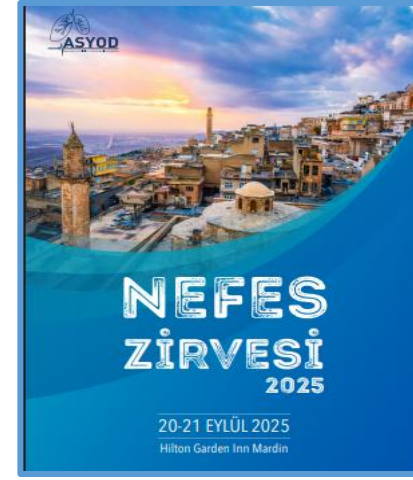




PULMONER EMBOLİ YÖNETİMİ OLGU ÖRNEKLERİ

Doç. Dr. Elif Tanrıverdi

SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

OLGU 1

- 64 Yaş, kadın hasta
- **Şikayeti:** Eforla nefes darlığı
- **Hikayesi:** 10 gün önce efor dispnesi nedeniyle başvurduğu kardiyoloji hekimi tarafından KAG yapılmış, patoloji saptanmamış. Nefes darlığının daha da artması nedeniyle acilimize başvurmuş
- **Özgeçmiş:** DM, HT, Hipotiroidi, 8 yıl önce diz protezi, 2004'te kolesistektomi

DVT/PE ÖYKÜSÜ YOK

- Sigara öyküsü yok
- **Kullandığı ilaçlar:** Nebivolol hidroklorür 1x1, rosuvastatin 20 mg tb 1x1, Asetilsalisik asit 100 mg tb 1x1 (10 gün önce başlanmış), Pioglitazon Hidroklorür 15/Metformin Hidroklorür 1000 mg tb 1X1, Levotiron tb 1x1

➤ **Fizik Muayene:**

➤ DSS:25/dk, KTA:115/dk, TA:130/70 mmHg, SpO2:%88(oda havası)

➤ Acilde bakılan Troponin: **32,9** BNP:**341**

➤ Kardiyoloji konsültasyonu: **EKG: SR**

➤ **EKO:**

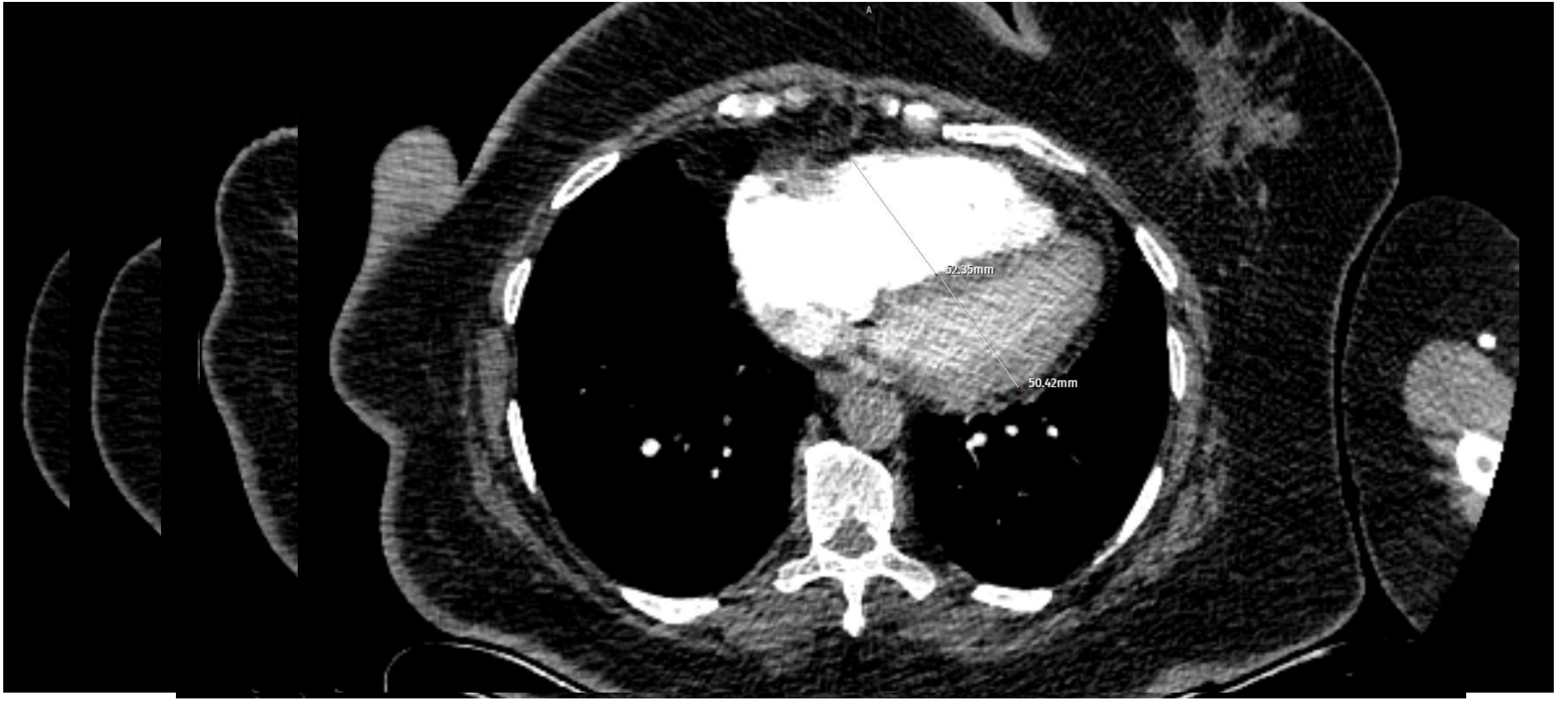
➤ LV EF %60

➤ **SAĞ KALP BOŞLUKLARI DİLATE**

➤ **ORTA- İLERİ TY PABS 60 MMHG**

➤ sPESİ:2

➤ Hastaya DMAH başlanmış

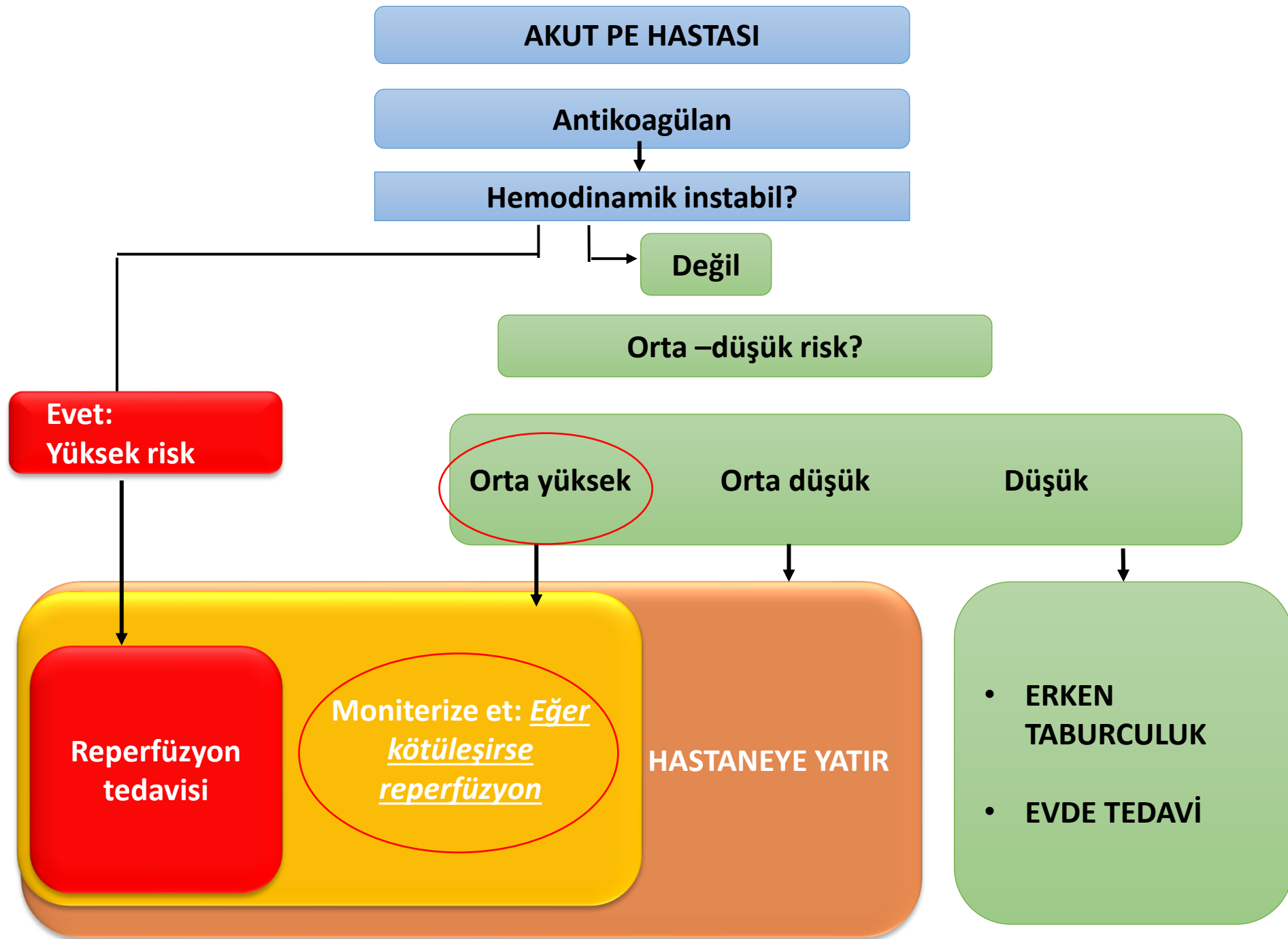


Erken Mortalite Riski		Risk Parametreleri ve Skorları			
		Hemodinamik İstabilite	PESI Sınıf III-V veya sPESI>1	Görüntüleme Tetkiklerinde SVD Bulguları	Kardiak biyomarkırlar
Yüksek		+	+	+	+
Orta	Orta-yüksek	-	+	Her ikisi de pozitif	
	Orta-düşük	-	+	Yalnız bir tanesi pozitif ya da her ikisi de negatif	
Düşük		-	-	-	İsteğe bağlı değerlendirme yapılırsa her ikisi de negatif

Kardiyak arrest	Obstrüktif Şok	Persistan hipotansiyon
Kardiyopulmoner resüsitasyon ihtiyacı olması	sBP<90mmHg veya sıvı yüklenmesine rağmen vazopresör gerektiren sBP'ın yükselmemesi	sBP<90 mmHg veya 15 dk'dan daha uzun süreyle ≥ 40 mmHg düşme olması ve bunun yeni başlayan aritmi, hipovolemi veya sepsisle ilgisinin olmaması
	ve	
	End organ hipoperfüzyonu(<u>mental durum değişikliği, soğuk ve nemli deri, oligüri, anüri, serum laktat düzeyinde artış</u>)	

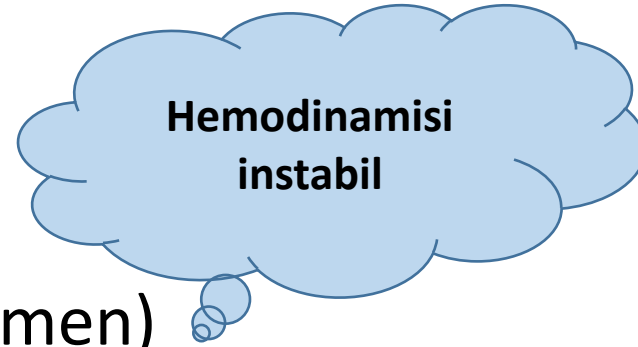
Parametreler	PESİ	Basitleştirilmiş PESİ
Yaş	Yaş/yıl	1 puan (yaş >80 ise)
Cinsiyet	+10 puan	-
Kanser	+30 puan	1 puan
Kronik Kalp Yetmezliği	+10 puan	1 puan
Kronik Pulmoner Hastalık	+10 puan	
Kalp hızı ≥ 110 /dakika	+20 puan	1 puan
Sistolik Kan Basıncı < 100 mmHg	+30 puan	1 puan
Solunum Sayısı > 30 /dakika	+20 puan	-
Ateş < 36 °C	+20 puan	-
Mental Durum Değişikliği	+60 puan	-
Arteryal O ₂ Satürasyonu	+20 puan	1 puan
	Risk Sınıflandırması	
	Sınıf I: < 65 puan (30 günlük mortalite riski çok düşük %0-1.6) Sınıf II: 66-85 puan (düşük mortalite riski %1.7-3.5) Sınıf III: 86-105 puan (orta mortalite riski %3.2-7.1) Sınıf IV: 106-125 puan (yüksek mortalite riski %4.0-11.4) Sınıf V: > 125 puan (çok yüksek mortalite riski %10.0-24.5)	0 puan=30 günlük mortalite riski %1.0 (%95 CI %0.0-%2.1) ≥ 1 puan=30 günlük mortalite riski %10.9 (%95 CI %8.5-%13.2)

Erken Mortalite Riski		Risk Parametreleri ve Skorları			
		Hemodinamik İstabilite	PESI Sınıf III-V veya sPESI>I	Görüntüleme Tetkiklerinde SVD Bulguları	Kardiak biyomarkırlar
Yüksek		+	+	+	+
Orta	Orta-yüksek	-	+	Her ikisi de pozitif	
	Orta-düşük	-	+	Yalnız bir tanesi pozitif ya da her ikisi de negatif	
Düşük		-	-	-	İsteğe bağlı değerlendirme yapılırsa her ikisi de negatif



KLİNİK SEYİR

➤ Yatışının 1. günü genel durumunda bozulma, AST-ALT ve troponinde yükselme



➤ TA:80/40 mmHg (Sıvı replasmanına rağmen)

➤ Orta yüksek risk → Yüksek riskli

Erken Mortalite Riski		Risk Parametreleri ve Skorları			
		Hemodinamik İstabilite	PESI Sınıf III-V veya sPESI>I	Görüntüleme Tetkiklerinde SVD Bulguları	Kardiak biyomarkırlar
Yüksek		+	+	+	+
Orta	Orta-yüksek	-	+	Her ikisi de pozitif	
	Orta-düşük	-	+	Yalnız bir tanesi pozitif ya da her ikisi de negatif	
Düşük		-	-	-	İsteğe bağlı değerlendirme yapılırsa her ikisi de negatif

Yüksek-riskli pulmoner emboli akut-faz tedavisi

Öneriler	Sınıf ^a	Düzye ^b
Sistemik trombolitik tedavi yüksek-riskli PE için önerilir.	I	B
Cerrahi pulmoner embolektomi , trombolitik kontrendike veya başarısız kalmış yüksek- riskli PE'li hastalar için önerilir.	I	C
Perkütan kateter-yoluyla tedavi , trombolitik kontrendike veya başarısız kalmış yüksek- riskli PE'li hastalar için, düşünülmelidir.	IIa	C
Norepinefrin ve/veya dobutamin ,yüksek- riskli PE'li hastalarda, düşünülmelidir.	IIa	
ECMO cerrahi embolektomi veya kateter-yoluyla tedaviyle birlikte,PE ve dirençli dolaşım kollapsı veya kardiyak arrest bulunan hastalarda düşünülebilir.	IIb	C

Molekül	Tedavi Rejimi
rtPA	100 mg / 2 saat
	0.6 mg/kg doz ile 15 dk da bolus (max doz 50 mg)
Streptokinaz	250000 IU 30 dk yükleme 100000 IU/sa 12-24 saat idame
	Hızlandırılmış rejim: 1.5 milyon IU/2 saat
Urokinaz	4400 IU/kg doz ike 10 dk yükleme 4400 IU/kg/dk 12-24 saat idame
	Hızlandırılmış rejim: 3 milyon IU/ 2 saat



KLİNİK SEYİR

- Tedavi: rt-PA (Actilyse 50 mg 1x2 2 saatlik infüzyon)
- Tedavi sonrası: SpO2:%95 TA:110/60 mmHg dispnede düzelme
- Troponin seyri: 32,9.....83,3.....8,2
- BNP seyri: 341.....95

- 3 gün sonra DMAH ile taburcu

TROMBOLİTİK TEDAVİ KONTRENDİKASYONLARI

KESİN

- Hemorajik inme
orijinli inme
- 6 ay içerisinde
- SSS tümörleri
- Son 3 ay içerisinde
cerrahi veya k
- Kanama diyate
- Aktif kanama

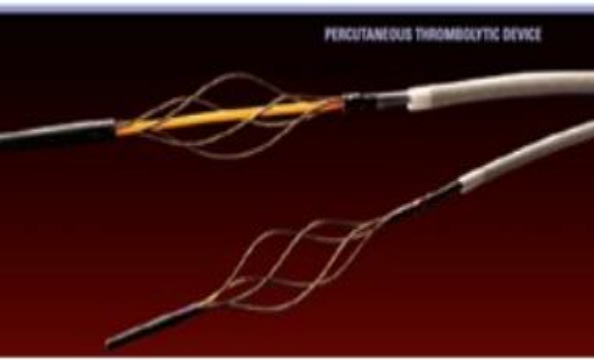


ay içerisinde geçici iskemik atak
ntikoagülasyon
k veya postpartum ilk hafta
atik resüsitasyon
ter hipertansiyon (sistolik BP
mmHg)
C hastalığı
if endokardit
eptik ülser



KATETER ARACILI TEDAVİ

- Pigtail katater
- Rotasyonel trombektomi
- AngioVac
- Indigo trombektomi cihazı
- Angiojet (SF veya trombolitik)
- EkoSonic kateter (US dalgaları)



EKOS™ Acoustic Pulse Thrombolysis™



EKOS™ Acoustic Pulse Thrombolysis™ therapy can be used to treat PE, DVT and PAO.

OLGU 2

- CD, 65 yaş, E hasta
- **Şikayeti:** Ani başlayan nefes darlığı ,sol bacak ağrısı , belde ağrı
- **Hikayesi:** Bilinen lomber herni tanılı hasta 10 gün önce opere olmuş. 4 gün nonentübe YBÜ yatışı mevcut. Taburculuktan 5 gün sonra dispne ve sol bacak ağrısı olmuş.
- **Özgeçmiş:** 10 gün önce lomber herni sebebiyle opere, 4 gün nonentübe YBÜ yatış öyküsü mevcut
- **Alışkanlıklar:** 15 gündür ex-smoker , 60 paket/Yıl
- **Meslek:** Şoför
- **Soygeçmiş:** Özellik yok

- Bilinci açık ve oryante
- SpO2: %96 (oda havasında)
- Nbz:88/dk
- TA: 120/70 mmHg
- Solunum sesleri doğal

➤ **Hemogram:**

➤ Normal

➤ **Biyokimya:**

➤ Normal

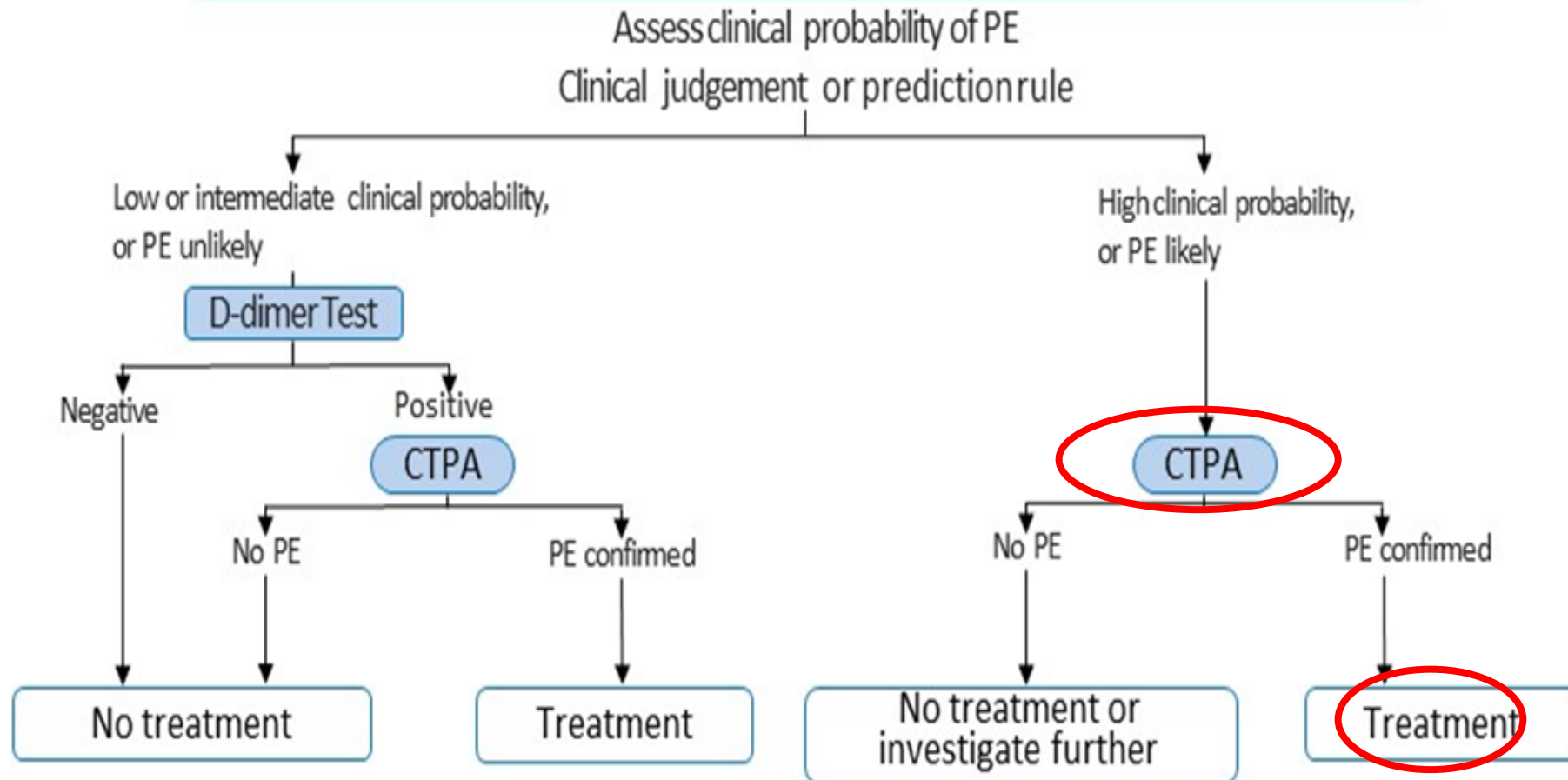
Bilateral alt extremité dopler

USG: Sol derin krural venlerde akut- subakut dönem DVT saptandı

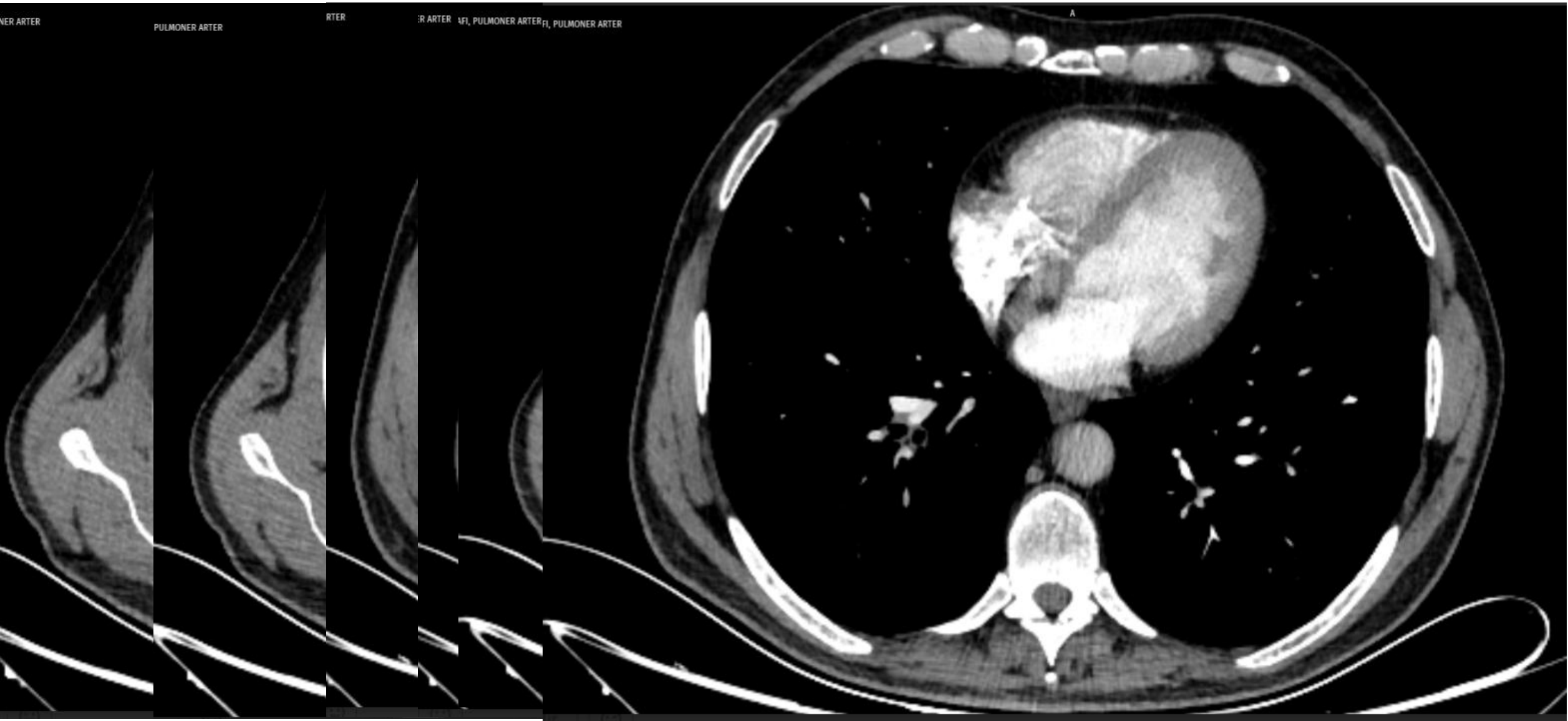
Wells (Kanada) Pulmoner Tromboemboli Klinik Tahmin Skorlaması

Bulgu	Puan
DVT semptom ve bulguları varlığı	3,0
Alternatif tanı olasılığı düşük	3,0
Taşikardi (>100/dk)	1,5
Son 4 hafta içinde immobilizasyon veya cerrahi öyküsü	1,5
Daha önce DVT veya pulmoner emboli öyküsü	1,5
Hemoptizi	1,0
Kanser varlığı	1,0
DVT: Derin ven trombozu	
Toplam puan:	
<2,0 puan: Düşük klinik olasılık	≤4 puan: PTE olası değil
2,0-6,0 puan: Orta klinik olasılık	>4 puan: PTE olası
>6,0 puan: Yüksek klinik olasılık	

Suspected PE in a patient without haemodynamic instability



NER ARTER
PULMONER ARTER
RTER
IR ARTER 4F1, PULMONER ARTERF1, PULMONER ARTER



Parametreler	PESİ	Basitleştirilmiş PESİ
Yaş	Yaş/yıl	1 puan (yaş >80 ise)
Cinsiyet	+10 puan	-
Kanser	+30 puan	1 puan
Kronik Kalp Yetmezliği	+10 puan	1 puan
Kronik Pulmoner Hastalık	+10 puan	
Kalp hızı ≥110/dakika	+20 puan	1 puan
Sistolik Kan Basıncı <100 mmHg	+30 puan	1 puan
Solunum Sayısı >30/dakika	+20 puan	-
Ateş <36 °C	+20 puan	-
Mental Durum Değişikliği	+60 puan	-
Arteryal O ₂ Satürasyonu <%90	+20 puan	1 puan
	Risk Sınıflandırması	
	Sınıf I: <65 puan (30 günlük mortalite riski çok düşük %0-1.6) Sınıf II: 66-85 puan (düşük mortalite riski %1.7-3.5) Sınıf III: 86-105 puan (orta mortalite riski %3.2-7.1) Sınıf IV: 106-125 puan (yüksek mortalite riski %4.0-11.4) Sınıf V: >125 puan (çok yüksek mortalite riski %10.0-24.5)	0 puan=30 günlük mortalite riski %1.0 (%95 CI %0.0-%2.1) ≥1 puan=30 günlük mortalite riski %10.9 (%95 CI %8.5-%13.2)

Erken Mortalite Riski		Risk Parametreleri ve Skorları			
		Hemodinamik İstabilite	PESI Sınıf III-V veya sPESI>I	Görüntüleme Tetkiklerinde SVD Bulguları	Kardiak biyomarkırlar
Yüksek		+	+	+	+
Orta	Orta-yüksek	-	+	Her ikisi de pozitif	
	Orta- düşük	-	+	Yalnız bir tanesi pozitif ya da her ikisi de negatif	
Düşük		-	-	-	İsteğe bağlı değerlendirme yapılırsa her ikisi de negatif

Düşük -riskli pulmoner emboli akut-faz tedavisi için öneriler

Öneriler	Sınıf ^a	Düzey ^b
YOAK'lar (apixaban, dabigatran, edoxaban, rivaroxaban) antikoagülan tedavinin önerilen formudur	I	A
YOAK'lar şiddetli böbrek yetmezliği, hamilelik sırasında ve emzirme döneminde, antifosfolipid antikor sendromu olan hastalarda önerilmemektedir.	III	C



AYAKTA
TEDAVİ



YATARAK
TEDAVİ

Hestia Dışlama Kriterleri (PE hastasının ayaktan takibi için)

Evet sayısı ≥ 1 ise hasta evde tedavi edilemez !

- Hasta hemodinamik olarak instabil mi ?
- Tromboliz veya embolektomi gerekli mi?
- Aktif kanama veya yüksek kanama riski var mı?
- O₂ Sat > % 90 tutabilmek için 24 s O₂ desteği gerekli mi?
- PE tanısı antikoagulan tedavi altındayken mi konuldu ?
- 24 s aşan iv ağrı tedavisi gerektiren şiddetli ağrısı oldu mu ?
- Hastanede uzun (> 24 s) tedavi gerektiren tıbbi veya sosyal gerekçe (enfeksiyon, Ca, destek sistemine ihtiyaç) var mı ?
- KK <30 mL/ dak mı ?
- Ciddi KC bozukluğu var mı ?
- Hasta gebe mi ?
- Kayıtlı HIT öyküsü var mı?

- 7 gün DMAH tedavisi sonrası
Edoxaban 60 mg tb 1x1



ORAL TEDAVİ

Vitamin K antagonisti (VKA)
Warfarin

5-10 mg /gün başlanır INR düzeyi 2-3 olacak şekilde doz ayarlaması yapılır

Yeni Oral Antikoagülanlar
Rivaroxaban
Apixaban
Dabigatran
Edoxaban

İlk 3 hafta 2x15 mg sonrasında 1x20 mg
İlk 7 gün 2x10 mg sonrası 2x5 mg
İlk 5-10 gün parenteral tedavi sonrası 2x150 mg
İlk 5-10 gün parenteral tedavi sonrası 1x60 mg

TEDAVİ SÜRESİ KARARI

Düşük Nüks Riski
(< % 3 / yıl)

Orta Nüks Riski
(% 3 – 8 / yıl)

Yüksek Nüks Riski
(> % 8 / yıl)

3 AY
TEDAVİ
YETERLİ
OLABİLİR

- İlk (indeks) VTE < 10 kat artmış risk getiren geçici ve reversibl risk faktörlerine bağlı olarak gelişmiş ;
- Küçük cerrahi (genel anestezi <30 dak)
- Akut hastalıkla hastane yatışı <3 gün
- Östrojen tedavisi
- Gebelik veya loğusalık
- Hastane dışında akut hastalıkla ≥ 3 gün yatağa bağımlılık
- Hareketi sınırlandıran (≥ 3 gün) kırıklı bacak hasarı
- Uzun mesafe uçuşu

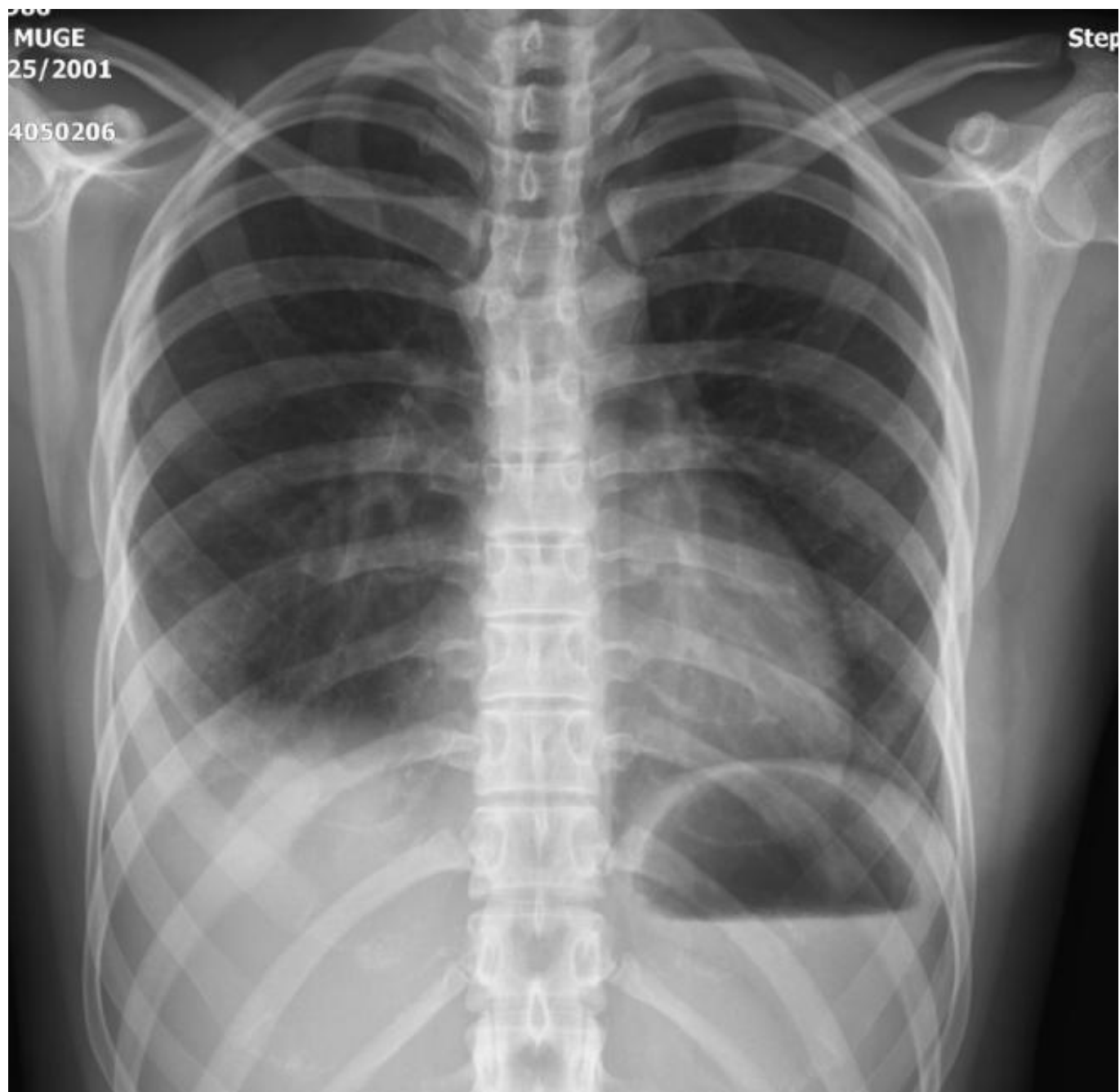
- Malignite dışı kalıcı risk faktörleri
- İnflamatuvar barsak hastalığı
- Aktif otoimmün hastalık

- Tanımlanabilmiş risk faktörü olmayışı

- Aktif kanser
- Major geçici ve reversibl risk faktörleri olmaksızın en az 1 VTE epizodu öyküsü
- Antifosfolipid antikor sendromu

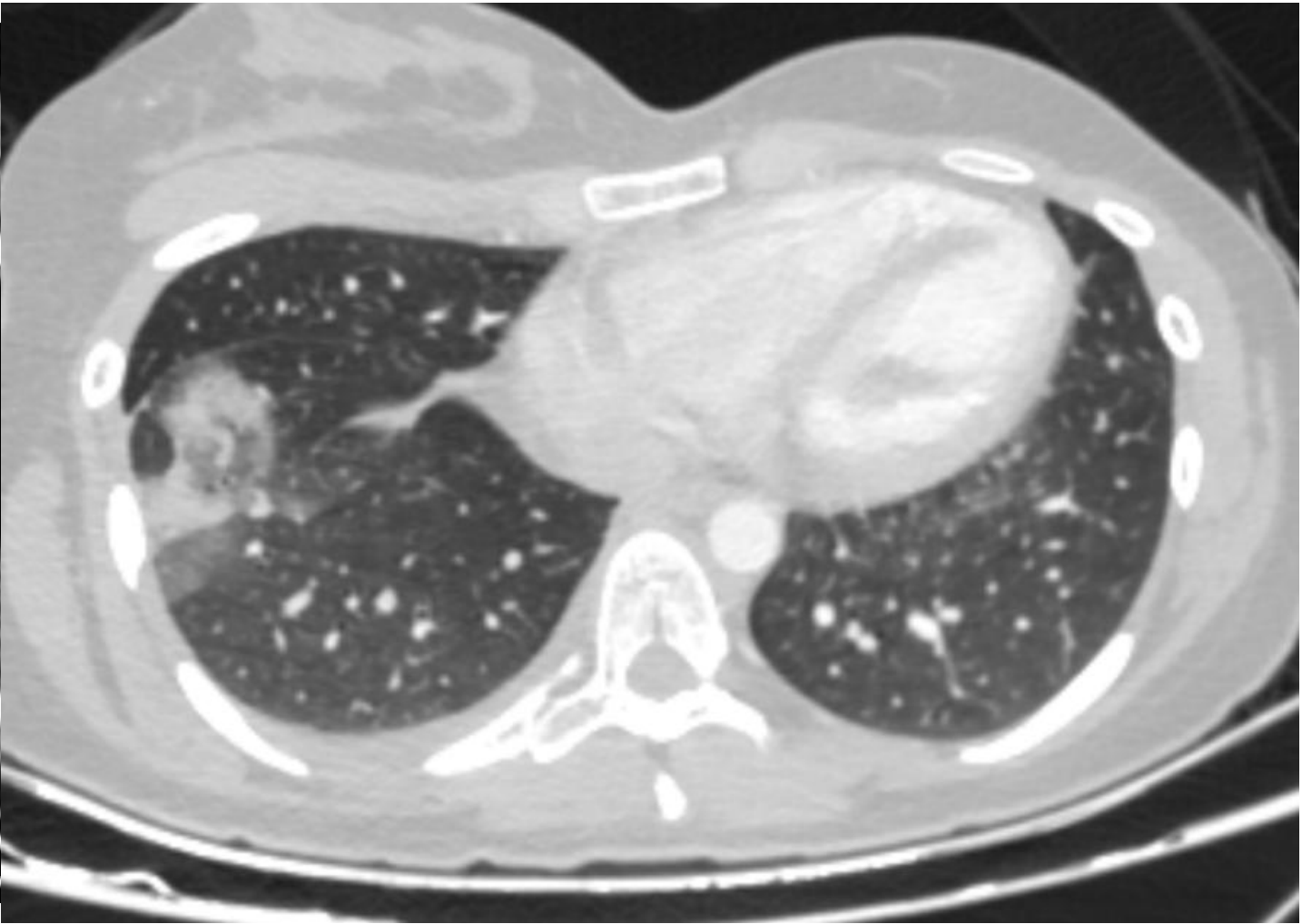
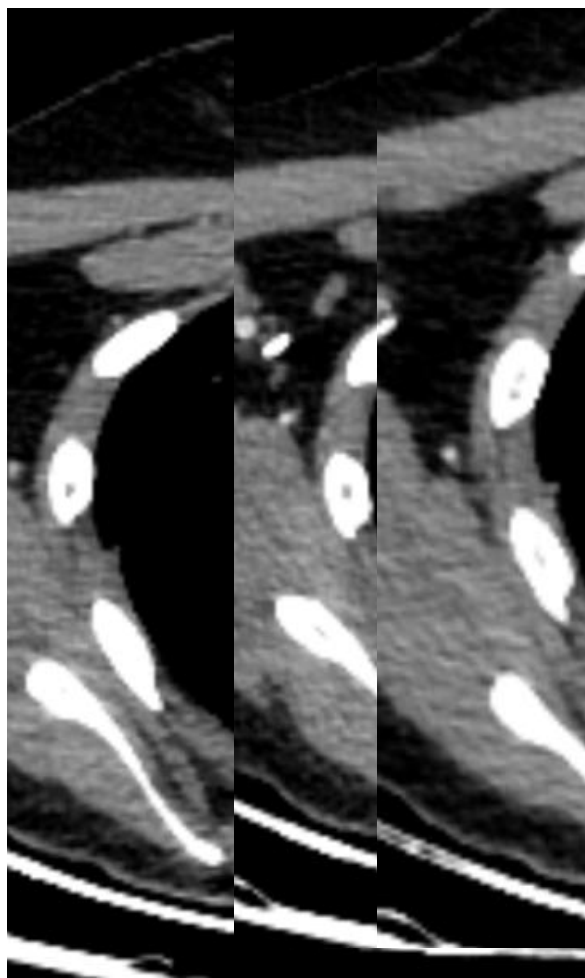
OLGU 3

- MT, 24 y, K hasta
- **Şikayeti:** Öksürük, batar vasıflı yan ağrısı
- **Hikayesi:** 3 haftadır şikayeti olan hasta, 2 hafta önce dış merkez acilde antibiyotik tedavisi başlanmış, şikayetleri geçmemesi üzerine hastanemize başvurmuş
- **Özgeçmiş:** PCOS sebebiyle OKS kullanıyor
- **Fizik Muayene:** Sağ bazalde solunum sesleri azalmış. SpO:%98, NB:80/dk, TA:110/70 mmHg



D-DIMER: 6.4 (N:<0.5)

Hemogram, Biyokimya, Troponin:
Normal



- Bilateral alt extremitte dopler USG: Sağda akut DVT
- Hasta DMAH eşliğinde warfarin tedavisi aldı, INR:2 ve üzeri olacak şekilde takip

**NE ZAMAN
TROMBOFİLİ
ARAŞTIRALIM?**

- ❖ Elli yaşından önce oluşan ve nedeni açıklanamayan VTE
- ❖ Ailesinde VTE öyküsü saptananlarda
- ❖ Olağan dışı bölgelerde (üst ekstremité, batin içi venler) tromboz gelişenlerde
- ❖ Tekrarlayıcı VTE öyküsü bulunanlarda
- ❖ Varfarine bağılı deri nekrozu öyküsü olanlarda
- ❖ Neonatal tromboz öyküsü olanlarda

- ❖ Antitrombin eksikliği
- ❖ Protein C veya S eksikliği
- ❖ Homozigot faktör V Leiden mutasyonu
- ❖ Homozigot protrombin G20210A mutasyonu



- ❖ ilk atakta da sınırsız süreli antikoagülasyona adaydırlar

- ❖ Heterozigot faktör V Leiden mutasyonu
- ❖ Heterozigot protrombin G20210A mutasyonu



- ❖ uzun süreli tedavi için herhangi bir kanıt bulunmamaktadır

Trombofili testlerini (antifosfolipid antikorları ve lupus antikoagülanı dahil) genç yaşta (<50 yaş) başka şekilde tanımlanabilir bir risk faktörünün yokluğunda VTE geçiren, özellikle de güçlü bir aile öyküsüne sahip olan hastalarda düşünün!!!

American Society of Hematology 2023 guidelines for management of venous thromboembolism: thrombophilia testing

Saskia Middeldorp,¹ Robby Nieuwlaat,^{2,3} Lisa Baumann Kreuziger,⁴ Michiel Coppens,^{5,6} Damon Houghton,^{7,8} Andra H. James,⁹ Eddy Lang,¹⁰ Stephan Moll,¹¹ Tarra Myers,¹² Meha Bhatt,² Chatree Chai-Adisaksopha,¹³ Luis E. Colunga-Lozano,¹⁴ Samer G. Karam,^{2,3} Yuan Zhang,^{1,2} Wojtek Wiercioch,^{2,3} Holger J. Schünemann,^{2,3,15} and Alfonso Iorio³

- Teste bakılmaksızın sür öneriyor
- Gerekçe: Her ne kadar saptamak tedaviyi erken sonlandırıp majör kanamayı azaltsa da bu erken sonlandırma rekürrens riskini artırıyor

- MAJÖR: Akut bir hastalık nedeniyle en az 3 gün hastanede yatağa bağlı kalma (WC hariç)
- MİNÖR KOMBİNASYONU:

- Akut bir hastalık nedeniyle 3 günden az hastanede kalma
- Hastane dışında en az 3 gün yatağa bağımlı kalma
- en az 3 gün boyunca bacak yaralanması ile ilişkili hareket kısıtlanması

Trombofili testiyle ilgili bir strateji

- trombofilisi olan hastalara süresiz antikoagülan tedavisi
- trombofilisi olmayan hastaların antikoagülan tedavisini kesilmesi

OKS

rap

<i>Test Edilen Trombofili Nedeni</i>	<i>Akut Tromboz</i>	<i>Heparin Tedavisi</i>	<i>Warfarin Tedavisi</i>
Antitrombin Eksikliği	azalabilir	azalır	değişmez, nadiren artar
Antifosfolipid Antikorlar	değişmez	değişmez	değişmez
Faktör V Leiden	değişmez	değişmez	değişmez
Faktör VIII Düzeyi	akut faz reaktanı olup inflamasyon varsa ölçülmemelidir		
Hiperhomosisteinemi	değişmez	değişmez	değişmez
Lupus Antikoagulanlar	değişmez	ölçülemez	yanlış pozitiflik olabilir
Protein C Eksikliği	azalabilir	değişmez	ölçülemez
Protein S Eksikliği	azalabilir	değişmez	ölçülemez
Protrombin Gen Mutasyonu	değişmez	değişmez	değişmez

- **Hematoloji Konsültasyonu**
- FV LEİDEN HETEROZİGOT
- MTHFR HOMOZİGOT
- FXIII HETEROZİGOT
- AFA, AKA, Beta2 glikoprotein,
lupus antikoagülan: Negatif



TEDAVİ SÜRESİ KARARI

Düşük Nüks Riski (< % 3 / yıl)

İlk (indeks) VTE > 10 kat artmış risk getiren “Major” geçici ve reversibl risk faktörlerine bağlı olarak gelişmiş (bu risk faktörleri olmayan hastalara kıyasla)

- Genel anestezi süresi > 30 dak olan cerrahi girişim
- Akut hastalıkla veya kronik hastalığın akut alevlenmesiyle hastane yatışında ≥ 3 gün süreyle tuvalet istisnası dışında yatağa bağımlılık
- Kırıklarla ilişkili travma

Orta Nüks Riski (% 3 – 8 / yıl)

- İlk (indeks) VTE > 10 kat artmış risk getiren “Major” geçici ve reversibl risk faktörlerine bağlı olarak gelişmiş (bu risk faktörleri olmayan hastalara kıyasla)

❖UZUN SÜRELİ TEDAVİ
DÜŞÜNÜLEBİLİR

❖6 aylık tedaviden sonra azaltılmış dozda
apixaban 2x2.5 mgr
veya **rivaroxaban 1x10 mgr** düşünülebilir

- Tanımlanabilir risk faktörleri

Yüksek Nüks Riski (> % 8 / yıl)

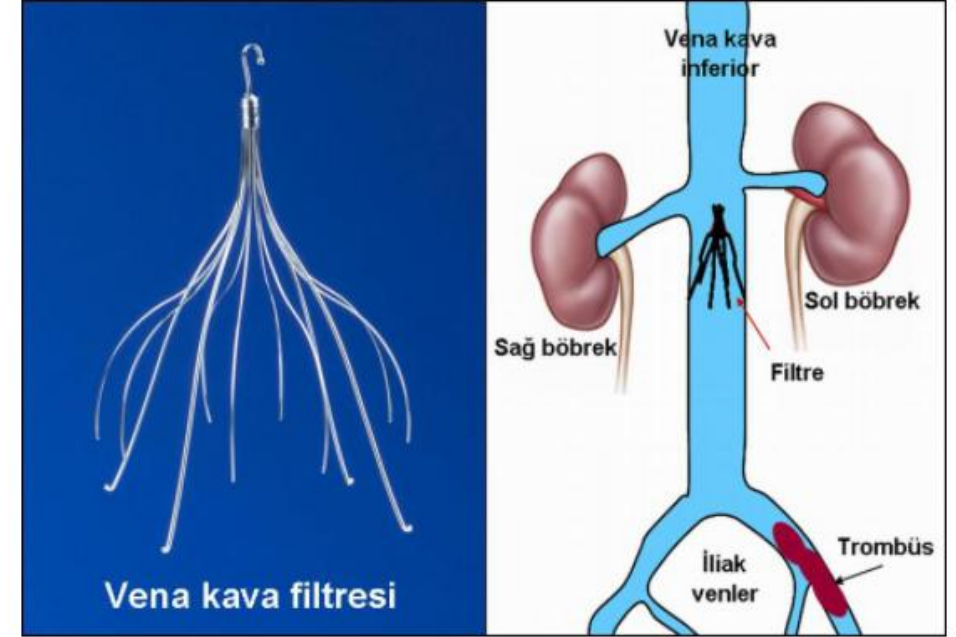
- Aktif kanser
- Major geçici ve reversibl risk faktörleri olmaksızın en az 1 VTE epizodu öyküsü
- Antifosfolipid antikor sendromu

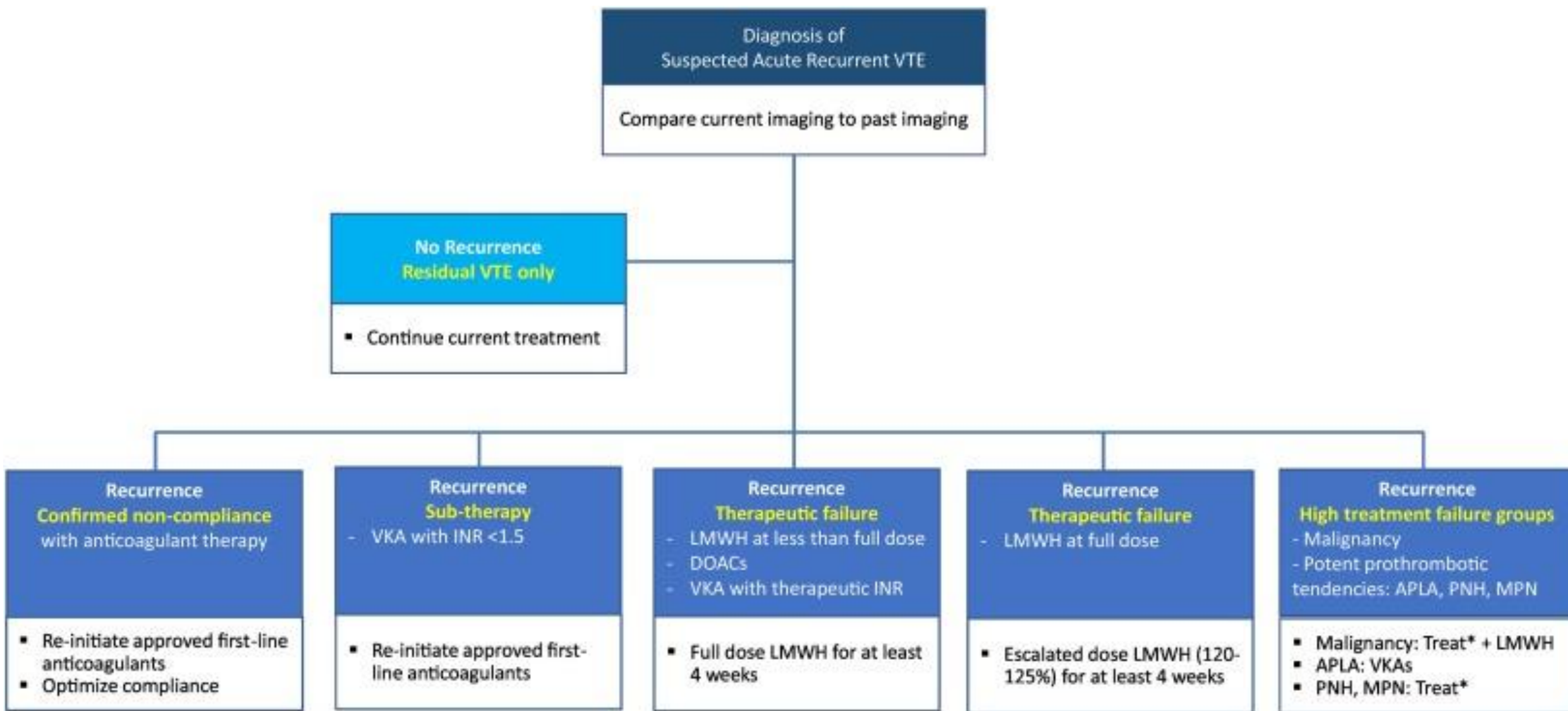
OLGU 4

- ZY, 38 yaş, E hasta
- **Şikayeti ve hikayesi:** Son 1 aydır bacakta şişme ve nefes darlığı şikayeti olan hasta özel hastaneye başvuruyor, toraks BT anjiografisinde her iki ana pulmoner arterde trombüs saptanarak YBÜ'de trombolitik tedavi ve sonrasında UFH uygulanıyor. Takibinde 200 cc kadar hemoptizi olması nedeniyle hastanemize sevk edildi
- **Özgeçmiş:** 2012'de sol bacakta DVT ile 3 ay enoksaparin kullanmış
- **Soygeçmiş:** Özellik yok

Vena kava inferior filtrelerinin kesin endikasyonları

- Akut proksimal alt ekstremitte DVT veya PTE'li olgularda antikoagülan tedaviye kontrendikasyonun olması
- Tedavi altında kanama komplikasyonu ile karşılaşılması
- Antikoagülan tedavi altında nüks gelişmesi





Rodger MA, et al. Management of suspected and confirmed recurrent venous thrombosis while on anticoagulant therapy. What next? Thromb Res. 2019 Aug;180:105-109

KLİNİK SEYİR

- Heparin infüzyonu stoplandı
- Bilateral alt ekstremitte venöz doppler USG'de sağda yüzeyel femoral ve popliteal vende heterojen subakut trombus izlendi
- Vena cava filtresi takıldı
- Takibinde tekrar hemoptizi olmadı, hasta warfarin tedavisi ile taburcu edildi
- Taburculuktan 6 ay sonra öksürmekle balgamdan az miktarda kan gelmesi ve nefes darlığı şikayeti ile acile başvurdu
- SS doğal, SpO2:%93 (oda havası), NBZ:98/dk, TA:110/70
- INR:2.9, diğer laboratuvar tetkikleri normal

Im: 55, Im: 56/133
Se: 50 Se: 501

Im: 59/133
Se: 501

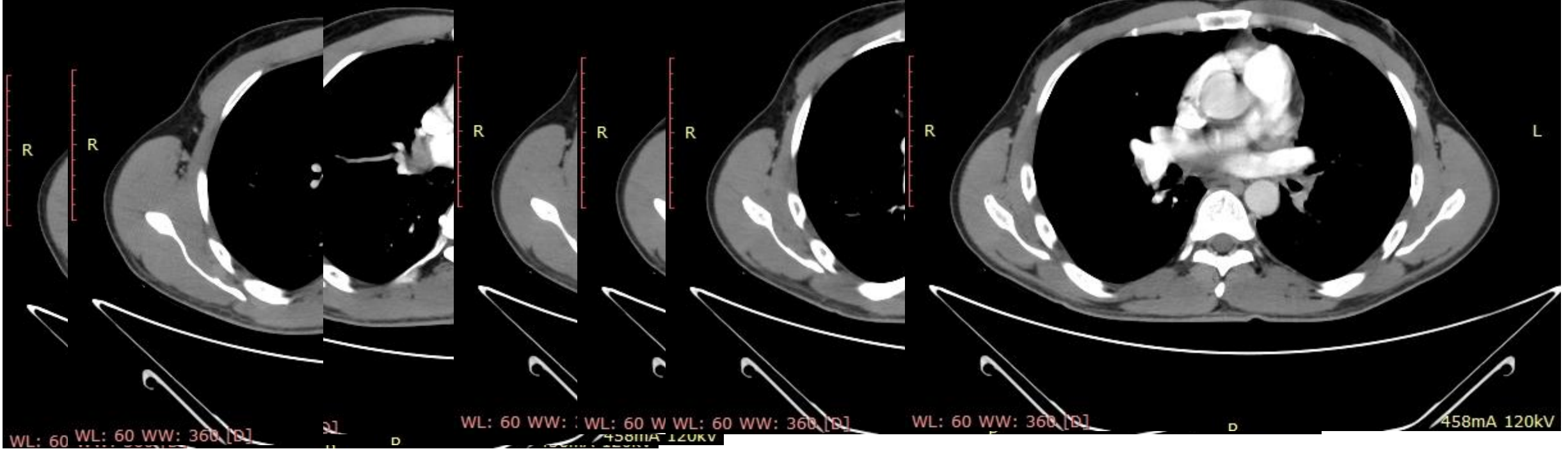
Im: 60/13 Im: 62/133
Se: 501 Se: 501

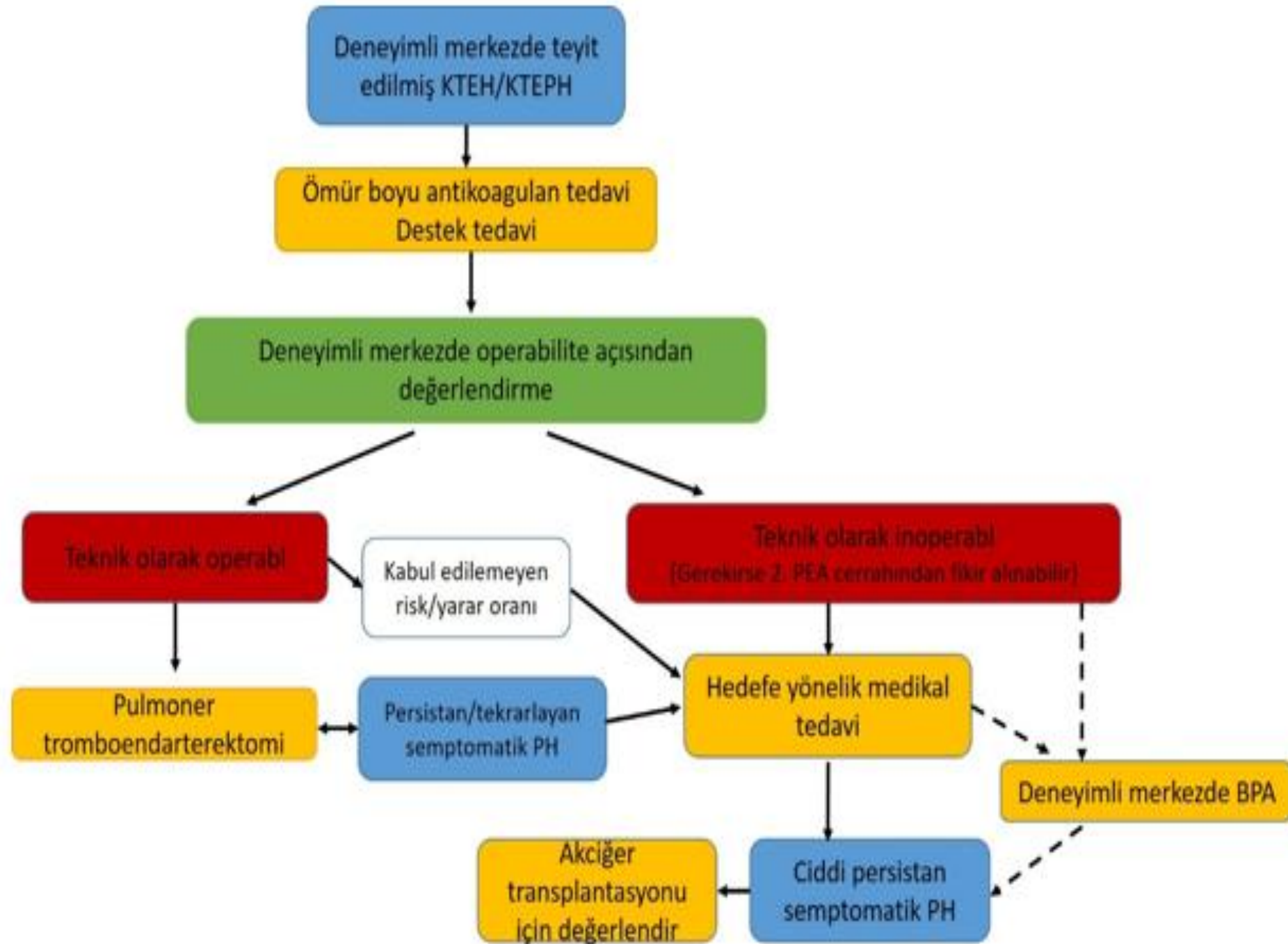
Im: 66/133
Se: 501

A

YED

17.03.1980 M
YEDIKULE GOG.HAST.VE GOG.CERRAHI E.A.H.
668
ACIL/BT, TORAKS/P.ANJIO
iDose (4)





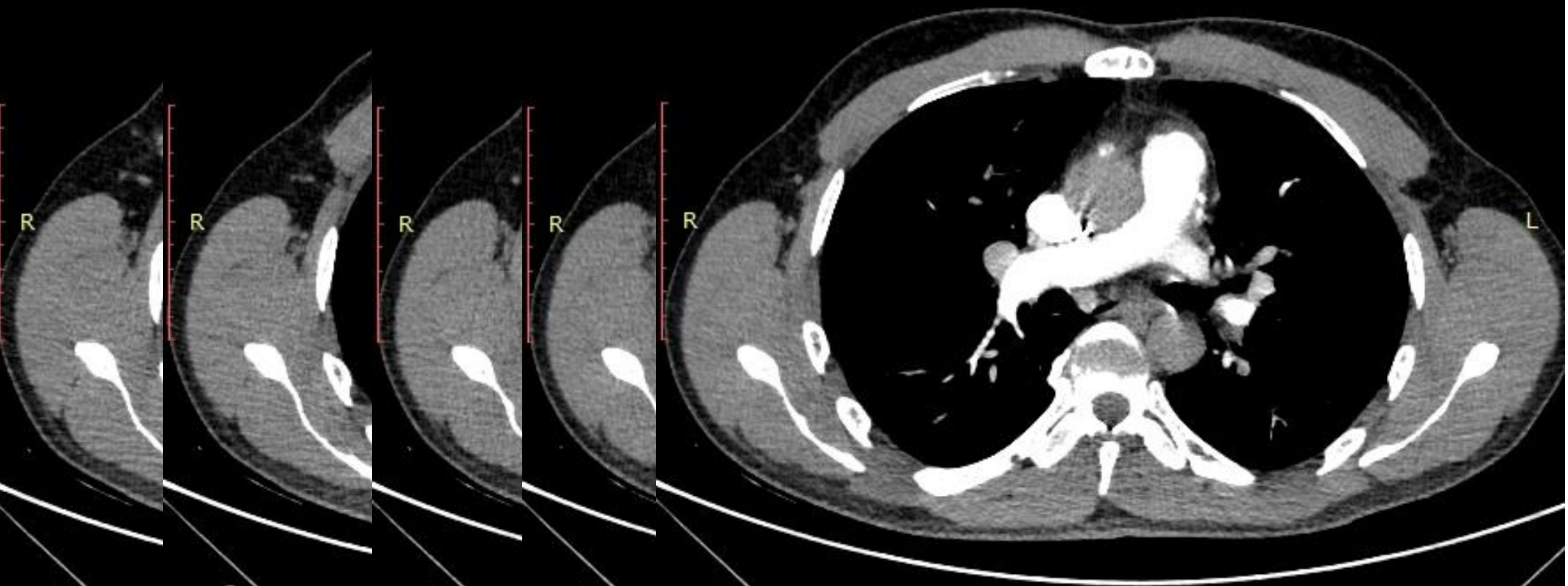


PEA 51/2018

Im: 347/837 Im: 353/837 Im: 359/837 Im: 368/837 Im: 374/837
Se: 302 Se: 302 Se: 302 Se: 302 Se: 302

A

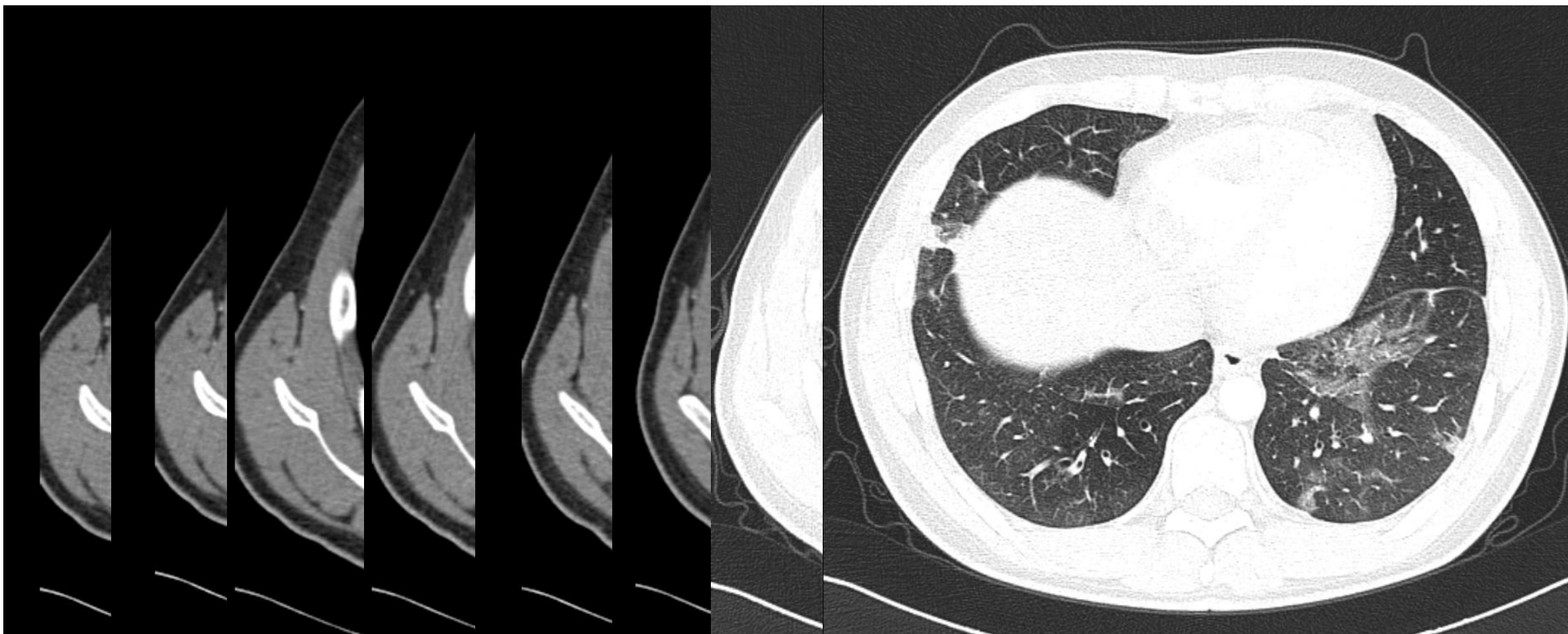
17.03.1980 M
YEDIKULE GOG.HAST.VE GOG.CERRAHI E.A.H.
971
BT, TORAKS/P.ANJIO
iDose (4)



WL: 60 WW: : WL: 60 WW: 360 WL: 60 WW: WL: 60 WW: WL: 60 WW: 360 [D]
T: 0.9mm L: T: 0.9mm L: -170 T: 0.9mm L: T: 0.9mm L: T: 0.9mm L: -180.5mm
p
665mA 100kV
27.08.2019 00:36:38

OLGU 5

- 29 yaş, E hasta
- **Şikayeti:** balgamdan kan gelmesi, ateş, öksürük
- **Hikayesi:** Öksürük 8 aydır var. Son bir haftadır ateşlenme ve üşüme-titretilme şikayetleri mevcutken son 2 gündür balgamdan kan gelmesi mevcut
- **Fizik Muayene:** Solunum sesleri doğal
- SpO2:%94 (oda havasında), NBZ:100/dk , TA:100/65 mmHg



- **Bilateral alt ekstremit  venöz dopler USG:** Normal
- **EKO:** Sağ ventrikül lateral duvarda sıvanma tarzında ve RV  ıkış yolunda 21x14 mm boyutunda hareketli trombüs izlendi, hafif triküspid yetersizliği vardı, sPAB: 32 mmHg

Tanı Kriteri	Gerekli Özellikler
Majör Tanı Kriteri	
Tekrarlayan oral ülserasyonlar	12 aylık bir süreçte en az 3 kere tekrarlayan minör aftöz, majör aftöz veya herpetiform ülserasyonların hekim veya hasta tarafından saptanması
Minör Tanı Kriterleri	
Tekrarlayan genital ülserasyonlar	Aftöz ülserasyonların veya skarların hekim veya hasta tarafından gözlenmesi
Göz Lezyonları	Anterior üveit, posterior üveit veya slit lamba ışığında vitröz yapıda gözlenen hücreler veya oftalmolog tarafından saptanan retinal vaskülit
Cilt Lezyonları	Hekim ya da hasta tarafından gözlenen eritema nodosum benzeri lezyonlar, klinisyen tarafından gözlenen karakteristik akneiform nodüller ile psödofolikülit veya papülopüstüler lezyonlar
Pozitif Paterji Testi	Klinisyen tarafından 24-48 saatte yorumlanan pozitif bulguların varlığı
*Tanı için 1 majör ve 2 minör kriter sağlanmalıdır.	

- **Tedavi:**

- Hastaya 3 gün 1 gram pulse metilprednizolon verildi ardından 1 mg/kg oral prednizolon ile devam edildi. Ek immünsupresif olarak 1 gram siklofosfamid uygulandı. Hastanın genç olması ve siklofosfamidin olası infertilite riski de göz önünde bulundurularak idame tedavisi intravenöz infliximab ve oral azatiyoprin olarak planlandı. Şu an prednizolon, azatiyoprin ve infliximab tedavisi ile takip edilmektedir.

SABRINIZ İÇİN

TEŞEKKÜRLER...