

# Sarkoidoz Yönetimi: Olgu Örnekleri

**Gamze KIRKIL**

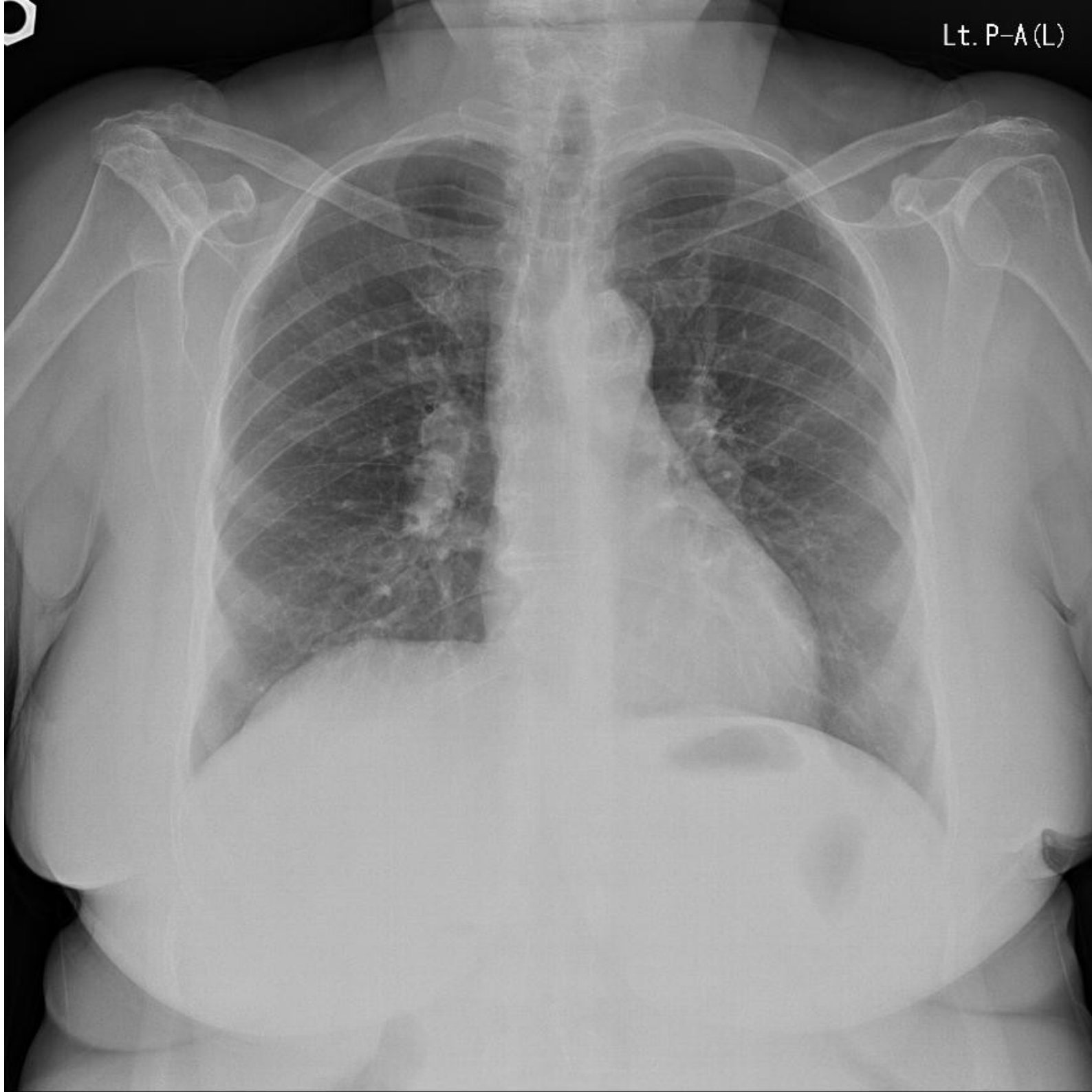
**Fırat Üniversitesi**

**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, özefagusu 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 nemitoraksta 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 sivrileşmeler 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 UNIVERSITESI HASTANESI

## PATOLOJİ LABORATUARI BİYOPSİ RAPORU

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

İNCE İĞNE ASPİRASYONU, 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 : TUMÖR 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 ONKOLOJİK 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 kompresyonunda malignite düzeyinde FDG tutulumu gösteren bir adet nodüler lezyon izlenmiştir (MR korelasyonu önerilir).**

**-Sağ inguinal alanda birkaç subsantimetrik hipermetabolik lenf nodu izlenmi? olup öncelikle enfektif/inflamatuvar patolojiler düşünülmüştür.**

**-Sağ 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**  
**BIYOPSİ RAPORU**

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

**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 alındı?. (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

Ⓞ 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,<sup>1</sup> Christopher P Atkins,<sup>2</sup> Anjali Crawshaw,<sup>3</sup> Simon P Hart ,<sup>4</sup> Ling-Pei Ho,<sup>5,6</sup> Vasileios Kouranos,<sup>7</sup> Karen Patterson,<sup>8</sup> Nicholas J Screatton,<sup>9</sup> Joanna Whight,<sup>10</sup> Athol U Wells<sup>7</sup>

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

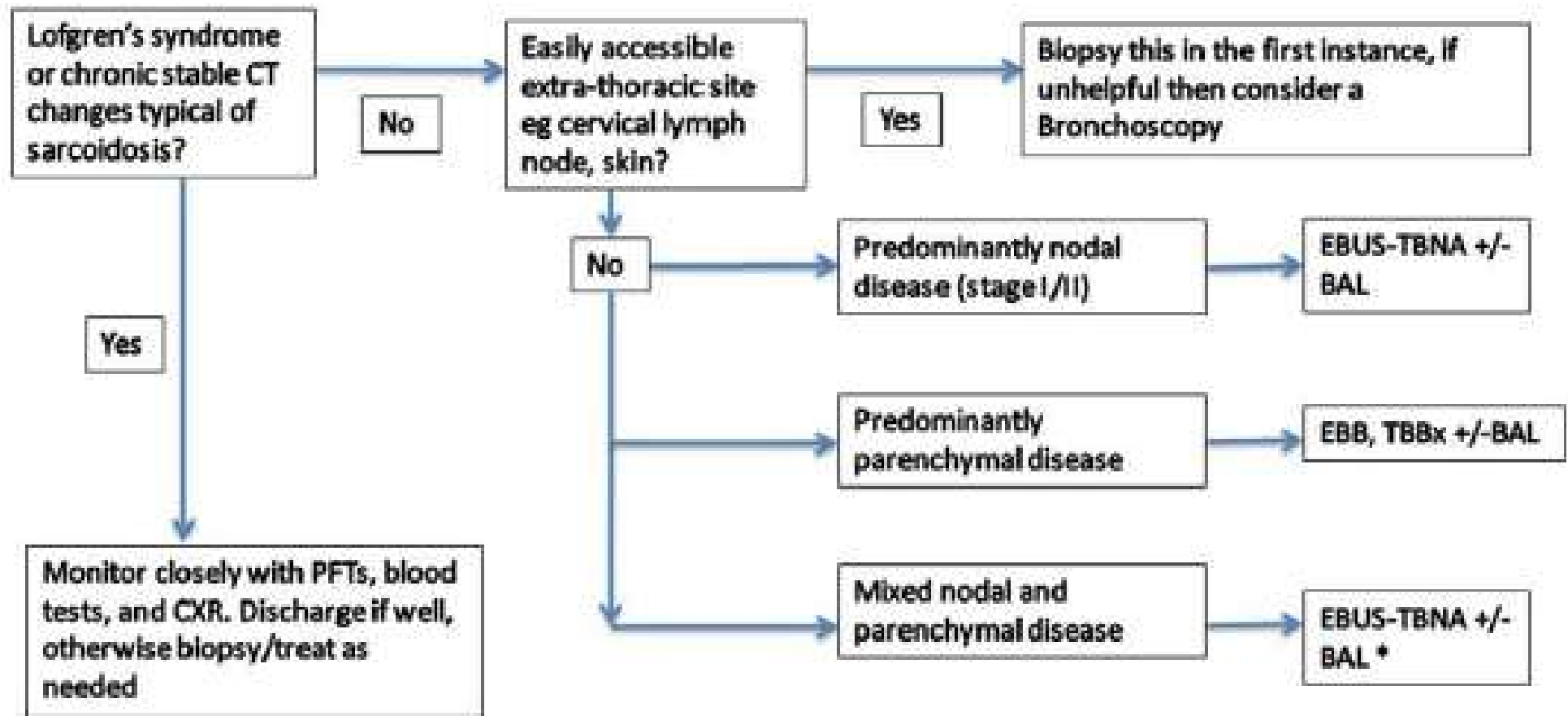


Figure 4 Suggested algorithm for bronchoscopy in sarcoidosis. \*A

**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

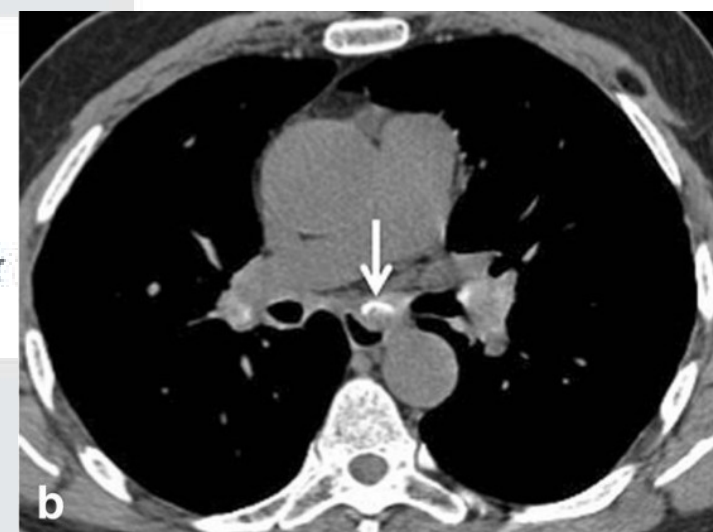
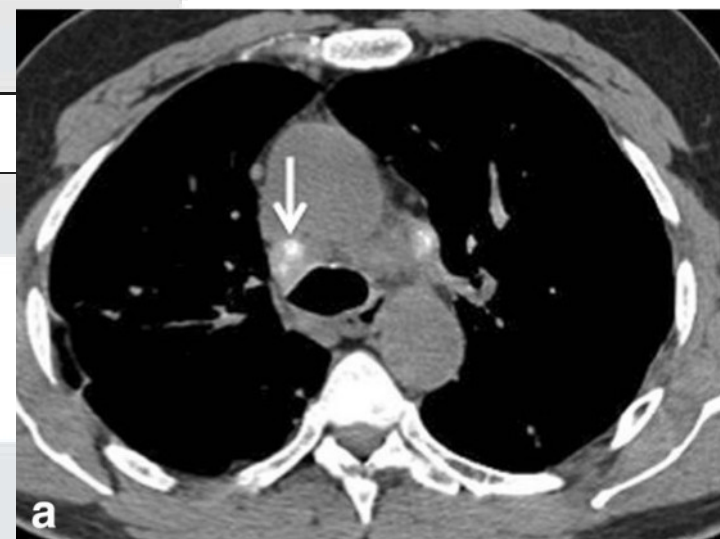
'Icing sugar'  
'Egg shell'

Nodules

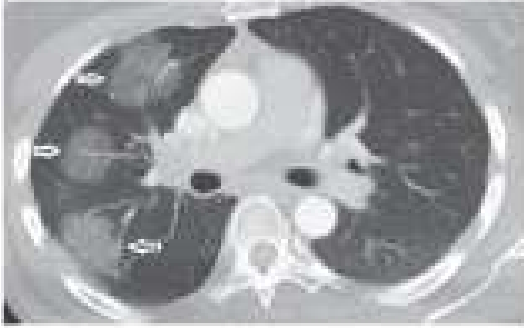
Well-defined 2 to 5 mm  
Paraseptal predominance  
Fissural beading/peribronchovascular  
nodularity  
Coalescence – larger nodules/perihilar  
consolidation

Fibrosis

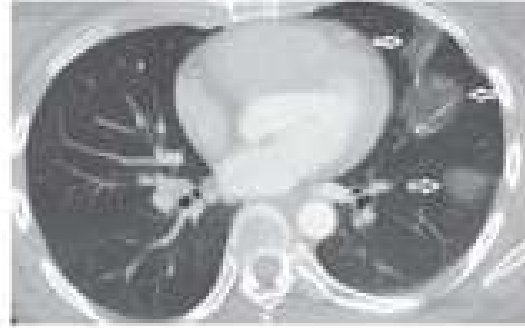
Reticular opacity  
Volume loss/architectural distortion  
Traction bronchiectasis  
Peribronchovascular



## Atipik görünümler



(a)



(b)

Hindawi

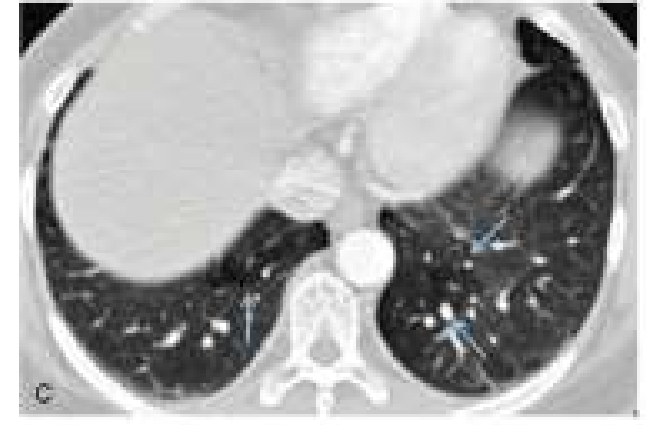
Case Reports in Radiology

Volume 2018, Article ID 5686915, 4 pages

<https://doi.org/10.1155/2018/5686915>



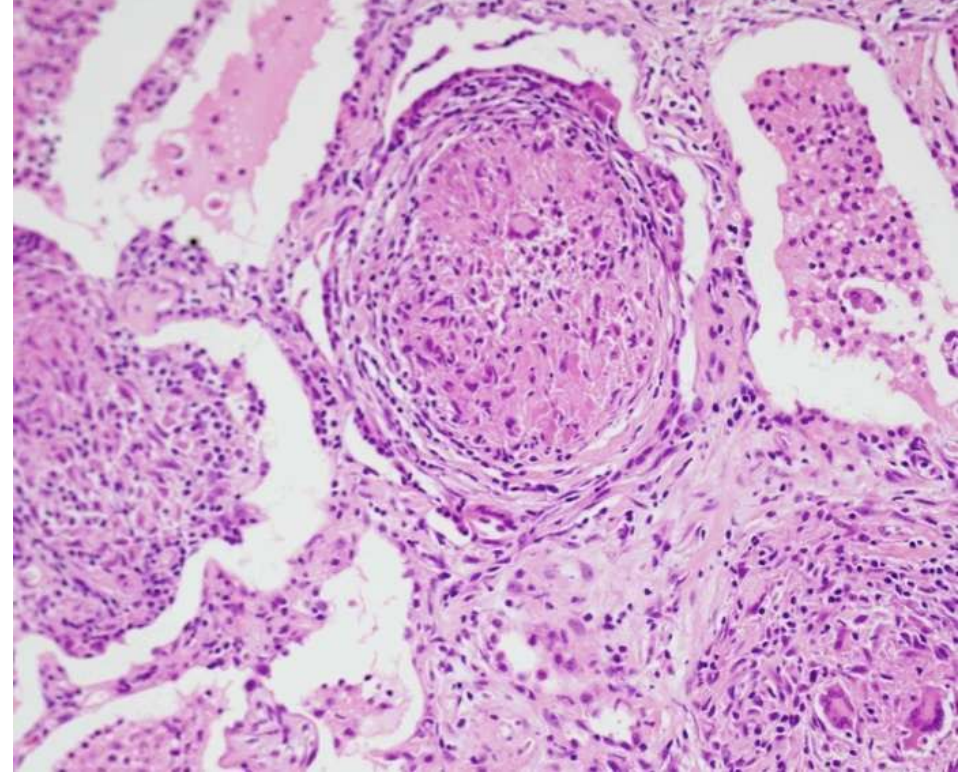
A



C

# Histopatoloji

- İyi sınırlı, perilenfatik yerleşimli granulomlar
- Santralde makrofaj ve multinükleer dev hücrelerin yer aldığı konsantrik olarak yerleşmiş immün hücreler
- Dış tabakada çoğunlukla T hücrelerin oluşturduğu gevşek organize lenfositler, arada az sayıda dendritik hücreler
- Bazı olgularda B lenfositler tarafından çevrelenen granulomlar
- Sıklıkla nonnekrotik



# 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

 Check for updates

## 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

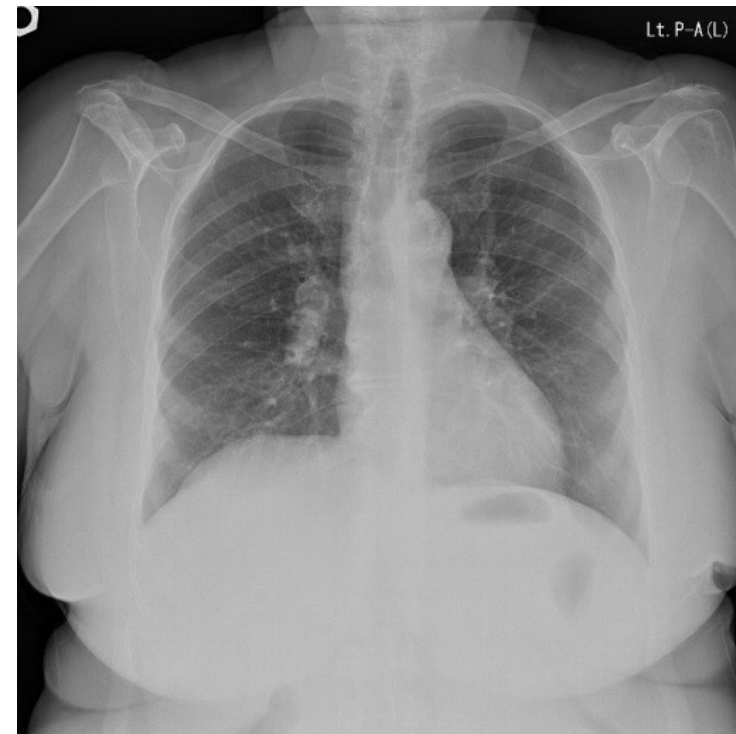
- Hepatik semptom/hepatik sarkoidozu olmasa da tüm hastalarda **bazal ALP** değeri bakılması, sonrasında yıllık takip öneriliyor Transaminazların rutin bakılması için karşıt/destekleyen öneri yok
- Hiperkalsemi semptom/bulguları olmayan hastalarda **bazal serum kalsiyum** düzeyi ölçülmeli
- D vitamini 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
- **PH şüphesi olan hastalarda TTE** başlangıç testi olarak öneriliyor

# Olgumuz;

**Table 1** Staging of sarcoidosis on a chest radiograph

Scadding stage	Findings	% at presentation	% with clinical and radiographic resolution untreated <sup>150</sup>
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



# Laboratuvar Bulgulari

Dosya No		BUL	Başvuru Tarihi	Başvuru No	Alt Birim Adı
Başvuru No					Tüm Başvurular
Sonuç Durumu	<input checked="" type="checkbox"/> Bekleyenler	<input checked="" type="checkbox"/> Onaylanacaklar	<input checked="" type="checkbox"/> Tamamlanmışlar	26.04.2024 10:58	GÖĞÜS HASTALIKLARI POLİKLİNİ...
<input type="checkbox"/> 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	KALSİYUM		KALSİYUM	9,53	mg/dL			8,5	10,8

Test Adı	RF	Parametre ...	Sonuç	Birim	T.Sonuç	Durum	Alt Limit	Üst Limit
İDRAR KALSİYUM(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)

# TEDAVİ

## **Ölüm veya Organ Yetmezliği Riski**

Akciğer tutulumu (FVC < %70, DLCO < %60), Kardiyak tutulum, Neurosarkoidoz veya Oküler hastalık varlığında tedavi endikedir.

## **Yaşam Kalitesi (QoL) Kaybı**

Ağır halsizlik, cilt lezyonları veya yaşamı kısıtlayan semptomlar varlığında hastayla risk-fayda analizi yapılarak tedavi planlanır.

Learn how UpToDate can help you.

Select the option that best describes you

Medical Professional

Resident, Fellow, or Student

Hospital or Institution

Group Practice

## Treatment of pulmonary sarcoidosis: Initial approach

Outline



Select Language

### Hafif hastalık

Şunların tümü

Evre I-II radyoloji, normal veya

hafif azalmış FVC veya DLCO

İstirahatte veya egzersizde

SpO<sub>2</sub>>%90



Tedavinin faydasını/zararını düşünerek aşağıdakilerden biri;

\*Oral prednizon 20 mg/gün, birkaç hafta sonra 5-10 mg/gün

\*Yüksek doz inhaler steroid

\*Tedavisiz takip

**Şunlardan herhangi biri varsa;  
Evre IV radyoloji  
Orta/şiddetli fonksiyonel kayıp  
Egzersiziz hipoksemisi**



**Prednizon** 20-30 mg/gün başla  
4-6 hafta sonra semptom,  
radyoloji, SFT kontrolü yap

**Tedavi yanıtı varsa;**

2-3 haftada bir prednizon dozunu 2.5mg/gün azalt  
(10 mg/gün'e inene kadar), sonra her 2-4 haftada 1  
mg/gün azalt

Devam dozu semptom rekürrensini engelleyen en  
düşük dozdur

Devam tedavisine 1 yıl devam et, klinik  
stabil/iyileşiyorsa tedaviyi yavaşça kes

**Tedaviye rağmen**

**kötüleşiyorsa;**

Alternatif immünsüpresif ekle

## **Olgumuza dönersek;**

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

**Tedavisiz takip  
6 ay sonra kontrol**

# BTS Clinical Statement on pulmonary sarcoidosis

Muhunthan Thillai,<sup>1</sup> Christopher P Atkins,<sup>2</sup> Anjali Crawshaw,<sup>3</sup> Simon P Hart <sup>4</sup>,  
Ling-Pei Ho,<sup>5,6</sup> Vasileios Kouranos,<sup>7</sup> Karen Patterson,<sup>8</sup> Nicholas J Screatton,<sup>9</sup>  
Joanna Whight,<sup>10</sup> Athol U Wells<sup>7</sup>

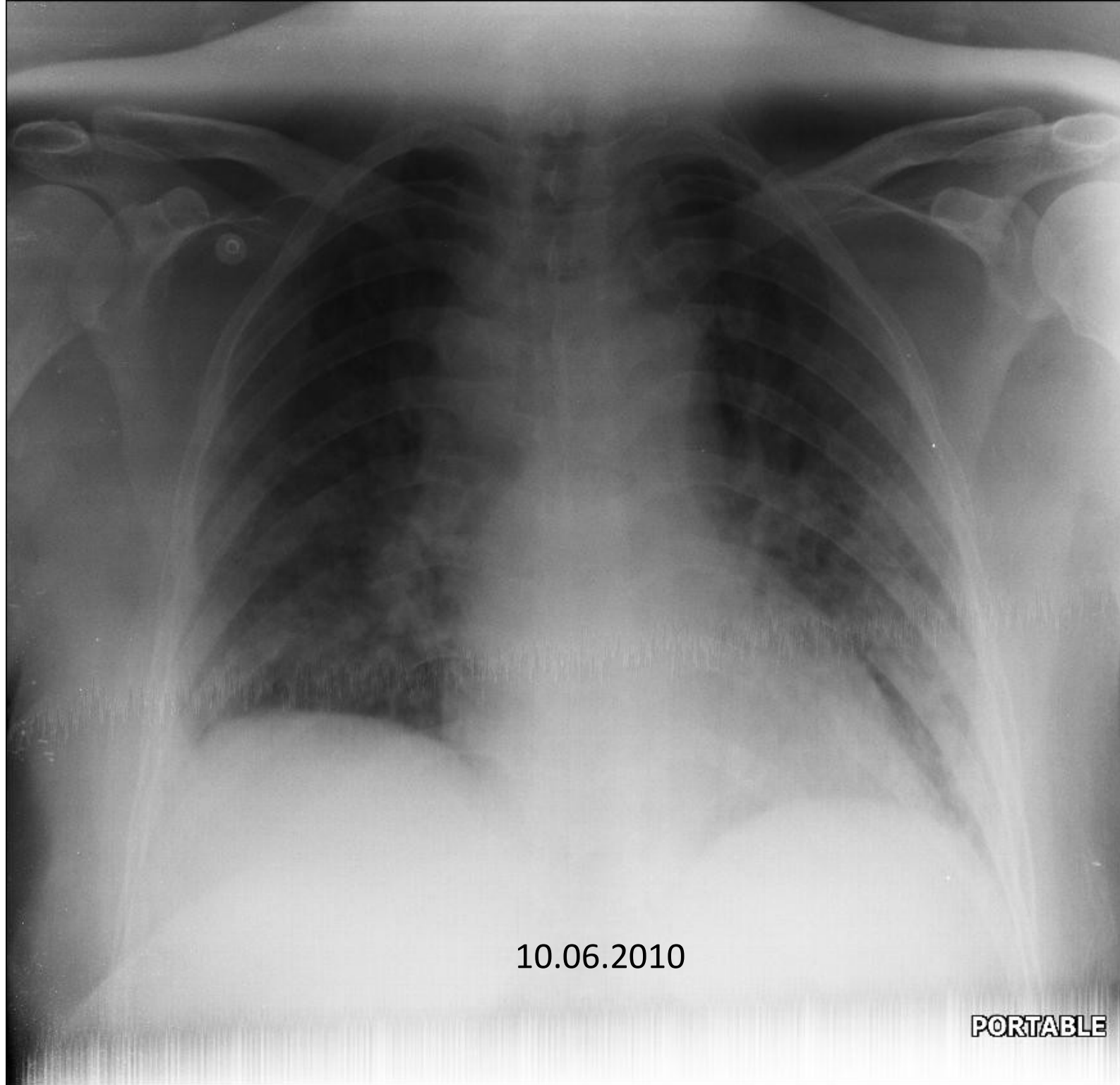
*Thorax* 2020;**75**:1–17. doi:10.1136/thoraxjnl-2019-214348

**Table 4** Guidance for follow-up. Adapted from Valeyre<sup>151</sup>

	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

# OLGU-2

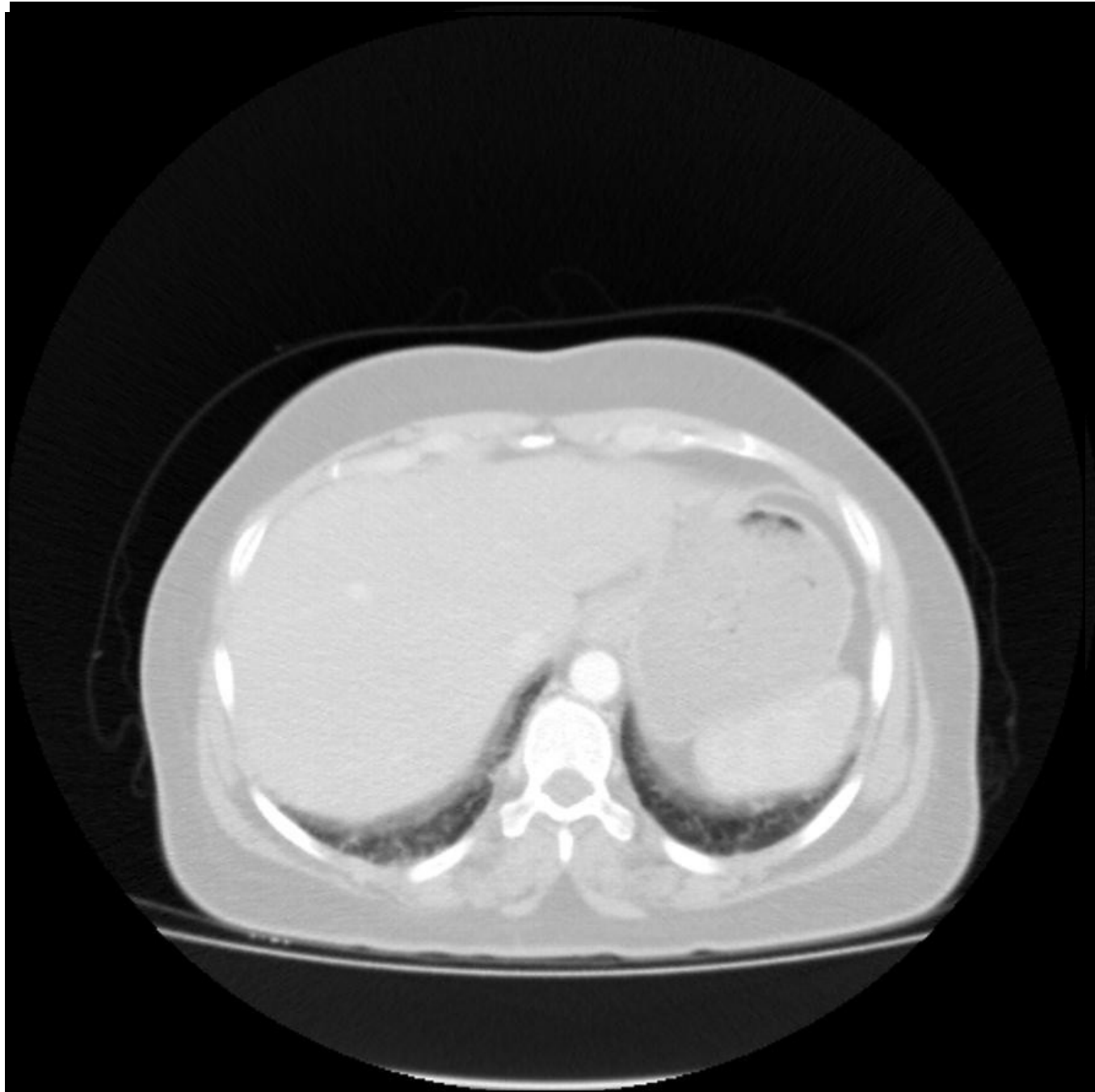
- 64 y, K
- 2010 yılında öksürük, yorgunluk, halsizlik, ateş, gece terlemesi şikayetleri ile başvuruyor
- FM: Solunum sesleri doğal, çomak parmak (-), PTÖ (-/-)
- Diğer sistem muayeneleri doğal



10.06.2010

**PORTABLE**

17.08.2010



Adı Soyadı	:		Rapor Tarihi	:	19.08.2010 10:36
T.C Kimlik No	:		Dosya no	:	
Baba Adı	:	SADETTİN	Balvuru No	:	
Kurumu	:	SSK SAĞLIK BİRLERİ 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 LENFADENOPATI
	A18.2	TÜBERKÜLOZ PERİFERİK LENFADENOPATI

### 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 (Interstisyel Akciğer Hastalığı?, Sarkoidoz? Enfeksiyöz Proçes?).

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

*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.

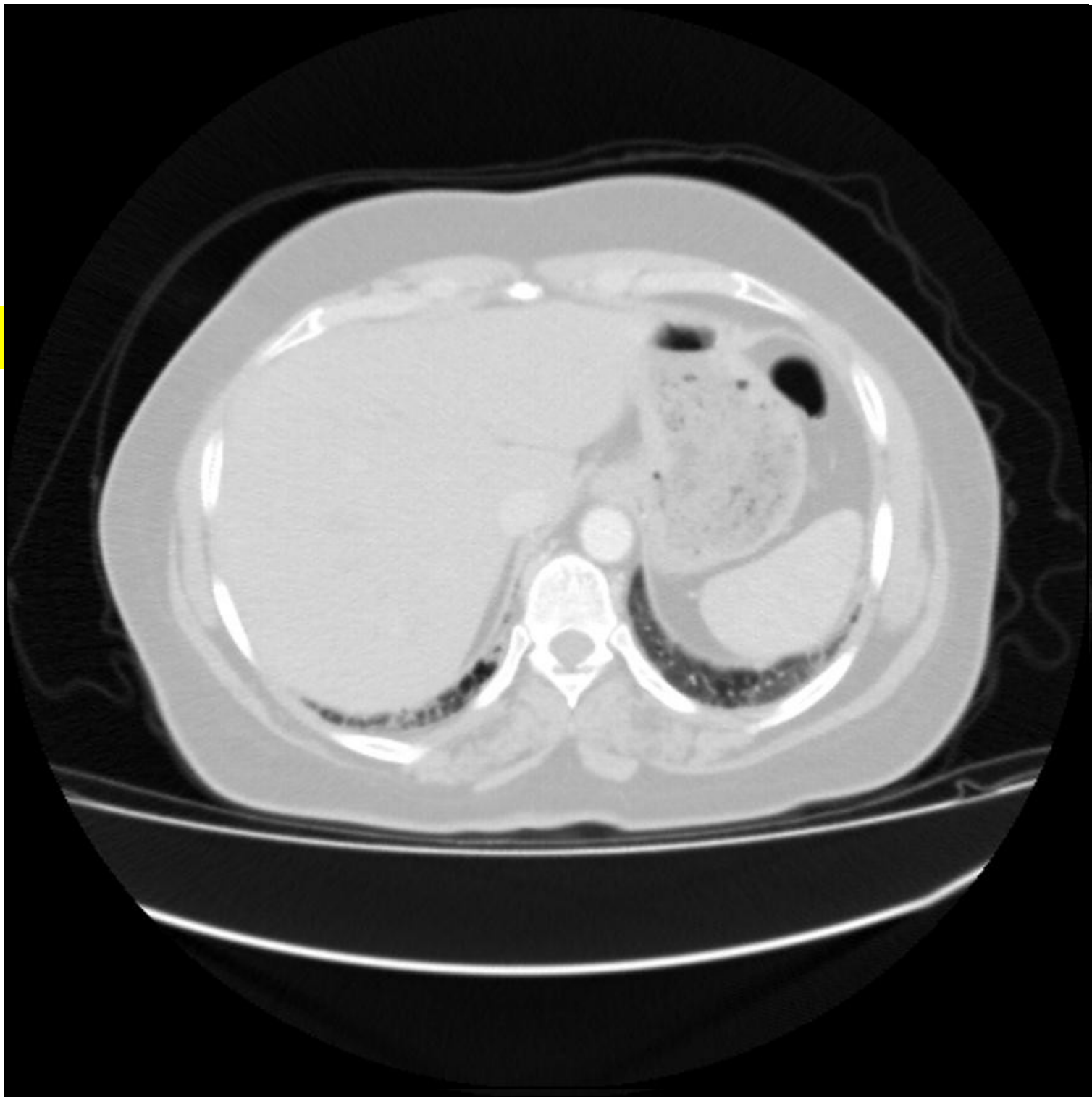
**MAKROSKOPİ** : Topluca 0,2-0,5cm 6-7 adet çaplı gri sarı yumuşak dokuların tümü  
müt. lk. t. a. AA

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

**NOT** : Malignite izlenmemiştir. **Öncelikle Tbc. ile uyumludur.** Klinik uyumsuz ise Başta  
 Sarkoidoz 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	:	Doğum Yeri - Tarihi	: ELAZIğ - 1955 Yaş: 55
İstem Tarihi	:	İstem Kabul Tarihi	: 03.01.2011(46261)
Hizmet Adı	:	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 yapılan 64-ÇKBT incelemesinde:

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

Kalp ve ana vasküler yapılar 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 karşılaştırmada tanımlanan LAP'lar?n boyut ve sayılarında artış izlendi).

Bilateral akci?erlerde yaygın buzlu cam görünümü, fibrotik değişiklikler, peribronşial kalınlaşmalar ile yaygın amfizematöz değişiklikler dikkati çekti (İnterstisyel Akci?er Hastalığı, Sarkoidoz, Enfeksiyöz Proçes?, 19.08.2010 tarihli toraks BT ile karşılaştırmada tanımlanan bulgularda artış izlendi).

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

Sa? akci?erde yer yer plevral kalınlaşmalar izlendi.

Sol akci?er alt lob posterobazalde 2 adet kalsifik pulmoner nodül izlendi ( 19.08.2010 tarihli toraks BT ile karşılaştırmada kalsifik lenf nodu sayı ve boyut artışı izlendi).

Gö?üs duvarı, kemik yapılar 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 başlanmış
- 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	:	43068052904	Dosya no	:	611450
Baba Adı	:	SADETTİN	Bağuru No	:	1942916
Kurumu	:	SSK SAĞLIK BİRLERİ MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	:	ELAZIĞ - 1955 Yaşı 55
İstem Tarihi	:	31.05.2011(1434500)	İstem Kabul Tarihi	:	31.05.2011(46308)
Hizmet Adı	:	MR, VERTEBRA, LOMBER	Cinsiyet	:	K

Tanı:	Kodu	Adı
	M51.1	LUMBAR VE DİĞER İNTERVERTEBRAL DİSK BOZUKLUKLARI, RADİKÜLOPATİ İLE
	G72.8	MYOPATİLER 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 oluğumları normaldir. Nöral foramenler açık, nöral kökler salımdır. Tekal keseye bası saptanmamıştır.

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

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

L4-5 düzeyinde disk sinyal intensitesinde azalma, anulus fibrozis rüptürünün eşlik ettiği, bilateral nöral foremenleri daraltan diffüz bulging izlendi. Tekal keseye bası saptanmamıştır.

- Kompresyon fraktürünün osteoporozla 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

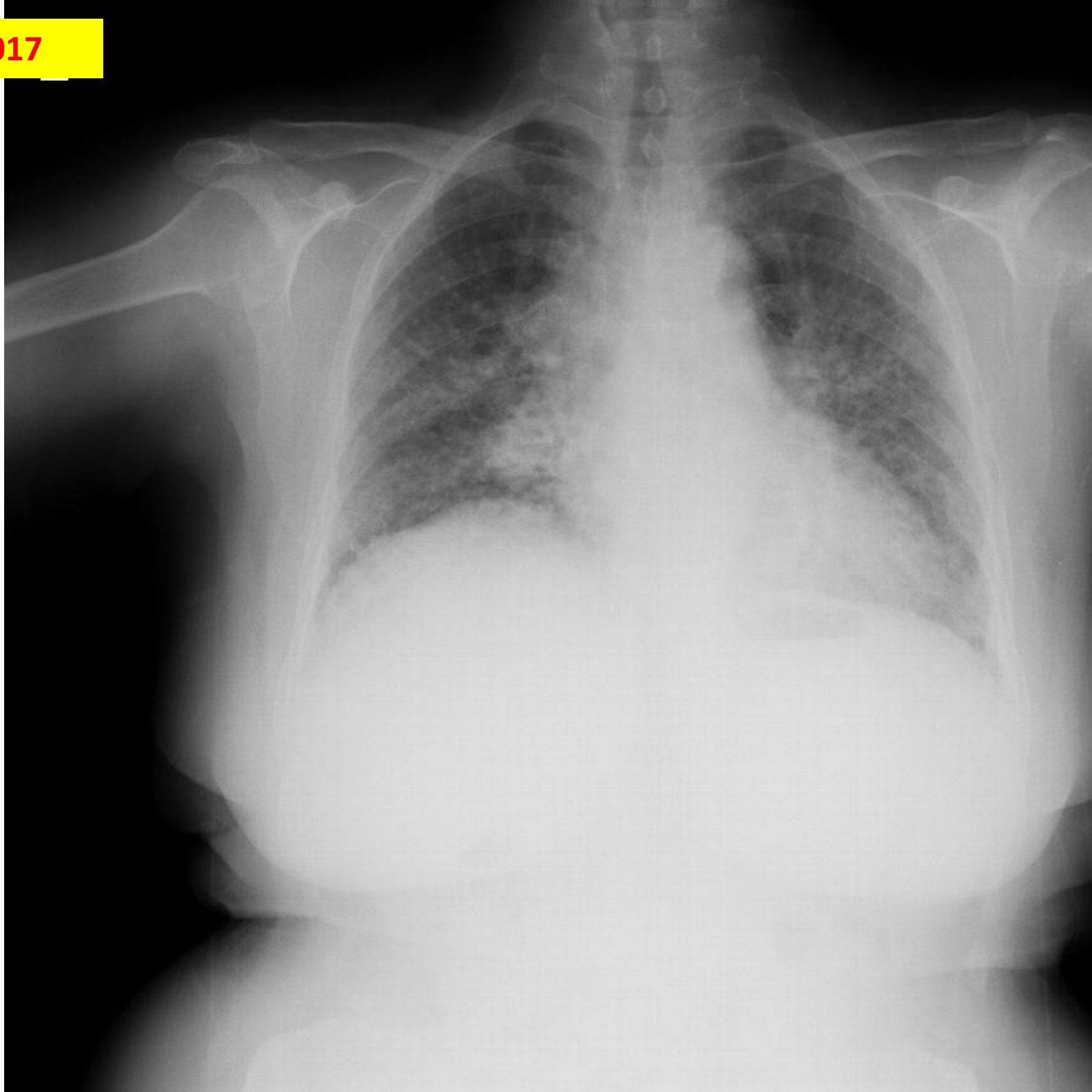
- FM:

SpO2: %80, Nb:106/dk

Bibaziler ince inspiratuar raller (+),

PTÖ: -/-, çomak parmak (-)

15.03.2017



15.03.2017





T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ  
RADYOLOJİ RAPORU



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

Tanı :	Kodu	Adı
	R06	SOLUNUM ANORMALLİKLERİ
	D86	SARKOİDOZ
	R05	ÖKSÜRÜK

ÇOK KESİTLİ BİLGİSAYARLI 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 hiler - 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 eklemlik eden periferik kistler izlenmektedir (interstisyel akciğer hastalığı, 07.09.2015 tarihli BT ile mukayesede buzlu cam görünümlerinde 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. Baughman<sup>1</sup>, Dominique Valeyre<sup>2</sup>, Peter Korsten<sup>3</sup>, Alexander G. Mathioudakis<sup>4</sup>, Wim A. Wuyts<sup>5</sup>, Athol Wells<sup>6</sup>, Paola Rottoli<sup>7</sup>, Hiliario Nunes<sup>8</sup>, Elyse E. Lower<sup>1</sup>, Marc A. Judson<sup>9</sup>, Dominique Israel-Biet<sup>10</sup>, Jan C. Grutters<sup>11,12</sup>, Marjolein Drent<sup>11,13,14</sup>, Daniel A. Culver<sup>15</sup>, Francesco Bonella<sup>16</sup>, Katerina Antoniou<sup>17</sup>, Filippo Martone<sup>18</sup>, Bernd Quadder<sup>19</sup>, Ginger Spitzer<sup>20</sup>, Blin Nagavci<sup>21</sup>, Thomy Tonia<sup>22</sup>, David Rigau<sup>23</sup> and Daniel R. Ouellette<sup>24</sup>

**PICO 1: In patients with pulmonary sarcoidosis, should glucocorticoid treatment be used versus no immunosuppressive treatment?**

### Recommendation

For untreated patients with major involvement from pulmonary sarcoidosis believed to be at higher risk of future mortality or permanent disability from sarcoidosis, we recommend the introduction of glucocorticoid treatment to improve and/or preserve FVC and QoL. (Strong recommendation, low quality of evidence.)

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

*PICO 2: In patients with pulmonary sarcoidosis, should one add immunosuppressive treatment or remain on glucocorticoid treatment alone?*

*Recommendations*

Recommendation 1: 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
<u>Methotrexate</u>	<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<sup>a</sup>, Marjolein Drent<sup>a,b</sup>, Aalt Bast<sup>b</sup>,  
Hidenobu Shigemitsu<sup>c,d</sup>, Robert P. Baughman<sup>e</sup>, Dominique Valeyre<sup>f,g</sup>,  
Nadera J. Sweiss<sup>h</sup>, and Tim L. Jansen<sup>i</sup>*

---

## Öneri 1

Stereoide 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**

**GİS 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 BİLERİ MÜDÜRLÜĞÜ	Doğum Yeri - Tarihi	:	ELAZIĞ - 1955
İstem Tarihi	:	20.03.2017(11542366)	İstem Kabul Tarihi	:	20.03.2017(4182)
Hizmet Adı	:	KEMİK DENSİTOMETRESİ (TÜM VUCUT)			
Yaşı	:	61	Cinsiyet	:	K
İstem Bölüm	:	GÖĞÜS HASTALIKLARI KLİNİĞİ	İstem Doktor	:	TEYFİK TURGUT .

Tanı :	Kodu	Adı
	R08	SOLUNUM ANORMALİKLERİ
	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

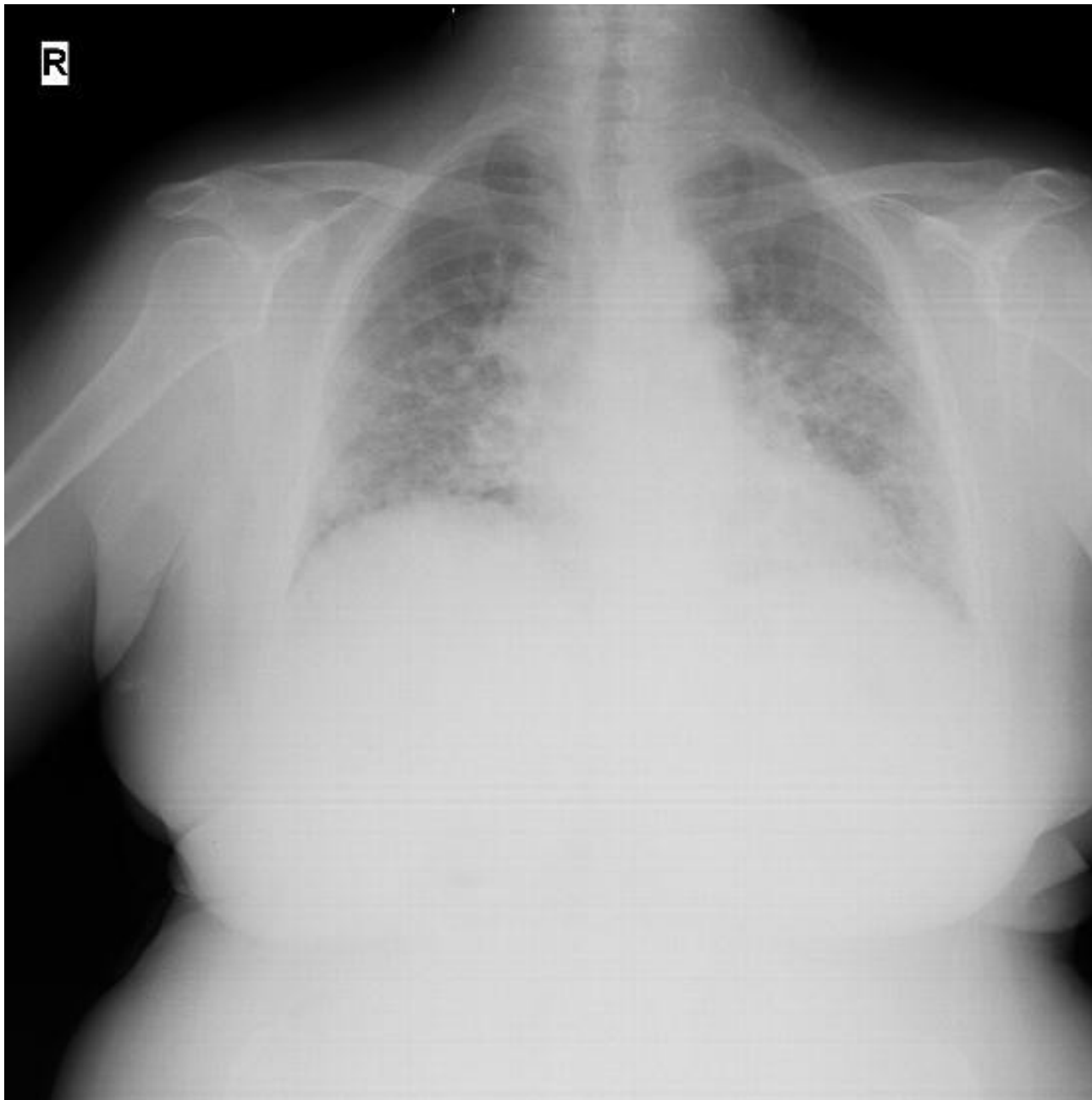
T skoru:-1,8

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

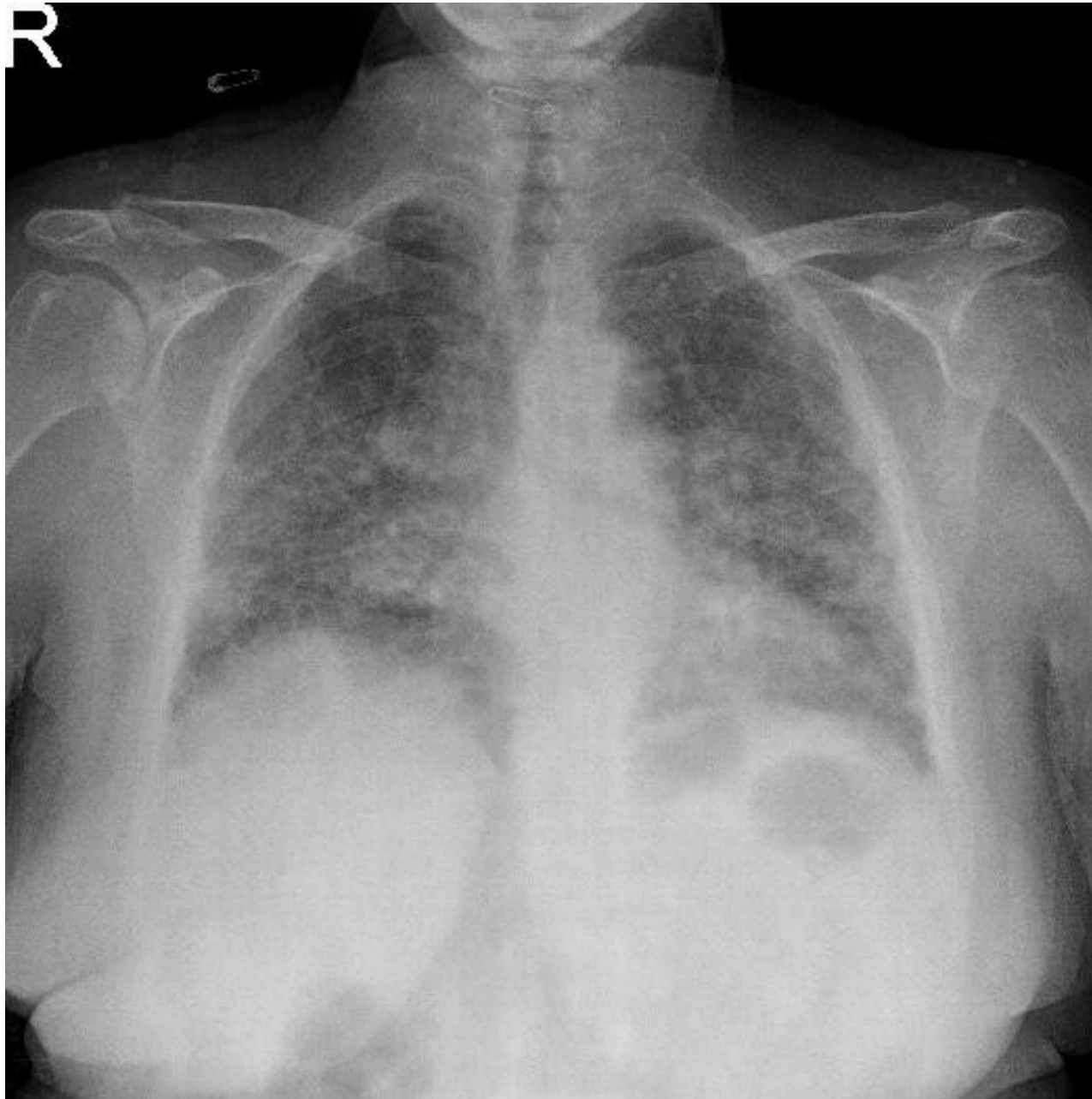
06.09.2017



**04.10.2019**

- İstirahatte nefes darlığı, aşırı yorgunluk, halsizlik
- FM: Bilateral orta ve alt zonlarda ince inspiratuar raller, çomak parmak (+), PTÖ (-/-)
- SpO<sub>2</sub>: %50 (oda havası solurken), 4 lt/dk O<sub>2</sub> 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:

Tbc Prod:

Yrs Smk:

Pks/Day:

Yrs Quit:

Medications:

Pre Test Comments:

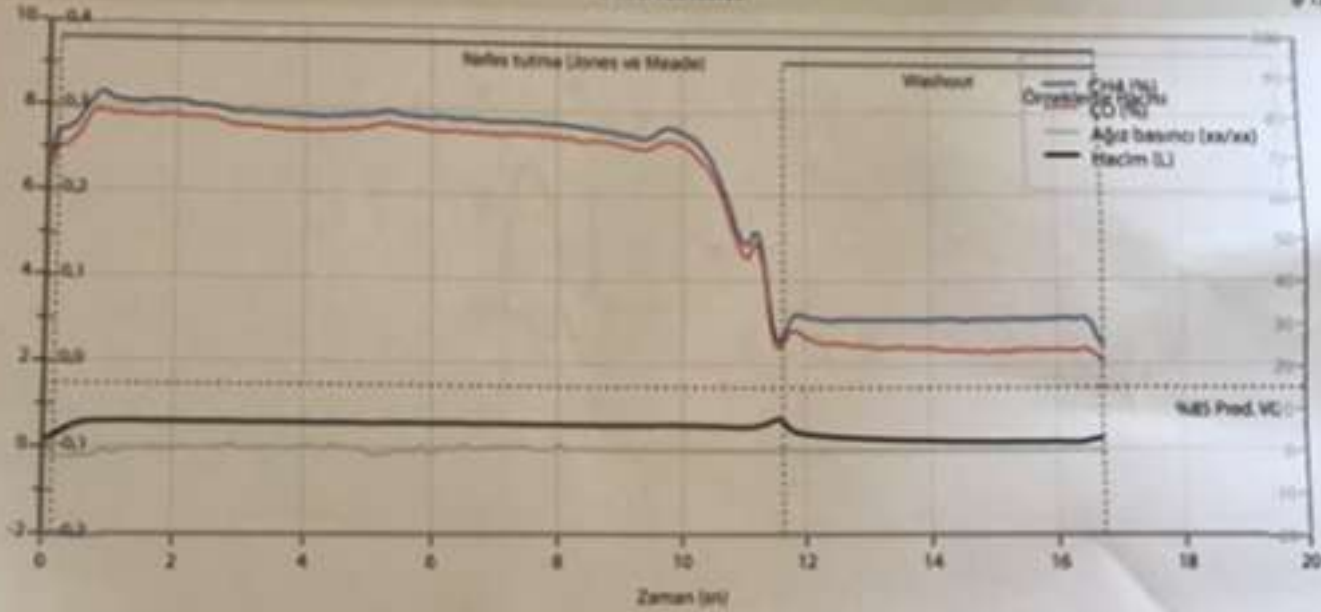
Post Test Comments:

	Pre-Bronch			Post-Bronch		
	<u>Actual</u>	<u>Pred</u>	<u>%Pred</u>	<u>Actual</u>	<u>%Pred</u>	<u>%Chng</u>
<b>SPYROMETRY</b>						
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	[REDACTED]		Yaş	64	Ölçüm Tarihi	4.10.2019
Yaş	64	1.01.1955	Sex	Kadın	Ölçüm Saati	143,0
Boy	167	167	Ölçüm Yeri	32,8	Ölçüm Yeri	32,8
İş	Operatör		Ölçüm Yeri		Ölçüm Yeri	
Yeni	Kafkas		Ölçüm Yeri		Ölçüm Yeri	

**DLCO Tek Nefes**

@ 15:31

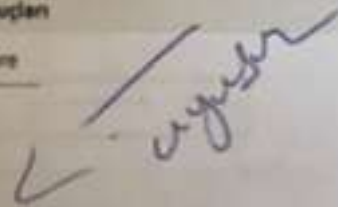

**DLCO Sonuçları**

	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:

 Hata

Operatör QC:



**Tedavi değişikliği yapalım mı?**

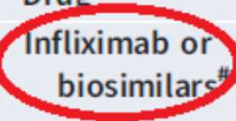


## ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis

Robert P. Baughman<sup>1</sup>, Dominique Valeyre<sup>2</sup>, Peter Korsten <sup>3</sup>, Alexander G. Mathioudakis <sup>4</sup>, Wim A. Wuyts <sup>5</sup>, Athol Wells<sup>6</sup>, Paola Rottoli<sup>7</sup>, Hiliaro Nunes<sup>8</sup>, Elyse E. Lower<sup>1</sup>, Marc A. Judson<sup>9</sup>, Dominique Israel-Biet<sup>10</sup>, Jan C. Grutters<sup>11,12</sup>, Marjolein Drent <sup>11,13,14</sup>, Daniel A. Culver<sup>15</sup>, Francesco Bonella <sup>16</sup>, Katerina Antoniou<sup>17</sup>, Filippo Martone<sup>18</sup>, Bernd Quadder<sup>19</sup>, Ginger Spitzer<sup>20</sup>, Blin Nagavci<sup>21</sup>, Thomy Tonia<sup>22</sup>, David Rigau<sup>23</sup> and Daniel R. Ouellette<sup>24</sup>

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 <sup>#</sup>	3–5 mg·kg <sup>-1</sup> 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.

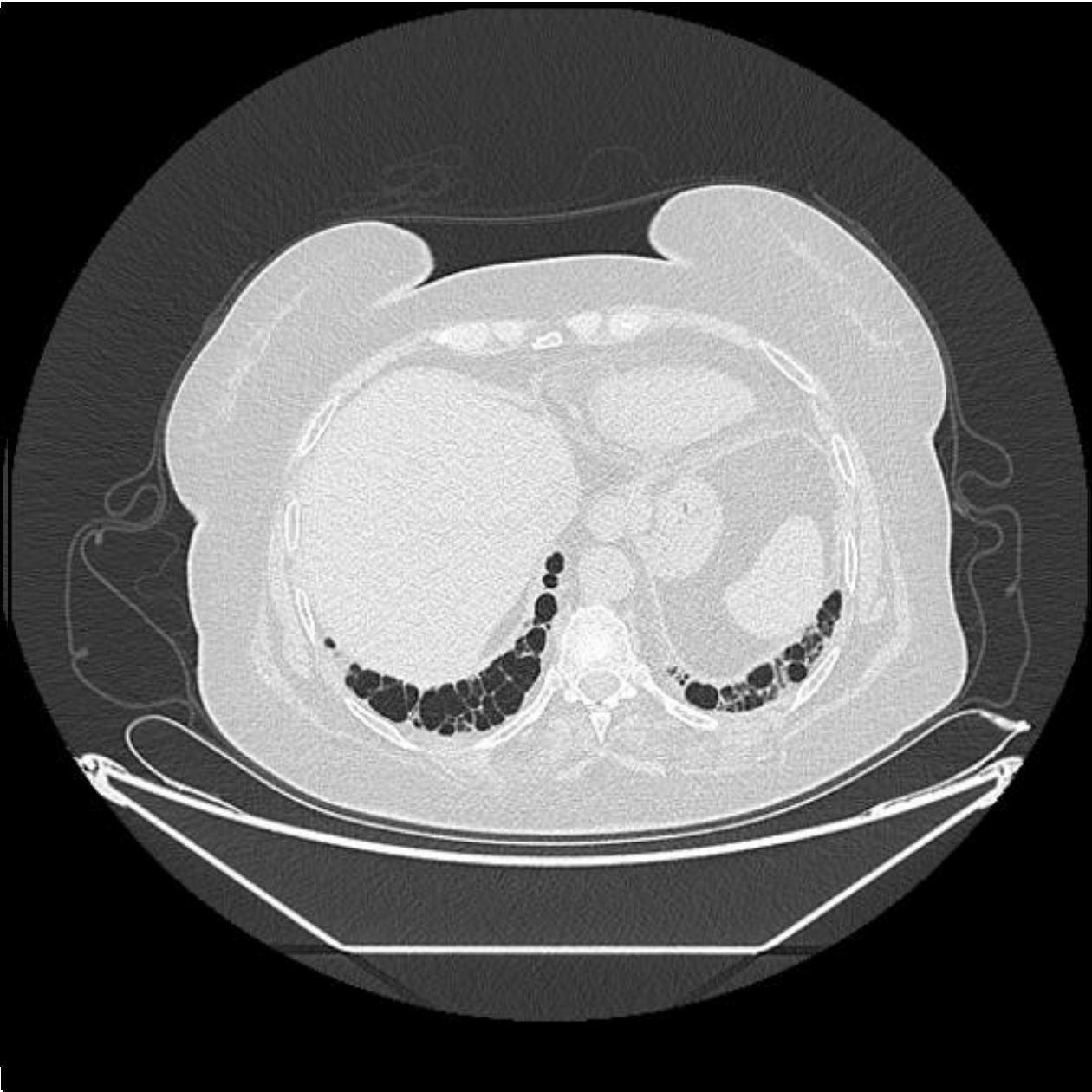
..... isimli hastanın rahatsızlığı olan; **SARKOİDOZ,**  
**TANIMLANMAMIŞ** tanısının/tanılarının tedavisinde **PİRFENİDONE** etkin maddeli  
ilaç/ilaçların kullanımı uygun görülmüştür.

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 seçeneği?**

# Akciğer Transplantasyonu

- Sarkoidozlu hastaların %3'üne AC transplantasyonu uygulanıyor
- Genellikle bilateral transplantasyon önerilir
- Transplantasyon sonrası ortalama survival 6.1 yıl
- Allograftta sarkoidoz rekürrensi %14-35, survive 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 hayati 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 SaO<sub>2</sub><%88
- Kardiyak indeks < 2 L/dk/m<sup>2</sup>
- Ortalama sağ atriyum basıncı >15 mmHg
- Anlamlı hemoptizi, perikardiyal efüzyon, progresif sağ kalp yetmezliği

# Transplantasyon Kontrendikasyonları

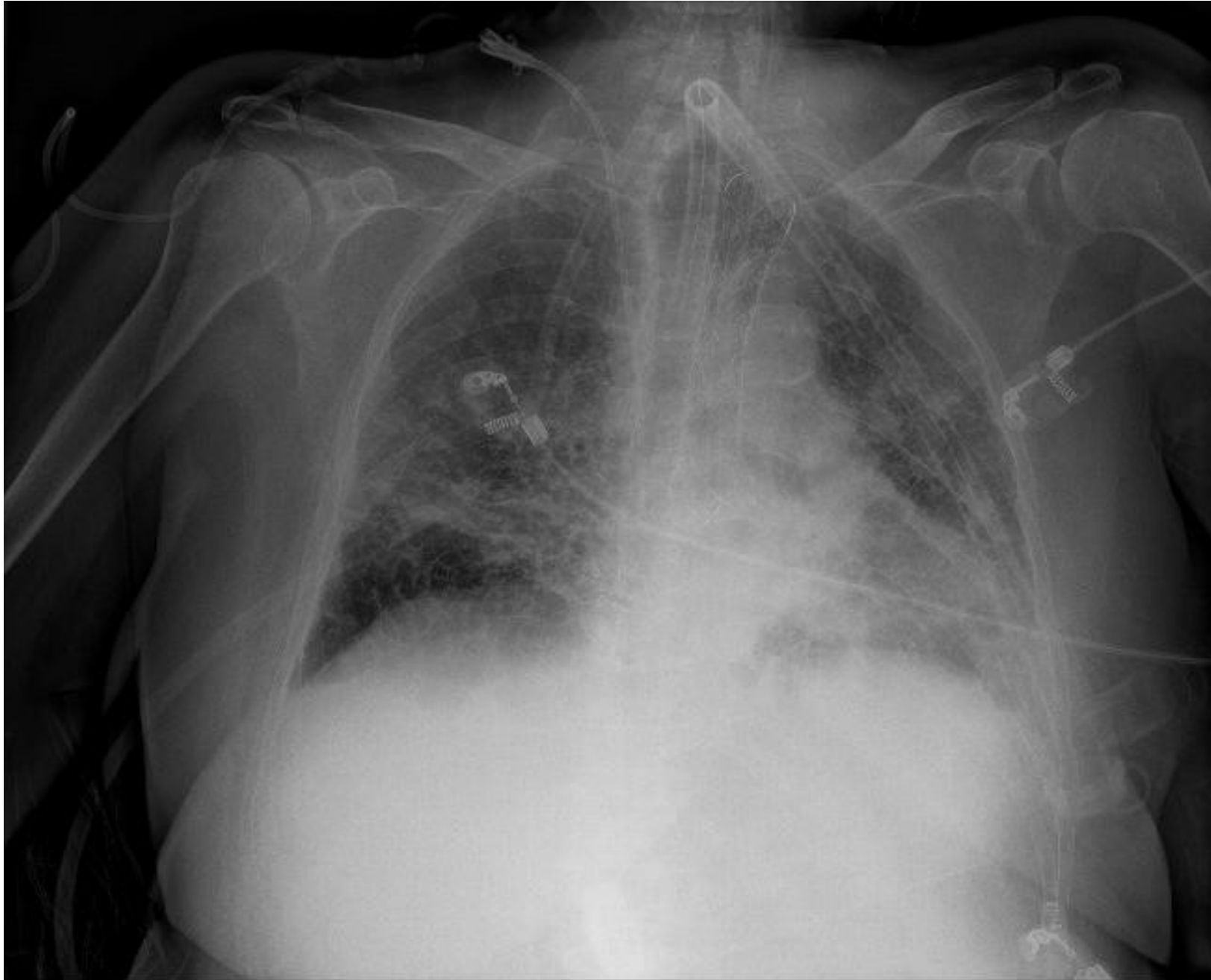
- Malignite öyküsü
- Ağır derecede sınırlanmış fonksiyonel kapasite
- Diğer major organlarda disfonksiyon
- Akut medikal instabilite (AMI, sepsis, hepatik yetmezlik)
- Düzeltilemeyen kanama diyatezi
- *Mycobacterium tuberculosis* ile aktif hastalık
- Göğüs duvarı/spinal defromite
- VKİ  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>
- 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 PaCO<sub>2</sub>:98 mmHg PaO<sub>2</sub>: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

