Sonuçlar

Çalışmaya Mart 2019- Mart 2021 tarihleri arasında rijit bronkoskopi uygulanan 268 hasta (E/K: 222/46) dahil edildi. Toplamda 268 hastada farklı endikasyonlar ile 317 rijit bronkoskopi eşliğinde girişimsel işlem uygulanmıştı.

Yaş ortalaması 61 ± 12 idi. Hastaların 152'si (56,7%) < 65 yaş, 116'si ≥ 65 yaş idi. Hastalarda komorbidite dağılımları Tablo 1 'de verilmiştir. Altmış beş yaş üzeri hastalarda ASA skoru daha yüksek görülmekle birlikte bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (p=0,052; Table-1).

<65 yaş, 65-74 yaş ve ≥ 75 yaş gruplarında işlem öncesi kanama ilişkili ilaçlar incelendiğinde, yaş arttıkça asetilsalisilik asit, düşük molekül ağırlıklı heparin, varfarin kullanımında anlamlı olarak artış olduğu görüldü ($p < 0,05$). İşlem öncesi bu ilaçlar uygun zaman önce kesilerek işlemler uygulanmıştı. Ancak 7 işlemde kullanılan antikoagülan ve antiplatelet ilaç yüksek iskemi riski nedeniyle kesilmeden işlemler uygulandı. Bu işlemlerden sadece bir hastada grade 2 kanama izlendi.

Tüm işlemlerin 257'sinde (81,1%) herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Komplikasyonların yaş grupları arasındaki farkları incelendiğinde kanama, solunum yetmezliği, hemodinamik instabilitede fark olmadığı görüldü ($p > 0,05$). Kanama ciddiyetine göre karşılaştırıldığında yine <65 yaş, 65-74 yaş ve ≥ 75 yaş grupları arasında fark olmadığı görüldü ($p > 0,05$). Sadece 1 hastada işlem sırasında Grade 3 kanamaya bağlı mortalite gelişti.

İşlem sonrası 30 günlük mortalite değerlendirildi. 21 hastanın işlem sonrası 30 gün içinde öldüğü saptandı. Bunlardan 2 hastaya iki kez, 1 hastaya dört kez MHYD nedeniyle endobronşiyal tedavi uygulanmıştı. 30 günlük mortalite değerlendirildiğinde cinsiyet, yaş grupları, kanama komplikasyonu olan ve olmayan gruplar arasında fark saptanmadı ($p > 0,05$). Malignite nedeniyle işleme alınan hastalarda mortalite benign nedenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla 9,1%, 1,3%; $p < 0,05$). (Table-2).

Tartışma

Davoudi ve ark. 80 yaş üzeri 18 hastayı değerlendirdiği çalışmasında komorbiditelerden en sık hipertansiyon, aritmi, koroner arter hastalığı olduğu raporlanmış ve işleme bağlı kontrol edilebilir (hipotansiyon, artmi, hipoksi ve kanama) komplikasyonlar olduğu, entübasyon ihtiyacı olmadığı raporlamışlardır (6). Fiberoptik bronkoskopinin değerlendirildiği bir başka çalışmada retrospektif olarak iki grup karşılaştırılmış ve oktogenerianlarda (>80 yaş) mortalite ve yan etki daha sık saptanmış, bu hastalarda komorbiditelerinde daha sık olduğu raporlanmış ancak bilimsel ilişki kurulmamıştır (7).

Ernst ve ark. tüm yaş gruplarını ortak değerlendirdikleri çalışmada 554 hastada girişimsel işleme bağlı komplikasyon oranını 19.8% olarak bildirmişlerdir (8).

Bizim çalışmamızda yaşla birlikte beklendiği üzere HT, DM, KAH, KBY nin anlamlı olarak daha çok görüldüğü saptandı. Komplikasyon oranı 18% idi. Yaşla birlikte komorbiditelerde artış saptanmasına rağmen komplikasyonlar açısından fark saptanmadı. 75 yaş ve üzeri hasta grubunda asetilsalisilik asit ve antikoagülan kullanımı daha yüksek saptandı ancak kanama açısından fark izlenmedi. Bunun yanında işlemde solunum yetmezliği, hemodinamik instabilite ve kontrol edilemeyen kanama görülen hastalar da beklenenin aksine <65 yaş idi.

Rijit bronkoskopide komplikasyonların total intravenöz genel anestezi ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Pathak ve ark'na göre kardiyovasküler komplikasyonlar, hiperkarbi ve hipoksi

genel anestezi ile ilişkilendirilebilir(9). Grendelmeier ve ark. flexible bronchoscopy ve terapötik bronkoskopi de propofol kullanımını değerlendirdikleri çalışmada komplikasyonda anlamlı bir fark olmamış ancak yaşlı hastalarda daha çok hipotansiyon ve karbondioksit retansiyonu olduğu görülmüş (10). Bizim çalışmamızda hastalarda yaşlı grupta ASA skoru daha yüksekti ancak komplikasyonlarda bir fark saptanmadı.

Bizim çalışmamızda 30 günlük mortalite 6,6% idi, en yüksek oran 65-74 yaş grubunda görüldü (9,2%). Yaşla birlikte mortalitede anlamlı bir artış olmadı. Mortalite ile malign havayolu darlığının ilişkili olduğu görüldü. Yapılan bir çalışma da nonmalign grupta malign gruba göre survival daha iyi saptanmış ancak yaşa göre analiz yapılmamış, prospektif survival analizi yapılmıştı (11).

Sonuç

Yaşlı hastalar giderek daha sık karşımıza gelmekte ve daha çok endobronşial tedavi değerlendirmesi yapılması gerekmektedir. Bu hastaarda komorbiditeler genç gruba göre daha fazladır. ASA skoru ve komorbiditeler işlem kararı için önemlidir ancak kontrendikasyon oluşturacağını gösteren bilimsel veri yoktur. Bu çalışmada da yaşlı hastalarda komorbiditeler daha sık saptandı ancak işleme bağlı komplikasyon ve 30 günlük mortalitede fark saptanmadı. İşlem kararı endikasyona göre hasta ile birlikte risk-yarar gözetilerek verilmelidir.

Table-1. Comorbidities and clinical status					
		Age groups *3			p-value
		< 65	65-74	≥ 75	
		N (Column- %)	N (Column- %)	N (Column- %)	
Gender	Female	33 (18.4)	15 (15.5)	6 (15.8)	0.798
	Male	146 (81.6)	82 (84.5)	32 (84.2)	
HT	No	140 (77.8)	62 (63.3)	19 (48.7)	<0.001
	Yes	40 (22.2)	36 (36.7)	20 (51.3)	
DM	No	152 (84.4)	83 (84.7)	26 (66.7)	0.023
	Yes	28 (15.6)	15 (15.3)	13 (33.3)	
CAD	No	159 (88.3)	74 (75.5)	27 (69.2)	0.002
	Yes	21 (11.7)	24 (24.5)	12 (30.8)	
COPD	No	168 (93.3)	89 (90.8)	37 (94.9)	0.639
	Yes	12 (6.7)	9 (9.2)	2 (5.1)	
CKF	No	180 (100)	94 (95.9)	37 (94.9)	0.017*
	Yes	0 (0)	4 (4.1)	2 (5.1)	
Lung cancer	No	126 (70)	79 (80.6)	34 (87.2)	0.028
	Yes	54 (30)	19 (19.4)	5 (12.8)	
Extrathoracic malignancy	No	167 (92.8)	95 (96.9)	36 (92.3)	0.337
	Yes	13 (7.2)	3 (3.1)	3 (7.7)	
Venous thromboembolic event	No	175 (97.2)	92 (93.9)	38 (97.4)	0.345*
	Yes	5 (2.8)	6 (6.1)	1 (2.6)	
ASA score	Not life threatening	146 (81.1)	68 (69.4)	27 (69.2)	0.052
	1-2-3				
	Life threatening	34 (18.9)	30 (30.6)	12 (30.8)	
	4-5				
Pearson Chi-square					
* Insufficient sample counts					

Table-5. 30-day mortality

		30-day mortality		
		Survivor	Mortality	p-value
		N (Row- %)	N (Row- %)	
Gender	Female	51 (94.4)	3 (5.6)	1.000*
	Male	242 (93.1)	18 (6.9)	
Age groups *2	<65	169 (93.9)	11 (6.1)	0.368
	≥ 65	125 (91.2)	12 (8.8)	
Age groups *3	<65	169 (93.9)	11 (6.1)	0.637
	65-74	89 (90.8)	9 (9.2)	
	≥ 75	36 (92.3)	3 (7.7)	
Pre-diagnosis (malignant or not)	Benign	75 (98.7)	1 (1.3)	0.022
	Malignant	219 (90.9)	22 (9.1)	
Indication	PITS / PTTS	43 (100.0)	0 (0.0)	0.215**
	Malignant airway stenosis	216 (90.8)	22 (9.2)	
	TOF	8 (88.9)	1 (11.1)	
	Foreign body	2 (100.0)	0 (0.0)	
	Hemoptysis	6 (100.0)	0 (0.0)	
	Benign airway stenosis	19 (100.0)	0 (0.0)	
Bleeding	None	241 (92.3)	20 (7.7)	0.777*
	Yes	53 (94.6)	3 (5.4)	
Pearson Chi-square test				
*Fisher's Exact test				
**Insufficient sample size				

Kaynaklar

1. Beard JR, Officer A., de Carvalho, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet 387(10033), 2016; 2145–2154. doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4
2. Chumpathong, S., Tscheikuna, J., Boonsombat, T et al. Incidence and Risk Factors of Hypoxemia During Interventional Rigid Bronchoscopy Under Spontaneous-assisted Ventilation. Journal of bronchology & interventionalpulmonology 2017, 24(4),268–274. doi.org/10.1097/LBR.0000000000000387
3. Criner GJ, Eberhardt R, Fernandez-Bussy S et al. Interventional Bronchoscopy. Am J Respir Crit Care Med.2020;202(1):29-50. doi: 10.1164/rccm.201907-1292SO.
4. Davenport DL, Bowe EA, Henderson WG et al. National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) risk factors can be used to validate American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification (ASA PS) levels. Ann Surg 2006;243(5):636–41
5. Schumann C., Hetzel M., Babiak A. J. et al. Endobronchial tumor debulking with a flexible cryoprobe for immediate treatment of malignant stenosis. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery 2010, 139(4), 997–1000. doi.org/10.1016/j.jtcvs.2009.06.023
6. Davoudi M, Shakkottai S, Colt HG. Safety of therapeutic rigid bronchoscopy in people aged 80 and older: a retrospective cohort analysis. J Am Geriatr Soc 2008 ;56:943–4. doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01650.x..



Gülhane Gögüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



7. Rokach A, Fridlender ZG, Arish N, Berkman N. Bronchoscopy in octogenarians. Age Ageing 2008; 37:710–3. <https://doi.org/10.1093/ageing/afn127>.
8. Ernst A, Simoff M, Ost D, et al. Prospective risk-adjusted morbidity and mortality outcome analysis after therapeutic bronchoscopic procedures: results of a multi-institutional outcomes database. Chest 2008, 134(3): 514-519. doi: 10.1378/chest.08-0580
9. Pathak V, Welsby I, Mahmood K et al. Ventilation and anesthetic approaches for rigid bronchoscopy. Ann Am Thorac Soc 2014; 11(4): 628–34..
10. Grendelmeier P, Tamm M, Jahn K et al. Flexible bronchoscopy with moderate sedation in COPD: A case–control study. Int J COPD 2017; 12:177–87..
11. Mahmood K., Wahidi M M., Thomas S et al. Therapeutic bronchoscopy improves spirometry, quality of life, and survival in central airway obstruction. Respiration; international review of thoracic diseases 2015, 89(5), 404–413. <https://doi.org/10.1159/000381103>.

S-015

ROS1 Pozitif Akciğer Kanseri Hedefe Yönelik Tedaviler: Olgu Serisi

Gül Sema Yıldırım Keskin¹

¹SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi onkoloji Bilim Dalı

Özet

Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinin (KHDAK) bir kısmında görülen driver mutasyonlar ve moleküler değişiklikler ile bunlara spesifik hedefe yönelik moleküler tedavilerin geliştirilmesi, akciğer kanseri tedavisinde yeni bir devir açmıştır. ROS1 rearanjmanı ise KHDAK'lerinin sadece %1'inde saptanmaktadır. ROS1 rearanjmanı pozitif saptanan hastalar bir tirozin kinaz inhibitörü olan krizotinibe iyi yanıt verir. ROS1 pozitifliğini gösterebilmek için FISH, PCR, yeni nesil sekanslama gibi pek çok yöntem kullanılabilir. Bu olgu serisinde, 2018 yılından sonra kliniğimizde tanı almış olan, ROS1 translokasyonu pozitif metastatik akciğer adenokanser tanılı dört hastanın bilgileri sunulmuştur. Bu olguların hepsi yaygın metastazları olan hastalar olup ilk basamak tedavide krizotinib ile uzun süreli progresyonsuz sağkalım süreleri sağlanmıştır. İki olguda takip süresince progresyon gelişmiştir ve sıralı tirozin kinaz inhibitörü tedavisi almışlardır. Tedavi ilişkili yan etki gelişmeyen hastalardan 1 tanesi hastalık progresyonu nedeni ile eksitus olmuştur. Küçük hücre dışı akciğer kanseri tedavisinde tirozin kinaz inhibitörlerinin kullanılmaya başlanmasıyla sağ kalım açısından ilerleme kaydedilmiştir. Doğru hastaya doğru tedavinin uygulanabilmesi için moleküler testler oldukça önemlidir. Yeni nesil hedefe yönelik multikinaz inhibitörleri ile yapılan çalışmaların sonuçları, başta akciğer kanseri olmak üzere pek çok kanser türünde sıralı tedavi için umut vericidir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, tirozin kinaz inhibitörü, ROS 1 translokasyonu.

Giriş

Dünya genelinde akciğer kanseri kanser nedeni ölümlerin en sık sebebidir. Agresif seyirli ve sıklıkla tedaviye dirençli olduğundan yönetimi oldukça zordur. Sıklığı ve mortalitesi nedeniyle üzerinde en çok çalışılan kanser tiplerinden biri olan akciğer kanserinde, son yirmi yılda hem patogenezi anlama hem de tedavi yaklaşımlarını belirlemede büyük gelişmeler olmuştur. Pek çok moleküler değişiklik, sürücü “driver” mutasyonlar olarak tanımlanmıştır. “Driver” mutasyonlar kanserin başlangıcından ve gelişiminden sorumludur. Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinin (KHDAK) bir kısmında görülen driver mutasyonlar ve moleküler değişiklikler ile bunlara spesifik hedefe yönelik moleküler tedavilerin geliştirilmesi, akciğer kanseri tedavisinde yeni bir devir açmıştır. Epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR), BRAF, MET ve HER 2 mutasyonları, anaplastik lenfoma kinaz (ALK), ROS1, RET, NTRK, yeniden düzenlemeleri (rearanjman) gibi moleküler değişikliklerin, ileri evre akciğer adenokanseri tanısı alan her hastada araştırılması önerilmektedir. EGFR mutasyonları yaklaşık KHDAK'lerinin yaklaşık

%20' sinde görülürken, ALK rearanjmanı %4-5'inde, ROS1 rearanjmanı ise sadece %1'inde saptanmaktadır. ROS1 insülin reseptör ailesinden bir tirozin kinaz reseptörüdür. ALK translokasyonunda olduğu gibi ROS1 rearanjmanı pozitif saptanan hastalar da bir tirozin kinaz inhibitörü olan krizotinibe iyi yanıt verir. ROS1 rearanjmanı gösterebilmek için FISH, PCR, yeni nesil sekanslama gibi pek çok yöntem kullanılabilir. ROS1'de uygulanan FISH yöntemi ALK rearanjmanı için uygulanan yöntemle aynı olup, pozitiflik sınır değeri de %15 ve üzeri olarak belirlenmiştir (1). ROS1 rearanjmanı gösteren hasta grubu, ilk basamak tedavide krizotinibe veya entrektinibe oldukça duyarlıdır. Ancak krizotinibe direnç de gelişebilir. Direnç gelişiminin altında yatan mekanizmalar henüz tam olarak ortaya konamamış olsa da, kazanılmış ikincil ROS1 mutasyonlarının (G2032R, L2026M, S1986F, D2033N) krizotinib direncinden sorumlu olduğu gösterilmiştir. Bu hastaların "lorlatinib, repotrektinib veya kabozantinib" gibi birden çok hedefi bulunan tirozin kinaz inhibitörlerine cevap verebildiği saptanmıştır (2).

Bu olgu serisinde, 2018 yılından sonra kliniğimizde tanı almış olan 4 ROS1 translokasyonu pozitif metastatik akciğer adenokanser tanılı hastanın bilgileri sunulmuştur.

Olgu 1

43 yaşında erkek hasta yaygın vücut ağrısı, kilo kaybı, kuru öksürük ve nefes darlığı yakınması ile Nisan 2019'da kliniğimize başvurdu. <5paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın tomografisinde sağ akciğerde plevral efüzyon ve hiler kitle tespit edildi. Evreleme için yapılan PET/BT'de sağ akciğer hiler alanda primer kitle; sol akciğerde, mediastinal lenf nodlarında, sağ sürrenalde ve çok yaygın iskelet sisteminde metastazları saptandı. Patoloji sonucu KHDAK adenokanser ile uyumlu geldi ve moleküler incelmesinde ROS1 translokasyonu tespit edildi. Beyin MR'da sol parietal 8 mm, sağ serebellar hemisferde 6 mm beyin metastazı olan hastaya SBRT uygulandı ve krizotinib 2x250 mg ve zoledronik asit tedavisi başlandı. 3 ay sonraki PET BT ve beyin MR' da parsiyel yanıt izlendi. Krizotinib tedavisi ile 22 ay takip edilen hastanın Şubat 2021'de görüntülemelerinde iskelet sisteminde yeni metastatik odaklar saptanması üzerine lorlatinib 1x100 mg başlandı ve mevcut tedavi ile hastalığı herhangi bir grade 3-4 yan etki olmaksızın kontrol altındadır.

Olgu 2

53 yaşında kadın hasta, Mart 2018'de öksürük balgam nedeni ile çekilen toraks BT' de sağ akciğerde 2,5 cm kitle tespit edilmesi üzerine kliniğimize yönlendirildi. Sigara kullanım öyküsü olmayan hastanın PET/ BT' sinde metastaz saptanmadı. Sağ akciğer üst lobektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patolojisi adenokarsinom ile uyumlu olan hastaya ipsilateral hiler lenf nodu metastazı ve viseral plevra invazyonu olması nedeni ile adjuvant 4 kür cisplatin gempitabin kemoterapisi uygulandı. 30 ay ilaçsız onkolojik takibi devam eden hastanın Eylül 2020'de kontrol tetkiklerinde her iki akciğerde multiple subsantimetrik metastaz ile uyumlu nodül saptandı. Bunun üzerine yapılan moleküler patolojik incelemede ROS1 rearanjmanı tespit edildi. Beyin MR' da metastatik lezyon olmayan hastaya krizotinib 2x250 mg başlandı. Hastanın 3 ay sonraki kontrol PET/BT' de metastazların aktivitesinin kaybolduğu görülmüştür. Hasta 12 aydır tam remisyonda takip edilmektedir.

Olgu 3

49 yaşında kadın hasta, giderek artan nefes darlığı, öksürük, hemoptizi yakınması ile Ocak 2018’de kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde sigara içmediği ve bilinen bir kronik hastalığı olmadığı öğrenildi. Sağ hemitoraksta masif plevral efüzyon saptanan hastanın plevral mayi sitolojisi adenokanser metastazı ile uyumlu geldi. PET/BT’de sağ akciğerde primer kitle ve yaygın karşı akciğer, mediastinal lenf nodu, karaciğer ve kemik metastazları tespit edildi. Moleküler patolojik inceleme sonuçlanan kadar hastaya 1 kür cisplatin pemetrexed ve zoledronik asit tedavisi başlandı. Plevral efüzyonu için göğüs tüpü takıldı. ROS 1 translokasyonu pozitif saptanması üzerine tedavisine krizotinib ile devam edildi. Nisan 2018’de çekilen kontrol PET/B, parsiyel yanıt ile uyumlu geldi. Baş ağrısı nedeni ile Ağustos 2018’de çekilen beyin MR’ da sol temporalde 2 cm, sol frontalde 9 mm ve sağ frontalde 8 mm beyin metastazı saptandı ve hastaya 30 Gy tüm beyin radyoterapi uygulandı. Eylül 2018 de kontrol görüntülemelerinde kemik metastazlarının ve diğer metastatik nodüllerin progrese olduğu tespit edildi. Krizotinib tedavisi altında beyin metastazı gelişen hastaya 2. jenerasyon ROS 1 inhibitörü seritinib 1x450 mg/gün başlandı. Ancak hasta Aralık 2018’de progresyon nedeni ile exitus oldu.

Olgu 4

55 yaş kadın, sigara kullanım öyküsü olmayan hastaya, Mayıs 2020’de viral pnömoni şüphesi ile toraks BT çekildi. Sağ akciğerde mm’lik nodül ve 4 cm plevral efüzyon saptanması üzerine sağ akciğer orta lobdaki nodüle wedge rezeksiyon uygulandı. Patolojide adenokarsinom histolojisinde 1,3 cm çapında ve 1 cm çapında 2 adet nodül ayrıca plevra biyopsisinde adenokanser metastazı saptandı. Beyin MR ve PET/BT’ de plevra dışında başka metastatik odak olmayan hastanın yapılan moleküler incelmesinde ROS 1 rearanjmanı tespit edildi. Hastaya krizotinib 2x250 mg/gün başlandı. 3 ay sonraki kontrol PET/BT sağ hemitoraksta postoperatif bulgular ve suv max 2,9 tutulum gösteren minimal plevral efüzyon dışında bulgu yoktur olarak yorumlandı. Mevcut tedavi ile belirgin yan etki izlenmezken Eylül 2021’de yapılan kontrol görüntülemesinde tam remisyon ile uyumlu değerlendirildi.

Sonuç

Küçük hücre dışı akciğer kanseri tedavisinde tirozin kinaz inhibitörlerinin kullanılmaya başlanmasıyla oldukça ilerleme kaydedilmiştir. Her geçen gün yeni bir hedefe yönelik tedavinin geliştirildiği bu dönemde, doğru hastaya doğru tedavinin uygulanabilmesi için moleküler testler daha da önem kazanmaktadır. Moleküler testler sadece tedavi sürecinin belirlenmesinde değil, aynı zamanda tedavi direnç mekanizmalarının anlaşılmasında ve çözümünde, hastalıkların prognozunun tahmininde ve daha da önemlisi kanserin patogenezinin anlaşılmasında rol almaktadır.

ROS1 rearanjmanı diğer moleküler değişikliklere göre oldukça nadirdir ve sıklıkla tanı anında santral sinir sistemi (SSS) metastazı (yaklaşık %36) görülmektedir. ROS 1 rearanjmanı klinik olarak tıpkı bizim olgularımızda olduğu gibi sigara öyküsü olmayan, genç hasta ve adenokanser histolojisi ile ilişkilidir. Hasta sayılarının az olması nedeni ile tedaviye ilişkin veriler genellikle

çok merkezli basket çalışmalarından elde olunur. İlk basamak tedavide ALK -ROS 1- MET multikinaz inhibitörleri krizotinib (ORR %72, mPFS 19.3 ay, mOS 51.4 ay) veya yeni nesil daha

potent bir ALK-ROS1-NTRK inhibitörü olan entrektinib (ORR %77, mPFS 19 ay) kullanılabilir (3,4). Biz de literatürler ile uyumlu olarak olgularımızda ilk basamakta krizotinib tedavisi ile dramatik ve uzun süreli yanıtlar gözlemledik. Krizotinibin kan beyin bariyeri geçişi zayıf olması nedeni ile hastaların sıklıkla ilk progresyon yeri beyin metastazlarıdır. Krizotinib tedavisi altında progrese olan hastalarda, daha potent ve SSS geçişi de daha iyi olan 3. kuşak ALK ve ROS1 inhibitörü lorlatinib (TKI naif hastada ORR %62 m PFS:21 ay, daha önce crizotinib kullanan hastada ORR %35, mPFS: 8,5 ay, SSS metastazı için ORR; TKI naif hastada %64, daha önce crizotinib kullanan hastada %50), 2. basamak tedavi seçeneğidir (5). Yeni nesil hedefe yönelik multikinaz inhibitörleri ile yapılan çalışmaların sonuçları, başta akciğer kanseri olmak üzere pek çok kanser türünde sıralı tedavi için umut vericidir.

Kaynaklar

1. Bozkurtlar E, Kaya H. Akciğer kanserinde moleküler patoloji. Nucl. Med. Semin 2018; 4: 26-31.
2. Seghal K, Piper-Vallillo AJ, Viray H, Khan AM, Rangachari D, et al. Cases of ROS1-rearranged lung cancer: when to use crizotinib, entrectinib, lorlatinib, and beyond? Precis Cancer Med. 2020 June; 3: 17.
3. Shaw AT, Riely GJ, Bang YJ, Kim DW, Camidge DR, Solomon BJ, et al. Crizotinib in ROS1-rearranged advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): updated results, including overall survival, from PROFILE 1001. Ann Oncol. 2019 Jul; 30(7): 1121–1126.
4. Drilon A, Siena S, Dziadziuszko R, Barlesi F, Krebs MG, et al. Entrectinib in ROS1 fusion-positive non-small-cell lung cancer: integrated analysis of three phase 1–2 trials. Lancet Oncol 2020 Feb; 21(2):261-270
5. Shaw AT, Solomon BJ, Chiari R, Riely GJ, Besse B, et al. Lorlatinib in advanced ROS1-positive non-small-cell lung cancer: a multicentre, open-label, single-arm, phase 1–2 trial. Lancet Oncol 2019 Dec;20(12):1691-1701.

S-016

Poliklinikte Takip Edilen Stabil KOAH Olgularının GOLD Evreleri ve İnhaler Tedavilerinin İncelenmesi

Elif Yelda Niksarlıoğlu¹, Mehmet Atilla Uysal¹, Şule Gül¹, Deniz Bilici¹, Ayşe Yeter¹, Emine Şahin¹, Gizem Nur Akbalık¹, Nihan Kurt¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Gögüs Hastalıkları

Özet

Kronik obstruktif akciğer hastalığının (KOAH) medikal tedavi yöntemlerinin başında inhaler tedaviler gelmektedir. Günümüzde giderek artan çeşitlilikte bronkodilatör etken madde yine farklı inhaler cihazlar ile kullanılabilir. Biz de 3. basamak göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi merkezi olan hastanemize başvuran 150 KOAH olgusunun evrelerini ve kullandıkları inhaler tedavilerini inceledik. Ortalama yaş 64.4 ± 8.5 (aralık 18-82), vakaların 133'ü (%88.1) erkek idi. Olguların tanı süresi 8.2 ± 5.4 yıl (range 1-30 yıl), 46 (%30.7) olguda aktif sigara kullanımı mevcuttu. Solunum fonksiyon testlerinde FEV1 % beklenen değeri 46.3 ± 17.8 (aralık 14.9-89), FVC % beklenen 60.9 ± 17.4 (aralık 21.6-109), FEV1/FVC 54.3 ± 10.9 (aralık 25.9-72.4) idi. Cat skoru 12.8 ± 8.9 ve mMRC skoru 1.5 ± 1.2 olarak saptandı. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) evrelemesinde 46'sı (%30.7) grup A, 41'i (%27.3) grup B, 12'si (%8) grup C ve 51'i (%34) grup D idi. Vakaların inhale kortikosteroid (İKS) içeren herhangi bir ilaç kullanımı olan 126 (%84), 110'u (%73.4) inhale kortikosteroid-uzun etkili betamimetik-uzun etkili antimuskarinik (İKS-LABA-LAMA) tedavi, 13'ü (%8.7) inhale uzun etkili betamimetik-uzun etkili antimuskarinik (LABA-LAMA) tedavi kullanmaktaydı. Kullanılan cihaz tiplerinde ise olguların 95'i (%) inhaler kapsül, 31'i (%) discus, 11'i (%) turbohaler ve 10'u ölçülü doz inhaler kullanıyordu. Kullanılan cihaz tiplerinde ise olguların 95'i (%63.3) inhaler kapsül, 31'i (%20.67) discus, 11'i (%7.3) turbohaler ve 10'u (%6.7) ölçülü doz inhaler kullanıyordu. GOLD evrelerine göre olgular ayrıldığında grup A'da 26'sı (%56.5), grup B'de 33'ü (%80.5), grup C'de 7'si (%58.3) ve grup D'de ise 43'ünün (%84.3) İKS-LABA-LAMA kullandığı ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p 0.008). Stabil dönemdeki KOAH olgularında gerekli inhaler seçimlerinde semptom ve alevlenmeye dayalı evrelemeye dikkat edilmesi gereksiz inhaler kullanımının önüne geçebilir.

Anahtar Kelimeler: Evre, inhaler, KOAH, steroid, tedavi

Giriş - Amaç

Kronik obstruktif akciğer hastalarında (KOA) zararlı gaz ve partiküllere karşı hava yolu ve/veya alveollerde gelişen patolojilere bağlı olarak ortaya çıkan persistan solunumsal semptomlar ve hava yolu kısıtlanması ile seyreden, yaygın önlenebilen ve tedavi edilebilen bir hastalıktır (1). KOA'nın medikal tedavi yöntemlerinin başında inhaler tedaviler gelmektedir. Günümüzde giderek artan çeşitlilikte bronkodilatör etken madde yine farklı inhaler cihazlar ile kullanılabilmektedir. Biz de 3. basamak göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi merkezi olan hastanemize başvuran KOA olgularının kullandıkları inhaler tedavileri inceledik.

Materyal ve Metot

Polikliniğimize başvuran son bir yıldır düzenli inhaler kullanan, çalışmaya başlamayı kabul eden 150 KOA olgusu kesitsel olarak değerlendirildi. Olguların demografik özellikleri yanı sıra en az 3 aydır düzenli olarak kullandıkları inhaler ilaçları sorgulandı. Son 1 yılda geçirdikleri atak sayıları, hastane yatışları sorgulanarak KOA GOLD evresi kaydedildi.

Bulgular

Ortalama yaş 64.4 ± 8.5 (aralık 18-82), vakaların 133'ü (%88.1) erkek idi. Olguların tanı süresi 8.2 ± 5.4 yıl (range 1-30 yıl), 46 (%30.7) olguda aktif sigara kullanımı, 104 (%69.3) olgu ise sigara kullanımını bırakmıştı. Solunum fonksiyon testlerinde FEV1 % beklenen değeri 46.3 ± 17.8 (aralık 14.9-89), FVC % beklenen 60.9 ± 17.4 (aralık 21.6-109), FEV1/FVC 54.3 ± 10.9 (aralık 25.9-72.4) idi. Cat skoru 12.8 ± 8.9 ve mMRC skoru 1.5 ± 1.2 olarak saptandı. GOLD evrelemesinde 46'sı (%30.7) grup A, 41'i (%27.3) grup B, 12'si (%8) grup C ve 51'i (%34) grup D idi. Vakaların inhale kortikosteroid (İKS) içeren herhangi bir ilaç kullanımı olan 126 (%84), 110'u (%73.4) inhale kortikosteroid-uzun etkili betamimetik-uzun etkili antimuskarinik (İKS-LABA-LAMA) tedavi, 13'ü (%8.7) inhale uzun etkili betamimetik-uzun etkili antimuskarinik (LABA-LAMA) tedavi kullanmaktaydı. Kullanılan cihaz tiplerinde ise olguların 95'i (%) inhaler kapsül, 31'i (%) discus, 11'i (%) turbotaler ve 10'u ölçülü doz inhaler kullanıyordu. Kullanılan cihaz tiplerinde ise olguların 95'i (%63.3) inhaler kapsül, 31'i (%20.67) discus, 11'i (%7.3) turbotaler ve 10'u (%6.7) ölçülü doz inhaler kullanıyordu. GOLD evrelerine göre olgular ayrıldığında grup A'da 26'sı (%56.5), grup B'de 33'ü (%80.5), grup C'de 7'si (%58.3) ve grup D'de ise 43'ünün (%84.3) İKS-LABA-LAMA kullandığı ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p 0.008).

Tartışma

Üçüncü basamak göğüs hastalıkları hastanesi polikliniğinde takip olan KOA olgularının yaklaşık 1/3 den fazlası alevlenme riski ve semptom skoru yüksek olan hastalar, kalan grupta düşük alevlenme riski ve az semptomlu hastalar ve düşük alevlenme riski olan ancak fazla semptomu olan olgulardı. Vakaların yaklaşık %73'ü İKS-LABA-LAMA kombinasyonu, sadece



**Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



%8.7'i LABA-LAMA kombinasyonu kullanmaktaydı. Yine olgularımızın en sık kullandığı inhaler cihaz tipinin inhaler kapsül olduğu belirlenmiştir. GOLD evrelere göre bakıldığında semptomu daha fazla olan grupta İKS-LABA-LAMA kombinasyonun kullanımı fazlaydı. Daha önce ülkemizden yapılan bir çalışmada KOAH olgularının %62'de İKS-LABA-LAMA kullanımının olduğu saptanmıştır (2). Ayrıca çalışmamızdaki düşük semptom- az alevlenmesi olan grup A KOAH olgularının %56'da İKS-LABA-LAMA kullanımı 'over treatment' olarak yorumlanabilir.

Sonuç

Ayrıca çalışmamızdaki düşük semptom- az alevlenmesi olan grup A KOAH olgularının %56'da İKS-LABA-LAMA kullanımı 'over treatment' olarak yorumlanabilir. Stabil dönemdeki KOAH olgularında gerekli inhaler seçimlerinde semptom ve alevlenmeye dayalı evrelemeye dikkat edilmesi gereksiz inhaler kullanımının önüne geçebilir.

Kaynaklar

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2021 Report. [http:// goldcopd.org](http://goldcopd.org) (Erişim tarihi: 22 Ağustos 2021).
2. Gunen H, Yılmaz M, Aktaş O, Ergun P, et al. Catagorization of COPD patients in Turkey via GOLD 2013 statregy document: ALPHABET study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2015;10:2485.



Gülhane Göğüs
Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



POSTER BİLDİRİLER



**Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



POSTER BİLDİRİ LİSTESİ

P-001

İleri Yaşta Saptanan Bir İdiyopatik Pulmoner Arteryal Hipertansiyon Olgusu

Serkan Asil¹, Nesrin Öcal¹, Hatice Çetindoğan¹, Yakup Arslan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

P-002

Erişkinde Saptanan Özefagus Atrezisi Olmayan Konjenital Trakeo-özefageal Fistül

Emine Afşin¹

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

P-003

Akciğer Kanserinin Yoğun Bakım Mortalitesindeki Önemi, Retrospektif Mortalite Analizi

Gül Sema Yıldırım Keskin¹, Nesrin Öcal¹, Deniz Doğan¹, Levent Yamanel¹, Gürhan Taşkın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

P-004

Yaşlılıkta Pulmoner Hipertansiyon

Hatice Taşkan¹, Murat Çelik¹, Nesrin Öcal¹, Yakup Arslan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi



**Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



P-005

Ağır Astımın Uzun Yıllarca Maskelediği Kteph Olgusu

Ayşe Saatçi Yaşar¹, Nesrin Öcal¹, Murat Çelik¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

P-006

Romatoid Plörit, Nadir Bir Romatoid Artirt Akciğer Tutulum Tablosu

Duygu Tecer¹, Nesrin Öcal¹, Derya Kınık¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

P-007

Gögüs Röntgeninde Kardiyak Kateterizasyona Konstriktif Perikardit Tanı ve Tedavisi: İki Farklı Olgu

Serkan Asil¹, Selen Eşki¹, Ender Murat¹, Hatice Taşkan¹, Murat Çelik¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

P-008

Alk Mutant Akciğer Adenokanseri Vakasında Sıralı Tirozin Kinaz İnhibitörü Kullanımı

Ramazan Acar¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi



**Gülhane Göğüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



P-009

Diffüz Alveoler Hemoraji Gelişen Refrakter Granülomatöz Polianjitis Olgusu

Abdullah Doğan¹, Emre Tekgöz¹, Fahrettin Bıçakçı¹, Sedat Yılmaz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi / Romatoloji Bilim Dalı / Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara

P-011

Akciğer Kanseriinde Beyin Metastazlı Vakalarımız: 60 Hastanın Retrospektif Analizi

Musa Barış Aykan¹, Ramazan Acar¹, Gül Sema Yıldırım Keskin¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ

P-001

İleri Yaşta Saptanan Bir İdiyopatik Pulmoner Arteryal Hipertansiyon Olgusu

Serkan Asil¹, Nesrin Öcal¹, Hatice Çetindoğan¹, Yakup Arslan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Giriş:

İdiyopatik PAH (İPAH) daha çok genç-orta yaştaki kadınlarda izlenir. Bir çalışmada hastaların sadece %15'nin 65 yaş üstü PAH olgusu olduğu bildirilmiştir. Biz uzun süredir astım tedavisi alan, İPAH tanısı gecikmiş, ileri yaş bir kadın hastayı paylaşıyoruz.

Materyal ve Metot:

Olgu: 68 yaşında kadın hasta 2-3 yıldır giderek artan nefes darlığı nedeniyle başvurdu. Astım öntanısıyla çeşitli bronkodilatör tedaviler kullanmış ancak giderek kötüleşmiş. SpO₂ %35-40 civarında seyrediyor, konuşmakta bile zorlanacak kadar dispneik görünüyordu. Solunum sesleri normaldi. Desaturasyonunu açıklar bronkospazmı olmamasının astım tanısını desteklemediği düşünüldü. Olası bir pulmoner tromboembolizm (PTE) açısından BT anjiyografi çekildi, PTE saptanmadı. Ekokardiyografide sol ventrikül fonksiyonları normal, sağ ventrikül dilate, septum sistolde sol ventriküle bası yapmakta olup D şekilli septum, 2. derece TY ve sPAP: 80 mmHg olarak değerlendirildi. sPAB yüksekliğini açıklar sol kalp yetmezliği, kronik akciğer hastalığı, KTEPH bulgusu, kronik komorbid hastalık bulgusu saptanmayan hasta Grup I PAH öntanısıyla tetkik edildi. Romatolojik hastalıklar, enfeksiyonlar, ilaç-toksik madde kullanımı, konjenital kalp hastalıkları dışlandı. Hastaya sağ kalp katarizasyonu yapıldı. Ortalama PAB: 51 mmHg, PVR: 5.33 Wood ölçüldü. İn hale ilioprost sonrası vazoreaktivite testi negatif olarak değerlendirildi. Olası PAH nedenlerinin dışlanması ile hastaya İPAH tanısı konuldu. WHO Fonksiyonel sınıf III-IV arasında değerlendirilen hastaya spesifik PAH tedavisi başlandı. Bosentan ve tadalafil kombinasyonu ile tedavi edilen hastanın 3. ay kontrolünde fonksiyonel sınıf II'ye gerilemiş, oda havasında SpO₂ %85-88 seviyelerinde değerlendirildi. 6. ay kontrolünde yapılan Ekokardiyografide sPAPB normal seviyede ölçüldü. Hastanın tedavisine devam ediliyor.



Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



Sonuç:

İPAH toplumda seyrek görülen bir hastalık olup 65 yaş üzerinde ise çok nadirdir. Son yıllarda giderek artan ve güncellenen tedavi yaklaşımları ile PAH'ın mortalite ve morbiditesinde anlamlı düşüşler kaydedilmektedir. Paylaştığımız olgunun, beklenmedik bir yaş grubunda bir hasta olması, uzun süredir astım tanısı ile takip edilmekte olan bir olgu olması bakımından klinisyenlere faydalı olacağı inancındayız.

Anahtar Kelimeler : dispne, idiyopatik pulmoner hipertansiyon, ileri yaş, sağ kalp kateterizasyonu

P-002

Erişkinde Saptanan Özefagus Atrezisi Olmayan Konjenital Trakeo-Özefageal Fistül

Emine Afşin¹

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş:

H-tipi fistül olarak da bilinen özefagus atrezisi olmaksızın konjenital TÖF (trakeo-özofageal fistül) 50000-80000 doğumda bir görülmektedir. Tüm konjenital özefagus anomalilerinin % 4-5 'ini oluşturmaktadır. En sık siyanotik ataklar (%67.9), yemek yerken öksürük (%51.8), aspirasyon pnömonitisi (%46.4) görülürken (2) disfaji, obstruktif ve restriktif ventilatuar defekt, bronş hiperreaktivitesi de görülmektedir (3). Hastaların %82.1 'ine yaşamın ilk haftasında tanı konulurken (2) çok nadir erişkinde görüldüğü bildirilmiştir (4). Bizim olgumuz çok geç tanı konulması ve tedavi edilmesi nedeniyle sunulmaktadır.

Şekil 1.



Şekil 1. ☆ Fiberoptik bronkoskopide trakea üst 1/3 'ünde yaklaşık 5 cm TÖF izleniyor.

Olgu:

38 yaşında kadın hasta, çocukluktan itibaren nazal regürjitasyon, siyanotik ataklar, sık aspirasyon ve pnömoni geçirme şikayeti nedeniyle birkaç kez üst GIS (gastrointestinal sistem) endoskopisi yapılmış ancak patoloji saptanmamış. 3 yıl önce baryumlu faringoözefagografi yapıldığında TÖF saptanmış. Sonrasında yapılan endoskopide: özefagus 19-20 cm de 3-4 mm lik füstül ağzı izlenmiş, klips atılmış. 1 yıl sonra semptomları tekrarlayınca yapılan endoskopide klipsin olmadığı izlenmiş, yeniden klips atılmış. Sonrasında semptomları yeniden tekrar etmiş olmasına rağmen ileri tetkik ve tedavi için başvurmamış. Astım tanısıyla izlenen hasta polikliniğimize başvurduğunda nazal regürjitasyon, öksürük, sık astım atağı ve pnömoni geçirme şikayeti mevcuttu. Non- smoker olan hastanın fizik muayenesinde ekspirasyonu uzun, diğer sistem muayenesi olağandı. Fiberoptik bronkoskopisinde: trakea üst 1/3 'ünde yaklaşık 5 cm TÖF izlendi (Şekil 1). Hastaya TÖF onarımı+ sliding trakeoplasti yapıldı. Hastamızda postop komplikasyon gelişmemiş olup astımı kontrol altında seyretmektedir.

Tartışma:

TÖF tanısında en sensitif yöntem baryumlu özefagografi olsa da özefagoskopi ve bronkoskopi mutlaka yapılmalıdır. Hastamızda sadece özefagografi ile yetinilmiş, özefagus klipsleri ile kür sağlanmamasına rağmen bronkoskopi hiç yapılmamış. Benign TÖF olgularında cerrahi tedavi tercih edilmelidir (5). Postop vokal kord paralizisi ve gastroözefagial reflü sık görülen komplikasyonlardır (6).

Sonuç:

Erişkinlerde nadir de olsa konjenital malformasyonların görülebileceği akılda tutulması, tekrarlayan aspirasyon, pnömoni ve astım atakları geçiren, yemekle ilişkili öksürük yakınması olan hastalarda TÖF'den şüphelenilmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler : erişkin, konjenital, trakeo-özofageal fistül

P-003

Akciğer Kanserinin Yoğun Bakım Mortalitesindeki Önemi, Retrospektif Mortalite Analizi

Gül Sema Yıldırım Keskin¹, Nesrin Öcal¹, Deniz Doğan¹, Levent Yamanel¹, Gürhan Taşkın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Giriş:

Akciğer kanseri verilerinde zamana bağlı olarak ortaya çıkan değişkenlik ve bilgi güncellemeleri mortalite analizi yapılmasını gerekli kılmaktadır. Bu çalışmada yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) akciğer kanserinden ölen olgularda mortalite değerlendirmesi yapmayı amaçladık.

Materyal ve Metot:

YBÜ’de yatırılan hastalar 2 yıllık süre için retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

YBÜ’de 810 hasta yatırıldı. 118 hasta (tüm YBÜ hastalarının %14,5’i) primer akciğer kanseri tanısı almıştı. Solunumsal yoğun bakım ünitesindeki ölümlerin 56’sı primer akciğer kanseri olarak tanımlandı (%21.6’sı). Akciğer kanseri vakalarının kendi içinde mortalite oranı %47.4 bulundu. Bunların 11’i (%19.6) kadın, 45’i (%80.3) erkek. Olguların 19’u (%33.95) adenokanser (AC), 24’ü (%42.85) skuamöz hücreli karsinom (SCC), 13’ü (%23.2) küçük hücreli akciğer karsinomuydu (KHAK). Cinsiyetler ayrı ayrı değerlendirilirse, kadın olgulardan 5’inde (kadınların %45.5’i) AC, 4’ünde (%36.4’ü) SCC ve 2’sinde (%18.1’i) KHAK; erkek hastaların 20’sinde (erkeklerin %44.45’i) SCC, 14’ünde (%31.1’i) AC, 11’inde (%24.45’i) KHAK vardı. En yaygın kanser türleri genel olarak SCC, kadınlarda AC ve erkeklerde KHAK idi. Tüm olgularda ölüm tarihinde akciğer kanseri evreleri saptandı. Bir olgu evre IB’de, 4 olgu evre IIIA’da, 7 olgu evre IIIB’de ve diğer 44 olgu evre IV’te idi. Ortalama sağkalım süreleri KHAK için 3.1 ay, SCC için 6.7 ay ve AC için 8.2 aydı. SCLC en kısa sağkalım süresine sahipti ($p < 0.05$). 33 (% 58.9) olguda uzak organ metastazı mevcuttu. Uzak organ metastazı olmayan hastalarda sağkalım 7.4 ay, uzak organ metastazı olanlarda 5.1 aydı ($p < 0.005$). Ölüm nedenleri 23 (%41.1) hastada sepsis+ARDS, 11 (%19.6) hastada tümör yükü, 10 (%17.8) hastada sepsis+çoklu organ eksikliği sendromu, 8 hastada (%14.3) pnömoni+septik şok, 4 hastada (%7.1) metastatik organ yetmezliği idi.



Gülhane G   s
Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



Sonuc:

Tartışma ve Sonuc: Akciğer kanseri yoğun bakım mortalitesinde önemli bir orana sahip olup mortalite oranı kanser tipi ve metastaz durumu ile önemli  l  de ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler : akciğer kanseri, mortalite, yoğun bakım

P-004

Yaşlılıkta Pulmoner Hipertansiyon

Hatice Taşkan¹, Murat Çelik¹, Nesrin Öcal¹, Yakup Arslan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Giriş:

Pulmoner hipertansiyon genç-orta yaş hastalığı olarak tanınmaktadır. Ancak son yıllarda hasta yaş ortalamalarının giderek arttığı görülmektedir. Bu çalışmada 60 yaş ve üzeri bireylerde pulmoner hipertansiyonun klinik bulgularını ortaya koymayı hedefledik.

Materyal ve Metot:

Son 3 yılda Grup 1 ve Grup 4 pulmoner hipertansiyon tanısı almış 60 yaş ve üzeri hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. 60 yaş altı hastalardan oluşturulan kontrol grubu ile veriler karşılaştırıldı.

Bulgular:

3 yıllık süreçte 60 yaş ve üzeri toplam 31 yaşlı hasta PH tanısı aldı. Olguların 23'ü (%74.19) kadın, 8'i (%25.81) erkekti. 15 olgu Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH), 16 olgu ise Grup 4 Kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon (KTEPH) tanısı almıştır. PAH olgularından 3'ü bağ doku hastalıklarıyla ilişkili PAH olarak değerlendirilirken 12'si idiyopatik PAH'tı. Erkek hasta grubunun 1'i hariç tamamı KTEPH tanılıydı (%87.5). Kadın hastaların ise %39.13'ü KTEPH, %60.87'si PAH tanılıydı. PAH ve KTEPH tanısı konulan yaşlı hastalara karşı kontrol grubu elde etmek için son 3 yıl içinde PH tanısı almış olan 60 yaş altı erişkin hastalarımız içinden 32 olgu (16 PAH, 16 KTEPH olgusu) randomizasyon ile seçildi. Kontrol grubu hastaların yaş ortalaması 44.53 (± 8.54) olarak saptandı. Kontrol grubunun genelinde cinsiyet dağılımı yaşlı hastalar ile benzerdi (21 kadın, %65.62; 11 erkek, %34.37). Yaşlı hastalar ile genç hastalar karşılaştırıldığında tanı anında DSÖ fonksiyonel sınıf yaşlı hastalarda gençlere göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (3.4 ± 0.5 , 2.8 ± 0.5 Sırasıyla) ($p=0.01$). EKO bulguları karşılaştırıldığında sPAB değerleri yaşlılarda 77.3 ± 21.6 mmHg, gençlerde 82.7 ± 19.3 mmHg saptandı ($p>0.05$). EF ortalamaları yaşlılarda anlamlı düzeyde daha düşüktü (yaşlılarda 54.1 ± 4.1 , gençlerde 67.8 ± 6.6) ($p=0.02$). Ortalama PAB anlamlı fark göstermezken PKUB



**Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri**

10 - 12 Eylül 2021



yaşlılarda anlamlı şekilde yüksekti ($13,1 \pm 5.8$, 8.5 ± 4.1 mmHg) ($p=0.005$). Ortalama PVR yaşlılarda 8.8 ± 4.3 WU, gençlerde 11.7 ± 6.6 WU bulundu ($p=0.001$).

Sonuç:

Pulmoner hipertansiyon yaşlı popülasyonda da sık görülebilir. Komorbiditeler, yaşla ilişkili fonksiyonel kayıplar tanıyı zorlaştırabilir. Ancak açıklanamayan efor dispnesi etyolojisinde mutlaka pulmoner hipertansiyon akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler : geriatrik, Pulmoner hipertansiyon, sağ kalp kateteri, yaşlı

P-005

Ağır Astımın Uzun Yıllarca Maskeleydiği KTEPH Olgusu

Ayşe Saatçi Yaşar¹, Nesrin Öcal¹, Murat Çelik¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Giriş:

Pulmoner Hipertansiyon alt sınıfı olan Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon (KTEPH) masif tekrarlayan organize olan trombüsler ya da damar duvarının yeniden biçimlenmesinin pulmoner damarları tıkaması ve kan akımının yavaşlaması sonucu oluşan kötü prognozlu nadir bir hastalıktır. KTEPH tanısı alan hastaların azımsanmayacak bir bölümünde geçmişte pulmoner emboli öyküsü olmayabilir. Pulmoner emboli geçirenlerin ise yaklaşık %2-4'ünde ilerleyen dönemde KTEPH ortaya çıkabilir. Bir hastaya KTEPH tanısı koyabilmek için Pulmoner hipertansiyon bulgularını fark etmek ve KTEPH'den şüphelenmek ana noktadır. Burada paylaştığımız olgu uzun süredir ağır astım nedeniyle takip edilen ve astım atağı tablosu sonucu KTEPH tanısı fark edilemeyen bir olgudur.

Materyal ve Metot:

Olgu: 48 yaşında kadın hasta dış merkezde zor astım yaklaşık 7 yıldır nedeniyle takipteymiş. Dış merkezde takiplerinde etkin astım tedavisine rağmen sıkça atak nedeniyle başvuru ve yatış öyküsü olan hasta oksijen tedavisi kullanmaktaymış. Bronkodilatör tedaviye yanıtız dispne nedeniyle hasta Gögüs hastalıkları polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede oskültasyonda bilateral yaygın ekspratuvar ronküs oskülte edilen hastanın arteryal kan gazında ph:7,43 pCO₂:40,7 mmHg, pO₂:53.2 mmHg, SaO₂: %88 saptandı. Astım atağı ön tanısı ile hasta kliniğe yatırıldı. Hastanın etkin astım atak tedavisi ile bronkospazmdaki düzelmesine rağmen efor dispnesi ve hipoksemisi sebat etmekteydi. Hastanın anamnezindeki geçirilmiş pulmoner emboli öyküsü göz önünde bulundurularak Kardiyoloji kliniğinde Ekokardiyografi (EKO) tetkiki yapıldı. EKO'da sPAB 65 mmHg saptanması üzerine hastaya VQ sintigrafi çekildi. Hastada sağ akciğer orta ve alt lob aperfüze saptanması ve pulmoner emboli ile uyumlu değerlendirilmesi üzerine hastaya antikoagülan tedavi başlandı. 3. ay kontrolünde klinik bulgularında değişiklik izelnemyen hastaya BT anjiyografi çekildi. Sağ ana pulmoner arterde kronik trombüs saptanması üzerine hastaya sağ kalp kateterizasyonu işlemi yapıldı. Ortalama PAB 85 mmHg, PKUB 9 mmHg saptanan hasta KTEPH tanısı ile kalp damar cerrahisine refere edildi.



Gülhane Göğüs Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



Sonuç:

Bu olgunun ağır astım gibi durumların KTEPH tanısını uzun süre maskeleyebileceğini hatırlatması bakımından dikkate değer olduğunu düşünüyoruz. Mevcut klinik bulgular ile açıklanamayan efor dispnesinde KTEPH mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler : astım, emboli, KTEPH, pulmoner hipertansiyon

P-006

Romatoid Plörit, Nadir Bir Romatoid Artırt Akciğer Tutulum Tablosu

Duygu Tecer¹, Nesrin Öcal¹, Derya Kınık¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Giriş:

Romatoid artırt, en sık görülen konnektif doku hastalığıdır. Akciğer tutulumu, enfeksiyondan sonra en sık 2. ölüm nedenidir. Plevral tutulum ise oldukça nadir prezentasyon olup erkeklerde daha sıktır. Paylaştığımız olgu bu yönden hatırlatıcıdır.

Materyal ve Metot:

Olgu: 79 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı ile kliniğimize refere edildi. 2 aydır poliartrit, Romatoid artrit tanılı (atipik prezentasyon-geç başlangıç). Vital bulguları stabil. Fizik muayene ve akciğer grafisi sonrası solda plevral mayi izlenmesi üzerine toraks usg ve toraks HRCT planlanıyor. HRCT’de unilateral plevral efüzyon ve plevrada minimal kalınlaşma mevcuttu (parankim alanları normal). Hastaya romatoid artrit nedeniyle Mtx ve steroid kombinasyonu başlanması endike görülmüş ve kliniğimizden mevcut plörezi ve plevra tutulumuna ait lezyonun başta tbc olmak üzere ayırıcı tanısı açısından danışılmıştır. Hastaya öncelikle torasentez yapıldı. Plevra sıvısının görünümü açık sarı renkte ve kısmen bulanıktı. Plevra sıvısı biyokimyası: Glukoz :27 (Serum:98), LDH: 1972 (Serum:214), Albumin: 2.36 (Serum 4.48), Tot. Prt.: 6.73 (Serum: 7.11), ADA: 39, pH: 7.15, Wbc:2790 (%96 Nötrofil) idi. Spesifik ve non-spesifik kültür negatifti. Plevral RF <20. PPD: 0 mm. Hastanın plevra sıvısı laboratuvar bulgularının olası bir komplike ppe’den ayırıcı tanısı ve pH’nın takibi amacıyla tekrar torasentez yapıldı. 2. torasentezin laboratuvar sonuçları da benzer geldi. Bu süreçte hastanın klinik açıdan genel durumu iyi olup aktif bir tbc veya ampiyem tablolarıyla uyumlu bir tablosu yoktu. Ayırıcı tanıyı desteklemek amacıyla hastaya plevra bx uygulandı. Plevra biyopsisinde granülomatöz inflamasyona benzer bulgular: *Multinukler histiositler, Granüler nekrotik alanlar, Inflamatuvar hücre kümeleri izlendi.* Hastaya Romatoid plörit ve plörezi tanısı konuldu. Anti-inflamatuvar tedavi başlanması uygun görüldü. Belirgin klinik ve radyolojik düzelme saptandı.



Gülhane Gögüs
Hastalıkları Günleri

10 - 12 Eylül 2021



Sonuç:

Romatoid plörit %2-3 oranında görülen nadir bir formdur. İnterstisyel tutulum olmadan plöreziyle beraber veya tek başına noduler plörit şeklinde ortaya çıkabilir.

Anahtar Kelimeler : plevral efüzyon, plörit, Romatoid artrit, torasentez

P-007

Gögüs Röntgeninde Kardiyak Kateterizasyona Konstriktif Perikardit Tanı ve Tedavisi: İki Farklı Olgu

Serkan Asil¹, Selen Eşki¹, Ender Murat¹, Hatice Taşkan¹, Murat Çelik¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

Giriş:

Konstriktif perikardit, perikardiyal tabakalar arasındaki yapışma, inflamatuvar perikardın lokal kalsifikasyonundan oluşur ve ventriküllerin diyastolik dolumunun bozulmasına neden olarak kalp yetmezliği semptom ve bulgularına neden olur. Tanı için göğüs röntgeni, ekokardiyografi, kardiyak BT, MRG ve sol-sağ kalp kateterizasyonu kullanılır. Kronik konstriktif perikardit için standart tedavi perikardiyektomidir, ancak perikardiyektominin önemli operatif morbidite ve mortalitesi vardır. Hastalığın geçici formunda antiinflamatuvar tedavi ile takip sonrası gerekirse perikardiyektomi önerilmelidir.

Materyal ve Metot:

Konstriktif perikardit tanısı konulan iki olgu tartışılmıştır.

Bulgular:

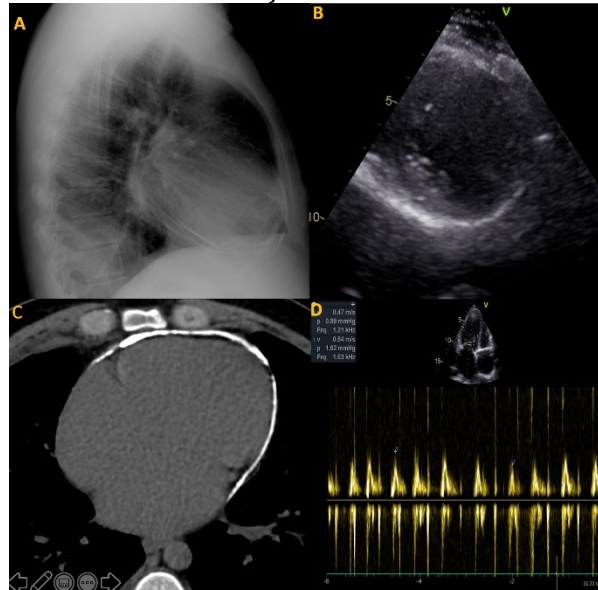
Olgu raporu 1:

32 yaşında erkek hasta son iki aydır nefes darlığı şikâyeti ile hastanemize başvuruyor. Gögüs röntgeninde kalp silüetinde perikardiyal kalsifikasyon ve bilateral plevral efüzyon saptandı (Şekil 1A). Konstriktif perikardit ön tanısı ile transtorasik ekokardiyografi yaptığımız hastada konstriksiyon bulguları saptandı (Şekil 1B-C). Toraks BT’de perikard diffüz kalsifiye olarak görüldü ve kalsifik plak en kalın yerinde 6 mm ölçüldü (Şekil 1D). Hastaya konstriktif perikardit tanısı konuldu. Başka bir merkezde başarıyla perikardiyektomi yapılan hastanın, klinik olarak daha iyi durumda olduğu öğrenildi.

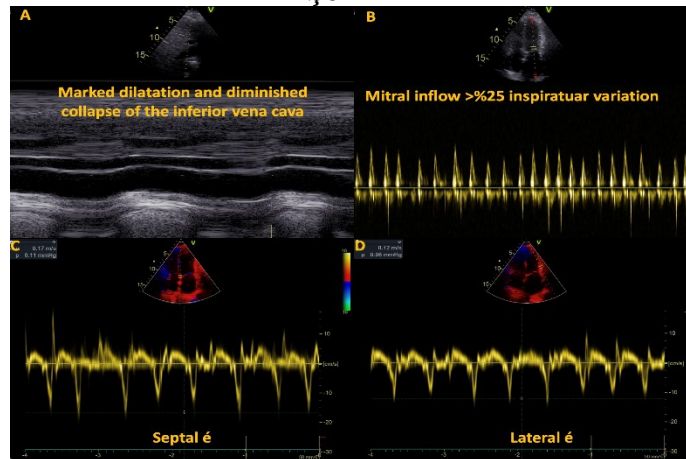
Olgu raporu 2: 50 yaşında kadın hasta nefes darlığı ve çarpıntı şikâyeti ile başvurdu. Başvuru EKG’sinde 123 atım/dk hızında AF tespit edildi. Hastanın transtorasik ekokardiyografisinde konstriktif perikardit ile uyumlu bulgular saptandı (Şekil 2A-D). Toraks BT’de artmış

perikardiyal kalınlık ve minimal kalsifikasyon görüldü (Şekil 3A). Konstriktif perikardit ön tanısı ile yapılan kateterizasyonda sol ve sağ ventrikül diyastol sonu basınçlarının eşitlenip arttığı, sağ atriyum basıncının arttığı, X ve Y inişinin belirginleştiği ve solumsal diskordans izlendi (Resim 3 B-C). Hastanın daha önce perikardit ve perikardiyosentez öyküsü olması ve perikardiyal kalsifikasyonun daha sınırlı olması nedeniyle geçici konstriksiyonu düşünüldü, antiinflamatuvar tedavi ile takibe karar verildi.

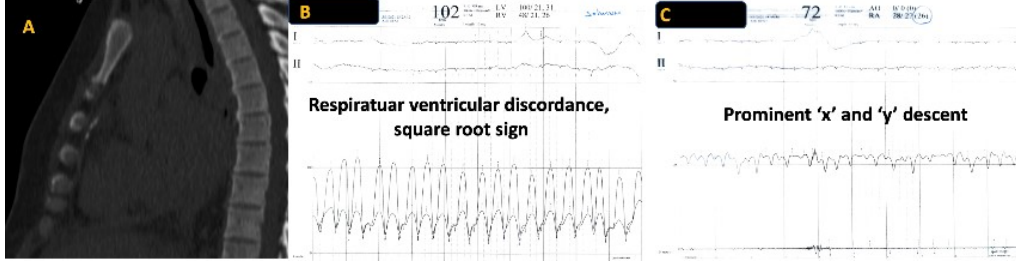
Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



Tartışma:

Konstriktif perikardit teşhis edilmesi oldukça zor bir kalp yetersizliği tipidir. Tanıda akciğer grafisinden, kardiyak kateterizasyona kadar bir çok görüntüleme aracı kullanılmalıdır. Tanı sonrası süreçte geçici konstriksiyonu dışlamak oldukça önemlidir.

Sonuç:

Kronik konstriktif perikarditin tek tedavisi olan perikardiyektomi oldukça yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler : antiinflamatuvar ilaç tedavisi, geçici konstriksiyon, konstriktif perikardit, perikardiyektomi

P-008

Alk Mutant Akciğer Adenokanseri Vakasında Sıralı Tirozin Kinaz İnhibitörü Kullanımı

Ramazan Acar¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş:

Anaplastik lenfoma kinaz (ALK), çeşitli tümör tiplerinde eksprese edilebilen bir tirozin kinazdır. Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde (KHDAK), kromozom 2 üzerindeki ALK gen lokuslarını içeren kromozomal yeniden düzenlemeler yaklaşık yüzde 5 vakada bulunur.

Materyal ve Metot:

Vaka: 42 yaşında kadın hasta öksürük, nefes darlığı ve göğüs ağrısı yakınmaları nedeniyle Ocak 2016'da başvurmuştur. Son 5 yıldır kullanmasa da 10 paket/yıl sigara içme öyküsü mevcuttur. Yapılan tetkiklerinde kronik hastalık anemisi ile uyumlu laboratuvar değerleri mevcuttur. Akciğer grafisinde sağ akciğer üst lobda opasite olması üzerine PET-BT istenmiştir. Yapılan değerlendirilmesinde primer kitlesi sağ akciğer üst lobda olan hastada karaciğer ve kemik alanlarında yaygın metastatik lezyonlar saptanmıştır. Biyopsisinde akciğer adenokanseri saptanan hastaya yapılan moleküler alt tiplendirme çalışmasında ALK mutasyonu saptanmıştır. Hastaya bu dönemde ulaşılabilen tedavi olarak “Crizotinib 250 mg 2x1” şeması başlanmıştır. Ekim 2016'da “tam cevap” durumuna ulaşılan hastada Temmuz 2017'de beyinde progresyon saptanmıştır. Bu dönemde lokal tedavilerini tamamladıktan sonra hastanın tedavisine alektinib eklenmiştir. Hasta halen alektinib tedavisi ile takip altındadır.

Sonuç:

Evre 4 Akciğer Adenokanseri vakalarında tanı anında moleküler profil analizi yapılmalıdır. ALK pozitif vakada mevcut koşullarda crizotinib başlandıktan sonra yaşanan progresyonda, SSS'ye güçlü geçiş özelliği de göz önüne alınarak alektinib kullanımı ile hastada uzun bir yanıt sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler : Akciğer kanseri, ALK

P-009

Diffüz Alveoler Hemoraji Gelişen Refrakter Granülomatöz Polianjitis Olgusu

Abdullah Doğan¹, Emre Tekgöz¹, Fahrettin Bıçakçı¹, Sedat Yılmaz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi / Romatoloji Bilim Dalı / Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara

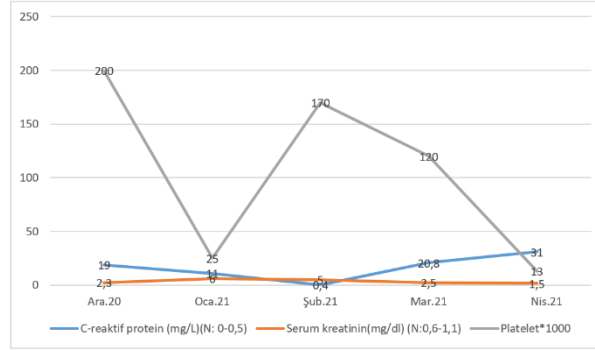
Giriş:

Granülomatöz polianjitis (GPA) nadir görülen ancak hayati organ tutulumu olduğunda önemli bir mortalite sebebi olabilen küçük damar vaskülitidir. Burada diffüz alveolar hemoraji (DAH) gelişen dirençli bir GPA olgusunu sunduk.

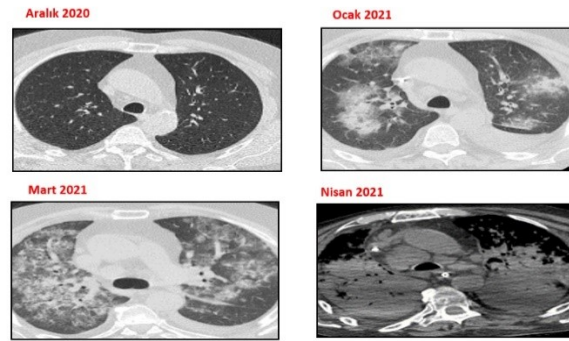
Bulgular:

66 yaşında erkek hasta, akut böbrek yetmezliği ve artralji yakınmaları ile başvurdu. Hastanın anamnezinde kronik sinüzit ve tekrarlayan epistaksis öyküsü vardı. Fizik muayenesinde diz eklemünde şişlik ve hassasiyet mevcuttu. Tetkiklerinde akut faz değerleri, serum kreatininde yükseklik, 2 gr/gün proteinüri ve PR3-ANCA pozitifliği saptandı. Bilgisayarlı tomografide (BT) akciğerde bilateral parankimal nodüller lezyonları vardı. Böbrek biyopsisi (pauci-immun) kresentik glomerülonefrit ile uyumlu geldi. GPA tanısı konulan hastaya 1 gr/gün pulse steroid 5 gün, sonrasında 1 mg/kg/gün steroid tedavisiyle devam edildi. Renal ve akciğer tutulumu nedeniyle remisyona indüksiyon tedavisi için intravenöz siklofosfamid tedavisi başlandı. İlk doz siklofosfamid tedavisi sonrasında ciddi trombositopeni gelişmesi sebebi ile siklofosfamid tedavisi kesilip rituksimab tedavisine geçildi. Takiplerinde dispne ve hemoptizi gelişen hastanın BT’de akciğerlerde yaygın konsolide alanlar saptandı. Bu bulgular DAH ile uyumlu bulundu. Hastaya intravenöz immunglobülin (IVIG) ve plazmaferez tedavileri uygulandı. Hastanın kliniğinde kısmi düzelme oldu. Serum kreatinini ve akut fazları geriledi. Ancak steroid dozu kademeli azaltılınca yeniden oligüri, dispne ve hemoptizi gelişti. Akut faz ve serum kreatinin değerlerinde artış görüldü (Grafik 1). Yinelenen toraks görüntülemesinde alveolar hemorajide progresyon mevcuttu (Şekil 1). Hastaya tekrar pulse 3 gün iv 500 mg metilprednizolon tedavisine ek olarak IVIG ve gün aşırı plazmaferez uygulandı. Rituksimab haftalık 375mg/metrekaare dozunda olacak şekilde 4 haftaya tamamlandı. Ancak hastanın dispne ve hemoptizisi artarak devam etti. Remisyona sağlanamayan hastanın tedavisine oral mifehenolat mofetil eklendi. Ancak hasta solunum yetmezliği nedeniyle eksitus oldu.

Grafik 1: Olgunun Yatışı Süresince Laboratuvar Değerleri



Şekil 1: Olgunun Akciğer Tutulumunun Zamanla Progresyonu



DAH, GPA'nın en ciddi ve acil tedavi gerektiren kliniği olup immünsupresif dirençli olgularda plazmaferez ve IVIG tedavileri uygulanabilmektedir (1,2). Standart tedaviye dirençli GPA olgularında DAH gibi hayati organ tutulumu halen önemli bir sorun olup etkili alternatif tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler : Difüz alveolar hemoraji, Granülomatöz polianjit

P-011

Akciğer Kanseriinde Beyin Metastazlı Vakalarımız: 60 Hastanın Retrospektif Analizi

Musa Barış Aykan¹, Ramazan Acar¹, Gül Sema Yıldırım Keskin¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

Giriş:

Akciğer kanseri beyin metastazlı vakaların en sık nedenleri başında gelmektedir ve tüm beyin metastazlarının %10-20'si akciğer kanserine bağlı gelişir. Bu çalışmada akciğer kanseri olup beyin metastazı ortaya çıkmış hastalarımızın retrospektif analizini sunmayı amaçladık.

Tablo: KDAK ve KHAK Vakalarının Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER	KHDAK (n:45)	KHAK (n:15)
Yaş (ort.+std)	60,64 (57,55-63,73)	66.2 (61,1-71,3)
Cinsiyet- Erkek (n)	37	12
Sigara öyküsü (n)	37	13
Soliter Beyin metastazı olanlar (n)	13	5
Multipl Beyin metastazı olanlar (n)	32	14
Ekstrakranyal metastazı olanlar (n)	15	5
Metastektomi öyküsü olanlar (n)	15	5
Radyoterapi alanlar (n)	45	12
Sistemik Tedavide İlk Hat Rejimler		
• Platin+Etoposid	-	12
• Platin+Etoposid+Atezolizumab	-	3
• Platin+Pemetrexed	19	-
• Targeted TKI	18	-
• Monoterapi İmmünoterapi	6	-
• Platin+Paklitaksel	2	-
Sağkalım Süresi (gün)	109 (91-126)	143 (133-153)

Materyal ve Metot:

Bu çalışma Gülhane EAH Tıbbi Onkoloji Polikliniğinde takip edilen beyin metastazı olan akciğer kanserli hastalarda retrospektif yöntemle gerçekleştirilmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya beyin metastazı olan 60 akciğer kanserli hasta alındı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, tedavi modelleri ve yaşam süreleri değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı 62.03 yıl olup, %18,3'ü kadındı. KHDAK olanlardan %68,3'ü hasta akciğer adenokanseri idi. Adenokanser histopatolojisine sahip olan hastaların %13,3'ünde EGFR mutasyonu, %16,7'sinde ALK mutasyonu saptanmışken, PD-L1 seviyesi >%1 olan hasta oranı %16,7 olarak belirlenmiştir. Hastaların %76,7'inde multipl beyin metastazı saptanmıştır. 48 hastada beyin metastazı akciğer kanseri ile senkron olarak saptanmıştır. 50 (%83.3) hastada başlangıçta performans durumu ECOG 0-1 düzeyindeydi. 20 (%33.3) hastaya metastezektomi yapılmıştı. Tüm hastaların 41 tanesinde (%68.8) tanesinde hem sistemik kemoterapi hem de kraniyel radyoterapi tedavisi uygulanmıştı. Sağkalım incelendiğinde iyi performansa sahip olanlar ve soliter beyin metastazı olanlar anlamlı olarak daha uzun sağkalıma sahip bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.695$; $p=0.882$). Ancak, KHDAK hastalarında sağkalım süresi KHAK olan olgulara göre anlamlı olarak uzun bulunmuştur (143 gün vs 109 gün; $p=0.001$). Altmış hastada değerlendirilebilen ortalama sağkalım süresi 134.75 ± 35.99 gündü.

Tartışma:

Çalışmamızda beyin metastazı olan 60 akciğer kanseri hastası değerlendirilmiştir. Soliter metastazı olan ve performans durumu iyi olan hastalarda sağkalım karşıt gruplarına göre anlamlı uzamış saptanmazken, KHDAK kanserli vakalarda KHAK vakalarına göre uzamış sağkalım saptanmıştır. bu durum özellikle KHDAK vakalarında onkojenik driver mekanizması olan hastalar için hedefli (targeted) ajanların kullanılmasına ve bu ajanların sağkalımı artırıcı etkilerine bağlanmıştır.

Sonuç:

KHDAK olan vakalarda sağkalım KHAK vakalarına göre anlamlı olarak uzun bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler : beyin metastazı, küçük hücreli akciğer kanseri, küçük hücreli dışı akciğer kanser

ORGANİZASYON KOMİTESİ



Fidanlık Mah. Mithatpaşa Cad. No:39/14 Kat:7 Çankaya / ANKARA

Telefon: 0 (312) 704 06 06

E-Mail: info@akcigertibbdernegi.org

SEMPOZYUM ORGANİZATÖRÜ



Mecidiyeköy Mah. Şehit Ahmet Sk. Ada Residence Blok No: 6-10

İç Kapı No: 7 Şişli / İSTANBUL

Telefon: 0 212 708 42 08

E-Mail: info@gulhanegogushastaliklari.com

