



Olgu Sunumu

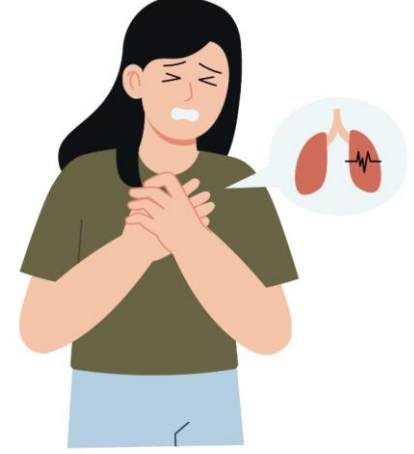
Prof. Dr. Akın KAYA

34 yaşıında kadın

Meslek: Tıbbi Sekreter

Yaşadığı yer: Bolu

Şikayeti: Öksürük, Balgam, Nefes darlığı



Hikayesi: Bilinen ek hastalığı olmayan hastanın 4 aydır öksürük, balgam çıkarma, nefes darlığı (mmrc 2 düzeyinde) şikayetleri bulunmakta. Bu şikayetlerle hasta dış merkeze gitmiş, toraks bilgisayarlı tomografisi ve akciğer grafisi çekilmiş, lüzum halinde kullanması için inhaler reçete edilmiş ancak düzenli kullanmamış.

Hastanemize Başvurusunda;

- Nefes darlığı (mmrc 0'dan MMRC 2'ye progrese olmuş)
- Öksürdüğünde sırtı ağrısı
- 4 aydır yeşil renkli balgam çıkarma (1 ay önce antibiyotik kullanmış)
- Son 2 gündür ses kısıklığı mevcut
- Hemoptizisi, göğüs ağrısı, çarpıntısı yok.

Özgeçmiş:

- Bilinen Akciğer Hastalığı :-
- Düzenli kullandığı ilaç: -
- Alerji: -
- Sigara : 15 p-y, 2 ay exsmoker
- Geç vte :-
- Geç Tüberküloz/Pnömoni : -/-
- Geçirilmiş Operasyon: Sinüzit
- Asbest / Biomass: -/+

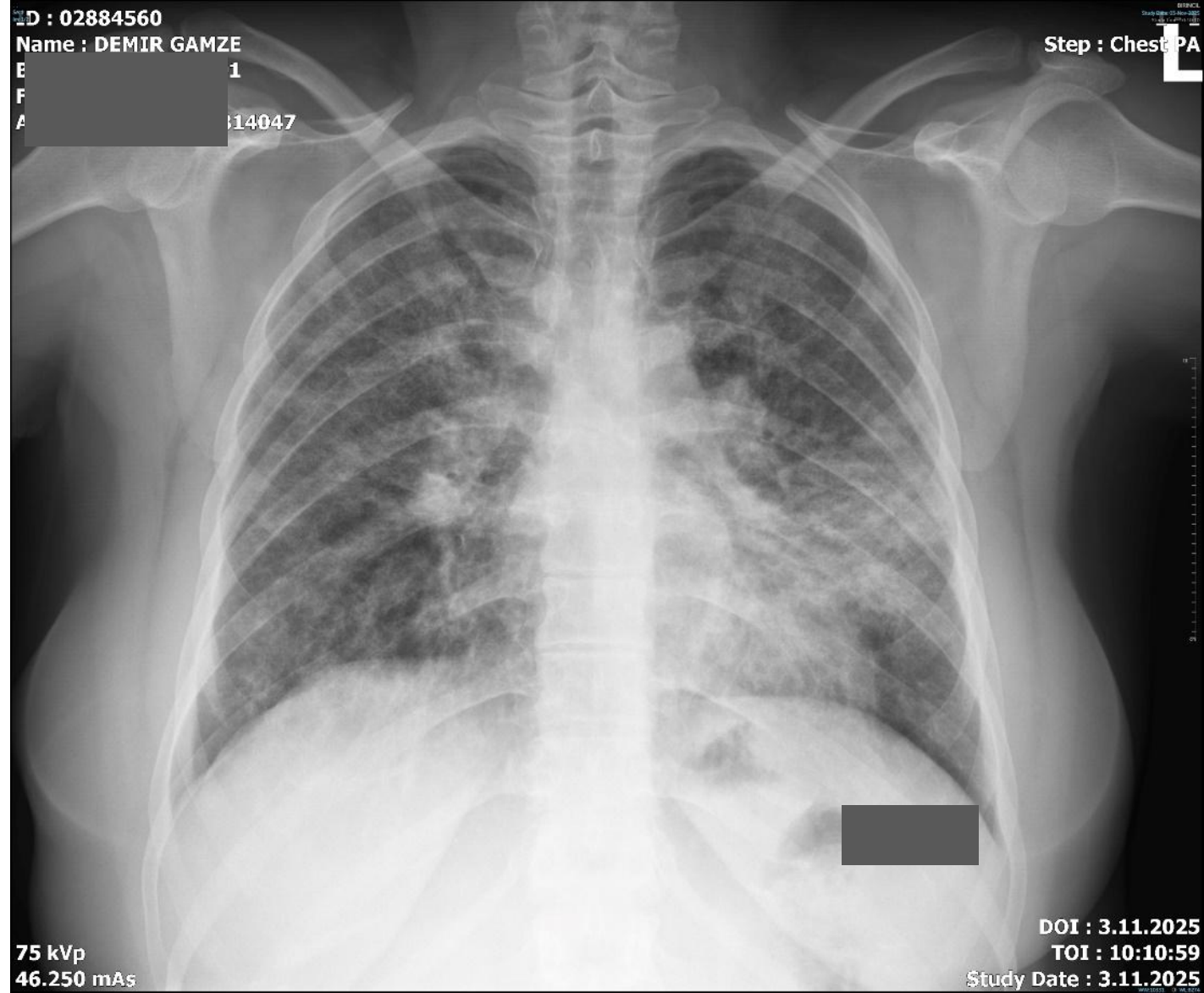
Soygeçmiş:

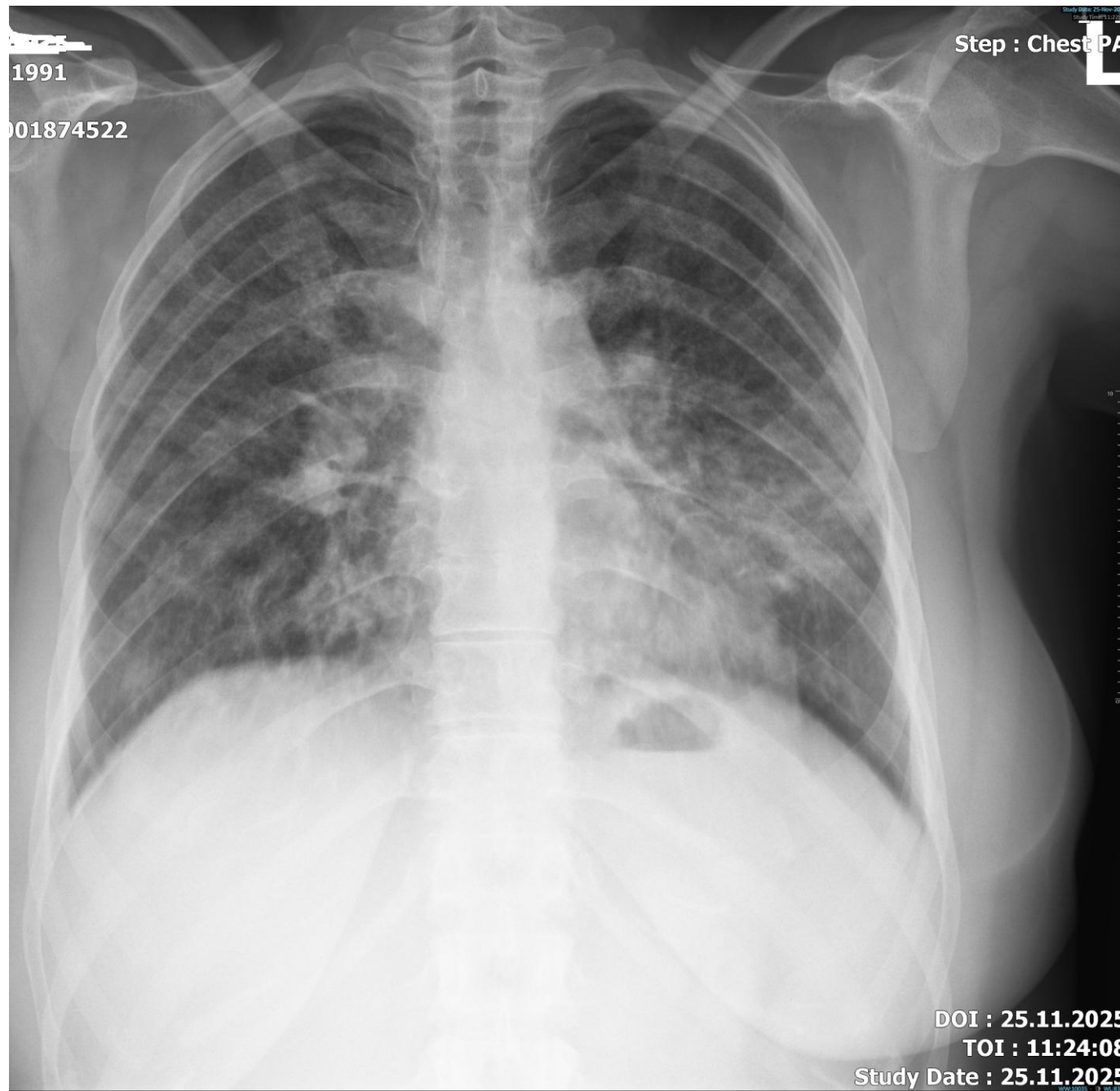
- Ailede Havayolu Hastalığı Öyküsü:
Anne ve Dayısında astım

Fizik Muayene:

- Genel Durum: iyi
- Deri ve Mukozalar: normal
- Çomak Parmak: -
- SpO2: %97 (oda havasında)
- Ateş: 36,6
- Tansiyon: 123/86
- Nabız: 81
- Mukokütanöz bulgu saptanmadı

Akciğer Grafisi





1991

001874522

Step : Chest PA

DOI : 25.11.2025

TOI : 11:24:08

Study Date : 25.11.2025

Solunum Fonksiyon Testi:

- Fvc % 51, 2.04 ml,
- Fev1 % 59, 2.03 ml
- FEV1/FVC: %99
- FEF 25-75: % 108, 4.25 ml
- DLCO Adj: 50

6 dakika yürüme testi:

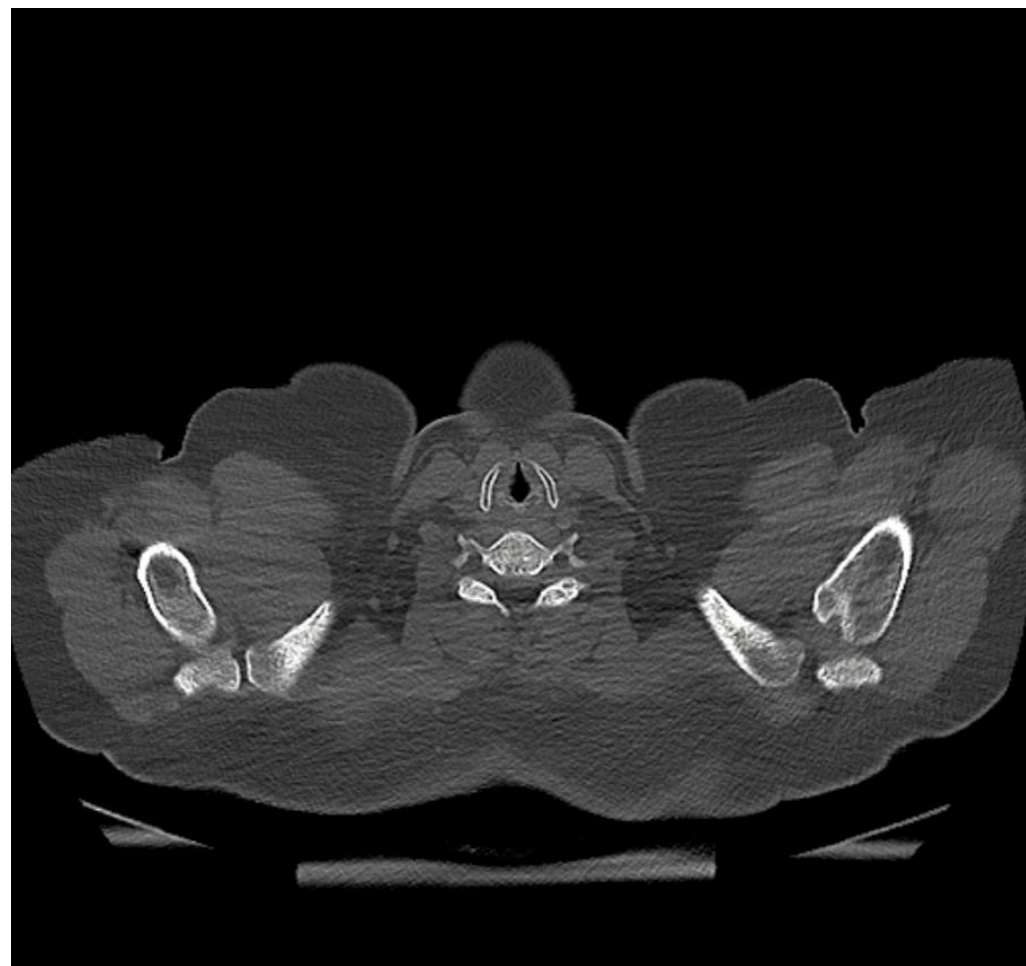
- Öncesi: Nabız:90, Kan basıncı:123/85, Spo2:%96, BORG: 2
- Sonrası: Nabız:98, Kan basıncı:115/85, Spo2:%84, BORG: 5
- Toplam Yürüme mesafesi: 600 m

AKG:

- pH:7.40 pCO2:29.1 pO2:64.5 SpO2: 94.4 HCO3: 22.8 lac: 1.3

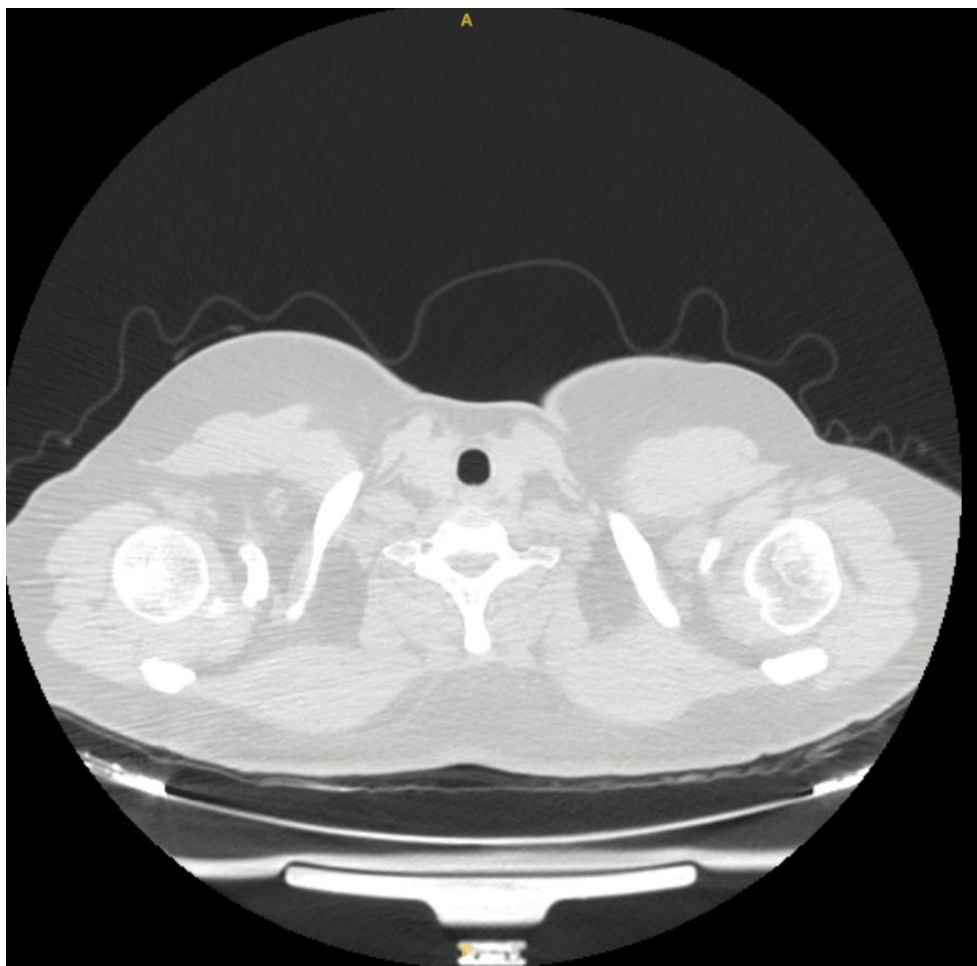
EKG:

- Normal Sinüs Ritmi



19.08 Toraks BT (Dış Merkez)

Her iki akciğerde yaygın buzlu cam dansiteleri, peribronkovasküler kalınlaşmalar ve yer yer bronşiektazik görünüm, buzlu cam dansitesinde yaygın retikülasyonlar dikkati çekmektedir. Retikülasyonlar açısından klinik değerlendirilme önerilir. Sağ akciğer üst lob lateral kesimde 5 mm çapında solid nodül mevcuttur. Akciğer parankim alanlarında aktif infiltrasyon veya kitle varlığı görülmemiştir. Parankimal yapı normal sınırlarda değerlendirilmiştir. Plevral sıvı saptanmamıştır. Kemik yapılar normaldir.



Ön Tanınız Nedir?

Tanılar?

Lenfoma

Sarkoidoz

Tüberküloz

Eozinofilik Granülomatöz Polianjitis

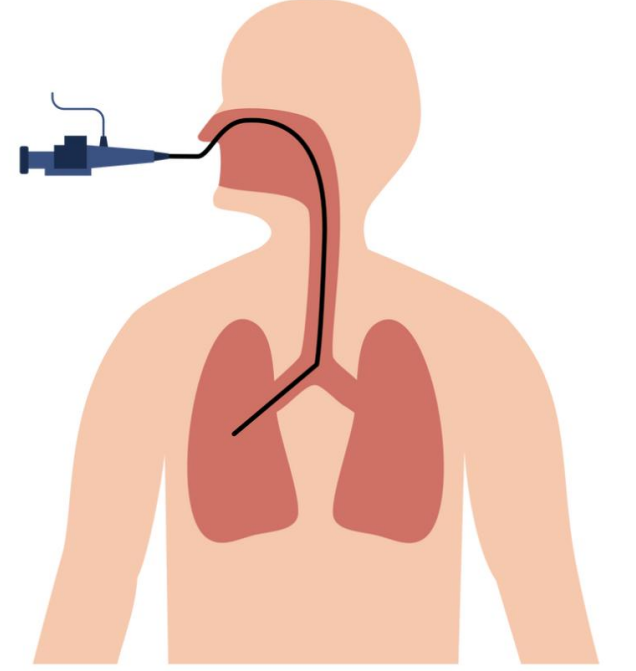
Hipersensivite pnömonisi

04/11/2025 Toraks BT

Mediastende ve her iki hiler bölgede lenfadenopatiler dikkati çekmiştir. Lenfadenopatilerin büyüğü subkarinal bölgede olup yaklaşık 3.5x2 cm boyuttadır. Her iki akciğerde yaygın yamalı buzlu cam alanları, bu alanlar içerisindeki interlobüler septumlarda hafif düzensiz kalınlaşma mevcuttur. Lingula ve orta lobda peribronkovasküler yumuşak dokular izlenmiştir. **Klinik bulgular uyumlu ise değişiklikler alveolar sarkoidoz ile ilişkili olabilir.** Sağ memede büyüğü 18x13 mm boyutta nodüler lezyonlar dikkati çekmiştir. Meme US önerilir. İnceleme dahil her iki böbrek üst pol toplayıcı sistemi içerisinde birkaç adet milimetrik taş mevcuttur.

Bronkoscopi

- Lob ve segment orifisleri açık endobronşial lezyon izlenmedi.
- Lingula inferior segmentten BAL alındı.
- BAL flow sitometri ve sitoloji gönderildi.
- EBUS:



- BAL Kültürü polimorfonükleer hücre: yok

- Mikro **SİTOMORFOLOJİ**
Yaymalarda %65 alveolar makrofaj, %24 lenfosit, % 8 nötrofil lökosit ve %3 eozinofil lökosit izlenmiştir.

- Ürem **SİTOPATOLOJİK TANI**

MALİGN LENFO:	Doku Tiplendirme Laboratuvarı HLA SOLID
------------------	---

Örnek Türü :ÇEVRE KANI

LENFOSİT ALT GRUPLARI PANELİ

ARB:	Ek ICD	NK (CD16,56+ CD3-)	8.0	%	6 - 29
	0000/0	B Lenfosit (CD19+)	Akan Hücre Ölçer TIBBİ BİYOKİMYA 2 (HEMATOLOJİK TESTLER)		
		T LENFOSİT (CD3+)	Örnek Türü :BAL		
		T HELPER (CD3+)	Göğüs Hastalıkları Paneli (Diğer Vücut Sıvıları)		
		T SUPRESÖR (CD3+)	Analiz Edilen Hücre Grubu	Agranüler	Agranüler 05.11.2025
		Aktif T Lenfosit (CD3+)	CD 45 (DİĞER VÜCUT SIVILARI)	100	
		CD 45 (KAN)	CD14 (DİĞER VÜCUT SIVILARI)	30(tüm)	
		Pan Lökosit	CD 5 (DİĞER VÜCUT SIVILARI)	95	
		Monosit CD14	CD 3 (DİĞER VÜCUT SIVILARI)	94	
		Lenfosit Gate'nin içinde m	CD 4 (CD3+)	80	% 51 05.11.2025
			(TH lenfosit)		
			CD 8 (CD3+)	20	% 34 05.11.2025
			(Tc/s lenfosit)		
			CD 45 RO (DİĞER VÜCUT SIVILARI)	94	

BAL örneğindeki lökositlerin % 57 si lenfosit , % 31 i monosit/makrofaj, % 12 si granülosittir. Lenfositlerin % 94 ü T hücredir. (CD4/CD8: 4)

Laboratuvar Bulguları

- ANA: pozitif
- ANA p1:yoğun ince benekli
- ANA t1:1/100 (zayıf pozitif)
- ANCA: negatif
- İmmun uzun panel: Negatif
- ACE: 211
- 24 saatlik idrarda CA: 12.4

Göz Polikliniği: Üveit saptanmadı



SARKOİDOZ



ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis

Robert P. Baughman¹, Dominique Valeyre², Peter Korsten³, Alexander G. Mathioudakis⁴, Wim A. Wuyts⁵, Athol Wells⁶, Paola Rottoli⁷, Hilaro Nunes⁸, Elyse E. Lower¹, Marc A. Judson⁹, Dominique Israel-Biet¹⁰, Jan C. Grutters^{11,12}, Marjolein Drent^{11,13,14}, Daniel A. Culver¹⁵, Francesco Bonella¹⁶, Katerina Antoniou¹⁷, Filippo Martone¹⁸, Bernd Quadder¹⁹, Ginger Spitzer²⁰, Blin Nagavci²¹, Thomy Tonia²², David Rigau²³ and Daniel R. Ouellette²⁴

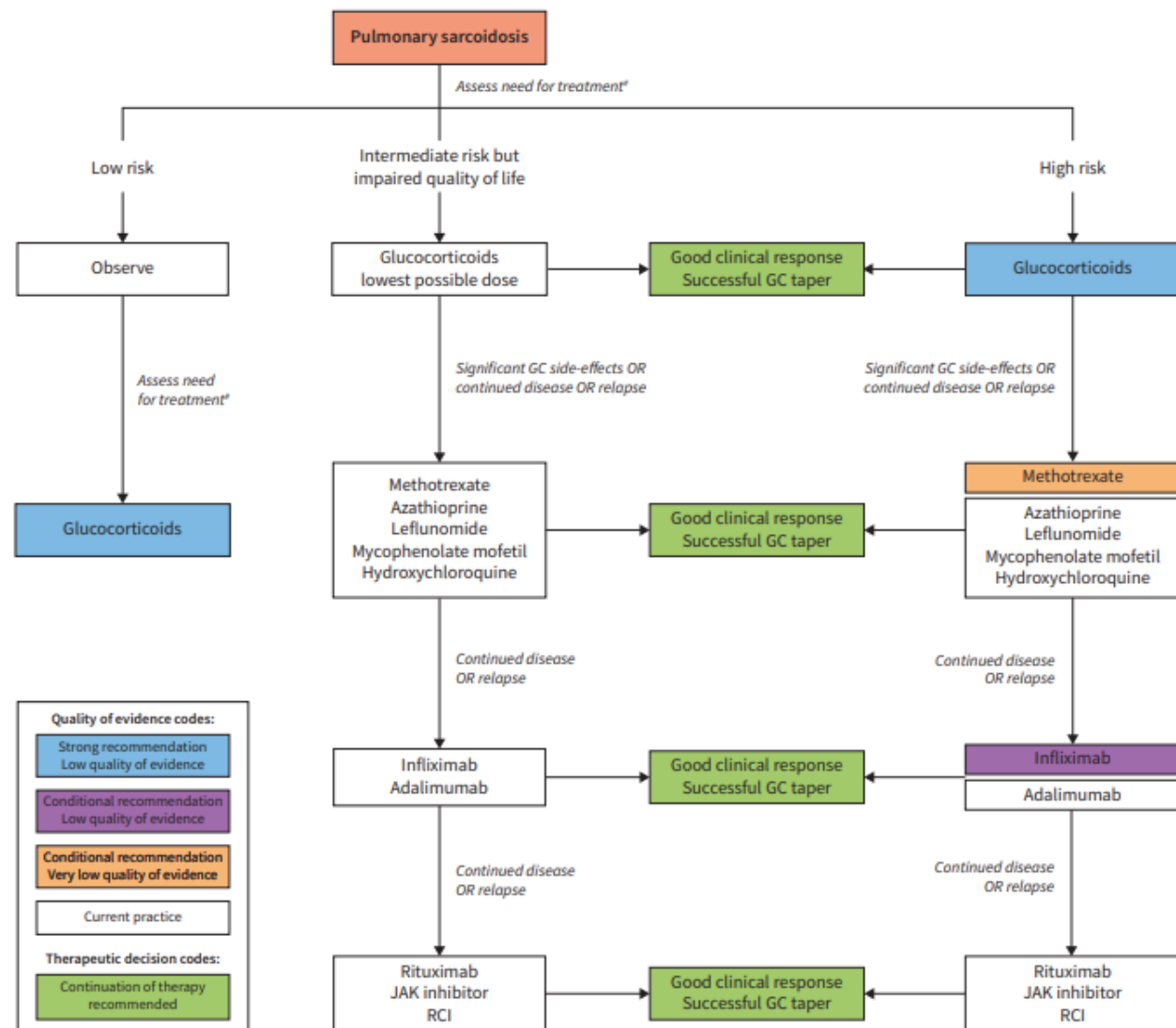


FIGURE 1 Approach for pulmonary sarcoidosis. Use of rituximab, JAK inhibitor and repository corticotropin injection (RCI) should be on a case-by-case basis. This figure is a combination of the recommendations made in this guideline and a description of Task Force members' current practice in situations where there was not enough evidence to warrant a recommendation or for questions for which a systematic review of the literature was not undertaken. Note that the information depicted as current practice (in white boxes) is not intended as a recommendation for clinical practice. *: assess need for treatment based on low risk, intermediate risk but impaired quality of life or high risk as discussed in text. GC: glucocorticoid.

2. Olgu

KK

64 yaşında erkek

Meslek: Emekli İnşaat işçisi

Yaşadığı yer: Ankara

Şikayeti: Hırıltılı Solunum

Hikayesi: Bilinen esansiyel trombositemi, myelofibrozis , koroner arter hastalığı (bypass+ 16 yıl önce, stent+) tanıları olan hasta. Haziran 2025 de hırıltı solunum şikayeti ile tarafımıza başvurdu.

Düzenli kullandığı ilaçlar: beloc coraspirin lipanhyt trajenta insulin, silastazol, Ruksolitinib (4-5 yıldır almakta)

Sigara: 15 yıl önce bırakmış. 35 paket-yıl

Alerji: Bilinen yok

Operasyon: Bypass

Hospitalizasyon: CABG, KAG ve covid için yatış +

Covid öyküsü: geçirmiş, hastane yatışı gerekmiş. 2022'de olmuş.

Aşı: 3 Sinovac + 1 Biontech+

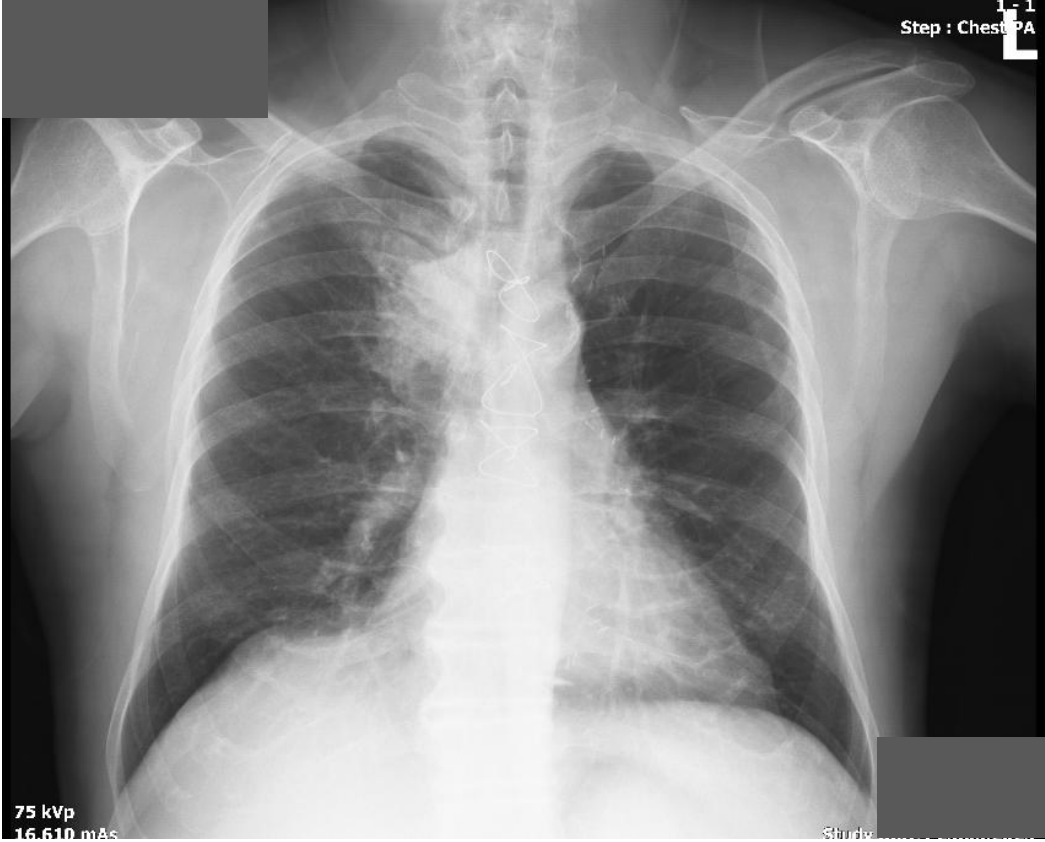
Ailede ca öyküsü: yok

Fizik Muayene: sağda solunum sesleri özellikle bazalde kaba, kalp sesleri ritmik, nabız düzenli, batın hafif

distandü, oda havasında spo2:%95, kalp hızı: 90/dk

Oral aft, döküntü, nazal ülser, raynaud, artrit: yok

Akciğer Grafisi



Laboratuvar Bulguları (yatış)

Parametreler	Sonuçlar
Hemoglobin	8,3
WBC	2,94
Platelet	208
Kreatin	1,71
GFR	41
CRP	0,2
Anti-PCNA	++Pozitif

TORAKS BT (07/2025)

Sternumda median sternotomi defekti. Mediastinal ve hiler bölgelerde patolojik boyutta lenf nodu saptanmamıştır. Kalp boşlukları ve mediastinal büyük vasküler yapılar normal genişliktedir. Koroner arterlerde aterom plaklarına/stente ait olabilecek dens görünüm. Torakal aortada kalsifik duvar değişiklikleri.

Trakea ve proksimal bronşlar açıktır. **Akciğerler hafif amfizemlidir.**

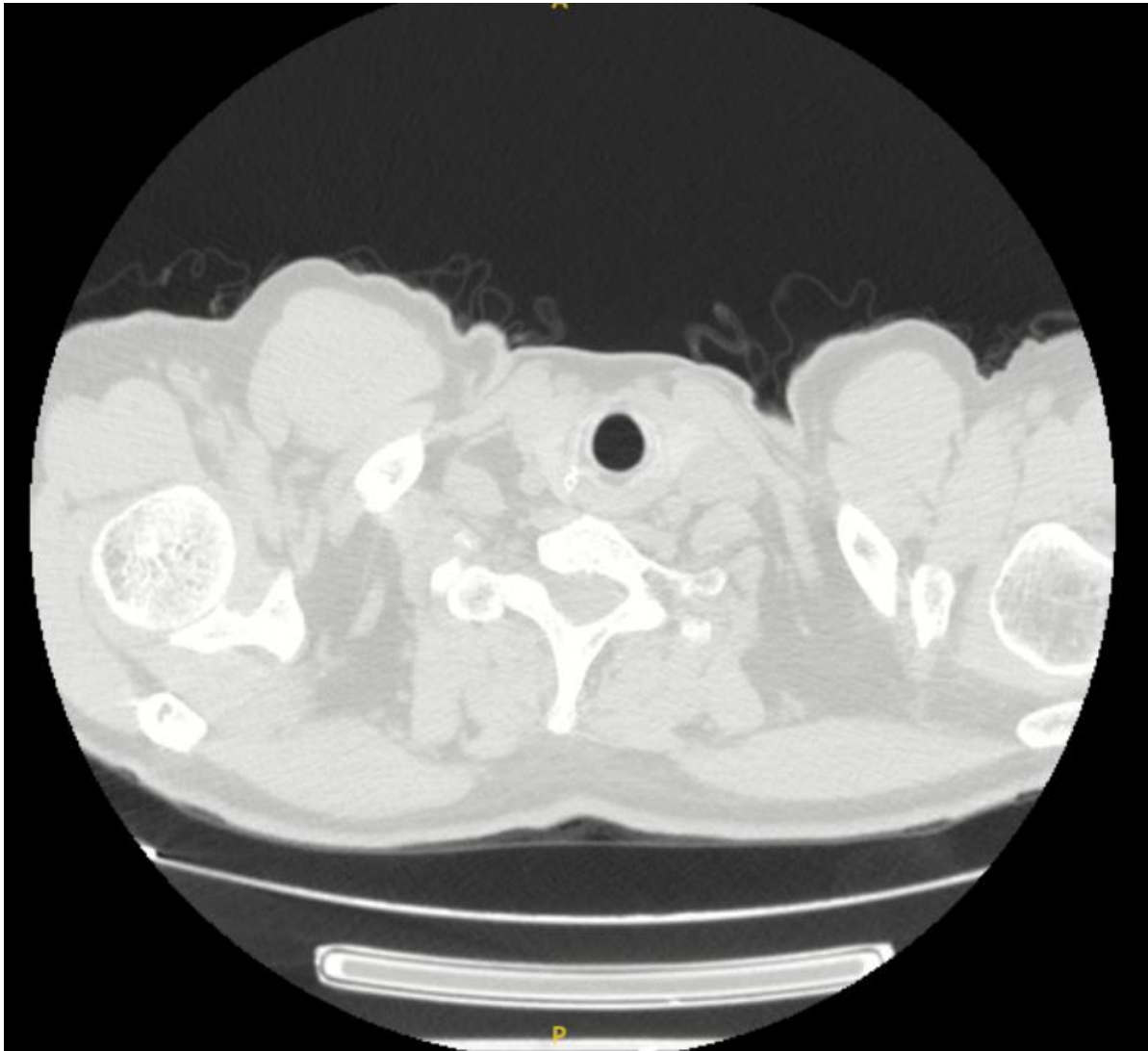
Sağ akciğer üst lob posterior segment hilus komşuluğunda içerisinde hava bronkogramları izlenen konsolidasyon alanı, çevresinde buzlu cam ve mozaik attenuasyon alanları. Enfektif/inflamatuar süreçler açısından klinik

laboratuvar korelasyonu önerilir. Gerekli tedavi sonrası lüzumu halinde kontrol görüntüleme önerilir.

Büyükleri sol akciğer alt lob süperior kesimde 6 mm çaplı olmak üzere dağınık yerleşimli multiple sayıda nodül +.

Sistemde kayıtlı ilk inceleme olduğundan karşılaştırmalı değerlendirme yapılamamıştır.

Plevral, perikardiyal efüzyon yoktur.



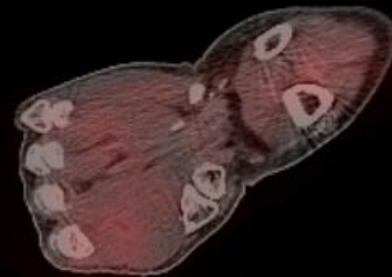
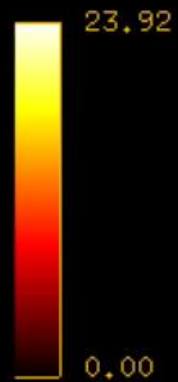


PET-BT (07/2025)

Sağ akciğer üst lobda paramediastinal alanda kostal plevral yüze uzanan düzensiz sınırlı konsolidasyon alanında nonhomojen patolojik aktivite birikimi (SUVmax: 7.3). Mediastende sağ hiler lenf nodunda fokal artmış aktivite birikimi (SUVmax: 2.5). Vücutta diğer alanlarda patolojik 18F-FDG tutulumu saptanmamıştır.

Axial Volume 3/Volume 1
Ex: 50% 12337 / 50% 12337 A 250 ANKARA UNI CEBECI TIP FAK
Se:12 / 4 M 64 02845810
I: 199.5 DoB: Mar 05 1961
Im: 1 Ex:Jul 30 2025

DFDV 50.0 cm



L
2
5
0

50 % PET

3.3

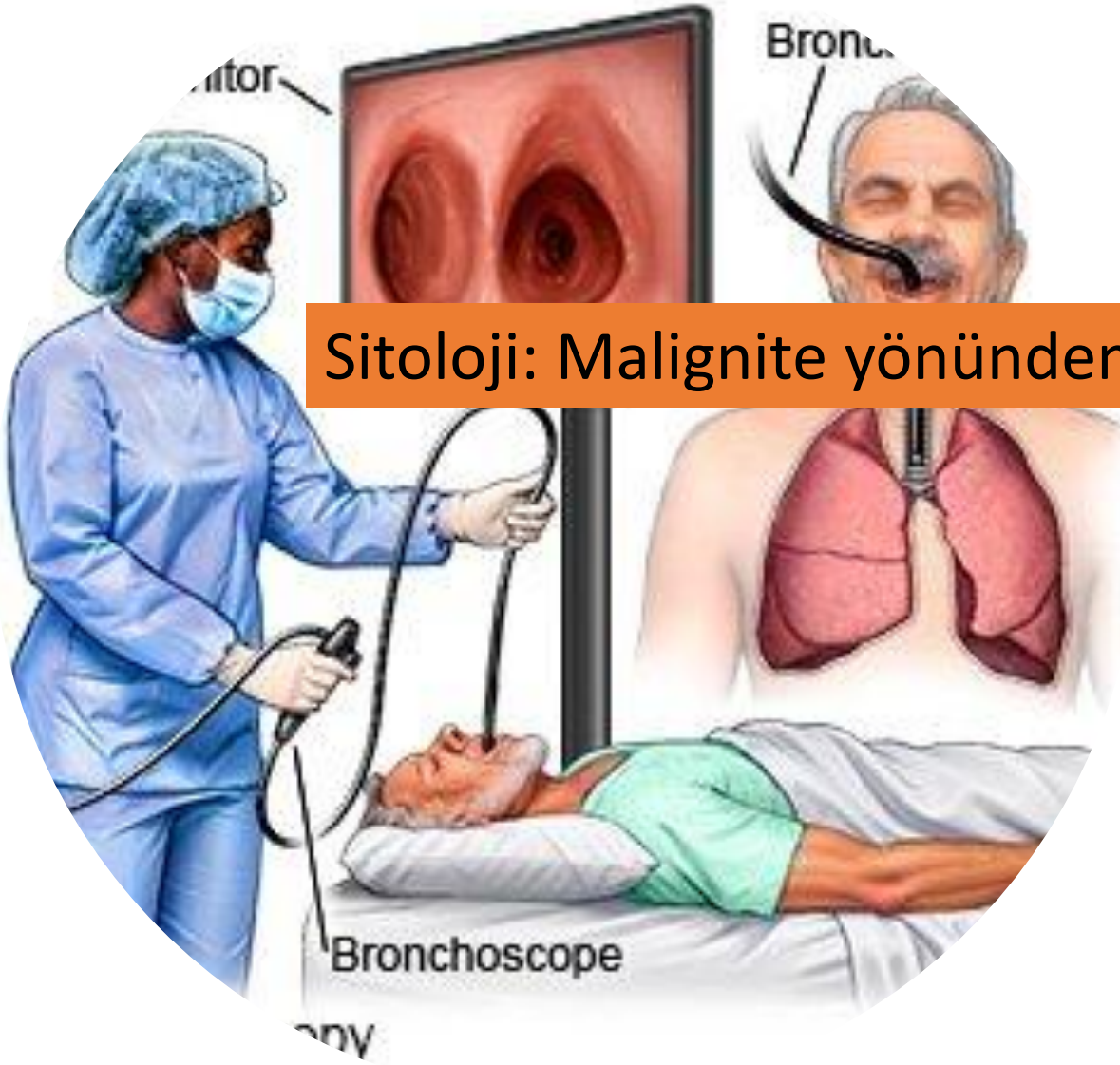
1200/1

3.3mm /3.3sp

09:24:53 AM
m=0.00 M=23.92 kBq/ml

P 250
P

NE YAPARDINIZ???



Sitoloji: Malignite yönünden negatif bronş lavajı yaymaları

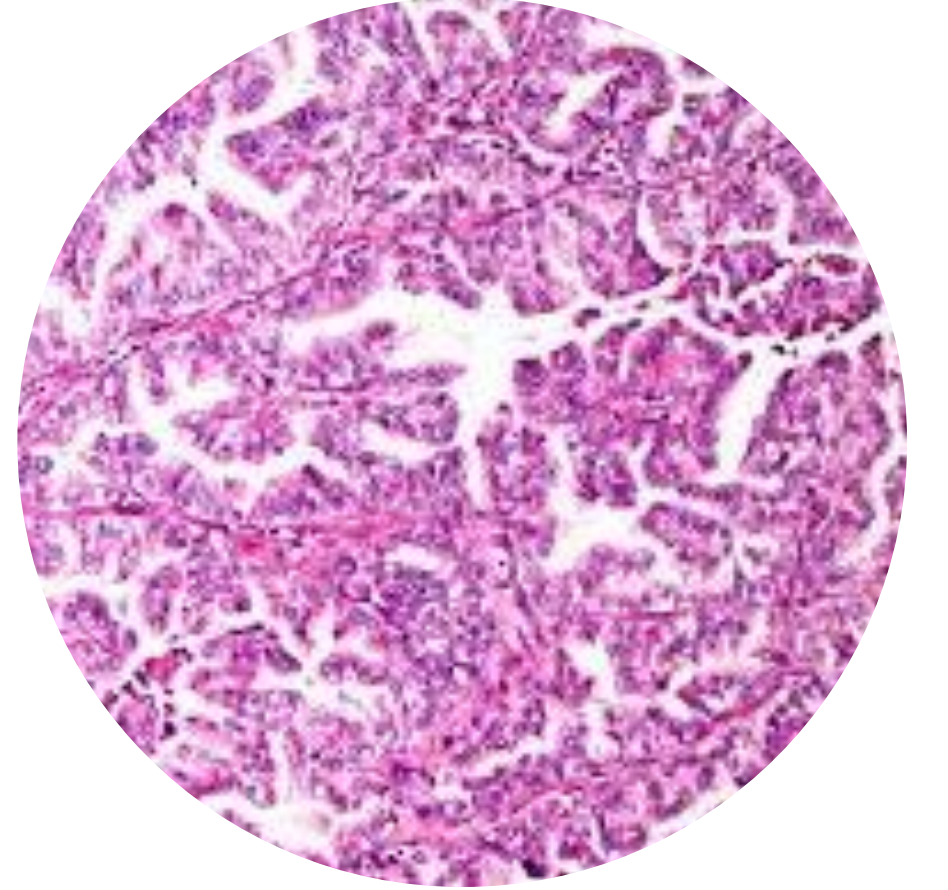
- Pnömoni?
- Organize Pnömoni?
- KLL tutulum?
- Malignite?

Ön tanıları ile bronkoskopi yapıldı,
bronş lavajı alındı

Girişimsel radyoloji tarafından Bt eşliğinde sağ akciğer üst lobdaki paramediastinel yerleşimli konsolide alana biyopsi yapıldı

SİTOLOJİ:

Sitopatolojik tanı: malignite yönünden pozitif, sağ akciğer üst lob transtorasik iab yaymaları ve hücre bloğu, papiller tipte adenokarsinoma infiltrasyonunu düşündürür bulgular



Consolidation

KEY FACTS

TERMINOLOGY

- Replacement of alveolar air by edema fluid, pus, blood, neoplastic cells, or other material (e.g., lipoprotein)
 - Often implies infection (pneumonia)
- Synonyms: Airspace/alveolar consolidation
- Focal, patchy, multifocal, or diffuse
- Focal consolidation
 - Nonsegmental, segmental, lobar
 - Mass-like or tumor-like

IMAGING

- **Radiography**
 - Increased parenchymal density
 - Obscures underlying normal structures (e.g., bronchi, vessels)
 - Obscures adjacent structures
 - Sign of silhouette
 - May exhibit intrinsic air bronchograms
 - May be spherical, sublobar, or lobar

CT

- Increased lung attenuation; obscures underlying lung architecture
- May exhibit intrinsic air bronchograms &/or adjacent acinar or centrilobular nodules

PATHOLOGY

- Etiology
 - Infection: Bacterial, mycobacterial, viral, fungal
 - Pulmonary alveolar edema or hemorrhage
 - Neoplastic: Lung cancer, pulmonary lymphoma
 - Inflammatory: Organizing pneumonia, alveolar sarcoidosis, eosinophilic pneumonia, alveolar lipoproteinosis, lipoid pneumonia
 - Post treatment: Radiation or drug-induced pneumonitis

DIAGNOSTIC CHECKLIST

- Consolidations in adults should be followed to complete radiographic resolution to exclude underlying malignancy

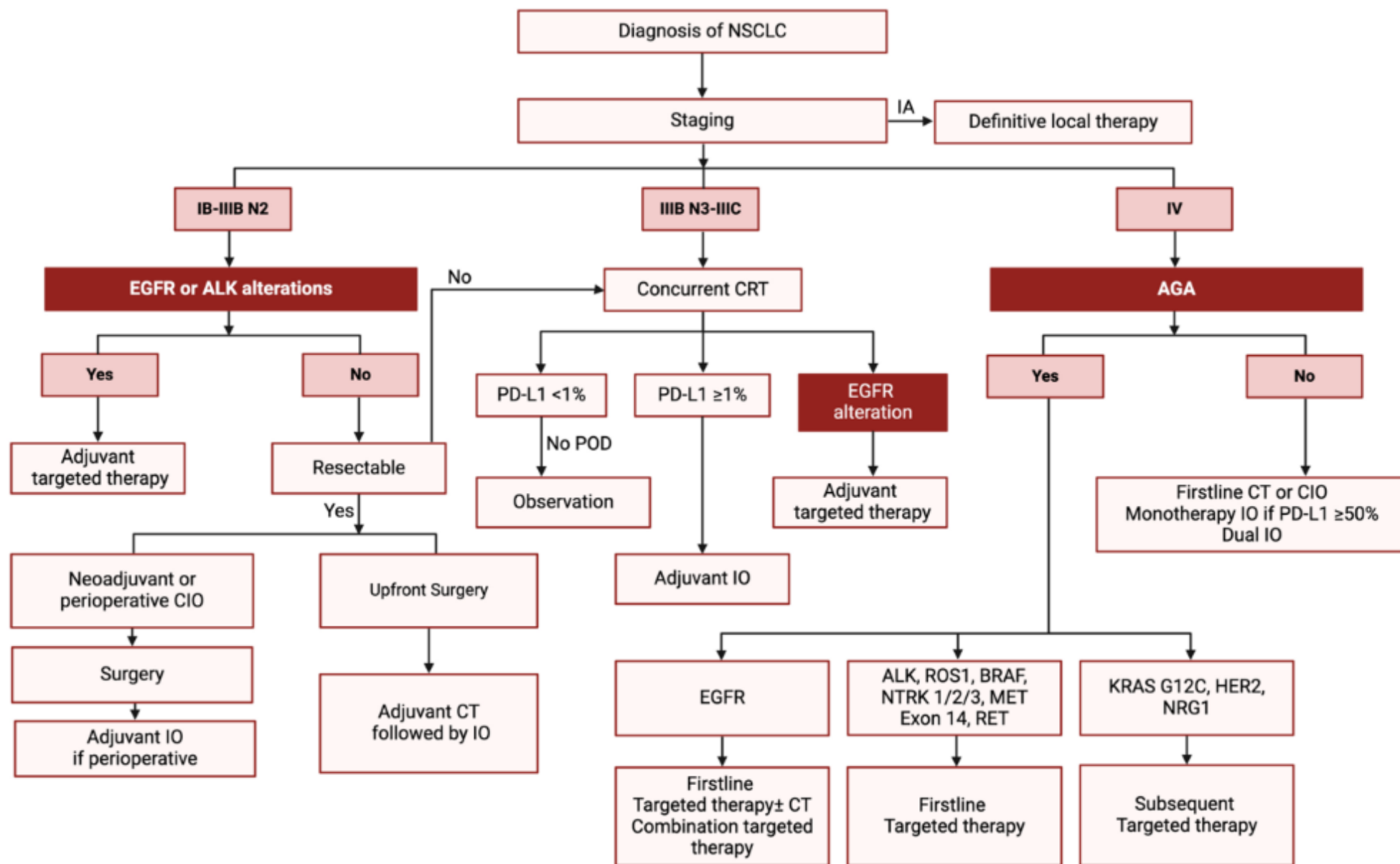


Fig. 1 Simplified schematic of initial management of NSCLC. AGA actionable genomic alterations, CIO chemoimmunotherapy, CT chemotherapy, IO immunotherapy, NSCLC non-small-cell lung cancer

Olgu

FA

83 yaşında kadın

Meslek: Ev Hanımı

Yaşadığı yer: Kayseri

Şikayeti: Hırıltılı Solunum

Hikayesi: Bilinen sarkoidoz, demans tanıları olan hasta oral alım azlığı ve genel durum bozukluğu ile tarafımıza başvurmuş. Başvurusunda mmrc-3 düzeyinde nefes darlığı, 1 yemek kaşığı kadar beyaz renkli balgam, öksürük ve göğüs ağrısı şikayeti mevcuttu. Hasta pnömoni ön tanısı ile servise yatırıldı.

Düzenli kullandığı ilaçlar: ipravent, ebixa, nac, duloksetin, essitalopram

Sigara: pasif içici

Alerji: Arı

Operasyon: TUR-M, Apendektomi

Aşı: 2 Sinovac + 2 Biontech+, grip aşısı:+, pnömokok aşısı:+

Fizik Muayene: Bilateral ral, ronküs+

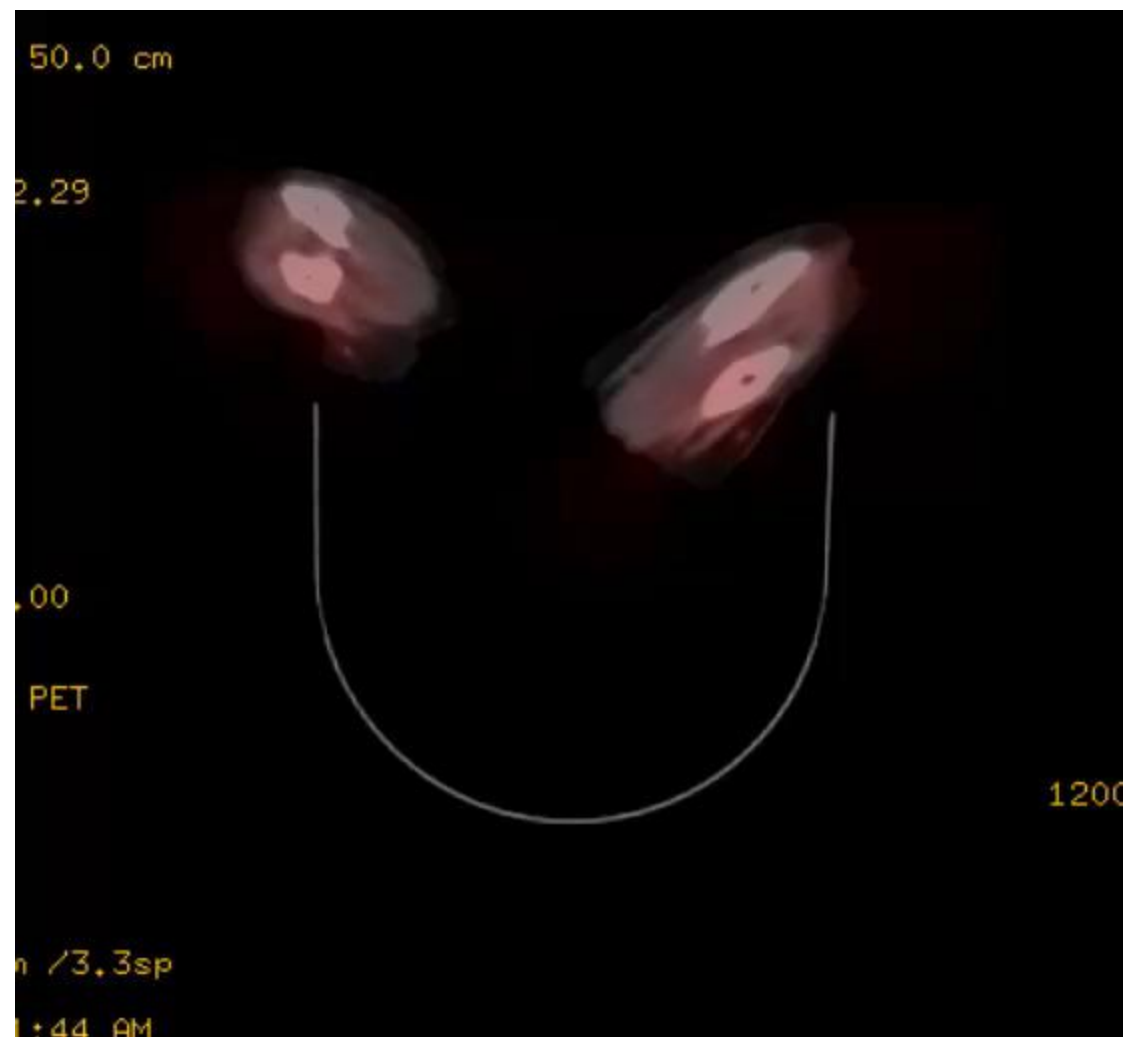
Akciğer Grafisi



Laboratuvar Bulguları (yatış)

Parametreler	Sonuçlar
Hemoglobin	14
WBC	10
Platelet	265
Kreatin	1,14
GFR	45
CRP	23,2
Serum ACE düzeyi	46
24 saatlik idrar kalsiyum	48
Anti Jo-1	+Pozitif
Anti DFS70	+++ Pozitif

NE YAPARDINIZ???



PET-BT (02/2025)

Mediastende paratrakeal ve sağ hiler lenf nodlarında hafif fokal aktivite birikimleri (SUVmax: 4.2) izlenmiştir.

Her iki akciğerde dağınık yerleşimli milimetrik boyutlu nodüllerde belirgin patolojik aktivite birikimi saptanmamıştır.

Kranyumda birden fazla odakta, sol skapulada, her iki humerusta, her iki yanda kostalarda, en büyüğu sol iliak kanatta yumuşak dokuya ekspanse görünümde kitle olmak üzere pelvik kemiklerde ve her iki femurda multipl odakta patolojik aktivite birikimleri (SUVmax: 13.9) dikkati çekmiştir.

- Vücutta diğer alanlarda patolojik 18F-FDG tutulumu saptanmamıştır.

Girişimsel radyoloji tarafından sol iliak kemiği destrükte eden litik lezyondan BT eşliğinde biyopsi yapıldı.

SİTOLOJİ:

Sitopatolojik tanı:Differansiye edilemeyen iğsi yuvarlak hücreli malign tumoral gelişimi telkin eder bulgular, Malign Melanom Metastazı ile uyumlu bulgular

Yorum: Tümörde hem düz kas hem de melanositik (miyomelanositik) diferansiasyon bir arada izlenmektedir. Bulgular ön planda PEComa veya sarkomatöz transformasyon gösteren anjiyomyolipoma infiltrasyonu metastazını düşündürmektedir. Uterin leiomyosarkomlarda da melanositik diferansiasyon gözlenebileceğinden bu patolojinin de ayırıcı tanıda tutulması önerilir.

Plevra Sıvısı olan genç kadın hasta

ANAMNEZ

- 24 Y, K hasta
- Şikayeti: Nefes darlığı, öksürük, göğüs ağrısı
- Öyküsü: 3 ay önce başlayan bilateral plöretik vasıflı göğüs ağrısı yakınması ile başvurdu. Son 1 haftadır mevcut yakınmalarına eklenen mMRC1 düzeyinde nefes darlığı yakınması mevcuttu. Göğüs ağrısı ile eş zamanlı kuru öksürük yakınması da olan hasta benzer şikayetlerle dış merkeze başvurmuş, yapılan tetkiklerinde plevral efüzyonu olduğu tespit edilmiş. Ampirik kinolon grubu antibiyoterapi almış ve yapılan torasentez sonucunda sitoloji örneğinde malignite bulgusu izlenmemiş, iltihabi bulgulara rastlanmıştı.

Sistem Sorgusu

Halsizlik+

Kilo Kaybı + (3 ayda 84kg'dan 79kg düşmüş)

1 yıl önce 3 ay kadar zayıflama çayı kullanmış, o dönem 10 kg kilo kaybı olmuş.

Ateş-

Gece Terlemesi -

Nefes darlığı +

Hemoptizi

Öksürük +

Balgam -

Göğüs ağrısı+

Sırt ağrısı-

İştahsızlık+

Disfaji-

Bulantı/kusma-

Karın ağrısı-

İshal-

Kabızlık-

Hematemez/melena-

Çarpıntı-

Siyanoz-

Ödem-

Ortopne-

PND-

Kladikasyo-

Poliüri-

Polidipsi-

Ağız kuruluğu-

Denge kaybı-

Baş dönmesi-

Kas güçsüzlüğü-

Döküntü-

Boğaz ağrısı-

Ses kısıklığı-

Dizüri-

Noktüri-

Pollaküri-

Baş ağrısı-

Görme azlığı-

Göz kuruluğu-

Özgeçmiş

- Ek hastalıkları: Yok
- Kullandığı ilaçlar: Yok
- Meslek: Ev hanımı
- Sigara: Aktif- Pasif+
- Asbest maruziyeti: -
- TBC Öyküsü: - Pnömoni Öyküsü:-
- Biyomass maruziyeti: +

Soygeçmiş

- Özellik yok.

Vital Bulgular

Vücut sıcaklığı: 36.8°C

KB:130/90mmHg

Nabız:123/dk

Spo2:%93

SS: 20/dk

FİZİK MUAYENE

Bilinç açık, koopere-oryante

İnspeksiyon: Kosta aralıkları dışarı bombeleşmiş.

Palpasyon: Trakea orta hatta, VT bilateral azalmış, bilateral ekspansiyon azalmış

Perküsyon: Skapula ortasından bazallere kadar matite

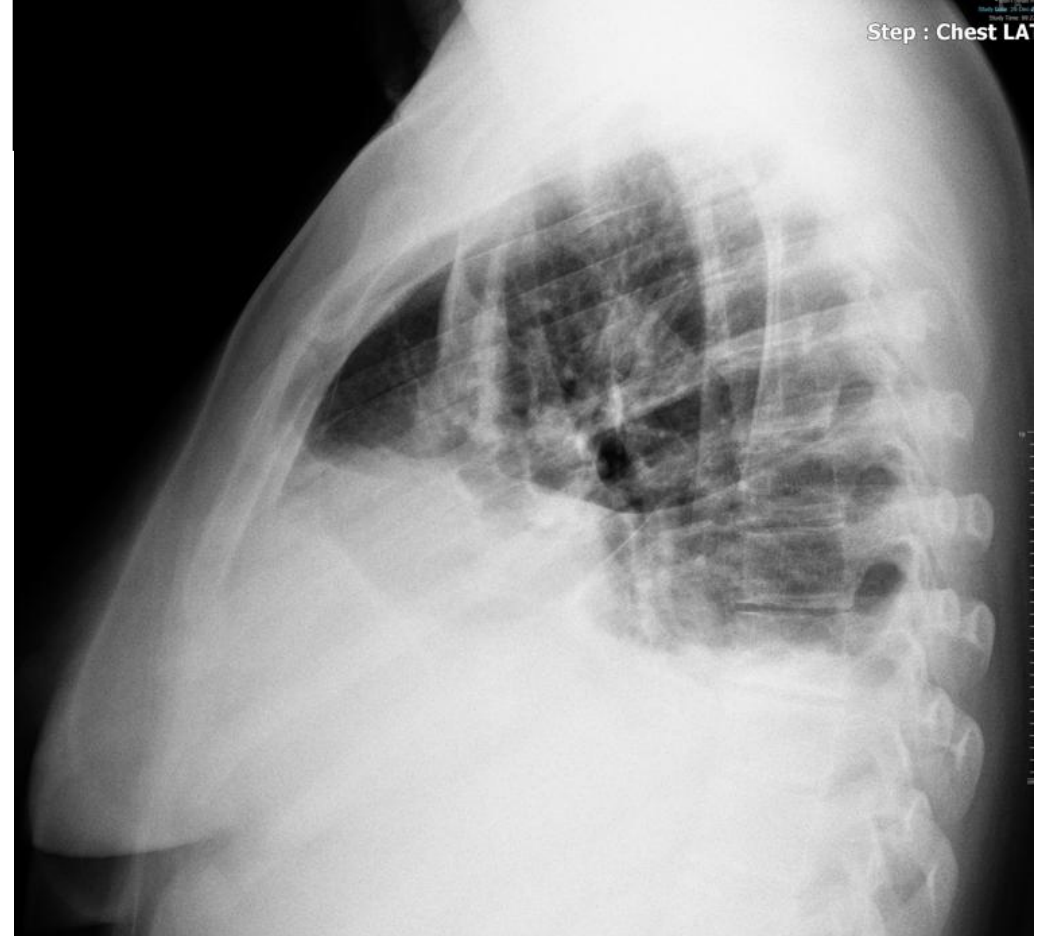
Oskültasyon: SS skapula ortasından bazallere kadar alınamıyor.

Diğer: PTÖ -/-

LABORATUVAR

- Kreatinin: 0.66 mg/dL
- GFH:123 mL/dk/1,73m²
- Na: 136 mmol/L
- K: 5.5 mmol/L
- CRP:42.6 mg/L
- Prokalsitonin: <0.02 ng/mL
- WBC: 6.41 x10⁹/L
- PLT:200 x10⁹/L
- Hb:10.6 g/dL (mikrokrom, mikrositer)
- Sedimentasyon:16
- KCFT normal
- Albumin:47.2g/L
- D-dimer:??
- Serum demiri: 27µg/dL
- TDBK: 416µg/dL
- Transferrin saturasyonu: %6
- Ferritin: 37.3 ng/mL
- B12: 250 pg/mL
- Beta HCG: negatif
- Amiloid A:18.20mg/L
- AKG: ph:7.46 pCO2:30.2mmHg PO2:69.4mmHg spO2:%94.3
- TİT: LE 70, diğer verileri normal

AKCİĞER GRAFİSİ



Ayırıcı Tanı

- Romatolojik hastalık
- Tüberküloz
- Malignite

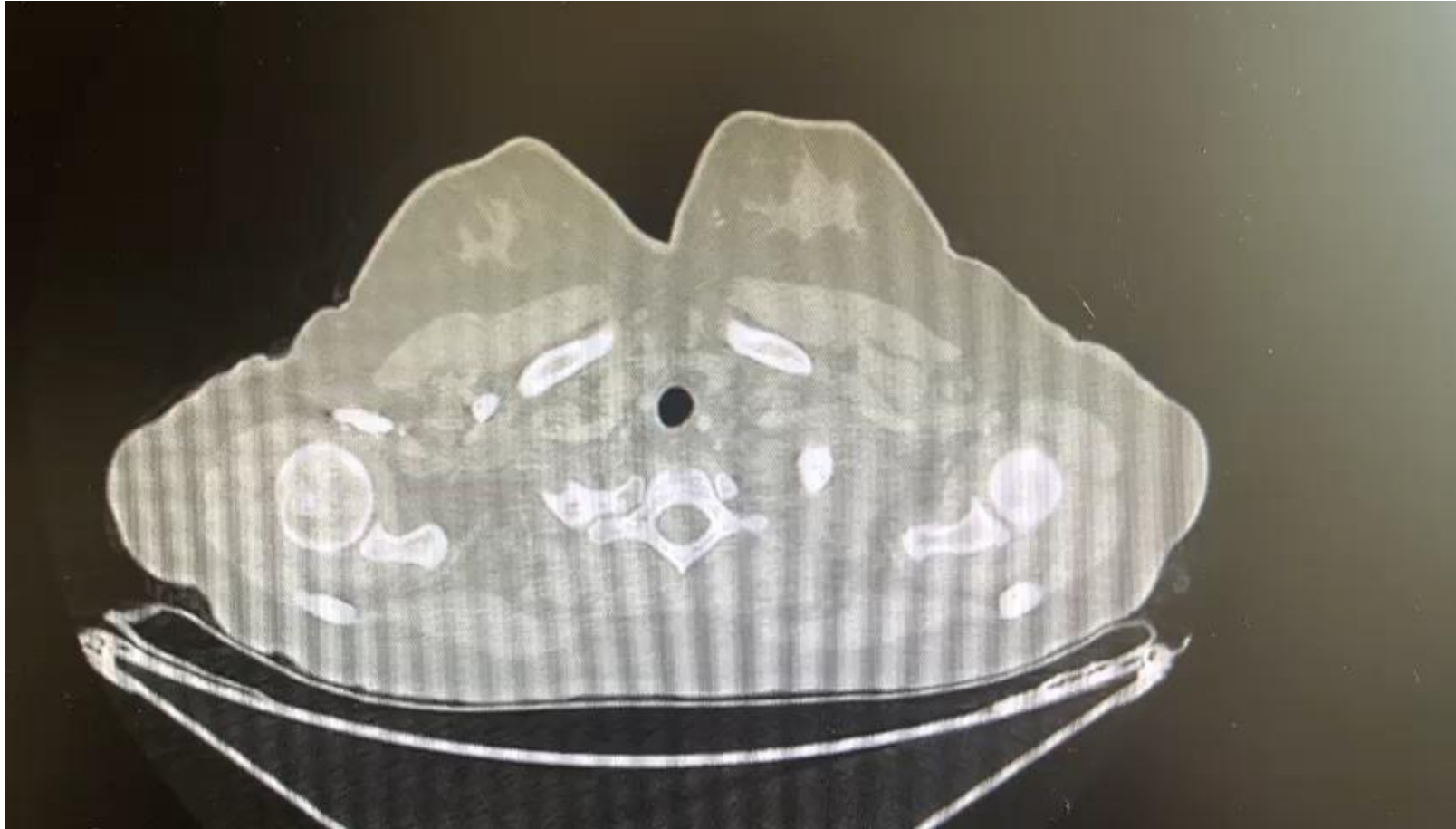
HANGİ TETKİKLERİ PLANLAYALIM?

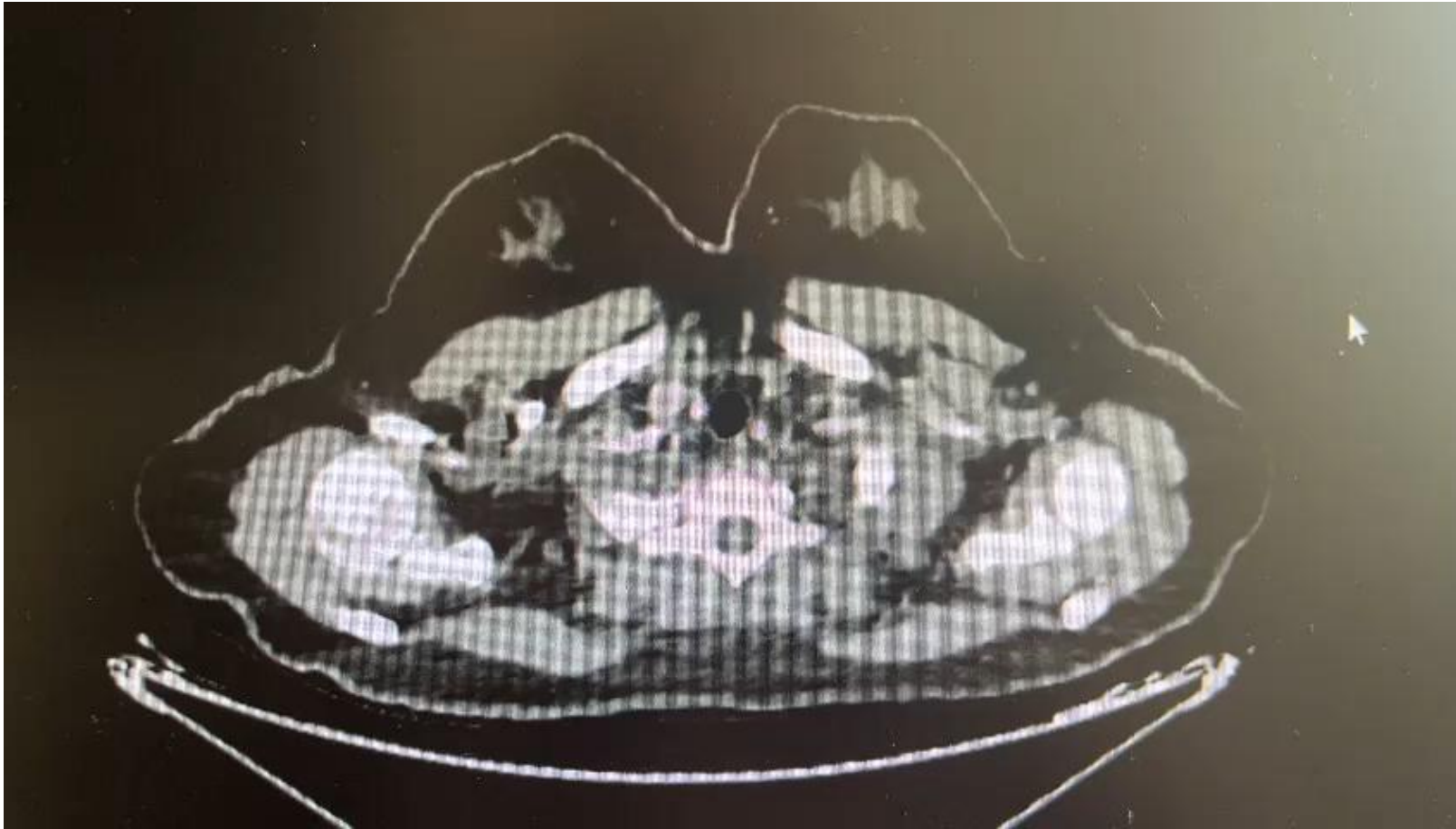
- 1) Torasentez
- 2) İmmün markerlar: Uzun panel dahil immün markerlar negatif sonuçlandı.
- 3) Toraks BT
- 4) Tümör markerları: CA-125:46 U/mL, diğerleri normal
- 5) Ekokardiyografi: EF %60. Kalp boşlukları, duvar hareketleri, kapak yapıları normal. sPAB: 18 mmHg. Asendan aorta: 2.7 cm. Perikardiyal efüzyon izlenmedi. E>A TAPSE: 24

Sağ akciğerden 600 cc seröz vasıflı plevral sıvı boşaltıldı.

- Plevra sıvısı eksuda vasfında
- Serum glukoz:65mg/dL, albumin:48.6g/L, total protein:85.2g/L, LDH:164U/L
- Sıvı glukoz: 83mg/dL, albumin:33.8g/L, total protein:60.8g/L, LDH:232U/L
- Plevra sıvı kültüründe üreme yok
- Adenozin deaminaz:11U/L
- Plevra sıvı ARB-tüberküloz kültürü negatif

TORAKS BT





PET-BT



PET-BT

- Bilateral nazofarenks posterolateral duvarlarında (SUVmax:17.51) ve bilateral palatin tonsillerde (SUVmax:12.78) simetrik yumuşak doku kalınlaşmaları ve artmış metabolik aktivite tutulumları izlenmiştir. Bilateral derin servikal büyüğü solda yaklaşık 1 cm boyutunda izlenen lenf nodlarında metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:2.98) mevcuttur. Her iki hemitoraksta sağda en derin yerinde yaklaşık 7.5 cm, solda en derin yerinde yaklaşık 6.7 cm ölçülen plevral effüzyon mevcut olup bu alanlarda düşük düzeyli metabolik aktivite tutulumları (sağ SUVmax:1.63, sol SUVmax:2.06) izlenmiştir. Sağ akciğer üst-orta zonda fissürde loküle görünüm kazanan plevral effüzyon ve komşuluğunda kollaps/konsolidasyonlar izlenmekte olup düşük düzeyli metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:3.46) mevcuttur. Sağ akciğer alt lobda plevral patoloji komşuluğunda izlenen kollaps/konsolidasyon görünümleri (SUVmax:3.33) ile sol akciğer lingulada ve alt lobda plevral patoloji komşuluğunda izlenen kollaps/konsolidasyon görünümünde (SUVmax:2.59) artmış metabolik aktivite tutulumları gözlenmiştir. Her iki aksillada büyüğü yaklaşık 16 mm çapında ölçülen yağlı hilusu bulunan lenf nodlarında belirgin patolojik artmış metabolik aktivite tutulumu saptanmamıştır. Mide fundusta kardias komşuluğunda görece fokal metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:5.72) mevcuttur. Batında ve daha belirgin olarak pelviste intestinal segmentler komşuluğunda serbest sıvı izlenmiştir. Uterin kavitede yaklaşık 2.3 cm çapında ölçülen hipodens nodüler görünümde artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:6.80) mevcuttur. Ayrıca sağ ovoidneksiyal alanda yaklaşık 2.5 cm çapında ölçülen hipodens nodüler lezyonda heterojen metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:7.20) dikkati çekmiştir. Mezenterik yağ planlarında hafifçe kirlenme mevcut olup büyüğü yaklaşık 1 cm boyutunda ölçülen mezenterik lenf nodlarında patolojik artmış metabolik aktivite tutulumu saptanmamıştır. Kemik iliğinde diffüz düşük düzeyde artmış metabolik aktivite tutulumu izlenmiştir (hematopoetik aktivasyon-anemi?). Görüntüleme alanına giren diğer vücut dokularında FDG'nin biyodağılımı normal fizyolojik sınırlar içerisinde değerlendirilmiştir.

HANGİ İLERİ TETKİKLERİ PLANLAYALIM?

- Kadın hastalıkları ve doğum kliniği konsültasyonu
- KBB konsültasyonu
- Endoskopi planı
- Meme görüntülemesi
- Abdomen görüntüleme

- **Meme USG:** Bilateral retroareolar ılımlı duktektaziler
- **KBB konsültasyonu:** NF posterior dolgun, septum sağa deviye
 - Nazofarenks MR: Nazofarinks posterior duvarında kalınlaşma, retrofaringeal büyümüş lenf nodları (büyüğü sağda 9,5 mm kısa aksa sahip), servikal kısa aksları patolojik boyuta ulaşmayan ancak bir kısmı nodüler vasıfta lenf nodları
 - Nazofarenks bx alındı.

MAKROSKOPİ: Nazofarinks biyopsisi: En büyüğü 7x5x5 mm, en küçüğü 3x3x2 mm boyutlarında 3 adet biyopsi materyali. 3PT 1K. ET., AK(08 01 2024)

HİSTOPATOLOJİK TANI: KRONİK NON-SPEŞİFİK İNFLAMASYON BULGULARI GÖSTEREN MUKOZA ÖRNEKLERİ, Nazofarinks biyopsisi

- **Endoskopi:** Nodüler gastrit (Patoloji sonucu kronik non-atrofik gastrit)
- **Abdomen USG:** Uterusta büyüğü fundusta 1.5 cm çapında birkaç adet intramural myom mevcuttur. Perihepatik subhepatik alanda batında ve pelviste barsak ansları arasında mezenterik serbest sıvı görünümüleri mevcuttur. Diğer bulgular normal sınırlarda izlendi.
- **Kadın hastalıkları ve doğum kliniği:** Jinekolojik muayene ve USGsinde uterus overler ve tuba ile ilgili malign süreçler ile ilgili bulgu veya görünüme rastlanmadı. Masif asiti olan hasta sitoloji sonucuna göre diagnostik laparoskopi gerekliliği açısından tekrar değerlendirilecektir.

PLEVRA SIVISI SİTOLOJİ SONUCU

SİTOMORFOLOJİ:Yaymalarda; kanamalı zeminde bol miktarda matür reaktif lenfosit izlenmektedir. Arada makrofajlar, seyrek plazma hücreleri ve az sayıda mezotelyal hücre izlenmiştir. Malignite bulgusu saptanmamıştır.

Hücre bloğunda; fibrin içerisine dökülmüş lenfositler, makrofajlar ve arada izole mezotelyal hücreler gözzlenmiştir.

HİSTOKİMYASAL İNCELEME:Histokimyasal olarak PAP ve Giemsa boyaları uygulanmıştır.

SİTOPATOLOJİK TANI:AÇIK BİR MALİGNİTE BULGUSU GÖSTEREMEYEN , Plevra sıvısı yaymaları

KRONİK NONSPESİFİK LENFOSİTİK İNFLAMASYONU TELKİN EDER BULGULAR

NOT:Tanının verifiye edilebilmesi ve mikrometastaz olasılığının dışlanabilmesi için immünohistokimyasal çalışma planlanmıştır, sonuç ek rapor ile bildirilecektir.

SİTOPATOLOJİK TANI:MALİGNİTE YÖNÜNDEN NEGATİF, Plevra sıvısı yaymaları ve hücre bloğu

KRONİK LENFOSİTİK İNFLAMASYON BULGULARI

ŞİMDİ NE YAPALIM?

ANAMNEZİ DETAYLANDIRDIK

- Kilo vermek için içeriğinde;
- Hibiskus, avokado yaprağı, ekinezya, biberiye, funda, sinameki tozu, barut ağacı kabuğu, kırmızı ginseng, sandalos sakızı, aspir çiçeği, rezene, yeşil çay, kudret narı, civanperçemi çiçeği, mate, keten tohumu, altın otu, melisa, lohusa şekeri, portakal aroması içeren bitkisel karışım tükettiği öğrenildi.

Case report

Acute heart failure in rabbits by avocado leaf poisoning

[Laura S. Aguirre](#)^a  , [Gabriela V. Sandoval](#)^a, [Diego M. Medina](#)^a, [Olga G. Martinez](#)^b,
[Juan F. Micheloud](#)^{a c} 

- 14 tavşan, 30 saat içinde konjestif kalp yetmezliğinden öldü.
- Solunumsal ve kardiyak klinik belirtileri olan tavşanlardan dördüne yapılan nekropside plevral ve perikardiyal efüzyon, pulmoner ödem, hafif asit gözlenmiş.
- Histopatolojik incelemede miyositlerde dejenerasyon ve nekroz ve esas olarak miyokardiyumu ve daha az ölçüde karaciğer, akciğer ve böbrekleri kapsayan mononükleer hücre infiltrasyonu ortaya çıkartılmış.

Putative avocado toxicity in two dogs

Buoro, I.B.J.; Nyamwange, S.B.; Chai, D.; Munyua, S.M.; Verwoerd, Daniel Wynand

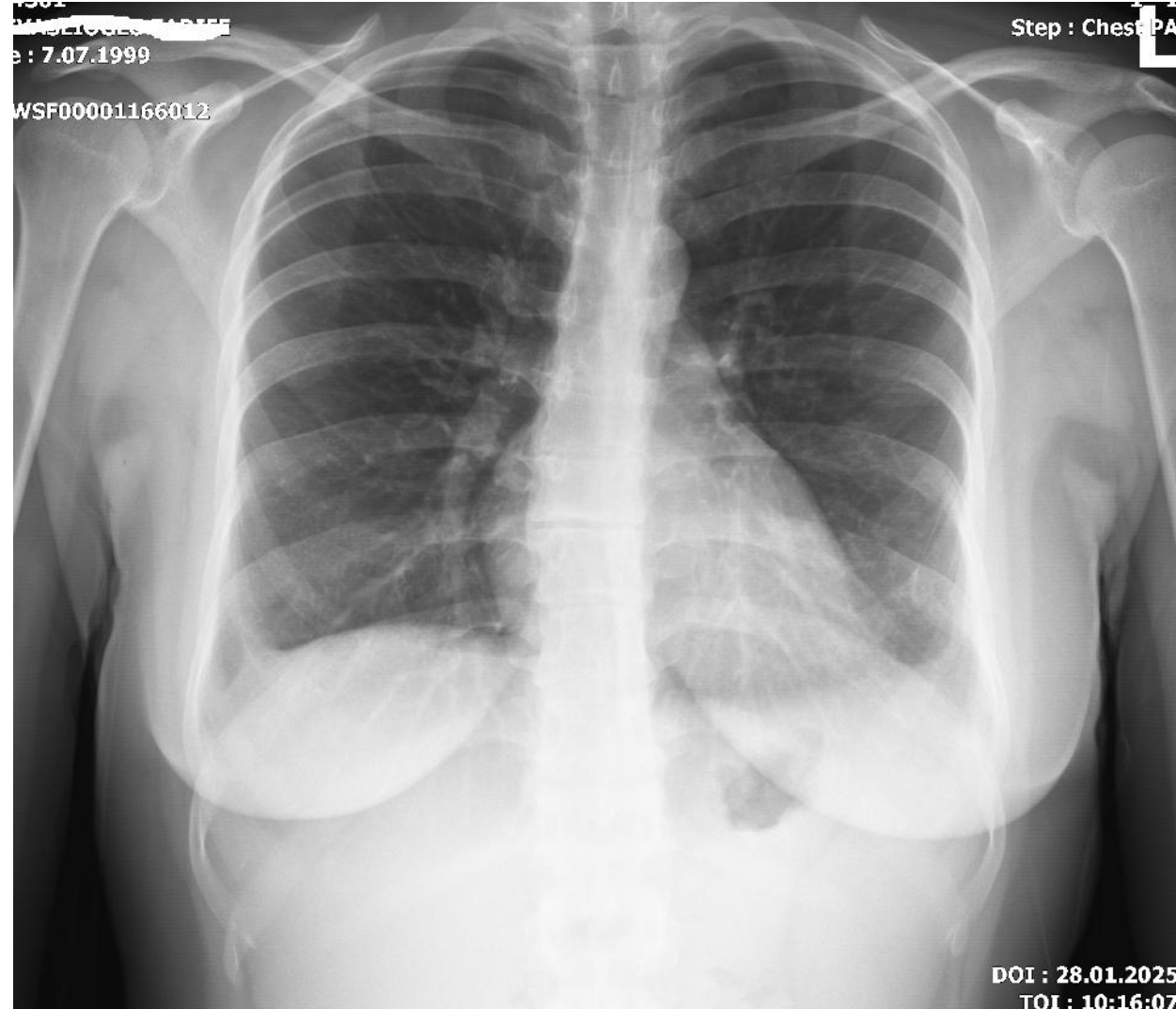
Bağlantı: <http://hdl.handle.net/2263/33074>

Tarih: 1994

Özet:

Two dogs were seen at the University Veterinary Teaching Hospital, Nairobi, Kenya, both having histories of dyspnoea, progressively enlarging abdomens, anasarca, ascites, pleural and pericardial effusion, and pulmonary oedema. One of the dogs had a mild neutrophilic leucocytosis, elevated levels of alkaline phosphatase, alanine aminotransferase, lactate dehydrogenase and proteinuria. Histopathological examination of the myocardium revealed some damage to myocytes and a mononuclear cellular infiltration involving the myocardium, liver and kidneys. The two dogs had a fondness for avocado fruits and, as the presenting syndrome is identical to that seen in goats, sheep and horses poisoned by avocados, a comparison is made and the probable manifestation of this poisoning presented.

BİTKİSEL ÜRÜN KULLANIMINI BIRAKAN HASTADA RADYOLOJİK YANIT ALINDI



TEŞEKKÜRLER...

