



AKADEMİK
SOLUNUM
DERNEĞİ



MEDI TRIO

28 Eylül - 1 Ekim 2026

Kaya Palazzo Resort, K.K.T.C

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları

www.meditrio2026.org



ORGANİZASYON SEKRETARYASI
Topkon Kongre ve Etkinlik Hizmetleri
Zühtüpaşa Mah. Rifatbey Sok. No: 24
34724 Kalamış-Kadıköy-İstanbul
Tel : 0216 330 90 20
Faks : 0216 330 90 05
E-posta : meditrio2026@topkon.com

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



Değerli Katılımcılar,

Sizlerin değerli katılımları ile renkli ve verimli geçen MediTrio9. Kongresinin ardından, **10. MediTrio Kongremizi 28 Eylül -01 Ekim 2026** tarihlerinde Girne / K.K.T.C.'de gerçekleştirmeyi planladık.

Akademik Solunum Derneği ile Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Vakfı'nın birlikte düzenlediği kongremiz; araştırmaların ve son gelişmelerin paylaşıldığı verimli bir ortam yaratmakla birlikte, alanlarında değerli hocalarımız ve uzmanlarımızın katkıları ile bilimsel anlamda da oldukça zengin olacaktır.

Kongremiz aynı zamanda üç ana bilim dalının kesişme noktalarına değinecek olup, birlikte çalışmak ve kaynaşmak imkânı verecektir.

Tüm bu dileklerin gerçekleşmesi, hem bilimsel hem de sosyal alanda güzel bir toplantı yapabilmek ve önceki kongrelerimizin başarısını tekrarlamak için sizleri Kıbrıs'a davet ediyoruz.

Prof. Dr. Bülent TUTLUOĞLU

Akademik Solunum Derneği Başkanı

Prof. Dr. Murat TOPRAK

Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Vakfı Başkanı

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



KURULLAR

Akademik Solunum Derneği Başkanı
Prof. Dr. Bülent TUTLUOĞLU

Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Vakfı Başkanı
Prof. Dr. Murat TOPRAK

DÜZENLEME KURULU
Prof. Dr. Asım Kaytaç
Prof. Dr. İbrahim SAYIN
Prof. Dr. Günay AYDIN
Doç. Dr. Hande İKİTİMUR

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



BİLİMSEL PROGRAM

28 Eylül 2026, Pazartesi

13:00 - 16:00	Solunum Yolu Hastalıkları Oturum Başkanı: İrfan Devranoğlu
13:00 - 13:30	Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Probiyotikler Ahmet Celal Başustaoğlu
13:30 - 14:30	Larengofarengeal Reflü Hakan Coşkun
14:30 - 15:00	Kardiopulmoner Resüsitasyon Ahmet Akgül
15:00 - 15:30	Üst Solunum Yolu Acilleri Atilla Tekat
15:30 - 16:00	Alt Solunum Yolu Acilleri Ümran Erbay
16:00 - 16:30	Kahve Arası
16:30 - 18:00	Alerji Kursu Oturum Başkanı: Levent Soylu
16:30 - 17:00	Alerji Tanı ve Tedavisinde Kullanılan Testler Feyzullah Çetinkaya
17:00 - 17:30	Medikal Tedavi Fikret İleri
17:30 - 18:00	Spesifik İmmunoterapi Müge Olgaç
18:00	Açılış Açılış Konferansı Koku ve Tat Bozuklukları: İbrahim Sayın

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



29 Eylül 2026, Salı

09:00-10:30	Öksüren Hastaya Yaklaşım Oturum Başkanı: Levent Soylu
09:00 - 09:30	Pediyatrik Hastalarda Öksürük Feyzullah Çetinkaya
09:30 - 10:00	Üst Solunum Yolları ve Öksürük Asım Kaytaz
10:00 - 10:30	Alt Solunum Yolları ve Öksürük Sevda Şener Cömert
10:30 - 11:00	Kahve Arası
11:00 - 12:30	Sistemik Hastalıklar Ve Solunum Yolları Oturum Başkanı: Serdar Erturan
11:00 - 11:30	Üst Solunum Yolu Alp Demireller
11:30 - 12:00	Alt Solunum Yolu Ersan Atahan
12:00 - 12:30	Egzersiz ve Solunum Yolları Serdar Erturan
12.30 - 13:30	Öğle Arası
13:30 - 15:00	Biyolojik Ajan Uygulamaları Oturum Başkanı: Alper Tutkun
13:30 - 14:15	Astım Hande İkitimur
14:15 - 15:00	Nazal Polipozis İbrahim Sayın
15:00 - 15:30	Kahve Arası
15:30 - 16:30	Elektronik Sigaranın Solunum Yollarına Etkileri Oturum Başkanı: Turhan Ece
16:30 - 17:00	Alt Solunum Yolları Teyfik Turgut
17:00 - 17:30	Üst Solunum Yolları Ferhan Öz
17:30 - 18:00	Serbest Tebliğler

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



30 Eylül 2026, Çarşamba

09:00 - 10:30	KOAH ve Üst Solunum Yolları Oturum Başkanı: Hande İkitimur
09:00 - 09:30	Koah Tanı ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar Seda Tural
09:30 - 10:00	Koah'ta Invaziv Tedavi Yöntemleri Turhan Ece
10:00 - 10:30	Solunum Yolu Hastalıklarında Tıkalı Burun Mehmet Ada
10:30 - 11:00	Kahve Arası
11:00 - 12:30	Astım ve Rinit: Oturum Başkanı: Ferhan Öz
11:00 - 11:30	Astım Ferah Ece
11:30 - 12:00	Rinit Fikret İleri
12:00 - 12:30	Küresel İklim Değişikliği, Hava Kirliliği Nejdiye Güngördü
12:30 - 13:30	Öğle Arası
13:30 - 15:00	Osas ve Obezitede Güncel Çözümler (İmuneks Farma Katkılarıyla) Oturum Başkanı: Murat Toprak
13:30-14:00	Obezite Tedavisi Bülent Tutluoğlu
14:00-14:30	Osas Tanı ve Tedavi Teyfik Turgut
14:30-15:00	Osas Cerrahi Tedavisi Mustafa Gerek
15:00-15:30	Kahve Arası
	Oturum Başkanı: Alper Tutkun
15:30-16:00	Değişik Boyutlarıyla Başdönmesi Ali Özdek
16:00-17:00	Minimal İnvaziv Yüz Uygulamaları Kursu (Bilim İlaç Katkılarıyla)
16:00 - 16:30	Fatih Öktem
16:30 - 17:00	Esın Özlem Atmış
17:00 -18:00	Serbest Tebliğler

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



1 Ekim 2026, Perşembe

09:00-10:30	Oturum Başkanı: Atilla Tekat
09:00-09:30	Akılcı İlaç Kullanımı Ahmet Celal Başustaoğlu
09:30-10:00	Astım Tedavisinde Yeni Gelişmeler Bülent Tutluoğlu
10:00-10:30	Alerji Tedavisinde Yeni Gelişmeler Murat Toprak
10:30-11:00	Kahve Arası
11:00-12:30	Serbest Tebliğler
12:30	Kapanış

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



POSTER BİLDİRİLER

P1

Serum Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim Yüksekliği ve Unisentrik Hilar Lenfadenopatisi Olan Bir Castleman Hastası

Prof. Dr. Zeliha Arslan Ulukan

İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş: Tek taraflı Castleman hastalığı (UCD), nadir bir lenfoproliferatif hastalıktır ve spesifik olmayan klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularla ortaya çıkabilir ve tanısız karmaşıklığa yol açar. Bu vakayı, UCD'nin serum anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) seviyelerinin yükselmesi ve radyolojik görüntüleri nedeni ile sarkoidozu taklit edebileceğini vurgulamak ve pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografinin (PET-CT) atipik mediastinal lenfadenopati değerlendirmedeki rolünü vurgulamak için paylaşıyoruz.

Vaka Sunumu: Diğer laboratuvar testlerinde belirgin bir anormallik olmadığı halde ACE seviyeleri yüksek seyreden ve ayrıca tanıda mix bağ dokusu hastalığı, sarkoidoz ve granülomatöz hastalıklar olan alışılmadık bir vaka sunuyoruz. Tanısal zorluk, klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanmaktadır. Vakada Pozitron Emisyon Tomografisi-(PET-CT), metabolik aktif lenfadenopatinin değerlendirilmesinde ve daha ileri araştırmalara rehberlik etmede önemli rol oynamıştır. Endobronşiyal ultrason rehberliğinde yapılan biyopsi tanı niteliğinde değildi ve video destekli mediastinoskopik lenfadenektomi ile kesin doku örneklemesi tanıyı sağladı.

Anahtar Kelimeler: Castleman hastalığı, pozitron emisyon tomografisi, anjiyotensin dönüştürücü enzim, lenfoproliferatif hastalıklar, mediastinoskopi

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



P2

Nadir Bir Olgu: Pulmoner Mukoepidermoid Karsinom ve Tüberküloz Birlikteliği

Nurcan Güler¹, Kemal Can Tertemiz²

1: Fethiye Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Muğla, Türkiye

2: Prof. Dr. Kemal Can Tertemiz: Dokuz Eylül Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Mukoepidermoid karsinom (MEC)'ler genellikle majör ve minör tükürük bezlerinde görülür. Pulmoner MEC'ler nadirdir, tüm akciğer neoplazmalarının oluşturur (-0.2' sini oluşturur. Genellikle bronş tıkanıklığına bağlı uzamış öksürük, hemoptizi, nefes darlığı gibi semptomlar görülmektedir. Spesifik olmayan klinik ve radyolojik bulgular tanının geç konulmasına yol açmaktadır. Biz de kliniğimizde takipli mukoepidermoid karsinom ve tüberküloz tanısı ile izlenen olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 31 yaşında erkek hasta üç ay önce tarafımıza öksürük, balgam, ateş yüksekliği, son iki ayda on beş kilo kaybı yakınmaları ile başvurdu. Sigara kullanımı olmayan hastanın özgeçmişinde sık pnömoni öyküsü mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde C-reaktif protein:100mg/L saptandı. Akciğer grafisinde trakea sola deviye, sol alt ve orta zonda homojen dansite artışı (Şekil1), toraks tomografisinde sol ana bronşta endobronşial lezyon ve harap olmuş akciğer görünümü saptandı (Şekil2). Fiberoptik bronkoskopide sol ana bronşu tamamen tıkayan endobronşial lezyon görüldü (Şekil3). Hastanın balgam arb direkt bakı sonucu 4+ olarak sonuçlandı, antitüberküloz tedavi başlandı. Kültür sonucunda Mycobacterium tuberculosis kompleks üredi. Tedavi ile balgam arb negatif olduktan sonra rijit bronkoskopi ile kitle çıkarıldı. Sol ana bronşa stent uygulandı. Patoloji sonucu düşük dereceli mukoepidermoid karsinom olarak sonuçlanan hastaya pozitron emisyon tomografisi(pet-bt) planlandı, Sol akciğerde hava bronkogramları içeren dansite artım alanlarında SUVmax: 11,6, subkarinal SUVmax: 2,9 F-18 FDG tutulumu saptandı(Şekil3). Olgu multidisipliner akciğer kanseri konseyinde görüşüldü. Gemesitabin ve sisplatin kemoterapisi başlandı. Hastanın kemoterapi ve antitüberküloz tedavisine devam edilmektedir.

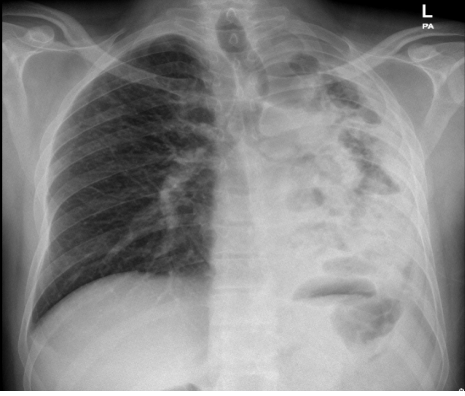
Sonuç: MEC akciğerde trakeobronşial ağacın submukozal bezlerinden kaynaklanmaktadır, yavaş büyür ve genellikle bronş tıkanıklığına bağlı uzamış öksürük, hemoptizi, nefes darlığı gibi semptomlar görülmektedir. Klinik bulgular pulmoner tüberkülozu taklit edebilir. Ayırıcı tanı için toraks tomografisi ile değerlendirme ve bronkoskopi gereklidir. Bronkoskopi lezyonun yapısı, bronşiyal lümenle olan ilişkisi ve obstrüksiyonun derecesi hakkında bilgi verir. Kesin tanıda altın standart biyopsi ve histopatolojik tanıdır. Histolojik olarak, MEC genellikle düşük dereceli veya yüksek dereceli olarak sınıflandırılır. Düşük dereceli tümörler çoğunlukla bronşlarla sınırlıdır, %5'inden azında bölgesel lenf nodu metastazı izlenmiştir. Olgumuzun patolojisi düşük dereceli tümör ile uyumlu idi. Hem düşük gradeli, hem de yüksek gradeli pulmoner mukoepidermoid karsinomlar için başlıca tedavi seçeneği cerrahi rezeksiyondur. Sonuç olarak benzer semptomlarla başvuran olgularda mukoepidermoid karsinom ve tüberküloz ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği gibi birlikte görülebileceği de unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: mukoepidermoid karsinom, tüberküloz, ayırıcı tanı

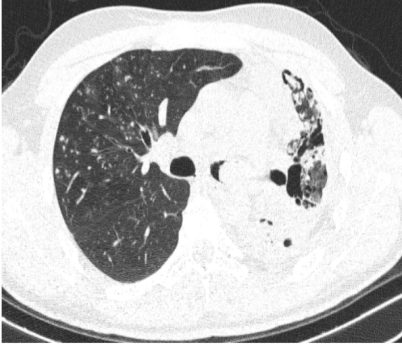
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



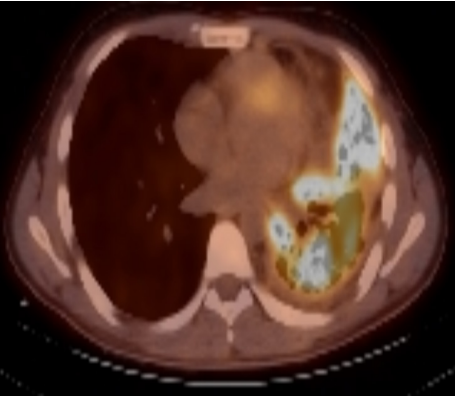
Şekil 1:



Şekil 2:



Şekil 3:



- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



P3

“Ters Akciğer Ödemi” Paterni

Yusuf Yararlı, Özge Özbahadır, İlker Özdemir, Ahmet Nizam, Serir Özkan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye

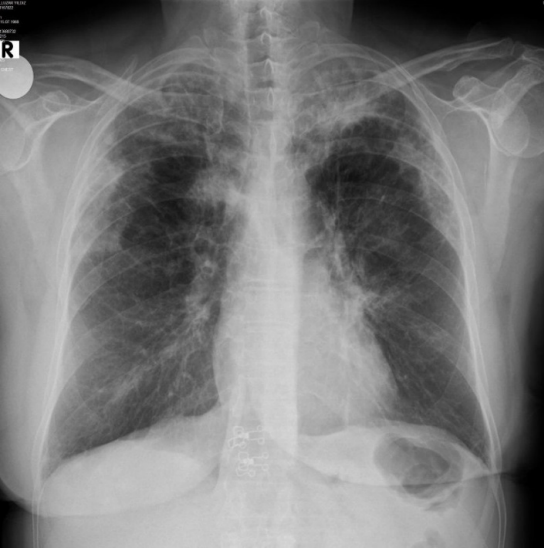
Giriş: Kronik eozinofilik pnömoni (KEP), subakut seyirli solunumsal semptomlar, periferik eozinofili ve karakteristik radyolojik bulgular ile tanımlanan nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır. En tipik radyolojik görünümü periferik yerleşimli, santral alanların göreceli olarak korunduğu ve “ters akciğer ödemi (photographic negative of pulmonary edema)” paterni olarak adlandırılan konsolidasyonlardır. Bu olguda, uzun süre pnömoni ön tanısı ile izlenen, ancak ters akciğer ödemi paterni ile tanı alan bir KEP olgusu sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 57 yaşında kadın hasta; yaklaşık 2 aydır devam eden öksürük, nefes darlığı, köpüklü beyaz balgam, halsizlik ve istemsiz kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Astım öyküsü bulunan hasta, iki ay önce dış merkezde pnömoni ön tanısı ile 7 gün süreyle yatırılarak tedavi edilmiş, ancak klinik düzelme sağlanamamıştı. Fizik muayenede bilateral yaygın raller mevcuttu, oda havasında SpO₂ %89 idi. Laboratuvar incelemelerinde belirgin eozinofili (eozinofil: 4030/mm³, %33), CRP yüksekliği (145 mg/L) saptandı. Total IgE hafif yüksek, ANA ve PR3-ANCA negatifti. Toraks BT’de bilateral, ağırlıklı olarak subplevral yerleşimli buzlu cam ve konsolidasyon alanları izlendi; görünüm ters akciğer ödemi paterni ile uyumluydu. Bronkoalveoler lavajda tüberküloz, fungal ve malign hücre saptanmadı. Enfeksiyöz incelemelerde aktif paraziter enfeksiyon, akut CMV ve toksoplazmoz dışlandı; solunum panelinde Parainfluenza tip 4 pozitifliği eşlik eden bulgu olarak değerlendirildi. Tanısal amaçlı yapılan bronkoskopide elde edilen BAL sıvısında %41 oranında eozinofil saptandı ve eozinofilik akciğer hastalığı lehine güçlü kanıt elde edildi. Bu kapsamda Kardiyoloji, Nöroloji ve Kulak Burun Boğaz konsültasyonları yapıldı; end-organ hasarını düşündüren klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulgusu saptanmadı. Klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular birlikte ele alındığında KEP tanısı ön planda düşünüldü. Hastaya 0,5 mg/kg dozunda metilprednizolon başlandı. 13 günlük servis yatışı sonrası semptomlarda, eozinofil düzeylerinde ve solunum fonksiyon testlerinde belirgin düzelme izlendi. Tedavi sonrası kısa sürede belirgin klinik ve fonksiyonel düzelme izlendi. 2-4. hafta ve 3-6. ay kontrolleri önerilerek takip ve tedavisi devam etmektedir.

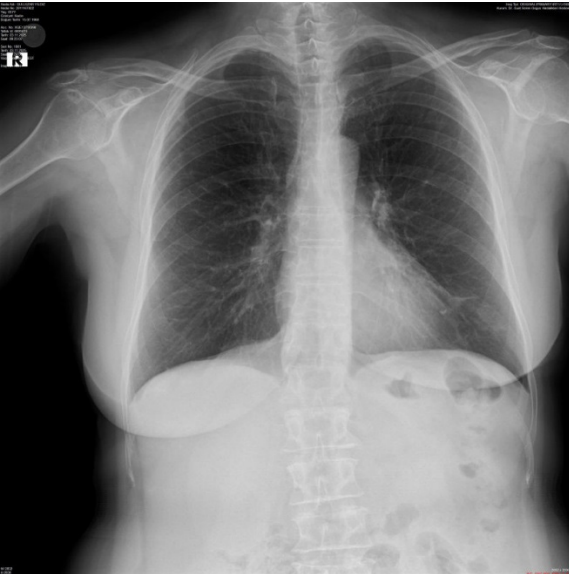
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



Şekil 1: Servise yatış PA AC grafi



Şekil 2: 1. ay kontrol PAAC grafi



Sonuç: Kronik eozinofilik pnömoni; ters akciğer ödemi paterni, periferik eozinofili ve BAL'da belirgin eozinofili varlığında güçlü şekilde düşünülmelidir. Bu olguda BAL'da saptanan %41 eozinofil oranı, tanıyı destekleyen önemli bir bulgu olmuştur. Bu olgu, antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen pnömoni benzeri tabloların ayırıcı tanısında KEP'nin mutlaka düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle ters akciğer ödemi paterni, tanı açısından kritik bir radyolojik ipucu olup erken steroid tedavisi ile dramatik klinik yanıt sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: eozinofili , fotoğrafik ters akciğer ödemi

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



P4

Yutulmuş Tavuk Kemiklerinin Boyundaki Migrasyonu

Davut Esen, Şermin Can

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Giriş: Boyunda yabancı cisim sık karşılaşılan acillerdendir. Özellikle çocukluk çağında sık görülmesine rağmen, özellikle diş protezi kullanan ileri yaş grubunda da görülebilmektedir. Tıkanıklığın ciddiyetine bağlı olarak morbidite ve mortalite artmaktadır. Erken tanı ve tedavi ile morbidite ve mortalite azalabilmektedir. Nadir görülmesine rağmen, yabancı cisim yutulması faringoözefageal perforasyon, aortioözefageal fistül, karotis rüptürü ve derin boyun enfeksiyonu gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Yabancı cisim yutulmasından şüphelenilen hastalar dikkatle değerlendirilmeli ve gerektiğinde tanı için görüntüleme tekniklerinden yararlanılmalıdır. Bu olguda, tavuk yedikten sonra yutulmuş tavuk kemiğinin infrahiyoid bölgeye kadar migrasyonu ve müdahalesinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 70 yaşında kadın hasta boğazında takılma hissi, solunum sıkıntısı ve yutma güçlüğü şikâyeti ile polikliniğimize müracaat etti. Özgeçmişinde Diyabet ve hipertansiyonu olan hastanın hikayesinde 4 gün önce tavuk yerken kemik parçasının ani bir refleksle boğazına takıldığı öğrenildi. Hafif ajitasyonu, solunum sıkıntısı ve yutma güçlüğü şikâyetinin dışında fizik muayenesi normaldi. Dispne ve stridor şikâyetleri yoktu. Laringoskopik muayenede yoğun sekresyon varlığından net değerlendirme yapılamadı. Çekilen PA Akciğer grafisinde herhangi bir bulguya rastlanmayan hastanın boyun BT' sinde yabancı cisim varlığı tespit edildi.

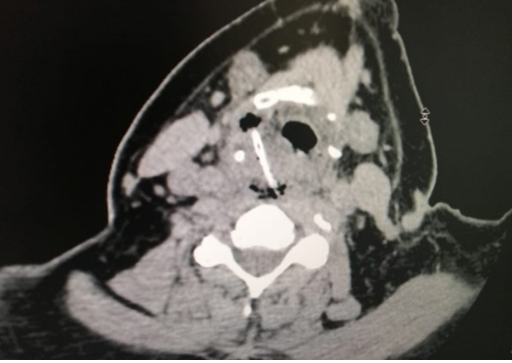
Sonuç: Yabancı cisim yutulmasına bağlı olarak gelişebilecek ciddi komplikasyonlar nedeniyle bu tür olgularda ayrıntılı baş boyun muayenesi yapılmalı ve erken dönemde girişim planlanmalıdır. Görüntüleme teknikleri, teşhisten terapötik yaklaşıma kadar yararlı bilgiler sağlar. Boyunda önemli vital yapıların bulunması nedeniyle migrate yabancı cisimlerin tedavisinde multidisipliner yaklaşım uygulanmalıdır. Migrate yabancı cismin trasesi izlenerek boyun explore edilmelidir. Boyun eksplorasyonu ile yabancı cismin neden olduğu hasarlanmalar da saptanabilir ve onarılabilir. Yabancı cisim palpe edilirken dikkatli olunmalı, tampon etkisi yaptığı büyük damar yaralanmalarında körlemesine çekilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: hiyoid, migrasyon, özefagus, yabancı cisim

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



Şekil 1: Yabancı cisim ameliyat görüntüsü



Şekil 2. Yabancı cisim BT görüntüleri



Şekil 3. Yabancı cisim BT görüntüleri

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



P5

Nadir Bir Olgu: Birt Hogg Dube Sendromu

Berivan Karatekin Usta

İstanbul Aydın Üniversitesi, MedicalPark Florya Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Birt Hogg Dube sendromu daha çok yaşamın üçüncü dekadında tümör baskılayıcı follikülini kodlayan FLCN'nin mutasyonundan kaynaklanan çok nadir görülen otozomal dominant bir genodermatozudur. Bu anormal follikülünin ciltte ve böbrekte tümör oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. Ciltte özellikle yüz ve sırtta fibrofolikülomalar ve trikodiskomalar gibi karakteristik deri bulgularına ve böbrek tümörlerine neden olabilir. Akciğerde kistler ve buna spontan pnömotoraksa neden olabilir. Burada Birt-Hogg-Dube sendromu tanısı alan 34 yaşında bir erkek hasta sunuldu.

Olgu sunumu: Otuz dört yaşında erkek hasta dış merkezde acil birimine öksürük ve balgam şikayetleri ile başvuran hasta çekilen toraks BT'de kistler görüldüğü üzerine tarafımıza başvurdu. Hastanın özgeçmişinde bilinen kronik hastalık öyküsü yok. Soygeçmişini sorgulandığında ise abisi-abisinin kızı ve dayısının akciğerinde bülle olduğu abisinin kızında spontan pnömotoraks öyküsü olduğu ve abisinin tek böbrekli doğduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayanesinde sırtında foliküler cilt lezyonları saptanan hastanın cilt lezyonlarından alınan biyopsinin patoloji sonucu trikofoliküloma ile uyumlu olarak geldi (Resim 1) ve hastaya Birt Hogg Dube sendromu düşünülerek ileri tetkik yapılmasına karar verildi. Hastanın sistemik tutulum açısından yapılan tetkiklerinde torako-absomino-pelvik görüntülemesinde akciğerde 7 cm kadar varan kistler (Resim 2) dışında patoloji saptanmadı. Olgumuzdaki subplevral kistler asemptomatikti ve pnömotoraks öyküsü yoktu. Avrupa Birt Hogg Dube Konsorsiyumu tarafından belirlenen kriterlerden 1 majör ve 1 minor kriteri karşılayan hasta (tanı için 1 majör ve ya 2 minör kriter yeterli olmakta) BHS sendromu kabul edildi. Hasta sistemik tutulumların izlemi için takibe alındı benzer şikayetleri olan yakınları kliniğimize davet edildi.

Tartışma: Olgumuz nadir görülen kistik bir akciğer hastalığı olup kistik akciğer hastalığı ayırıcı tanısında sistemik tutulumları nedeniyle akla gelmelidir. Bu sendromda sistemik tutulum, cilt tutulumu ve artmış malignite riski olduğundan ayırıcı tanıda akla gelmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Birt Hogg Dube, kistik akciğer hastalığı, trikodiskoma

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



P6

Standart Tedaviye Dirençli ve Tedaviye Bağlı Toksisite Gelişen Alerjik Bronkopulmoner Aspergilloziste Omalizumab: Bir Olgu Sunumu

Tuğba Songül Tat ¹, Murat Durucu ²

1: Medicalpoint Gaziantep Hastanesi, İmmünoloji-Alerji Hastalıkları, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep, Türkiye

2: Dr.Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Gaziantep, Türkiye

Giriş: Alerjik bronkopulmoner aspergillozis (ABPA), astım ve kistik fibrozis gibi yatkın bireylerde *Aspergillus fumigatus*'a karşı gelişen aşırı duyarlılık yanıtı ile ortaya çıkan immünolojik bir hastalıktır. Klinik tablo sıklıkla kronik öksürük, hırıltı ve tekrarlayan enfeksiyonlarla seyredir. Standart tedavi sistemik kortikosteroidler ve antifungal ajanları içermekle birlikte, yan etkiler tedavi sürecini sınırlayabilmektedir. Burada ABPA tanısı ile antifungal ve steroid verilmesi sonucu yan etki gelişen bir hasta sunulmuştur.

Olgu sunumu: 30 yaşında erkek hasta, bir yıldır artan nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğe başvurup ve ABPA tanısı konulmuş. Hastaya montelukast, levosetirizin, inhaler kortikosteroid/uzun etkili beta-agonist (İKS/LABA), metilprednizolon ve itrakonazol tedavisi başlanmış. Altı aydan uzun süre tedaviye rağmen klinik yanıt alınamaması üzerine hasta ileri değerlendirme için yönlendirildi.

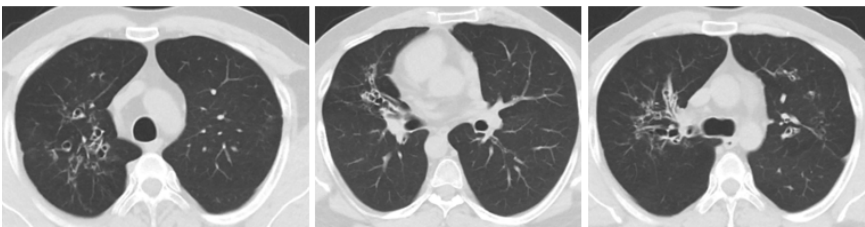
Fizik muayenede cushingoid görünüm ve akciğer bazallerinde raller saptandı. Görüntülemede bilateral bronşektaziler izlendi (şekil-1). Laboratuvar incelemelerinde *Aspergillus* spesifik IgE pozitifliği, total IgE: 2500 IU/mL ve ALT: 577 U/L olarak tespit edildi. Antifungal tedaviye bağlı toksik hepatit düşünülerek itrakonazol kesildi.

Literatür verileri doğrultusunda omalizumab için endikasyon dışı kullanım onayı alındı ve 600 mg/2 hafta dozunda tedavi başlandı. Metilprednizolon kademeli olarak kesildi. İzlemde karaciğer enzimleri normale döndü, cushingoid görünüm düzeldi ve hastanın solunumsal semptomları belirgin şekilde düzeldi. Takipte Ig E seviyesi geriledi. Omalizumab dozu düşüldü.

Sonuç: ABPA'da, standart tedaviye yanıt alınamayan veya tedaviye bağlı toksisite gelişen olgularda omalizumab, etkili ve güvenli bir alternatif olarak değerlendirilebilir.

Anahtar kelimeler: alerjik bronkopulmoner aspergillozis, omalizumab, aspergillus fumigatus

Şekil 1: Toraks BT görüntüleri



- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



P7

Epilasyon Sonrası Üst Dudakta Metisiline Dirençli Staphylococcus Aureus Apsesi: Olgu Sunumu

Semih Kabaoğlu¹, Bahadır Özbülüt², Buğra Subaşı¹, İlhan Ünlü¹, Abdullah Belada¹, Ender Güçlü¹

1: Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

2: Düzce Atatürk Devlet Hastesi KBB Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

Giriş: Dudak apsesi klinik pratikte nadir görülen ancak anatomik lokalizasyonu ve olası ciddi baş-boyun komplikasyonları nedeniyle erken tanı ve tedavi gerektiren bir enfeksiyondur. Travma ve mukokutanöz bariyer bütünlüğünün bozulduğu durumlar enfeksiyon gelişimine zemin hazırlayabilir. Bu olguda, evde uygulanan epilasyon sonrasında gelişen metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA) ilişkili üst dudak apsesi sunulmuştur.

Olgu sunumu: Bilinen ek hastalığı ve immün yetmezliği olmayan 44 yaşındaki kadın hasta, evde yaptığı epilasyon sonrasında üst dudağında gelişen ağrılı şişlik nedeniyle başvurdu. İlk başvurusunda oral amoksisilin-klavulanat tedavisi başlanmasına rağmen üç gün içerisinde klinik düzelme olmadı. Fizik muayenede üst dudağın sağ lateralinde ödem, eritem, hassasiyet ve fluktuasyon saptandı. Enjektör ile drenaj yapılarak 1–2 cc pürülan materyal elde edildi ve kültür alındı. Hasta intravenöz antibiyotik tedavisi ve yakın takip amacıyla yatırıldı. Ampirik olarak ampisilin-sulbaktam ve klindamisin tedavisi başlandı. Apse kültüründe MRSA üredi ve izolatın klindamisin ile mupirosine duyarlı olduğu saptandı. Drenaj ve uygun antimikrobiyal tedavi sonrasında üçüncü günde ağrı ve şişlik belirgin olarak geriledi. Hasta tedavisi düzenlenerek taburcu edildi ve onuncu gün kontrolünde dudaktaki şişliğin tamamen kaybolduğu görüldü.

Sonuç: Dudak apsesi, akut dudak şişmesinin nadir ancak önemli nedenlerinden biridir. Özellikle eritem, hassasiyet ve fluktuasyon varlığında apse ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken drenaj, apse materyalinden kültür alınması ve kültür-antibiyogram sonucuna göre uygun antibiyotik tedavisinin düzenlenmesi klinik iyileşmede temel yaklaşımlardır.

Anahtar kelimeler: epilasyon, staphylococcus aures, abse

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



P8

Kulak Piercingi Sonrası Oluşan Auriküler Perikondrit

Giriş

Auriküler perikondrit (AP), kulak kepçesi kıkırdığını çevreleyen perikondriumun inflamasyonudur. En sık görülen formu enfeksiyözdür. En sık görülen etken ise *Pseudomonas aeruginosa* olarak bilinir. Enfektif doku auriküla dokusuna ve kıkırdığına direkt etki eder. Lokal travma, böcek ısırığı gibi minör travmalar veya piercing gibi majör travmalar buna neden olabilir. (1)

Kulak piercingi son zamanlarda popülaritesi gittikçe artan bir uygulama olmaya başladı. Yüksek piercing aurikülanın süperior kısmına uygulanan ve başlıca piercing tiplerinden biridir. Piercing işlemi çoğu zaman steril olmayan tekniklerle ve bu konuda yeterli eğitimi olmayan kişiler tarafından yapılmaktadır.

Piercing sırasında deri ve kıkırdak dokusunun zedelenmesi; enfeksiyon, inflamasyon ve sıvı birikimine neden olabilir. Auriküler kıkırdak avasküler bir yapı olup beslenmesini büyük ölçüde perikondrium aracılığıyla sağlar. Perikondrium ile kıkırdak arasında apse veya sıvı birikmesi, perikondriumu kıkırdaktan ayırarak kıkırdak beslenmesini bozar ve iskemi ile nekroza yol açabilir. (2,3)

Perikondrit doğru ve erken şekilde tedavi edilmezse apse formasyonu, kartilaj nekrozu ve kalıcı auriküler deformiteye neden olabilir. (4)

Bu olgu sunumunda, auriküler kıkırdak piercingi sonrası perikondrit gelişen bir hastanın tanı ve tedavi yaklaşımı sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yirmi bir yaşında erkek hasta, sağ aurikülada iki gündür devam eden ağrı, kızarıklık ve ısı artışı şikâyetleri ile acil servise başvurmuştu. Hastaya acil serviste perikondrit ön tanısıyla amoksisilin/klavulanat 1000 mg başlanmıştı. Tedaviye rağmen şikâyetlerinde gerileme olmaması üzerine hasta kliniğimize başvurdu.

Hastanın bilinen kronik hastalığı ve sürekli kullandığı bir ilaç yoktu. Yakın zamanda piercing uygulaması dışında ek bir travma öyküsü bulunmamaktaydı.

Fizik muayenede sağ aurikülanın superior kısmında, heliks posteriorunda kızarıklık, ödem ve fluktuasyon veren apse ile uyumlu lezyon izlendi. Hastanın auriküla lobülünde tutulum görülmedi. (Şekil 1) Lezyon bölgesindeki piercing çıkarıldı ve apse drenajı gerçekleştirildi. (Şekil 2) Drenaj materyali kültür amaçlı laboratuvara gönderildi. Yara yeri pansumanı yapıldı. Aurikülanın anterior ve posterior yüzüne splint yerleştirilerek sütüre edildi.

Piercing ilişkili auriküler perikondritte *Pseudomonas aeruginosa* olasılığı göz önünde bulundurularak hastaya ampirik siprofloksasin 750 mg oral, günde iki kez ve analjezik tedavi başlandı ve 7 gün süreyle tedaviye devam edildi. Hastanın apse kültürü siprofloksasin duyarlı *Pseudomonas aeruginosa* olarak geldi.

Hasta gūnaşırı yara yeri pansumanı ile takip edildi. Tedavinin birinci haftasında splintler çıkarıldı. Kontrol muayenesinde hastanın ağrı, kızarıklık ve şişlik şikâyetlerinin belirgin olarak gerilediği ve lezyonun iyileştiği görüldü.

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



Şekil 1



Şekil 2



Tartışma

Aurikula lobülü, piercingler için en yaygın bölgedir. Ancak son zamanlarda kulağın farklı bölgelerindeki piercing kullanımı artmış olarak görülmektedir. Yüksek kulak piercingi kulak kepçesinin üst 1/3'ünü içeren piercing olarak tanımlanır. Bu piercingler kıkırdaklı bir yapıyı delmeyi gerektirir. Bu bölgenin kan dolaşımı, aurikula lobülüne göre çok düşüktür. Auriküler kıkırdak piercinglerinde komplikasyon oranı lobül piercinglerine göre daha yüksektir (%40,2 vs %25,4). Enfeksiyon oranı da kıkırdak piercinglerinde anlamlı olarak daha fazladır (%30,3 vs %23,8). (5)

217 AP olgusunu değerlendirdiği çalışmada, kültür alınan hastalarda *Pseudomonas aeruginosa*, piercing ilişkili grupta piercing dışı gruba göre anlamlı olarak daha sık saptanmıştır (%52,4 vs %20,6). 66 AP vakasını içeren bir sistemik derlemede transkartilajinöz kulak piercingi sonrası gelişen enfeksiyonlarda en sık etken *Pseudomonas aeruginosa* olup olguların %87,2'sinde saptanmıştır. (1,6)

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



Apse ile komplike AP'de insizyon ve drenaj, kültür alınması ve antipsödomonal antibiyotik tedavisi temel yaklaşımı oluşturmaktadır. Drenaj sonrası yeniden sıvı birikimini önlemek amacıyla baskılı pansuman veya splint uygulanabilir. Güncel literatürde apse varlığında parenteral antibiyotik tedavisi önerilmekte; sistemik bulgular, immünsüpresyon ve diğer önemli komorbiditeler de intravenöz tedavi gereksinimini desteklemektedir. Nekrotik kıkırdak varlığında cerrahi debridman gerekebilir. Klinik olarak stabil ve oral tedaviye uygun hastalarda, duyarlı *Pseudomonas aeruginosa* enfeksiyonlarında siprofloksasin yüksek oral biyoyararlanımı ve antipsödomonal etkinliği nedeniyle oral tedavi seçeneği olarak kullanılabilir. (1,7)

Pseudomonas aeruginosa bu yaygınlığı nedeniyle bizim hastamıza da kültür sonuçları çıkmadan ampirik olarak oral siprofloksasin başlandı. Apse kültüründe *Pseudomonas aeruginosa* üremesi üzerine tedavi sürdürüldü.

AP'de erken tanı ve uygun antimikrobiyal tedavi, apse ve kıkırdak nekrozunun önlenmesi açısından kritiktir. Tedavide gecikme komplikasyon ve kalıcı auriküler deformite riskini artırmaktadır. AP'de >3 günlük gecikmiş başvuru komplikasyon gelişimiyle anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Prasad ve ark.'nın 61 olguluk serisinde yalnız antibiyotikle tedavi edilen erken evre hastalarda rezidüel deformite görülmezken, insizyon-drenaj gereken hastaların yaklaşık yarısında ve debridman gereken ileri evre hastaların tamamında kalıcı auriküler deformite gelişmiştir. (4,8)

Biz de hastanın ilk başvuru anında müdahale ettik. Aps drenajı ve baskı oluşturmak amacıyla 1 hafta süreyle anteroposterior splint tampon uyguladık. Hastanın yaklaşık 1 hafta sonra lezyonlarının gerilemiş olduğunu gördük.

Sonuç

Piercing ilişkili AP, özellikle auriküler kıkırdak piercinglerinin önemli bir enfeksiyöz komplikasyonudur. *Pseudomonas aeruginosa* bu olgularda önemli bir patojendir. Erken tanı, uygun antimikrobiyal tedavi ve apse varlığında zamanında drenaj; kıkırdak nekrozu ve kalıcı auriküler deformite gibi komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Piercing işlemlerinde uygun aseptik tekniklerin ve işlem sonrası bakımın sağlanması enfeksiyon riskinin azaltılmasında önem taşır.

Referanslar

- 1- Ungar OJ, Bursztyn N, Shilo S, Handzel O, Muhanna N, Oron Y, Abu Eta R, Carmel Neiderman NN. Auricular Perichondritis in the Cartilage Piercing Era. *Laryngoscope*. 2025 Dec;135(12):4693-4702. doi: 10.1002/lary.32409. Epub 2025 Jul 9. PMID: 40631793; PMCID: PMC12706554.
- 2-Tobar DFC, Kosoko AA. Auricular Perichondritis after a "High Ear Piercing:" A Case Report. *J Educ Teach Emerg Med*. 2021 Apr 19;6(2):V30-V33. doi: 10.21980/J8WH16. PMID: 37465706; PMCID: PMC10332785.
- 3-Jaensch SL, Watson AL, Sirigiri R, Birman CS. Pinna perichondritis in a rural setting: a 10-year review of cases and an introduction to the PinCH as a novel technique for improving cosmetic outcomes following pinna abscess. *Aust J Otolaryngol*. 2023;6:5. doi:10.21037/ajo-22-41.
- 4-Mostafa MG, Nuruzzaman M, Khan L, et al. Status of the Microbiological Isolates and Antibiotics Susceptibilities in Patients with Auricular Perichondritis. *Mymensingh Med J*. 2025;34(3):643-649.
- 5- Ziegler JP, Pagedar NA, Moline M, Marcus K, Tanenbaum ZG, Hoffman HT, Owen SR. Ear Piercing Complications: Comparing Cartilage and Soft Tissue Piercings in a Large Survey Cohort. *Laryngoscope*. 2026 Apr 17. doi:10.1002/lary.70572. PMID: 41998811.
- 6- Sosin M, Weissler JM, Pulcrano M, Rodriguez ED. Transcartilaginous ear piercing and infectious complications: a systematic review and critical analysis of outcomes. *Laryngoscope*. 2015;125(8):1827-1834. doi:10.1002/lary.25238.
- 7- Kumbul YÇ, Tuncel Y, Yeşilkuş F, Yasan H, Ünal O. Cauliflower Ear Caused by *Pseudomonas aeruginosa* After "High" Ear Piercing. *Gazi Med J*. 2026;37(1):123-125.
- 8- Prasad HKC, Sreedharan S, Prasad HSC, Meyyappan MH, Harsha KS. *Perichondritis of the auricle and its management*. *J Laryngol Otol*. 2007;121(6):530-534. doi:10.1017/S0022215107005877.

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



SÖZEL BİLDİRİLER

S1

Toplum Kökenli Pnömonide Bilateral Radyolojik Tutulumun Klinik ve Laboratuvar Özellikleri ve Bağımsız Belirleyicileri

Elif Torun Parmaksız, Ayşe Didar Çakmaktaş, Eylem Tunçay

Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç: Toplum kökenli pnömonide (TKP) radyolojik tutulumun yaygınlığı hastalığın klinik prezentasyonu ve şiddeti ile ilişkili olabilir. Bu çalışmada, TKP nedeniyle hastaneye yatırılan hastalarda tek taraflı ve iki taraflı radyolojik tutulumun klinik ve laboratuvar özellikler açısından karşılaştırılması ve iki taraflı tutulumla bağımsız olarak ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu prospektif gözlemsel çalışmaya TKP tanısıyla 2026 nisan ve ağustos ayları arasında hastaneye yatırılan ve radyolojik tutulum bilgisi bulunan 93 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri, başvuru oksijen satürasyonu (SpO_2), hemogram ve biyokimyasal parametreleri, oksijen ve noninvaziv ventilasyon (NIV) gereksinimleri ile hastanede yatış süreleri değerlendirildi. Radyolojik tutulum tek taraflı ve iki taraflı olarak sınıflandırıldı. İki grup klinik ve laboratuvar özellikler açısından karşılaştırıldı. İki taraflı radyolojik tutulumla bağımsız olarak ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulandı.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 70 (58–77) yıl olup %62,4'ü erkekti. Hastaların 51'inde (%54,8) tek taraflı, 42'sinde (%45,2) iki taraflı radyolojik tutulum mevcuttu. İki taraflı tutulum saptanan hastalar tek taraflı tutulum olanlara göre daha yaşlıydı [73,5 (66–81) vs. 65 (51,5–72) yıl; $p=0,001$], daha düşük vücut kitle indeksine sahipti [23,3 (20,1–26,0) vs. 25,0 (22,5–28,5) kg/m^2 ; $p=0,021$] ve başvuru SpO_2 düzeyleri daha düşüktü [94 (93–96) vs. 95 (94,5–97)%; $p=0,007$]. CRP, prokalsitonin, lökosit, nötrofil, lenfosit, LDH, üre, kreatinin ve albumin düzeyleri ile hastanede yatış süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde yaş, iki taraflı radyolojik tutulumla bağımsız olarak ilişkili tek değişkendi (OR=1,039; %95 GA: 1,005–1,074; $p=0,024$). Cinsiyet, SpO_2 , CRP ve albumin bağımsız ilişki göstermedi.

Sonuç: TKP nedeniyle hastaneye yatırılan hastalarda iki taraflı radyolojik tutulum daha ileri yaş, daha düşük VKİ ve daha düşük başvuru oksijen satürasyonu ile ilişkili bulundu. Rutin inflamatuvar ve biyokimyasal belirteçlerde belirgin farklılık saptanmaması, radyolojik yaygınlığın yalnızca sistemik inflamatuvar yanıtla açıklanamayabileceğini düşündürmektedir. Çok değişkenli analizde ileri yaşın iki taraflı tutulumun bağımsız belirleyicisi olması, yaşlı TKP hastalarında daha yaygın radyolojik tutulum açısından dikkatli değerlendirme yapılması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: toplum kökenli pnömoni; bilateral tutulum, radyolojik yaygınlık, oksijen satürasyonu, yaş

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



Tablo 1. Çalışma popülasyonunun demografik ve temel klinik özellikleri

	Toplam, N=93
Yaş, yıl	70 (58–77)
Kadın, n (%)	35 (37.6)
Erkek, n (%)	58 (62.4)
VKİ, kg/m ²	23.9 (21.2–27.3)
Diabetes mellitus, n (%)	22 (23.7)
Hipertansiyon, n (%)	47 (50.5)
Kardiyak hastalık, n (%)	38 (40.9)
Kronik böbrek hastalığı, n (%)	13 (14.0)
Malignite, n (%)	14 (15.1)
Başvuru SpO ₂ , %	95 (94–97)
Oksijen ihtiyacı, n (%)	26 (28.0)*
NIV ihtiyacı, n (%)	3 (3.2)
Tek taraflı tutulum, n (%)	51 (54.8)
İki taraflı tutulum, n (%)	42 (45.2)

Tablo 3. İki taraflı radyolojik tutulumun bağımsız belirleyicileri

Tablo 2. Tek taraflı ve iki taraflı pnömonilerin karşılaştırılması

	Tek taraflı N=51	İki taraflı N=42	p
Yaş, yıl	65 (51.5–72)	73.5 (66–81)	0.001
Erkek, n (%)	33 (64.7)	25 (59.5)	0.670
VKİ, kg/m ²	25.0 (22.5–28.5)	23.3 (20.1–26.0)	0.021
SpO ₂ , %	95 (94.5–97)	94 (93–96)	0.007
WBC	12,010 (8,560–14,230)	11,575 (9,518–17,695)	0.360
Nötrofil	8,870 (6,040–11,755)	9,540 (7,298–13,890)	0.285
Lenfosit	1,170 (840–1,710)	1,120 (758–1,705)	0.610
Hemoglobin	12.1 (10.4–13.7)	11.0 (9.7–12.5)	0.196
Trombosit	255,000 (183,500–327,500)	252,000 (227,250–347,000)	0.420
CRP	128.5 (48.5–207.2)	147.5 (84.6–221.6)	0.255
Prokalsitonin	0.20 (0.10–0.55)	0.32 (0.14–0.85)	0.266
LDH	219 (203.8–259.3)	226 (171–327)	0.782
Üre	40 (31.5–56.5)	40 (28.3–57.5)	0.838
Kreatinin	1.03 (0.81–1.31)	0.88 (0.75–1.21)	0.115
Albumin	36.0 (32.3–39.0)	34.9 (31.1–36.5)	0.100
Yatış süresi, gün	8.5 (6.3–10)	7 (6–10)	0.524

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



	OR	%95 GA	<u>p</u>
Yaş, her 1 yıl	1.039	1.005–1.074	0.024
Erkek cinsiyet	0.914	0.354–2.360	0.853
<u>SpO₂</u>, her %1 artış	0.849	0.689–1.046	0.125
CRP, her 1 birim	1.001	0.997–1.005	0.657
<u>Albumin</u>, her 1 birim	0.980	0.880–1.091	0.708

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



S2

Kompleks Frontal Sinüs Hastalıklarının Fizyolojik Drenajın Korunduğu Selektif Hibrit Eksternal ve Endoskopik Yaklaşımla Yönetimi

Utku Kubilay, Kaan Işıklar, Cem Bulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Şehir Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Amaç : Kompleks frontal sinüs hastalıklarının tedavisinde, eksternal frontal sinüs erişimi ile endoskopik Draf IIa frontal sinüzotominin birlikte uygulandığı ve fizyolojik drenajın korunduğu selektif hibrit yaklaşımın etkinliğini değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem: Kombine eksternal ve endoskopik yaklaşımla tedavi edilen kompleks frontal sinüs patolojisine sahip 12 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Eksternal teknikler arasında bikoronal osteoplastik yaklaşım veya kaş insizyonu yer alırken, gerekli olgularda trepanasyon, anterior duvar rekonstrüksiyonu, orbital rekonstrüksiyon ve dura onarımı gibi ek işlemler uygulandı. Doğal drenajın korunması amacıyla tüm olgularda endoskopik Draf IIa frontal sinüzotomi gerçekleştirildi. Hastaların klinik başvuru özellikleri, önceki cerrahi öyküleri, intraoperatif cerrahi ayrıntıları ve sonuçları analiz edildi.

Bulgular: Yedi hasta (%58) primer olgu iken, beş hastanın (%42) daha önce cerrahi girişim öyküsü mevcuttu. Revizyon olguları arasında üç hasta daha önce üç kez, bir hasta iki kez ve bir hasta bir kez opere edilmişti; böylece bu grupta toplam 12 önceki cerrahi girişim bulunmaktaydı. Revizyon hastalarının hiçbirinde daha önce kombine eksternal ve endoskopik yaklaşım uygulanmamıştı.

Beş hasta proptozis ile başvurdu. Genel durumu kötü olan bir hasta dışında tüm hastalarda (n=11) baş ağrısı, nazal obstrüksiyon ve kozmetik yakınmalar mevcuttu.

Eksternal erişim 7 hastada bikoronal yaklaşım, 5 hastada ise kaş insizyonu ile sağlandı. İki hastada osteoplastik flep prosedürü uygulanırken, diğer olgular frontal trepanasyon ile tedavi edildi. Altı hastada plak-vida fiksasyonu kullanılarak anterior duvar rekonstrüksiyonu gerekti ve 2 hastada plak fiksasyonu ile orbital rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. İki hastada dura onarımı gerekli oldu.

Takip süresince bir hastada hastalık rekürrensi gözlemlendi; ancak hiçbir hastada revizyon cerrahisine ihtiyaç duyulmadı. Majör komplikasyon izlenmedi.

Sonuç: Draf IIa ile birlikte uygulanan selektif hibrit eksternal ve endoskopik yaklaşım, fizyolojik drenajı korurken etkili hastalık kontrolü sağlamaktadır. Özellikle revizyon olgularında hem cerrahi erişimin hem de drenajın eş zamanlı olarak ele alınmasının kritik öneme sahip olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: frontal sinüs, cerrahi, eksternal yaklaşım, Draf

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



S3

Vücut Kitle İndeksi ≥ 33 kg/m² Olması Nedeniyle Zorunlu Polisomnografi Uygulanan Sürücülerde Obstrüktif Uyku Apnesinin Tanısal Verimi

Dilem Anıl Tokyay, Neslihan Köse Kabil

Yalova EAH, Yalova Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Kliniği / Uyku Laboratuvarı, [Yalova], Türkiye

Amaç: Ülkemizde vücut kitle indeksi (VKİ) 33 kg/m² ve üzerinde olan sürücü ve sürücü adaylarından, yakınması olup olmadığına bakılmaksızın tüm gece polisomnografi (PSG) istenmesi zorunlu hâle gelmiştir. Bu çalışmada söz konusu endikasyonla test edilen olgularda tanısal verimin belirlenmesi, apne-hipopne indeksi (AHİ) şiddet gruplarının klinik özelliklerinin karşılaştırılması ve orta-ağır obstrüktif uyku apnesi sendromunu (OUAS) öngören değişkenlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sürücü belgesi işlemleri kapsamında 2025-2026 yıllarında uyku laboratuvarımızda tüm gece PSG uygulanan ardışık olgular geriye dönük incelendi; VKİ ≥ 33 kg/m² ölçütünü karşılayan 152 erişkin olgu çalışmaya alındı. Olgular AHİ'ye göre dört gruba ayrıldı: AHİ <5 (normal), 5–14,9 (hafif), 15–29,9 (orta) ve ≥ 30 /saat (ağır). Gruplar yaş, cinsiyet, VKİ, horlama, tanıklı apne, gündüz aşırı uykululuk (GAU), Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) puanı ve pozisyonel OUAS varlığı açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Olguların 108'i (%71,1) erkek olup ortalama yaş 45,1 $\pm$ 13,0 yıl, ortalama VKİ 38,1 $\pm$ 4,5 kg/m² ve ortalama AHİ 22,6 (ÇAA 11,1–39,5)/saat idi. AHİ dağılımı: <5'te 10 olgu (%6,6), 5–14,9'da 42 olgu (%27,6), 15–29,9'da 42 olgu (%27,6) ve ≥ 30 'da 58 olgu (%38,2). Gruplar arasında yaş (35,0'ten 51,3 yıla; p<0,001), erkek cinsiyet oranı (p<0,001), EUÖ puanı (0,3'ten 7,7'ye; p<0,001) ve tüm semptomların sıklığı (p<0,001) anlamlı biçimde farklılaşırken, VKİ açısından fark saptanmadı (sırasıyla 38,2; 37,6; 38,3 ve 38,4 kg/m²; p=0,909). VKİ ile AHİ arasında korelasyon yoktu (p=0,896); buna karşılık yaş ve EUÖ puanı AHİ ile anlamlı korelasyon gösterdi (p<0,001). Hiçbir semptomu bulunmayan 45 olgunun %17,8'inde AHİ ≥ 15 saptandı. Çok değişkenli analizde semptom sayısı (OR 15,50), yaş (OR 1,13) ve VKİ (OR 1,18) AHİ ≥ 15 için; semptom sayısı (OR 3,75), yaş (OR 1,08) ve erkek cinsiyet (OR 4,30) AHİ ≥ 30 için bağımsız ilişki bulundu.

Sonuç: VKİ ≥ 33 kg/m² ölçütüyle test edilen sürücülerin yalnızca %6,6'sında uyku testi normal bulunmuş, %65,8'inde sürücü belgesi kararını doğrudan etkileyecek düzeyde OUAS saptanmıştır. Zorunlu tarama uygulamasının klinik gerekçesini desteklemektedir. Ancak VKİ, obez popülasyon içinde şiddet gruplarını ayırt edememektedir; hastalık şiddetini belirleyen esas etkenler yaş, cinsiyet ve semptom yüküdür. Asemptomatik olguların yaklaşık altıda birinde orta-ağır OUAS bulunması nedeniyle semptom temelli eleme de güvenli değildir.

Anahtar Kelimeler: Obstrüktif uyku apnesi, polisomnografi, sürücü belgesi, obezite, trafik güvenliği, tarama

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



S4

İki Ardışık Bethesda III Sitolojisi Bulunan Tiroid Nodüllerinde Malignite Riskinin Öngörülmesinde Radyolojik ve Biyokimyasal Parametrelerin Rolü

Cemal Özyılmaz

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

Amaç: Bethesda III (önemi belirsiz atipi/önemi belirsiz foliküler lezyon) kategorisi, sitolojik heterojenitesi ve literatürde bildirilen değişken malignite oranları nedeniyle klinik yönetimde zorluk oluşturmaktadır. Bu çalışmada, iki ardışık Bethesda III sitolojisi bulunan hastalarda preoperatif demografik, ultrasonografik ve biyokimyasal özelliklerin final histopatolojik tanı ile ilişkisinin ve maligniteyi öngörmedeki potansiyel değerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, Ocak 2018–Ocak 2024 tarihleri arasında üçüncü basamak bir merkezin KBB Kliniği'nde iki ardışık ince iğne aspirasyon biyopsisinde Bethesda III sonucu bulunan ve cerrahi tedavi uygulanan 48 hasta değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, nodül boyutu, preoperatif T3, T4, TSH, tiroglobulin (Tg) ve anti-tiroglobulin (anti-Tg) düzeyleri ile ultrasonografik bulguları kaydedildi. Tiroid nodülleri American College of Radiology Thyroid Imaging Reporting and Data System (ACR TI-RADS) kriterlerine göre değerlendirilerek TI-RADS kategorileri ve toplam puanları belirlendi. Hastalar final histopatolojik tanılarına göre benign ve malign olmak üzere iki gruba ayrıldı ve klinik, ultrasonografik ve biyokimyasal özellikler açısından karşılaştırıldı. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılım göstermeyen değişkenler medyan (minimum–maksimum), kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t-testi, Mann–Whitney U testi ve Ki-kare testi kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 48 hastanın 27'si (%56,3) benign, 21'i (%43,8) malign olarak değerlendirildi. Benign ve malign gruplar arasında nodül boyutu açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,454$). T3 ($p=0.791$), T4 ($p=0.179$), TSH ($p=0.187$), tiroglobulin ($p=0.112$) ve anti-tiroglobulin ($p=0.119$) düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Buna karşılık ACR TI-RADS kategorisi ile malignite arasında anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,001$).

Sonuç: Çalışmamızda, iki ardışık Bethesda III sitolojisi bulunan hastalarda ACR TI-RADS kategorisinin malignite ile anlamlı olarak ilişkili olduğu ve TI-RADS kategorisi arttıkça malignite oranının belirgin şekilde yükseldiği gösterildi. Bu bulgu, yüksek TI-RADS skorlarının malignite riski ile ilişkili olduğunu bildiren önceki çalışmalarla uyumludur. Tiroglobulin başta olmak üzere tiroid fonksiyon testleri ve anti-tiroglobulin düzeylerinin maligniteyi öngörmedeki değerini araştıran çalışmaların sonuçları heterojendir; bu parametrelerin malignite ile ilişkisi farklı çalışmalarda tutarlı olarak gösterilememiştir. Çalışmamızın sonuçları, iki ardışık Bethesda III sitolojisi bulunan hastalarda ultrasonografik bulguların malignite riskinin değerlendirilmesinde biyokimyasal parametrelere kıyasla daha belirgin bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: tiroid nodülü, malignite, radyoloji, tiroid fonksiyon testi

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



S5

KOAH Hastalarında Hiperkapnik Fenotipin Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

Umur Sayanoğlu, Eylem Tunçay, Elif Torun Parmaksız

Sancaktepe Şehit Prof.Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç:Hiperkapni, kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOAH) ventilatuvar yetersizliğin önemli bir göstergesidir ve uzun dönem solunum desteği gereksinimi ile ilişkili olabilir. Hiperkapnik hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerinin tanımlanması, farklı bir KOAH fenotipinin ortaya konmasına katkı sağlayabilir. Bu çalışmada KOAH hastalarında hiperkapni ile ilişkili demografik, klinik, laboratuvar ve fonksiyonel özelliklerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif gözlemsel çalışmaya arter kan gazı değerlendirmesi bulunan 100 KOAH hastası dahil edildi. Hastalar PaCO₂ düzeyine göre non-hiperkapnik (PaCO₂<45 mmHg, n=42) ve hiperkapnik (PaCO₂≥45 mmHg, n=58) olarak iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, komorbiditeler, sigara maruziyeti, son bir yıldaki alevlenmeler, evde uzun süreli oksijen tedavisi (USOT) ve noninvaziv ventilasyon (NIV) kullanımı, laboratuvar, arter kan gazı ve solunum fonksiyonları karşılaştırıldı. Hiperkapni ile bağımsız ilişkili faktörler lojistik regresyon analiziyle değerlendirildi.

Bulgular: Hiperkapnik hastalar daha gençti [69,5 (63,0–75,8) vs. 74,0 (67,3–80,5) yıl; p=0,013]. Cinsiyet, beden kitle indeksi, sigara maruziyeti ve alevlenme sayısı açısından gruplar benzerdi. Hiperkapnik grupta evde USOT (%65,9 vs. %27,3; p=0,004) ve NIV (%53,5 vs. %5,0; p<0,001) kullanımı daha sıklı. Hiperkapnik hastalarda pH daha düşük, HCO₃⁻ daha yüksekti (her ikisi p<0,001). CRP [15,4 (5,9–37,6) vs. 49,0 (13,8–140,5); p=0,008] ve prokalsitonin [0,07 (0,04–0,15) vs. 0,23 (0,10–0,40); p=0,002] ise daha düşüktü. Solunum fonksiyon testi bulunan hastalarda FEV₁% ve FEV₁/FVC hiperkapnik grupta daha düşük olma eğilimindeydi (sırasıyla p=0,057 ve p=0,055). Çok değişkenli analizde evde NIV kullanımı hiperkapni ile bağımsız ilişkiliydi (OR=15,32; %95 GA:1,27–184,51; p=0,032).

Sonuç:KOAH'ta hiperkapnik fenotip, daha yüksek evde solunum desteği kullanımı ve ventilatuvar bozuklukla karakterizedir. Hiperkapnik hastalarda daha düşük inflamatuvar belirteçlerin bulunması, hiperkapninin akut inflamasyondan çok kronik ventilatuvar yetersizlikle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, hiperkapni, noninvaziv ventilasyon, solunum yetmezliği, PaCO₂

Tablo 1. Hiperkapnik ve non-hiperkapnik KOAH hastalarının demografik ve klinik özellikler			
	PaCO ₂ <45 (n=42)	PaCO ₂ ≥45 (n=58)	p
Yaş, yıl	74.0 (67.3–80.5)	69.5 (63.0–75.8)	0.013
Erkek cinsiyet, n (%)	28 (66.7)	38 (65.5)	1.000
Aktif sigara*, n (%)	16/24 (66.7)	27/40 (67.5)	1.000
Sigara, paket-yıl	50 (30–60)	50 (37.5–60)	0.856
BMI, kg/m ²	26.0 (21.0–29.5)	26.0 (23.8–29.5)	0.663
Son 1 yıldaki alevlenme sayısı	1 (1–2)	1 (1–2)	0.444
Diabetes mellitus, n (%)	15/26 (57.7)	13/36 (36.1)	0.123
Hipertansiyon, n (%)	20/26 (76.9)	26/38 (68.4)	0.575
Kardiyak hastalık, n (%)	20/29 (69.0)	18/35 (51.4)	0.204
Kronik böbrek hastalığı, n (%)	7/23 (30.4)	4/31 (12.9)	0.173
Malignite, n (%)	3/22 (13.6)	4/33 (12.1)	1.000
Akciğer kanseri, n (%)	2/21 (9.5)	1/31 (3.2)	0.558
Evde USOT, n (%)	6/22 (27.3)	29/44 (65.9)	0.004
Evde NIV, n (%)	1/20 (5.0)	23/43 (53.5)	<0.001
LABA kullanımı, n (%)	31/32 (96.9)	41/42 (97.6)	1.000
LAMA kullanımı, n (%)	23/29 (79.3)	36/40 (90.0)	0.302
İKS kullanımı, n (%)	21/29 (72.4)	38/41 (92.7)	0.042
Evde nebul tedavisi, n (%)	21/25 (84.0)	30/37 (81.1)	1.000

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



Tablo 2. Laboratuvar, arter kan gazı ve solunum fonksiyonlarının karşılaştırılması

	PaCO ₂ <45	PaCO ₂ ≥45	p
pH	7.42 (7.38–7.45)	7.36 (7.33–7.39)	<0.001
PaO ₂ , mmHg	48.0 (33.3–65.0)	40.0 (30.0–62.6)	0.456
HCO ₃ ⁻ , mmol/L	23.0 (20.8–25.0)	27.7 (25.9–30.0)	<0.001
SpO ₂ , %	88 (67–93)	90 (79.3–95)	0.686
WBC	9.95 (8.57–13.07)	9.90 (7.67–14.00)	0.532
Nötrofil	8.25 (5.83–10.98)	6.51 (4.88–9.45)	0.162
Lenfosit	1.36 (0.76–2.10)	1.72 (1.19–2.33)	0.123
Hemoglobin, g/dL	13.05 (10.62–14.35)	12.90 (10.85–14.12)	0.894
Trombosit	231.5 (191.3–268.0)	254.5 (210.5–307.0)	0.133
CRP	49.0 (13.8–140.5)	15.4 (5.9–37.6)	0.008
Prokalsitonin	0.23 (0.10–0.40)	0.07 (0.04–0.15)	0.002
Albumin, g/dL	3.66 (2.90–4.04)	3.72 (3.13–4.11)	0.647
ALT	13.0 (9.0–17.6)	15.4 (10.0–22.7)	0.161
AST	14.5 (12.0–19.1)	17.6 (13.8–24.9)	0.098
Üre	47.0 (34–60)	41.5 (32–55.8)	0.591
Kreatinin	1.03 (0.81–1.38)	0.81 (0.68–1.04)	0.004
eGFR	64.6 (45.0–86.4)	85.8 (63.5–97.5)	0.004
Sodyum	137 (135–139)	138 (136–140)	0.105
Potasyum	4.41 (4.03–4.60)	4.50 (4.14–4.90)	0.183
FEV ₁ , L†	1.69 (1.00–2.15)	1.13 (0.76–1.37)	0.270
FEV ₁ , %†	60.3 (43.5–79.8)	27.0 (26.2–51.5)	0.057
FVC, L†	2.58 (1.59–3.13)	1.55 (1.50–1.69)	0.133
FVC, %†	84.2 (51.9–98.5)	47.0 (44.5–52.9)	0.109
FEV ₁ /FVC, %†	78.0 (68.8–87.0)	56.9 (50.0–69.7)	0.055

Tablo 3. Hiperkapni için çok değişkenli lojistik regresyon

Değişken	OR	%95 GA	p
Yaş, her 1 yıl	0.99	0.91–1.08	0.842
CRP, her 1 birim	1.003	0.988–1.018	0.705
Kreatinin	0.10	0.007–1.37	0.084
Evde USOT	1.96	0.34–11.50	0.454
Evde NIV	15.32	1.27–184.50	0.032

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



S6

Yapay Zekânın Spirometrik Patern Sınıflamasındaki Performansı:
Hekim Değerlendirmesi ve Rutin Klinik Raporlama ile Karşılaştırmalı Uyum Analizi

İpek Çalık¹

¹ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Spirometrik paternlerin doğru sınıflandırılması, solunum sistemi hastalıklarının tanısallık değerlendirilmesinde temel öneme sahiptir. Güncel ERS/ATS yorumlama standartları, sabit eşikler yerine alt normal sınır (LLN) ve z-skor temelli değerlendirmeyi önermekte; GINA 2026 da ekspiratuvar hava akımı kısıtlanmasının değerlendirilmesinde FEV₁/FVC oranının LLN ile karşılaştırılmasını vurgulamaktadır. Bu çalışmada, güncel kılavuzlar doğrultusunda gerçekleştirilen yapay zekâ temelli spirometrik patern sınıflamasının deneyimli hekim değerlendirmesi ve rutin klinik raporlama ile uyumunun araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif gerçek yaşam çalışmasına, bronkodilatör öncesi spirometrik ölçümleri klasik dört patern (normal, obstrüktif, restriktif ve mikst patern) kapsamında değerlendirilebilen 804 erişkin olgu dahil edildi; bu sınıfların dışında değerlendirilen kayıtlar analiz dışı bırakıldı. Manuel değerlendirmeler, göğüs hastalıkları alanında en az üç yıllık klinik deneyime sahip hekimler tarafından gerçekleştirildi. Yapay zekâ değerlendirmesinde bronkodilatör öncesi FEV₁, FVC ve FEV₁/FVC ölçümleri ile yüzde-beklenen ve z-skor değerleri kullanıldı. Hekim sınıflaması ve rutin klinik rapor sonuçları yapay zekâya gösterilmedi. Tüm olgularda aynı standardize komut kullanılarak, güncel ERS/ATS spirometri yorumlama standartları doğrultusunda olguların normal, obstrüktif, restriktif veya mikst paternlerden biri olarak sınıflandırılması istendi. Değerlendirme yöntemleri arasındaki uyum yüzdesel uyum oranları ve Cohen kappa katsayısı ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya 804 olgu dahil edildi; yaş ortalaması 47,9±15,4 yıl olup 524'ü (%65,2) kadındı. Yapay zekâ 192 (%23,9) olguyu normal, 62 (%7,7) obstrüktif, 470 (%58,5) restriktif ve 80 (%10,0) mikst patern olarak sınıflandırdı. Yapay zekâ ile rutin klinik raporlama arasındaki uyum %85,6 ($\kappa=0,751$), yapay zekâ ile hekim değerlendirmesi arasındaki uyum %40,9 ($\kappa=0,251$) ve hekim değerlendirmesi ile rutin klinik raporlama arasındaki uyum %42,8 ($\kappa=0,293$) idi. Üç değerlendirme yönteminin tam uyum oranı %35,3 idi. En belirgin ayrışma restriktif-mikst patern ayrımında gözlemlendi. Hekimler tarafından mikst olarak sınıflandırdığı 354 olgunun 281'i (%79,4) yapay zekâ tarafından restriktif patern olarak değerlendirildi.

Tartışma ve Sonuç: Güncel kılavuzlar doğrultusunda gerçekleştirilen yapay zekâ temelli spirometri sınıflaması rutin klinik raporlama ile güçlü uyum gösterirken, deneyimli hekim değerlendirmesiyle uyumu sınırlı bulundu. Ayrışmanın özellikle restriktif-mikst paternlerde yoğunlaşması, gerçek yaşam pratiğinde güncel referans sınırlarının spirometri yorumuna daha sistematik biçimde entegre edilmesi gereksinimini düşündürmektedir. Bulgularımız, kılavuz temelli yapay zekâ kullanımının spirometrik patern sınıflamasında standardizasyonu destekleyebileceğini ve özellikle restriktif-mikst patern ayrımında klinik karar desteği sağlayabileceğini göstermektedir.

- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz ve
- Baş Boyun Cerrahisi
- Göğüs Hastalıkları



S7

Kliniğimizdeki Endobronşiyal Ultrasonografi (EBUS) ve Bronkoskopi Uygulamalarımızın Demografik ve Tanısal Sonuçları

Berivan Karatekin Usta

Giriş:

Bu çalışmada , kliniğimizde EBUS ve konvansiyonel bronkoskopi yapılan hastaların demografik özelliklerini, patolojik/ sitolojik tanı sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık. Kliniğimizde EBUS / bronkoskopi işlemi uygulanan ve tanısal değerlendirmesi tamamlanan toplam 153 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, lenf nodu biyopsi/ aspirasyon patoloji sonuçları analiz edilmiştir.

Bulgular:

İncelemeye alınan 153 hastanın yaş ortalaması $59,6 \pm 12,8$ (aralık: 20–88) olup, hastaların %65,4'ü (n=100) erkek, %34,6'sı (n=53) kadındır.

Yapılan işlemler sonucunda patolojik/mikrobiyolojik tanı dağılımı şu şekildedir:

- * **Malignite (%39,2, n=60):** En sık saptanan maligniteler Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK - Skuamöz / Adenokarsinom) ve Küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK) olarak izlenmiştir.
- * **Benign / Non-spesifik Bulgular (%35,3, n=54):** Benign sitoloji, reaktif lenf nodu ve non-spesifik iltihabi reaksiyonlar
- * **Granülomatöz İltihap / Sarkoidoz / Tüberküloz (%13,7, n=21):** Sarkoidoz ile uyumlu non-kazeifiye granülomatöz iltihap ve kazeifiye granülomatöz tüberküloz olguları
- * **Tanısal Olmayan / Yetersiz Örneklem (%11,8, n=18):** Kan, kan elemanları veya kanamalı materyal nedeniyle suboptimal değerlendirilen olgular.

Tanısal doku örneklemelerinde lenf nodu istasyonlarına göre en sık örneklenen bölgeler **4R, 7, 11L ve 2R** lenf nodları oldu.

Demografik Veriler	
Toplam Hasta Sayısı (N)	153
Cinsiyet (Erkek / Kadın)	100 (%65,4) / 53 (%34,6)
Yaş (Ortalama $\pm$ SD)	$59,6 \pm 12,8$ yıl
Yaş Aralığı (Min – Maks)	20 – 88 yaş

Tablo 1: Demografik veriler

Patoloji Sonuçları	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)
Malignite (KHDAK, KHAK, Metastaz)	60	%39,2
Benign / Reaktif Lenf Nodu / İltihabi	54	%35,3
Granülomatöz Hast (Sarkoidoz / Tbc)	21	%13,7
Tanısal Olmayan	18	%11,8

Tablo 2: Patoloji Sonuçları

Tartışma:

EBUS ve bronkoskopi uygulamaları, mediastinal/hiler lenfadenopatilerin değerlendirilmesinde ve parankimal akciğer lezyonlarının tanısında yüksek tanısal verimliliğe sahip, uygulanması cerrahiye kıyasla kolay, güvenilir ve invazivliği düşük yöntemlerdir.

Anahtar kelimeler: EBUS , bronkoskopi , akciğer kanseri

www.meditrio2026.org