

## Radyolojik Değerlendirme

### X Ray-evaluation

Solmaz Çelebi, Zeynep Yazıcı\*, Mustafa Hacımustafaoğlu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

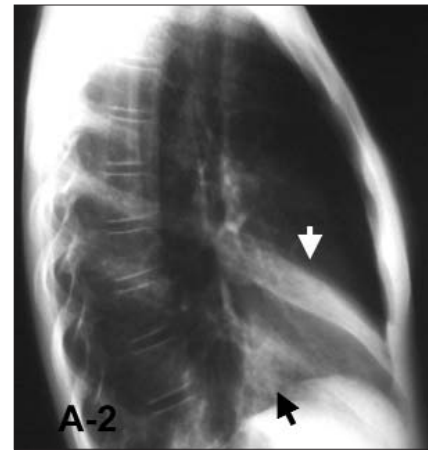
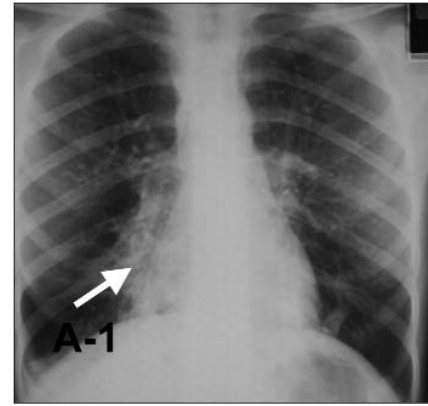
\*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

#### Olgu Özeti

On iki yaşında kız hasta 3 gündür devam eden öksürük ve ateş yüksekliği yakınması ile başvurdu. Olgunun 6 yaşından beri değişik merkezlerde tekrarlayan hırıltı atakları, öksürük ve ateş yüksekliği ile tedaviler aldığı öğrenildi. Muayenesinde, ateş (aksiller) 38 0C, sağ akciğerde belirgin kreptan raller saptandı. Hastanın akciğer grafileri ve tomografisi resim A-1 ve A-2 ve B de görülmektedir.

#### Genel Yorum

Hastanın son 9 ay içinde diğer merkezlerde yapılmış olan önceki göğüs grafileri incelendiğinde, aynı görüntünün sebat ettiği görüldü. Klinik ve radyolojik bulgularla olguya sağ orta lob sendromu tanısı kondu. Sağ orta lob sendromu, sağ orta lobun inatçı ya da tekrarlayan atelektazisi ile karakterizedir. Spesifik klinik bulguları olmaması nedeniyle radyolojik değerlendirme yapılmadığı takdirde, tanıda gecikmeler olabilmektedir. Öyküde tekrarlayan öksürük, hırıltı atakları, tekrarlayan akciğer enfeksiyonu ve astım varlığı dikkati çeker. Atelektazi, obstrüktif nedenlere bağlı gelişebileceği gibi non-obstrüktif olarak da karşımıza çıkabilir.



**Resim B:** Hastanın akciğer BT görünümü görülmektedir. Trakeal bifurkasyonun altından geçen bu aksiyal kesitte, sağ orta lobda hacim kaybı (major fissürde öne doğru yer değiştirme; beyaz uzun ok) izleniyor. Dansite artışının arka kesiminde major fissür keskin kenarı oluşturuyor (beyaz uzun ok). Bulgular sağ akciğer orta lobta atelektazi ile uyumludur. Kalbe komşu bir lob olması nedeniyle yoğunluk artışı kalp yoğunluğuyla devamlılık (siyah ok) göstermektedir.

**Resim A1-2:** Hastanın iki yönlü; arka-ön (A-1) ve sağ yan (A-2) grafileri görülmektedir.

Arka-ön grafide; Normal pozisyonda çekilen bu grafide kalp sağ sınırını silen yoğunluk artımı izlenmektedir (siluet işareti). bronkovasküler dansitede artış var. Bu görünüm sağ orta lobta atelektazi veya pnömoniye temsil edebilir. Yan grafide; Kalp üzerine oturan, hilustan ön göğüs duvarına uzanan, sınırları keskin bir yoğunluk artımı izleniyor (beyaz ok). Bu görünüm, arka-ön grafide kalp sınırını silen yoğunluk artımının pnömonik konsolidasyona bağlı olmayıp orta lob atelektazisi olduğunu göstermektedir. Bu gibi durumlarda arka-ön grafiye ek olarak yan grafi çekilmesi tanının netleşmesine katkıda bulunmaktadır. Ayrıca alt lob lokalizasyonunda konsolidasyon ile uyumlu yoğunluk artımı (siyah ok) dikkati çekmektedir.

#### Yazışma Adresi Correspondence Address

Dr. Solmaz Çelebi  
Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı  
ve Hastalıkları Anabilim  
Dalı, Çocuk Enfeksiyon  
Hastalıkları Bilim Dalı  
16059 Görükle, Bursa,  
Türkiye  
Tel.: +90 224 442 81 43  
Faks: +90 224 442 81 43  
E-posta:  
solmaz@uludag.edu.tr

## Olgu Özeti

RT, 4y K, polinöropati, uzun süredir YBÜde respiratörde izleniyor. Yoğun bakımda tedavisi devam eden hastada solunum sıkıntısı ortaya çıktı. FM de; sekresyon ralleri ve sağ akciğerde solunum seslerinde azalma saptandı.



**Resim A:** Çekilen göğüs röntgenografisinde (Resim A); hasta pozisyonunun uygun olduğu görülmektedir (yoğun bakım hastalarında yanlış pozisyonlar değerlendirmeyi güçleştirebilir). Trakeal entübasyon tüpünün yerleşimi normaldir (tüpün ucu bifürkasyonun yaklaşık 2 cm üzerindedir). Sağ hemitoraks tamamen opakdır. Sol akciğerde havalanma artışı mevcuttur. Kalp ve mediasten yapıları sağa doğru yer değiştirmiştir. Sağ ana bronşun proksimal kesimi izlenebiliyor (siyah ok) ancak sonrasındaki dallanmalar fark edilmiyor. Bir hemitorakstaki total opasitede ayırıcı tanı, masif plevral efüzyon, total atelektazi ve kitle arasında yapılmalıdır. Bu durumda mediasten ve kalpteki yer değişikliği değerlendirilmelidir. Masif plevral efüzyon ve kitlede mediasten ve kalp karşı tarafa, total atelektazide aynı tarafa doğru yer değiştirir. Karşı tarafa doğru yer değiştirmede, efüzyon kitle ayrımı açısından ultrasonografi yardımcı olur. Ayırt edilemeyen olgularda BT endikasyonu doğabilir. Hastamızda göğüs röntgenografisinde kalp ve mediastende opasite tarafına doğru yer değişikliği atelektazi lehinedir. Klinik ve radyolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde, bunun muhtemelen sağ ana bronş düzeyinde mukus tıkaçına bağlı olduğu düşünülmüştür. Hastaya derin trakeal aspirasyon, yeterli hidrasyon, göğüs fizyoterapisi ve pozisyon verme, buhar inhalasyonu ve nebulize asetil sistein uygulanmıştır.



**Resim B:** Söz konusu tedavi yaklaşımlarından 6 saat sonra çekilen kontrol röntgenografide (Resim B); kalp ve mediasten yapılarının pozisyonun normale döndüğü, sağ akciğerin havalanmaya başladığı görülmektedir. Soldaki akciğerdeki havalanma fazlalığı düzelmiştir. Sağ akciğer alt zondaki rezidüel hafif yoğunluk artımı antibiyotik tedavisi vermeden destek tedavisiyle kısa sürede (birkaç gün içinde) kaybolmuştur.