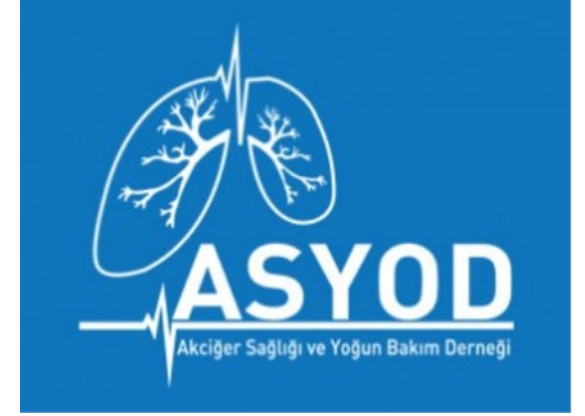




Sarkoidoz Yönetimi: Olgu Örnekleri

Gamze KIRKIL

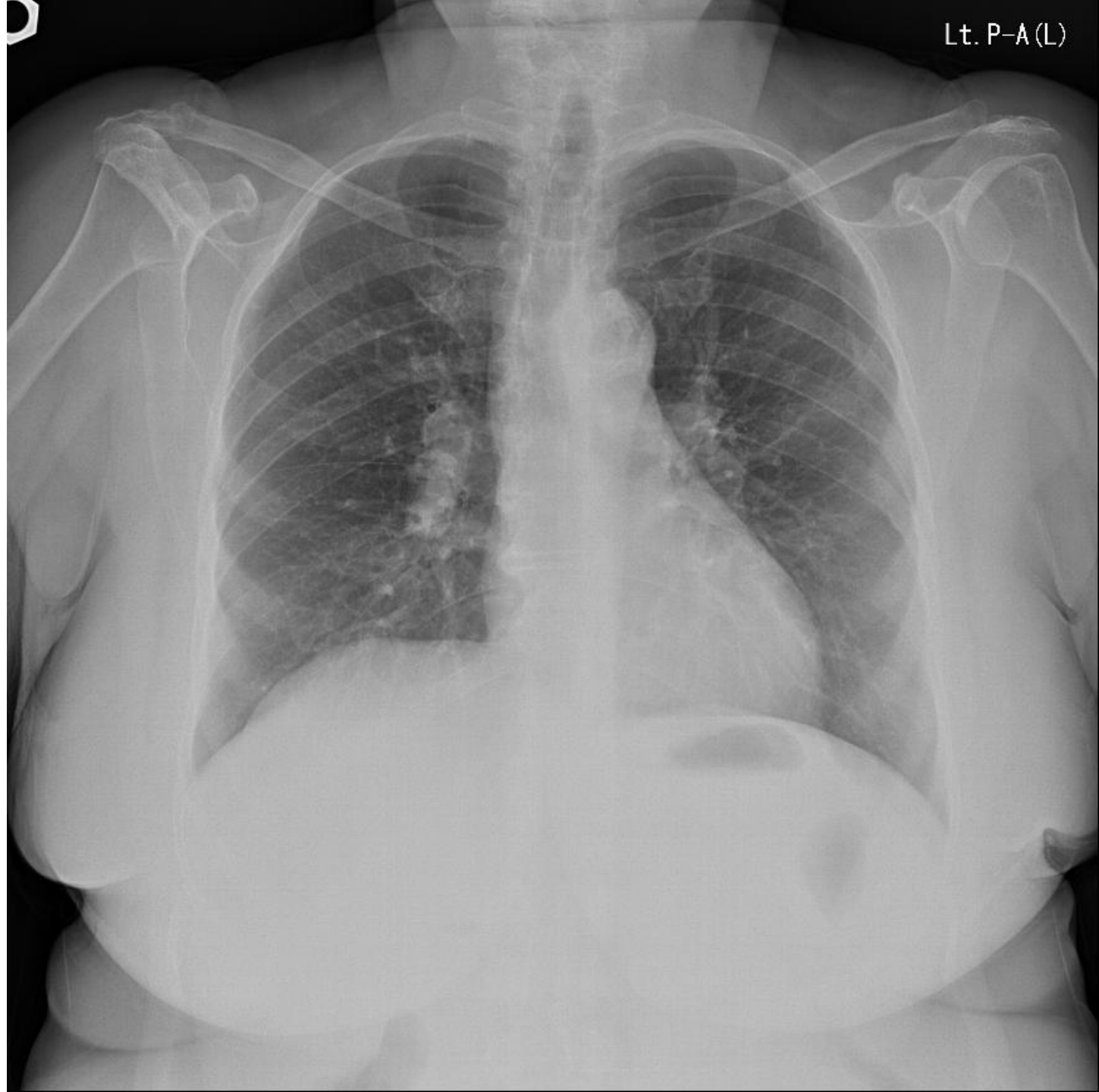
Fırat Üniversitesi

Göğüs Hastalıkları AD

OLGU-1

- 68 y, K
- 7 ay önce travma nedeniyle çekilen AC grafisinde patoloji saptanması nedeni ile polikliniğimize sevk ediliyor
- Öksürük (-), nefes darlığı (-), göğüs ağrısı (-)
- FM: Solunum sesleri doğal, diğer sistem muayeneleri doğal
- Özgeçmiş: İKH, postmenapozal osteoporoz, panik bozukluk
- Kullandığı ilaçlar: Beloc, Citoles, Coraspin, Calcimax

Lt. P-A (L)





RADYOLOJİ RAPORU



Adı Soyadı :	Rapor Tarihi :	22.11.2023 11:38
T.C Kimlik No :	Dosya no :	213809
Baba Adı :	Başvuru No :	13323338
Kurumu : EMEKLİ SANDIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarih :	PERÇENÇ - 195Yaş:68
İstem Tarihi : 21.11.2023(28955424)	İstem Kabul Tarihi :	21.11.2023(R100450)
Hizmet Adı : BT, TORAKS, KONTRASTSIZ	Cinsiyet :	K
Tanı : Kodu Adı		
J18.9	PNÖMONİ, TANIMLANMAMIŞ	

ÇOK KESİTLİ BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ
TORAKS

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

Trake ve ana bronşlar, özefagusa ait patoloji izlenmedi.

Aort ve ana dallarında aterosklerotik kalsifik değişiklikler izlendi.

Mediastinal alanda büyüğü karina düzeyinde 17x15 mm boyutunda multiple LAP-lenf nodu izlendi.

Bilateral hemitoraksta milimetrik boyutlu multiple plevral nodüler kalınlaşmalar dikkati çekmektedir.

Bilateral majör ve minör fissürde büyüğü minör fissürde 5.5 mm boyutunda fissüral nodüler kalınlaşmalar izlenmektedir.

Bilateral akciğerlerde büyüğü sağ akciğer orta lobda 5 mm boyutunda birkaç adet kalsifik-nonkalsifik pulmoner nodül izlenmektedir.

Göğüs duvarı, kemik yapılar ve yumuşak dokulara ait patoloji izlenmedi.

Vertebra korpus köçelerinde osteofitik sivrilemeler izlendi. Buna sekonder sağ akciğer alt lob paravertebral alanda minimal atelektazik değişiklikler izlendi.



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

ENDOBRONSİYAL ULTRASONOGRAFİ RAPORU

Adı Soyadı :	Kayıt Tarihi	Yas	68
Cinsiyet : Kadın	Dosya No :		

Endikasyonu : MEDİASTİNAL LAP

Anestezi : Lokal x Ağız x

Giriş Yolu : Genel x Burun

Larenks : DOĞAL

Trakea : DOĞAL

Karina : DOĞAL

Sağ Bronş Sistemi : DOĞAL

Sol Bronş Sistemi : DOĞAL

Alınan Materyal: 4R NOLU LENF NODU LOKALİZASYONUNDA YAKLAŞIK 2 CM BOYUTLARINDA HİPOEKOİK, HOMOJEN, LOBÜLE KONTÜRLÜ, SINIRLARI DÜZENLİ YUVARLAK LENF NODU GÖZLENDİ. BURADAN MULTİPLE SAYIDA BİYOPSİ ALINDI. İŞLEM KOMPLİKASYONSUZ SONLANDIRILDI.

FIRAT UNIVERSİTESİ HASTANESİ

PATOLOJİ LABORATUARI BİYOPSİ RAPORU

Biopsi No	S-7160/23	Rapor Onay Tarihi	:25.12.2023 12:30
Adı Soyadı	:	Rapor Kes. Tarihi	: 03.01.2024 14:52
T.C Kimlik No	:	Dosya no	: 213809
Baba Adı	:	Başvuru No	: 13413339
Kurumu	: EMEKLİ SANDIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	: PERÇENÇ - 1955
Bölüm	: GÖĞÜS HASTALIKLARI KLİNİĞİ	Doktor	: MUTLU KULUÖZTÜRK .
İstem Tarihi	: 14.12.2023(29170027)	İstem Kabul Tarihi	: 14.12.2023(909300)
Hizmet	:	Rapor İlk Kayıt Tarihi	: 22.12.2023 01:51
İNCE İĞNE ASPIRASYONU, GÖNDERİLEN YAYMA PREPERATLA			

MAKROSKOB?: 5 tespitsiz lam (3HE, 2MGG)

H?STOK?MYASAL BOYALAR:
MGG

TANI
4R NO'LU LENF NODU, ??AS:
- LÜTFEN YORUMU OKUYUNUZ.

Yorum: Yaymalarda kan elemanlar?, solunum epitel hücreleri ve antrakoz pigmenti izlenmi? olup lenf noduna ait elemanlar izlenmemi?tir. Olguya ait S-7159/23 protokol no'lu rapor mevcuttur.



T.C.

Adı Soyadı :	Rapor Tarihi :	24.02.2024 20:04		
T.C Kimlik No :	Dosya no :	213809		
Baba Adı :	Başvuru No :	13490818		
Kurumu :	EMEKLİ SANDIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarih :	PERÇENÇ - 1955	
İstem Tarihi :	02.01.2024(29342277)	İstem Kabul Tarihi :	21.02.2024(801440)	
Hizmet Adı :	TÜMÖR FDG PET ÇALIŞMASI			
Yaş :	68	Cinsiyet :	K	
İstem Bölüm :	GÖĞÜS HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ-1		İstem Doktor :	TEYFİK TURGUT .

Tanı :	Kodu	Adı
	J98.4	AKCİĞERİN DİĞER HASTALIKLARI
	Z00.0	GENEL TIBBİ MUAYENE

FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
NÜKLEER TIP ANABİLİM DALI
1 ONKOLOJİ K PET/BT GÖRÜNTÜLEME

SONUÇ:

-Alt servikal ve mediastinal alanlarda çok sayıda hipermetabolik lenf nodu izlenmi? olup öncelikle lenfoproliferatif hastalıklar açısından histopatolojik korelasyon önerilir.

-Sol akciğerde malignite şüphesi oluşturan küçük hipermetabolik lezyonlar izlenmi? olup hasta kliniği ile korele edilerek takip BT veya histopatolojik korelasyon önerilir.

-Pelviste sol iliopsoas kas kompartmanında malignite düzeyinde FDG tutulumu gösteren bir adet nodüler lezyon izlenmi?tir (MR korelasyonu önerilir).

-Sa? inguinal alanda birkaç subsantimetrik hipermetabolik lenf nodu izlenmi? olup öncelikle enfektif/inflamatuar patolojiler düşünülmü?tür.

-Sa? üst kadran kolon ansında şüpheli hipermetabolik odak izlenmi? olup hasta kliniği ile korele edilerek endoskopik korelasyon önerilir.

-Serebral alanda izlenen bulgu öncelikle vasküler patoloji düşündürmü? olup MR korelasyonu önerilir.

-L4-5 vertebrada izlenen bulgu için MR korelasyonu önerilir.

T.C
FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
PATOLOJİ LABORATUARI
BİYOPSİ RAPORU

Biopsi No	B-5200/24	Rapor Onay Tarihi	:18.04.2024 14:08
Adı Soyadı	:	Rapor Kes. Tarihi	:24.04.2024 13:40
T.C Kimlik No	:	Dosya no	:213809
Baba Adı	:	Başvuru No	:13799242
Kurumu	: EMEKLİ SANDIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	: PERÇENÇ - 1955
Bölüm	: KULAK BURUN BOĞAZ KLİNİĞİ	Doktor	: ABDULVAHAP AKYİĞİT .
İstem Tarihi	: 26.03.2024(30084272)	İstem Kabul Tarihi	: 26.03.2024(910390)
Hizmet	:	Rapor İlk Kayıt Tarihi	: 17.04.2024 02:39
LENF DÜĞÜMÜ, BİYOPSİ			

MAKROSKOB?: Formol tespitli 2,5x1,8x0,8 cm ölçülerinde kirli beyaz-kahverenkli düzgün yüzeyli üzerinde yer yer sar? renkli ya? dokusu bulunan materyal kesilerek incelendi?inde kesit yüzeyi kirli beyaz-aç?k kahverenkli izlendi. Materyalin tümü takibe al?nd?. (2P-2K)

?MMÜNOH?STOK?MYASAL BOYALAR:

A+B? ye uygulanan;

CD68:Nonspesifik

S100:Ola?an (+)

PanCK:(-)

CD3:Ola?an (+)

CD20:Ola?an (+)

bcl2:Ola?an (+)

CyclinD1:(-)

CD163:Nonspesifik

CD5:Ola?an (+)

CD23:Ola?an (+)

CD15:(-)

CD30:(-)

TANI: NON-NEKROT?ZAN GRANÜLOMATÖZ LENFADEN?T

MATERYAL: Boyun supraklavikuler lenf nodu eksizyonel biyopsi materyali

AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

Diagnosis and Detection of Sarcoidosis

An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline

8 Elliott D. Crouser*, Lisa A. Maier*, Kevin C. Wilson*, Catherine A. Bonham, Adam S. Morgenthau, Karen C. Patterson, Eric Abston, Richard C. Bernstein, Ron Blankstein, Edward S. Chen, Daniel A. Culver, Wonder Drake, Marjolein Drent, Alicia K. Gerke, Michael Ghobrial, Praveen Govender, Nabeel Hamzeh, W. Ennis James, Marc A. Judson, Liz Kellermeyer, Shandra Knight, Laura L. Koth, Venerino Poletti, Subha V. Raman, Melissa H. Tukey, Gloria E. Westney, and Robert P. Baughman; on behalf of the American Thoracic Society Assembly on Clinical Problems

THIS OFFICIAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE WAS APPROVED BY THE AMERICAN THORACIC SOCIETY FEBRUARY 2020

Summary of Recommendations

Lymph Node Sampling

1. In patients for whom there is a high clinical suspicion for sarcoidosis (e.g., Löfgren's syndrome, lupus pernio, or Heerfordt's syndrome), we suggest NOT sampling lymph nodes (conditional recommendation, very low-quality evidence). *Remarks:* Patients who do not undergo lymph node sampling require close clinical follow-up.

3. For patients with suspected sarcoidosis and mediastinal and/or hilar lymphadenopathy for whom it has been determined that tissue sampling is necessary, we suggest endobronchial ultrasound (EBUS)-guided lymph node sampling, rather than mediastinoscopy, as the initial mediastinal and/or hilar lymph node sampling procedure (conditional recommendation, very low-quality evidence).

BTS Clinical Statement on pulmonary sarcoidosis

Muhunthan Thillai,¹ Christopher P Atkins,² Anjali Crawshaw,³ Simon P Hart ⁴,
Ling-Pei Ho,^{5,6} Vasileios Kouranos,⁷ Karen Patterson,⁸ Nicholas J Screatton,⁹
Joanna Whight,¹⁰ Athol U Wells⁷

Thorax 2020;**75**:1–17. doi:10.1136/thoraxjnl-2019-214348

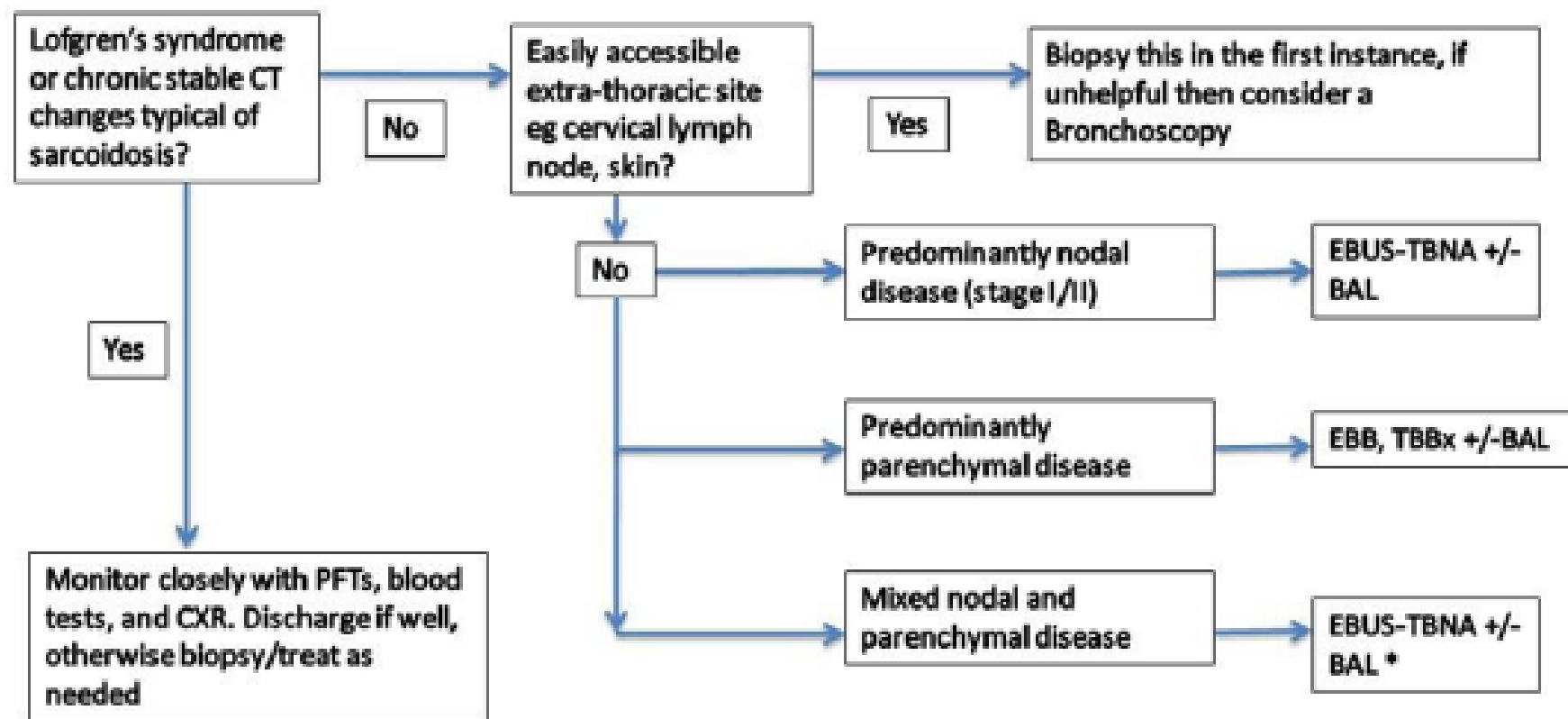


Figure 4 Suggested algorithm for bronchoscopy in sarcoidosis. *A

Table 2 CT scanning features of sarcoidosis**Typical CT features**

Chest site	Feature
Lymph node enlargement	Hilar±mediastinal Bilateral, symmetrical Well-defined homogeneous
Lymph node calcification	'Icing sugar' 'Egg shell'
Nodules	Well-defined 2 to 5 mm Paraseptal predominance Fissural beading/peribronchovascular nodularity Coalescence – larger nodules/perihilar consolidation
Fibrosis	Reticular opacity Volume loss/architectural distortion Traction bronchiectasis Peribronchovascular

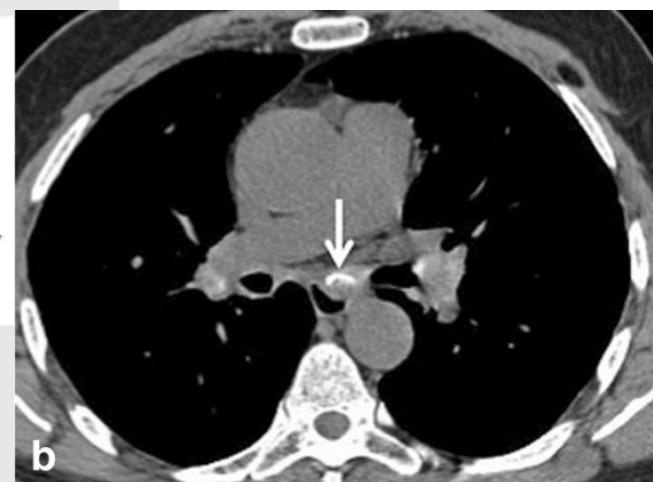
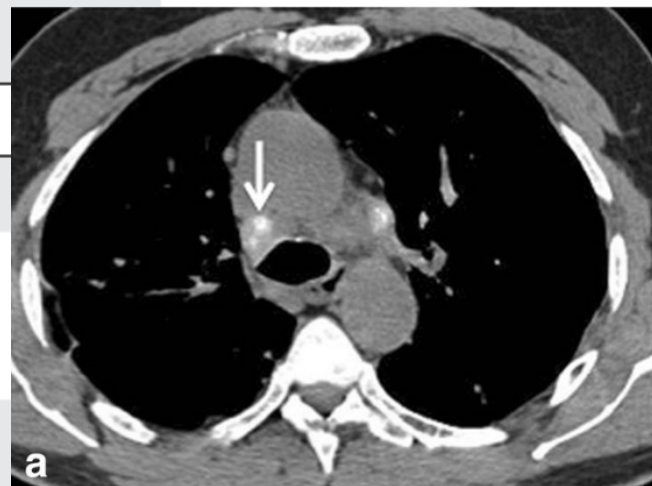


Table 2. Key Pathological Features of Sarcoidosis

Favors Sarcoidosis

Granuloma presence

Numerous

Absent but with nodular hyalinized fibrosis representing healed granulomas (scattered multinucleated giant cells may be detectable)

Granuloma morphology

Compact, tightly formed collections of large "epithelioid" histiocytes and multinucleated giant cells. Granulomas tend to stay discrete
Nonnecrotic or focal and usually minimal ischemic necrosis

Fibrosis beginning at the granuloma periphery with extension centrally into the granuloma, with or without calcification

Lesion location

Perilymphatic; around bronchovascular bundles and fibrous septa containing pulmonary veins, and near visceral pleura

In necrotizing sarcoid angiitis and granulomatosis: granulomatous angiitis with invasion of vascular walls

Accompanying histology

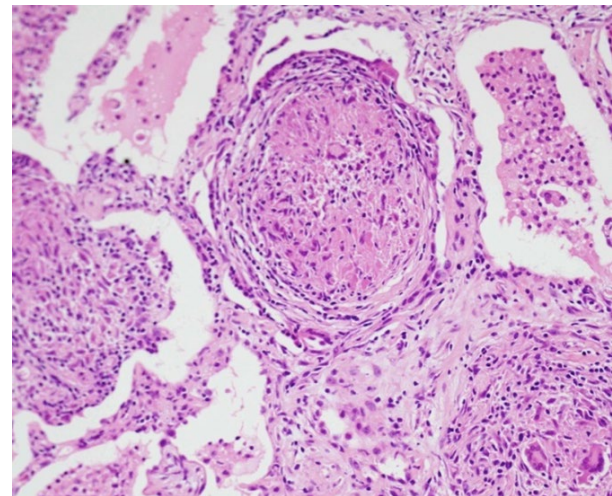
Sparse surrounding lymphocytic infiltrate

Microorganism stains and cultures

Negative

Multidisciplinary clinical features

Intra- and extrathoracic involvement



Ayırıcı Tanı

Enfeksiyöz etyoloji

- 1) Bakteriler: TBC, NTM, *Brucella*, *M. Lepra*, *Francisella Tularensis*
- 2) Mantarlar: *Aspergillus*, *Histoplasma*, *Blastomyces*, *Coccidioides*
- 3) Virüsler: *Herpes Zoster*
- 4) Parazitler: *T.gondii*, *Schistosomiasis*, *Leishmania*

Nonenfeksiyöz etyoloji

- 1) Malignite: Lenfoma, sarkoid benzeri reaksiyon, lenfomatoid granulomatozis, germ hücreli tm
- 2) Otoimmün: ANCA ilişkili vaskülit, romatoid nodüller, Langerhans hücreli histiyositoz, IgG4 ilişkili hastalık, inflamatuvar barsak hastalıkları, otoimmün hepatit

Temas: Hipersensitivite pnömonisi, pnömokonyoz, ilaç ilişkili, yabancı cisim

Olgumuzda;

- Bronş lavajı kültür sonuçları (-), ARB (-)
- Malignite saptanmadı
- Otoimmün hastalık düşündürecek bulgu yok
- Temas öyküsü yok

Mevcut bulgular ile hasta **Sarkoidoz** kabul edildi

Ekstrapulmoner tutulum araştırılması için öneriler



AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

Diagnosis and Detection of Sarcoidosis

An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline

6 Elliott D. Crouser*, Lisa A. Maier*, Kevin C. Wilson*, Catherine A. Bonham, Adam S. Morgenthau, Karen C. Patterson, Eric Abston, Richard C. Bernstein, Ron Blankstein, Edward S. Chen, Daniel A. Culver, Wonder Drake, Marjolein Drent, Alicia K. Gerke, Michael Ghobrial, Praveen Govender, Nabeel Hamzeh, W. Ennis James, Marc A. Judson, Liz Kellermeyer, Shandra Knight, Laura L. Koth, Venerino Poletti, Subha V. Raman, Melissa H. Tukey, Gloria E. Westney, and Robert P. Baughman; on behalf of the American Thoracic Society Assembly on Clinical Problems

THIS OFFICIAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE WAS APPROVED BY THE AMERICAN THORACIC SOCIETY FEBRUARY 2020

- **Oküler** semptomu olmayan sarkoidoz hastalarında başlangıç oküler değerlendirme yapılmalı, başlangıç değerlendirmesinde göz tutulumu olmayanlarda ancak yeni semptom geliştiğinde oftalmoloji muayenesi tekrarlanmalı
- **Renal** semptomu/renal sarkoidozu olmasa da tüm hastalarda bazal serum kreatinin testi, sonrasında yıllık takip

- **Hepatik** semptom/hepatik sarkoidozu olmasa da tüm hastalarda bazal ALP değeri bakılması, sonrasında yıllık takip öneriliyor. Transaminazların rutin bakılması için karşıt/destekleyen öneri yok
- **Hiperkalsemi** semptom/bulguları olmayan hastalarda bazal serum kalsiyum düzeyi ölçülmeli
- D vitamini metabolizmasının değerlendirilmesi gerekli görülüyorsa (D vit tedavi başlanacaksa) hem 25- hem de 1,25-OH vitamin D düzeylerinin ölçülmesi öneriliyor

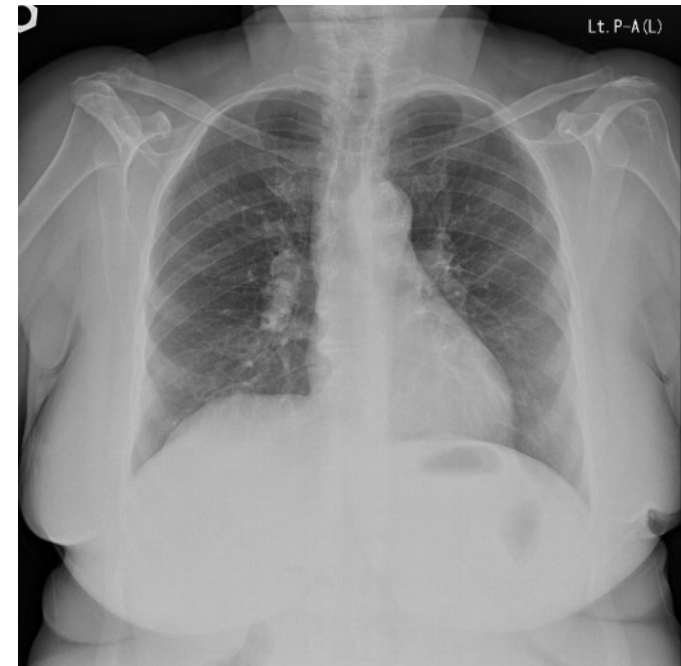
- Ekstrakardiyak sarkoidozu olup, **kardiyak** semptom/bulgusu olmayan hastalarda bazal EKG öneriliyor, bu hastalara rutin olarak TTE veya Holter önerilmiyor
- Kardiyak sarkoidoz şüphesi olanlarda cPET veya TTE yerine kardiyak MR öneriliyor
- Kardiyak MR çekilemiyorsa veya MR sonuçları net değilse TTE yerine cPET öneriliyor

- Asemptomatik olanlarda **SPA**H için rutin tarama gerekli değil
- PH şüphesi olan hastalarda TTE başlangıç testi olarak öneriliyor
- TTE'de PH düşündürecek bulgu var ise SKK öneriliyor
- TTE'de PH düşündürecek bulgu yok ise SKK ihtiyacına hasta bazlı karar verilmeli

Olgumuz;

Table 1 Staging of sarcoidosis on a chest radiograph

Scadding stage	Findings	% at presentation	% with clinical and radiographic resolution untreated ¹⁵⁰
0	Normal	5 to 15	n/a
I	Enlarged nodes only	45 to 65	50 to 90
II	Enlarged nodes and parenchymal changes	30 to 40	30 to 70
III	Parenchymal changes without enlarged nodes or fibrosis	10 to 15	10 to 20
IV	Fibrosis	5	0



Laboratuar Bulguları

Dosya No		BUL	Başvuru Tarihi	Başvuru No	Alt Birim Adı
Başvuru No					Tüm Başvurular
Sonuç Durumu	☒ Bekleyenler	☒ Onaylanacaklar	26.04.2024 10:58		GÖĞÜS HASTALIKLARI POLİKLİNİ...
☐ Referans Aralığı Kontrol			02.04.2024 09:05		İÇ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ 3
			25.03.2024 08:13		KULAK BURUN BOĞAZ KLİNİĞİ

Barkod	Kabul Tarihi	N.K	N.K. Tarih	Test Adı	RF	Parametre ...	Sonuç	Birim	T.Sonuç	Durum	Alt Limit	Üst Limit
00015929146	29.04.2024 10:01	+	29.04.2024 10:54	LİPEMİK		LİPEMİK	-	.				
00015929146	29.04.2024 10:01	+	29.04.2024 10:54	AST		AST	26	U/L			5	40
00015929146	29.04.2024 10:01	+	29.04.2024 10:54	ALT		ALT	27	U/L			5	40
00015929146	29.04.2024 10:01	+	29.04.2024 10:54	ÜRE		ÜRE	38	mg/dL			10	50
00015929146	29.04.2024 10:01	+	29.04.2024 10:54	KREATİNİN		KREATİNİN	0,66	mg/dL			0,6	1,2
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	E-GFR		E-GFR	86,32	mL/dk./...			80	125
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	GLİKOZ (ŞEKER-AKS)		GLUKOZ	101	mg/dL			75	115
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	HEMOLİZLİ		HEMOLİZLİ	+	.				
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	İKTERİK		İKTERİK	-	.				
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	LİPEMİK		LİPEMİK	-	.				
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	AST		AST	29	U/L			5	40
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	ALT		ALT	26	U/L			5	40
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	LDH		LAKTAT DEH...	226	u/L			120	246
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	ALBUMİN		ALBUMİN	4,60	g/dL			3,5	5,3
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	ÜRE		ÜRE	27	mg/dL			10	50
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	KREATİNİN		KREATİNİN	0,72	mg/dL			0,6	1,2
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	SODYUM		SODYUM	142	mEq/L			135	145
00015815410	02.04.2024 09:41	+	02.04.2024 10:14	KALSIYUM		KALSIYUM	9,53	mg/dL			8,5	10,8

Test Adı	RF	Parametre ...	Sonuç	Birim	T.Sonuç	Durum	Alt Limit	Üst Limit
İDRAR KALSIYUM(24) H...	▼	İDRAR KALS...	64,26	mg/gün			100	300
ALKALEN FO...			56	U/L			30	120

- Göz konsültasyonu: Normal
- EKG: Normal
- FEV1: %93, FVC: %118, FEV1/FVC: %85
- DLCO: %84
- SpO2: %95 (oda havası solurken)

Does the patient have all of the following, indicating mild disease:

- Stage I to II radiographic disease (hilar lymphadenopathy with or without limited reticular opacities)
- Normal or mildly reduced vital capacity or diffusing capacity
- Oxygen saturation >90% at rest or with exertion

Yes



Shared decision making regarding potential benefits and risks of pharmacologic treatments. Reasonable strategies include:

- A trial of oral prednisone 20 mg daily, with an aim to taper to 5 to 10 mg daily within a few weeks after initial response
- High-dose inhaled glucocorticoids* (eg, budesonide 800 to 1600 mcg twice daily or fluticasone propionate 500 to 1000 mcg twice daily)
- Monitoring without treatment for evidence of spontaneous remission or disease progression

Does the patient have any of the following without an alternative explanation:

- Stage IV radiographic disease
(severe reticular disease with volume loss and/or traction bronchiectasis)
- Moderately or severely reduced vital capacity or diffusing capacity
- Exertional hypoxemia

- Initiate treatment with prednisone 20 to 30 mg orally once daily[§]
- Reassess symptoms, radiography, and pulmonary function testing in 4 to 6 weeks

Favorable response to therapy^Δ



Worsening disease despite therapy[◇]



- Decrease prednisone dose by 2.5 mg/day every 2 to 3 weeks until 10 mg/day, then 1 mg/day every 2 to 4 weeks until symptoms recur. Maintenance therapy is the lowest dose that effectively prevents symptom recurrence.
- Continue maintenance dosing for 1 year, followed by a slow taper off therapy in those with clinical stability or improvement.

Addition of alternative immunosuppressive therapies for refractory disease[¥]

BTS Clinical Statement on pulmonary sarcoidosis

Muhunthan Thillai,¹ Christopher P Atkins,² Anjali Crawshaw,³ Simon P Hart ,⁴ Ling-Pei Ho,^{5,6} Vasileios Kouranos,⁷ Karen Patterson,⁸ Nicholas J Screatton,⁹ Joanna Whight,¹⁰ Athol U Wells⁷

Thorax 2020;**75**:1–17. doi:10.1136/thoraxjnl-2019-214348

Table 4 Guidance for follow-up. Adapted from Valeyre¹⁵¹

	Frequency	Duration
Lofgren's syndrome or stage I chest X-ray	6 monthly	2 years
Stage II to IV chest X-ray	3 to 6 monthly or Annually (depending on clinical suspicion of a change in disease behaviour)	2 years or Long-term
Significant extrapulmonary disease	3 to 6 monthly	Long-term
Withdrawal from steroid therapy	2 to 3 monthly or 3 to 6 monthly	1 year or Minimum 3 years after cessation

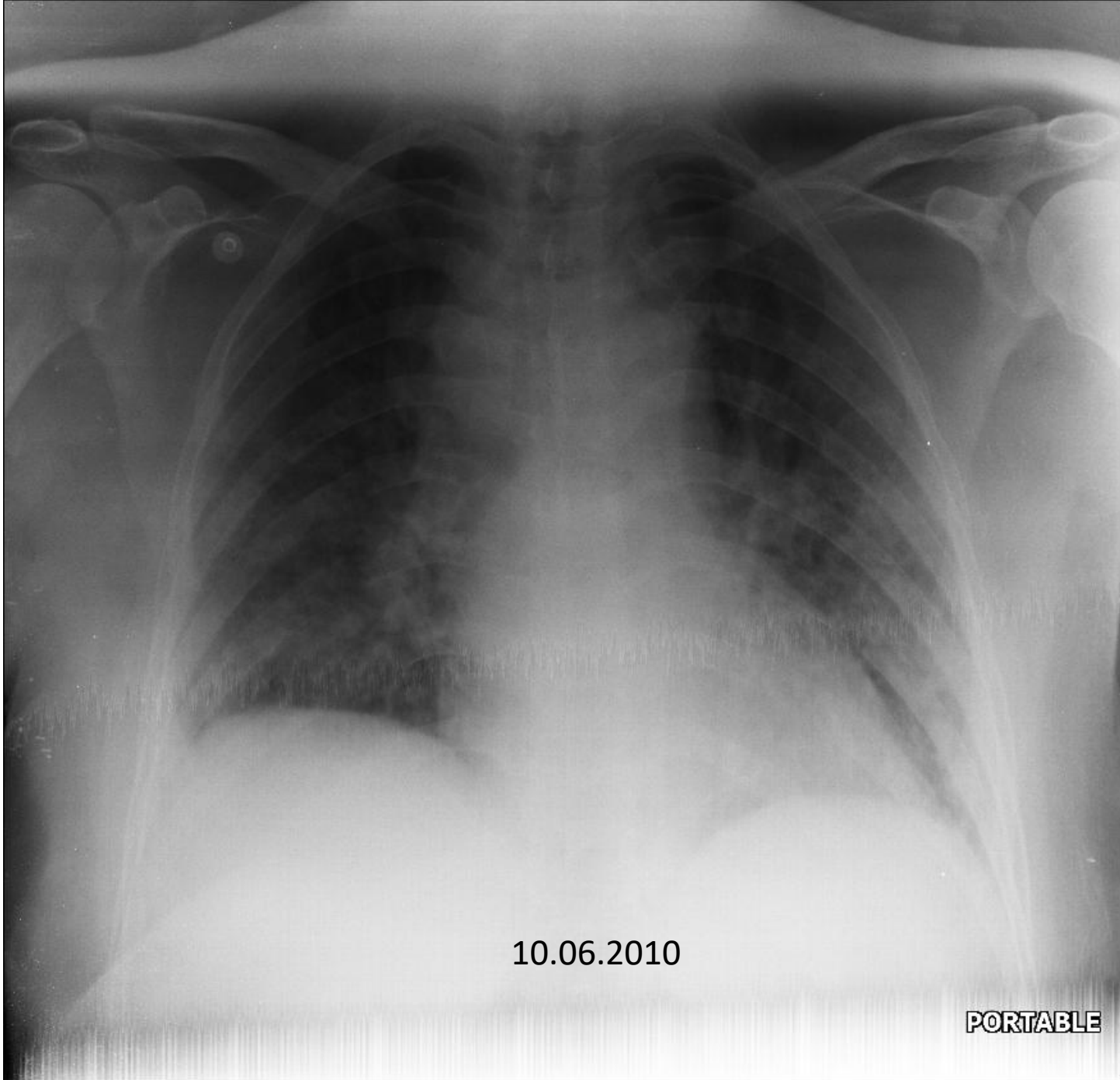
Olgumuza dönersek;

- Evre II sarkoidoz
- Asemptomatik
- Ekstrapulmoner tutulum düşündürecek bulgu yok

Tedavisiz takip
6 ay sonra kontrol

OLGU-2

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



10.06.2010

PORTABLE

17.08.2010



Adı Soyadı	:		Rapor Tarihi	:	19.08.2010 10:38
T.C Kimlik No	:		Dosya no	:	
Baba Adı	:	SADETTİN	Balçururu No	:	1
Kurumu	:	SSK SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	:	ELAZIĞ - 1955 Yaşı 55
İstem Tarihi	:	16.08.2010(489307)	İstem Kabul Tarihi	:	16.08.2010(46261)
Hizmet Adı	:	BT, TORAKS	Cinsiyet	:	K

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

TORAKS ÇOK KESİTLİ BİLGİSAYARLI TOMOGRAFI

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

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

Kalp ve ana vasküler yapılar normal boyutlarda olup patoloji izlenmemiştir.

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

Sağ akciğerde ver ver plevral kalınlaşmalar izlendi.

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

Göğüs duvarı, kemik yapılar ve yumuşak dokular normal görünümündedir.

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

Elazığ

Patoloji No : EHB-561-10

Alındığı Tarih : 10-06-2010

Geldiği Tarih : “

Materyalin : Mediasten

Alındığı Yer

Ön Tanı : Mediastinal LAP

Klinik Özet : Öksürük, Halsizlik, Yorgunluk, Mediastinoskop ile Lenf nodu biopsisi alındı.

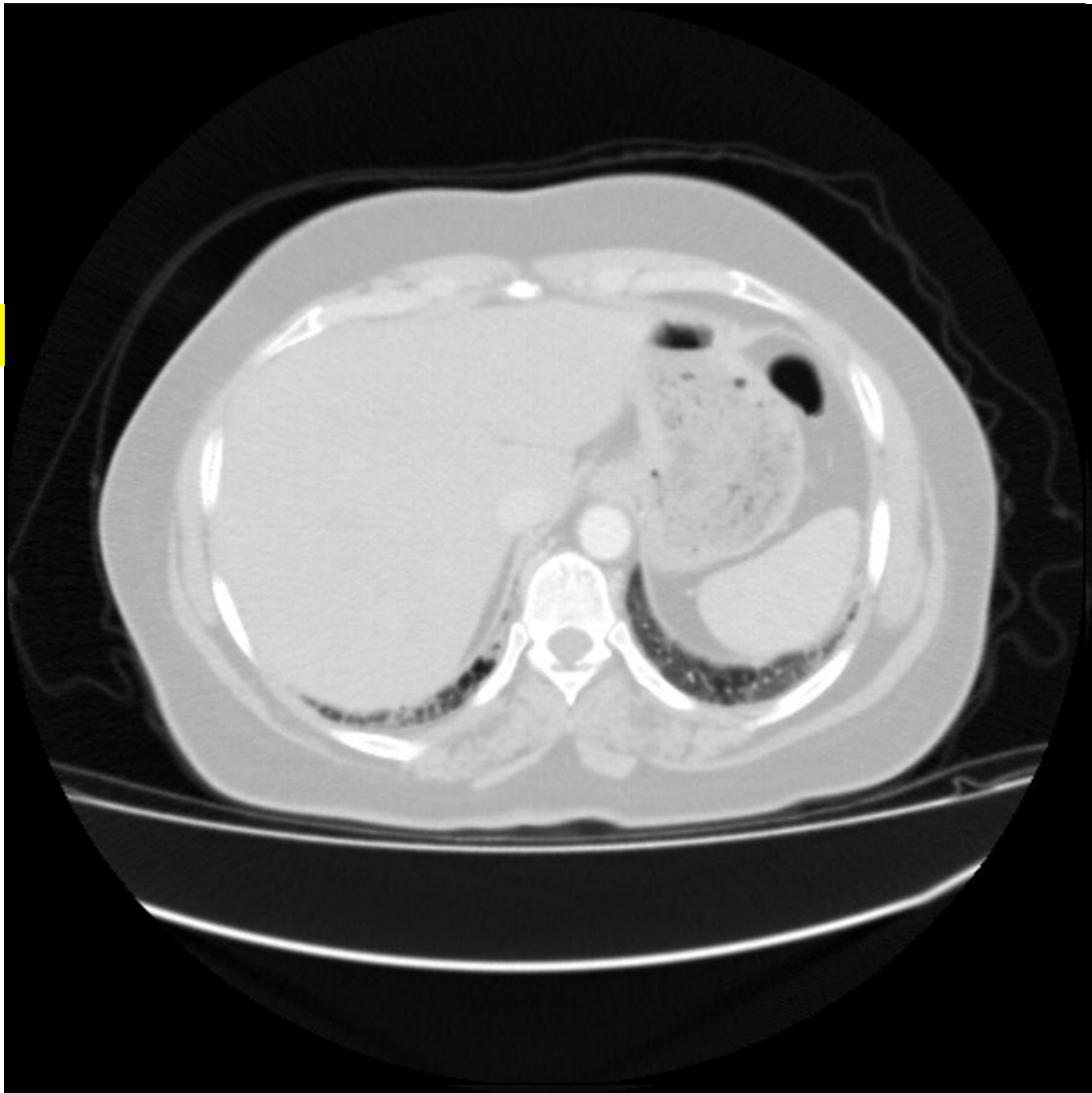
MAKROSKOPİ : Topluca 0,2-0,5cm 6-7 adet çaplı gri sarı yumuşak dokuların tümü
müt.1k.t.a.AA

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

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

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

04.01.2011



Baba Adı	:		Başvuru No	:	
Kurumu	:	SSK SAĞLIK İLERİ MÜDÖRLÖĐÖ	Doğum Yeri - Tarihi	:	ELAZIĞ - 1955 Yaş 55
İstem Tarihi	:	03.01.2011(904835)	İstem Kabul Tarihi	:	03.01.2011(46261)
Hizmet Adı	:	BT, TORAKS	Cinsiyet	:	K

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

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

Teknik : 70 ml intravenöz iyotlu kontrast madde verilerek yap?lan 64-ÇKBT incelemesinde:

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

Kalp ve ana vasküler yap?lar normal boyutlarda olup patoloji izlenmemiştir.

Sa?da paratrakeal alanda , aorto pulmoner pencerede, karinal ve subkarinal alanda ve bilateral hiler bölgede büyü?ü 3x2 cm boyutta LAP'lar izlendi (19.08.2010 tarihli toraks BT ile kar??la?t?rmada tan?mlanan LAP'lar?n boyut ve say?lar?nda art?? izlendi).

Bilateral akci?erlerde yayg?n buzlu cam görünümü, fibrotik de?iřiklikler, peribron?ial kal?nla?malar ile yayg?n amfizematöz de?iřiklikler dikkati çekti (İnterstisyel Akci?er Hastal???,Sarkoidoz?Enfeksiyöz Proçes?, 19.08.2010 tarihli toraks BT ile kar??la?t?rmada tan?mlanan bulgularda art?? izlendi).

Bilateral akci?erde milimal boyutta bir kaç adet pulmoner nodül izlendi (19.08.2010 tarihli toraks BT ile kar??la?t?rmada anlamlı farklılık izlenmedi).

Sa? akci?erde yer yer plevral kal?nla?malar izlendi.

Sol akci?er alt lob posterobazalde 2 adet kalsifik pulmoner nodül izlendi (19.08.2010 tarihli toraks BT ile kar??la?t?rmada kalsifik lenf nodu say? ve boyut art??? izlendi).

Gö?üs duvar?, kemik yap?lar ve yumuşak dokular normal görünümündedir.

- Radyolojik ve klinik düzelme olmaması üzerine hastaya FOB önerilmiş
- Hasta dış merkeze başvurmuş, orada hastaya «**Sarkoidoz**» tanısı konmuş
- 32 mg steroid tedavisi başlanmıştır
- Hasta 6 ay süre ile yüksek dozda (16 mg/gün) tedaviye devam ediyor
- Şiddetli bel ağrısı ile hastaneye başvuran hastaya lomber MR çekiliyor



FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
RADYOLOJİ RAPORU



Adı Soyadı	:		Rapor Tarihi	:	02.06.2011 14:37
T.C Kimlik No	:	43968052904	Dosya no	:	611450
Baba Adı	:	SADETTİN	Bağuru No	:	1942916
Kurumu	:	SSK SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	:	ELAZIĞ - 1955 Yaşı 55
İstem Tarihi	:	31.05.2011(1434500)	İstem Kabul Tarihi	:	31.05.2011(46306)
Hizmet Adı	:	MR, VERTEBRA, LOMBER	Cinsiyet	:	K

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

MR VERTEBRA LOMBER :

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

KLİNİK: LDH?

BULGULAR :

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

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

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

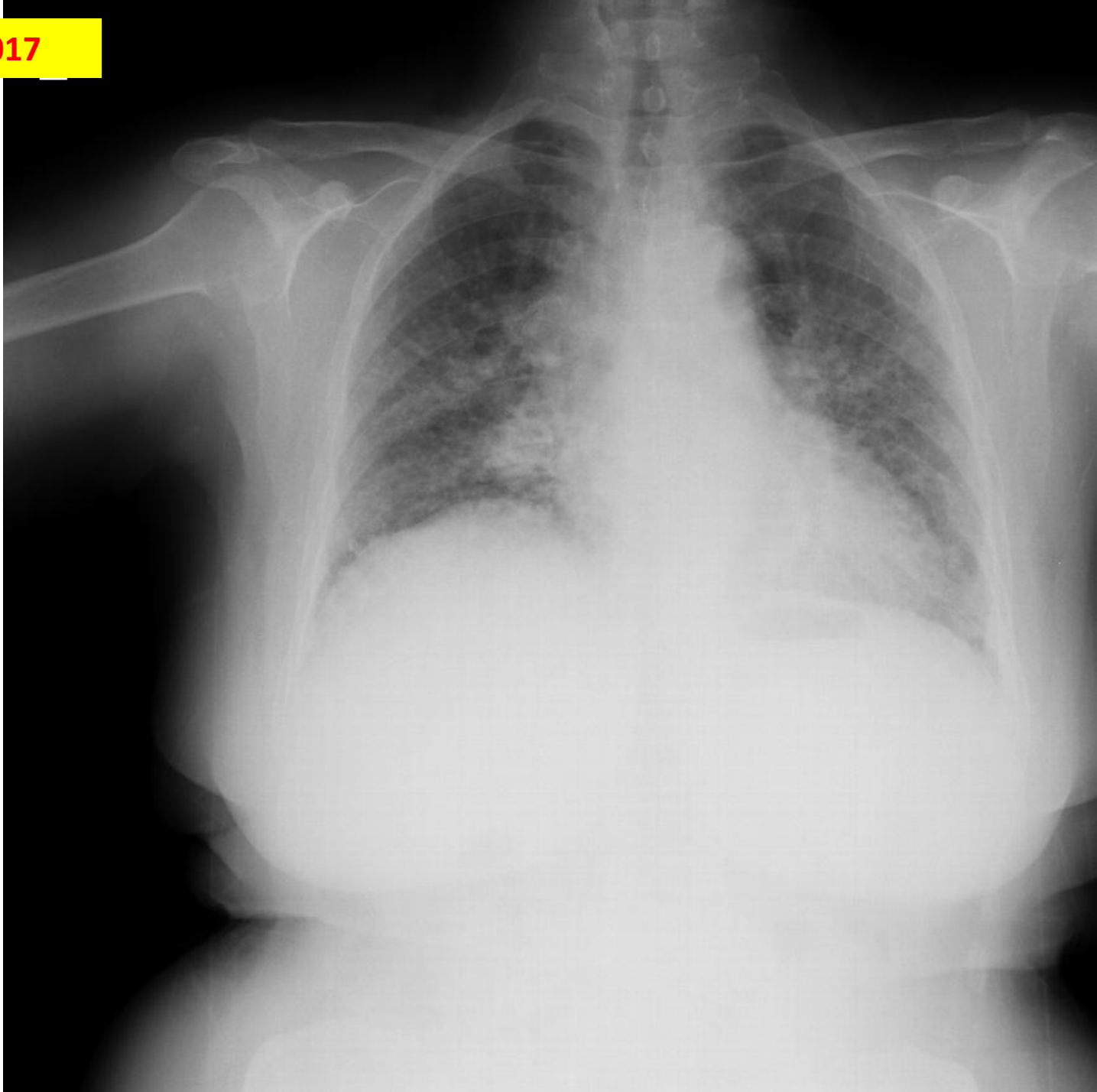
L4-5 düzeyinde disk sinyal intensitesinde azalma, anulus fibrosis rüptürünün edik ettiğı, bilateral nöral foremenleri daraltan diffüz bulging izlendi. Tekal keseye bası saptanmamıştır.

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

15.03.2017'de kliniğimize başvuru

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

15.03.2017



15.03.2017



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

Tanı :	Kodu	Adı
	R06	SOLUNUM ANORMALLİKLERİ
	D86	SARKOİDOZ
	R05	ÖKSÜRÜK

**ÇOK KESİTLİ BÜLGESAYARLI TOMOGRAFİ
TORAKS**

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

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

Kalp ve ana vasküler yapılar normal boyutlarda olup patoloji izlenmemiştir.

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

Bilateral akciğerlerde yaygın buzlu cam görünümleri, fibrotik değişiklikler, bal peteği paterni ve eğerlik eden periferik kistler izlenmektedir (İnterstisiyel akciğer hastalığı, 07.09.2015 tarihli BT ile mukayesede buzlu cam görünümünde artış izlenmektedir).

Bilateral pulmoner hiluslar normal görünümündedir.

SFT

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

Laboratuvar

- Tam kan sayımı: Normal sınırlarda
- Biyokimyasal tetkikler: Glukoz 156 mg/dL
- Diğer parametreler normal sınırlarda

**Hastanın tedavisini nasıl
düzenleyelim?**



ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis

Robert P. Baughman¹, Dominique Valeyre², Peter Korsten ³, Alexander G. Mathioudakis ⁴, Wim A. Wuyts ⁵, Athol Wells⁶, Paola Rottoli⁷, Hiliaro Nunes⁸, Elyse E. Lower¹, Marc A. Judson⁹, Dominique Israel-Biet¹⁰, Jan C. Grutters^{11,12}, Marjolein Drent ^{11,13,14}, Daniel A. Culver¹⁵, Francesco Bonella ¹⁶, Katerina Antoniou¹⁷, Filippo Martone¹⁸, Bernd Quadder¹⁹, Ginger Spitzer²⁰, Blin Nagavci²¹, Thomy Tonia²², David Rigau²³ and Daniel R. Ouellette²⁴

TABLE 1 Task Force recommendations

PICO question	Recommendations
1) In patients with pulmonary sarcoidosis, should <u>glucocorticoid treatment be used versus no immunosuppressive treatment?</u>	For untreated patients with major involvement from pulmonary sarcoidosis believed to be at higher risk of future mortality or permanent disability from sarcoidosis, we <u>recommend the introduction of glucocorticoid treatment to improve and/or preserve FVC and QoL. (Strong recommendation, low quality of evidence.)</u>

TABLE 2 Immunosuppressive therapies for sarcoidosis

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



ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis

Robert P. Baughman¹, Dominique Valeyre², Peter Korsten ³, Alexander G. Mathioudakis ⁴, Wim A. Wuyts ⁵, Athol Wells⁶, Paola Rottoli⁷, Hiliaro Nunes⁸, Elyse E. Lower¹, Marc A. Judson⁹, Dominique Israel-Biet¹⁰, Jan C. Grutters^{11,12}, Marjolein Drent ^{11,13,14}, Daniel A. Culver¹⁵, Francesco Bonella ¹⁶, Katerina Antoniou¹⁷, Filippo Martone¹⁸, Bernd Quadder¹⁹, Ginger Spitzer²⁰, Blin Nagavci²¹, Thomy Tonia²², David Rigau²³ and Daniel R. Ouellette²⁴

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

TABLE 2 Immunosuppressive therapies for sarcoidosis

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



Multinational evidence-based World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders recommendations for the use of methotrexate in sarcoidosis: integrating systematic literature research and expert opinion of sarcoidologists worldwide

*Johanna P. Cremers^a, Marjolein Drent^{a,b}, Aalt Bast^b,
Hidenobu Shigemitsu^{c,d}, Robert P. Baughman^e, Dominique Valeyre^{f,g},
Nadera J. Sweiss^h, and Tim L. Jansenⁱ*

Öneri 1

Steroide dirençli/steroid yan etkilerinin geliştiği/steroid dozunun azaltılması gereken hastalarda MTX **ilk tercih** ikinci basamak tedavi seçeneğidir

Bazı durumlarda (topikal steroidin faydasız olduğu **üveit, nörosarkoidoz, kardiyak tutulum**, DM veya aşırı kilolu hastalar) MTX/steroid kombinasyonu veya monoterapi şeklinde **ilk basamak** tedavi seçeneğidir

Öneri 2

Başlangıç dozu oral 5-15 mg/hafta

Öneri 3

MTX ile birlikte en az 5 mg/hf veya 1mg/gün **folik asit**

Öneri 4

Tedavi öncesi; AST, ALT, ALP, bilirubin, CBC, Cr ve endike durumlarda HIV, HBV/HCV için seroloji, Myc Tbc için IGRA

Öneri 5

Kontrendikasyonlar: Belirgin Böbrek/KC hastalığı, Kİ depresyonu, akut veya kronik enfeksiyon

Öneri 6

Stabil doza ulaşana kadar her 3-6 haftada, daha sonra her 1-3 ayda, stabilizasyon sonrası 6 ayda bir ALT, AST, Cr, CBC çalışılmalı

Öneri 7

**GIS yan etkileri geliştiğinde oral doz ikiye bölünebilir
Persistan intolerans varlığında parenteral uygulamaya/başka
bir immünsüpresif ilaca geçilebilir**

Öneri 8

**AST/ALT yükseldiğinde KC biyopsisi yapılmalı veya ek folik asit
verilmeli, MTX dozu azaltılmalı/kesilmeli**

Öneri 9

MTX uzun dönem kullanım için uygundur

Öneri 10

**MTX gebelik planlamasından en az 3 ay önce kesilmeli,
gebelik veya emzirme döneminde kullanılmamalı**

Adı Soyadı	:		Rapor Tarihi	:	20.03.2017 14:24
T.C Kimlik No	:	43988052904	Dosya no	:	611450
Baba Adı	:	SADETTİN	Bağuru No	:	5746763
Kurumu	:	SSK SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	:	ELAZIG - 1955
İstem Tarihi	:	20.03.2017(11542388)	İstem Kabul Tarihi	:	20.03.2017(4182)
Hizmet Adı	:	KEMİK DENSİTOMETRESİ (TÜM VUCUT)			
Yaş	:	61	Cinsiyet	:	K
İstem Bölüm	:	GÖĞÜS HASTALIKLARI KLİNİĞİ	İstem Doktor	:	TEYFİK TURGUT.

Tanı :	Kodu	Adı
	R08	SOLUNUM ANORMALLİKLERİ
	D88	SARKOİDOZ
	R05	ÖKSÜRÜK

- 1 Sol femurdan ve lomber vertebralardan yapılan kemik dansitometresinde;

SOL FEMUR;

BMD:0,756

T skoru:-1,5

Z skoru:-0,5

LOMBER VERTEBRALAR;

L1-L4

BMD:0,865

T skoru:-1,7

Z skoru:-0,1

L2-L4

BMD:0,876

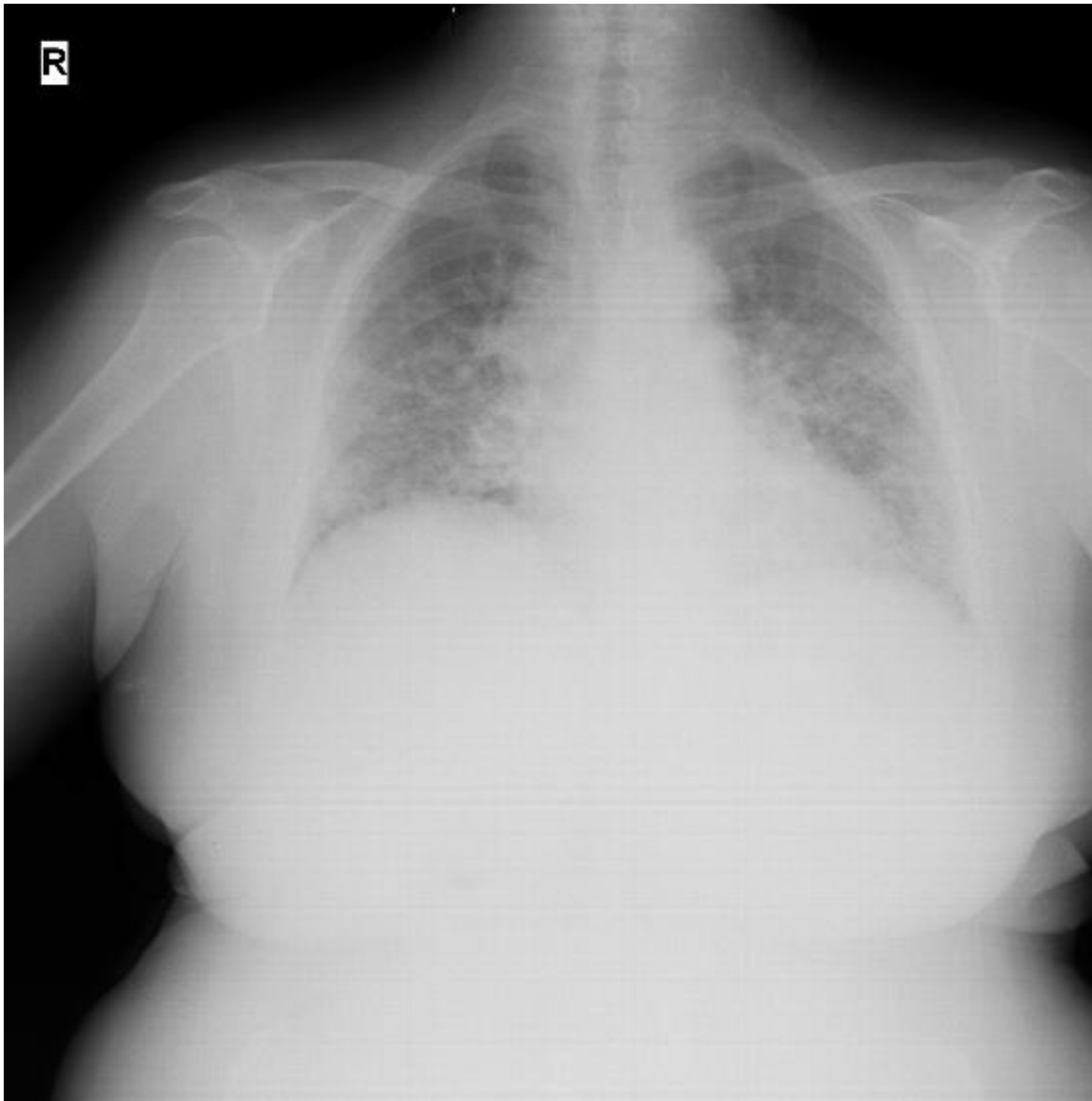
T skoru:-1,8

Z skoru:-0,3

Normal sınırlarda olarak değerlendirildi

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

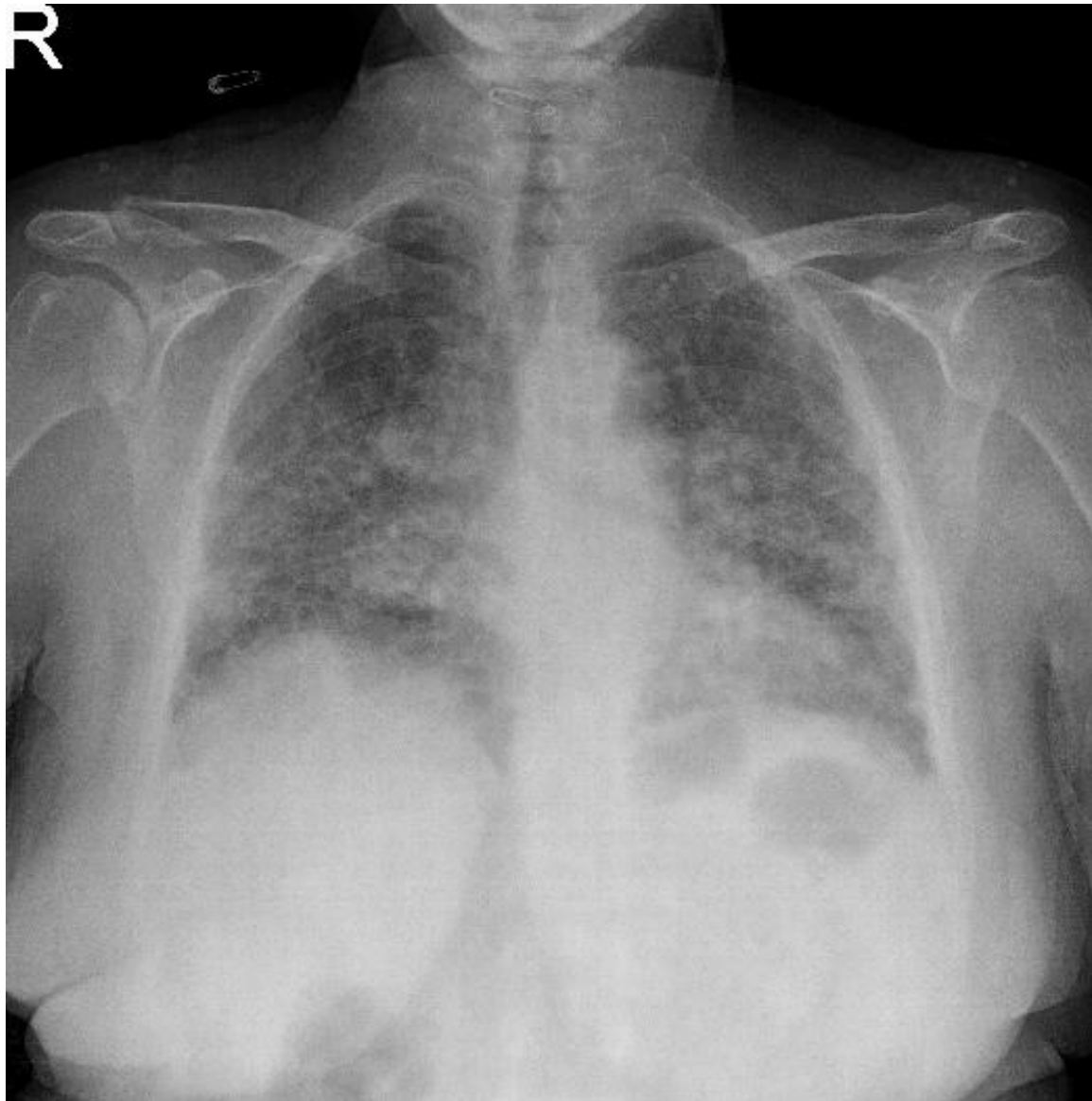
06.09.2017



04.10.2019

- İstirahatte nefes darlığı, aşırı yorgunluk, halsizlik
- FM: Bilateral orta ve alt zonlarda ince inspiratuar raller, çomak parmak (+), PTÖ (-/-)
- SpO2: %50 (oda havası solurken), 4 lt/dk O2 ile %96

04.10.2019



04.10.2019



Name: [REDACTED]	ID: 9561	BSA: 1.57	Date: 04.10.2019
Tech:	Height: 143.00	Age: 64	Room:
Doctor:	Weight: 67.00	Sex: Female	Race: Caucasian

Diagnosis:

Dyspnea:

Cough:

Wheeze:

Tbco Prod:

Yrs Smk:

Pks/Day:

Yrs Quit:

Medications:

Pre Test Comments:

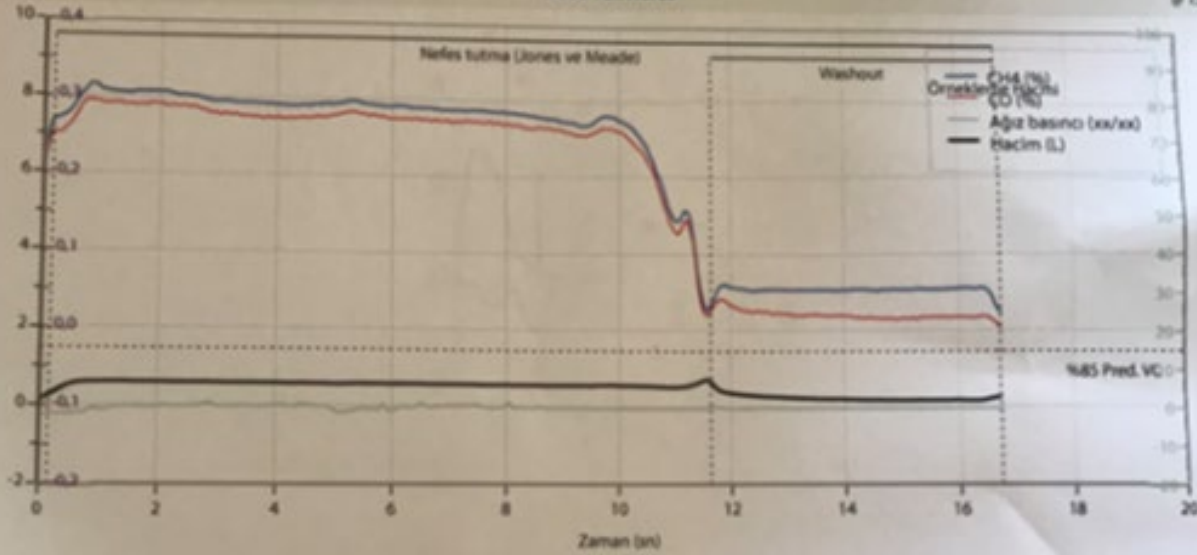
Post Test Comments:

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

Ad	Ö1	Ö2	Cinsiyet	Yaş	Ağırlık (kg)	Boy (cm)
İsim	Ö1	Ö2	Kadın	64	67,00	143,0
Doğum Tarihi	1.01.1955		BMI (kg/m ²)	32,8		
Ölçüm Yeri	Operator		Sevce Kırar			
Enstrüman	Kafkas	Gıda	Tahmini ayarlar			
			ECCS extended (DLCO)			

DLCO Tek Nefes

@ 15:31



DLCO Sonuçları

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

Bilgisayar QC: A B C D E F Hata

Operator QC: A B C D E F

Tedavi değişikliği yapalım mı?



ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis

Robert P. Baughman¹, Dominique Valeyre², Peter Korsten ³, Alexander G. Mathioudakis ⁴, Wim A. Wuyts ⁵, Athol Wells⁶, Paola Rottoli⁷, Hiliaro Nunes⁸, Elyse E. Lower¹, Marc A. Judson⁹, Dominique Israel-Biet¹⁰, Jan C. Grutters^{11,12}, Marjolein Drent ^{11,13,14}, Daniel A. Culver¹⁵, Francesco Bonella ¹⁶, Katerina Antoniou¹⁷, Filippo Martone¹⁸, Bernd Quadder¹⁹, Ginger Spitzer²⁰, Blin Nagavci²¹, Thomy Tonia²², David Rigau²³ and Daniel R. Ouellette²⁴

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

TABLE 2 Immunosuppressive therapies for sarcoidosis

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

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



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

NORMAL

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

03.09.2020

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

İlgi : Kurumumuz 24.06.2020 tarihli, E.292660 sayılı başvurunuz

İlgi dilekçeniz ve ekleri incelenmiştir.

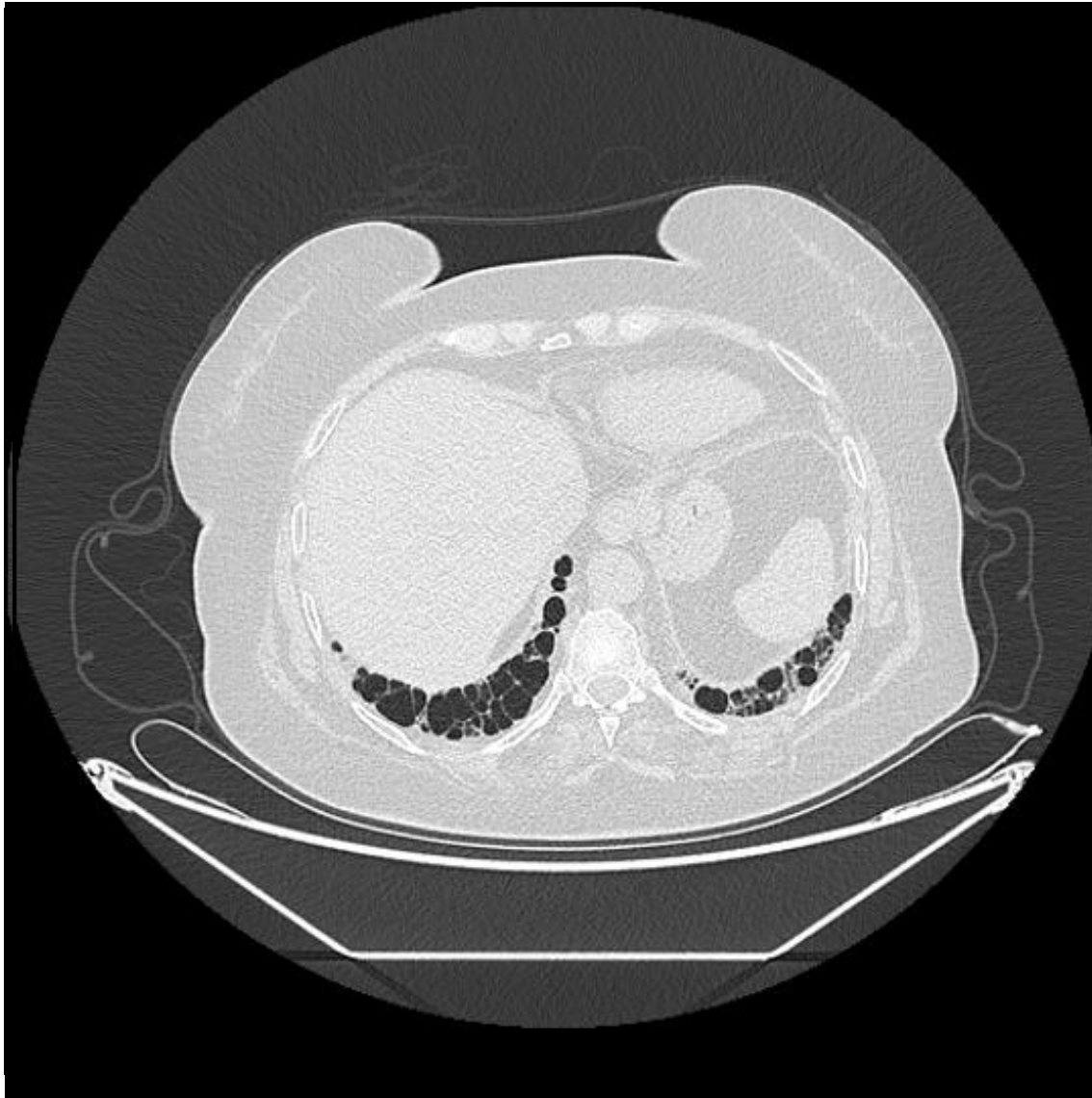
[Redacted] isimli hastanın rahatsızlığı olan; **SARKOİDOZ**, **TANIMLANMAMIŞ** tanısının/tanılarının tedavisinde **PİRFENİDONE** etkin maddeli ilaç/ilaçların kullanımı uygun görülmüştür.

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

Bilgilerinizi rica ederim.

- Hastaya pirfenidone 600 mg 4x1 başlandı

04.01.2021



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

Akciğer Transplantasyonu

- Sarkoidozlu hastaların %3'üne AC transplantasyonu uygulanıyor
- Genellikle bilateral transplantasyon önerilir
- Transplantasyon sonrası ortalama survey 6.1 yıl
- Allograftta sarkoidoz rekürrensi %14-35, surveye etkisi yok
- Sağ atriyum basıncı >15 mm Hg ise mortalite riski 5.2 kat artar

2006 Annual report of the U.S.

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

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

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

Transplantasyon merkezine yönlendirme

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

Bekleme listesine alınma için kriterler

- 6 aylık takipte FVC'de >%10 azalma
- 6 aylık takipte DLCO'da >%15 azalma
- 6 aylık takipte 6DYT mesafesinde >50 m azalma veya mesafe <250 m veya SaO₂<%88
- Kardiyak indeks < 2 L/dk/m²
- Ortalama sağ atriyum basıncı >15 mmHg
- Anlamlı hemoptizi, perikardiyal efüzyon, progresif sağ kalp yetmezliği

Transplantasyon Kontrendikasyonları

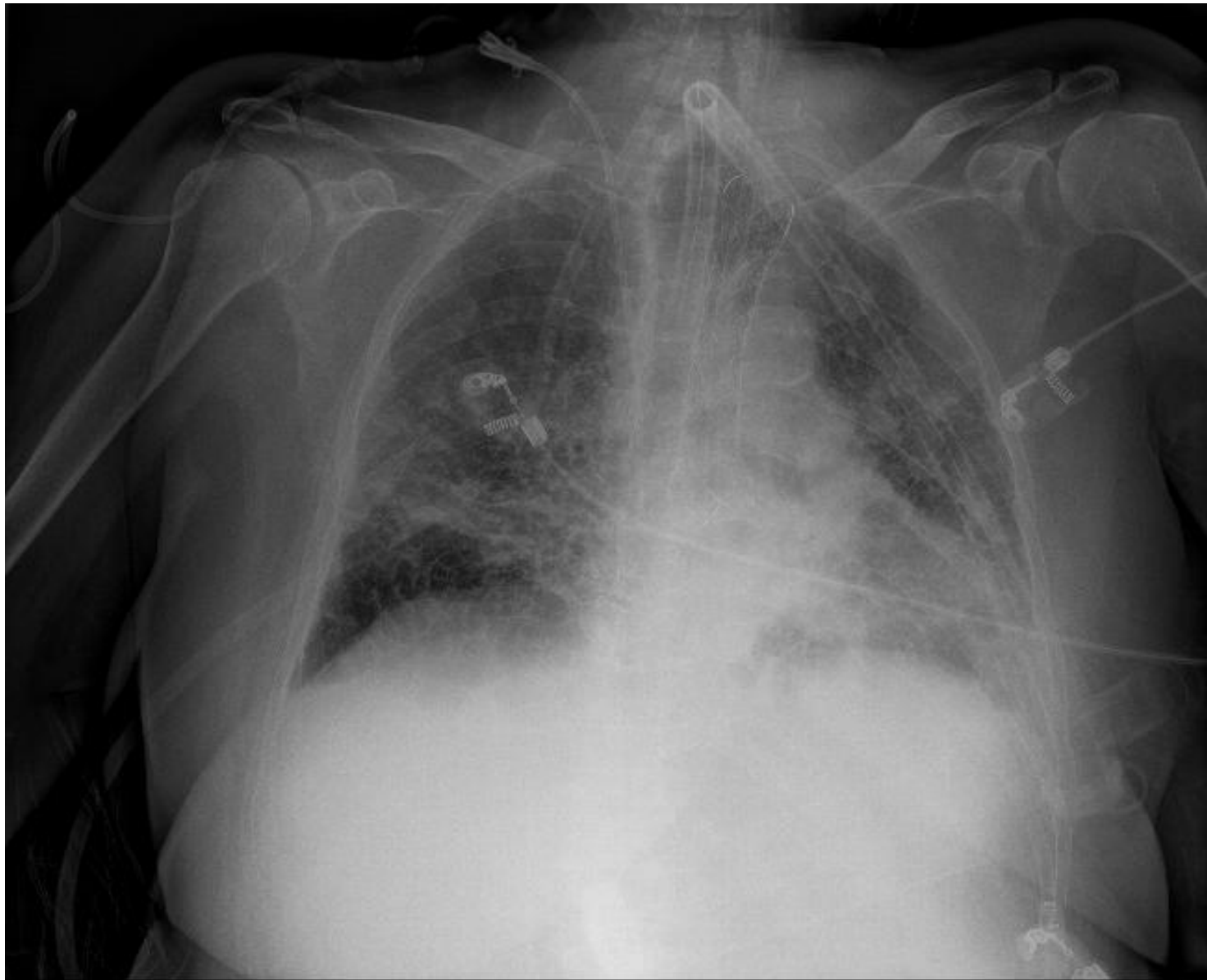
- Malignite öyküsü
- Ağır derecede sınırlanmış fonksiyonel kapasite
- Diğer major organlarda disfonksiyon
- Akut medikal instabilite (AMI, sepsis, hepatik yetmezlik)
- Düzeltilemeyen kanama diyatezi
- *Mycobacterium tuberculosis* ile aktif hastalık
- Göğüs duvarı/spinal defromite
- VKİ ≥ 35 kg/m²
- Önerilen medikal tedavilere uyumsuzluk
- Madde/sigara bağımlılığı

Hastamızda;

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

- 04.03.2021 tarihinde nefes darlığında artış şikayeti ile acil servise başvuruyor
- AKG: pH: 7.27 PaCO₂:98 mmHg PaO₂:49 mmHg

04.03.2021



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