

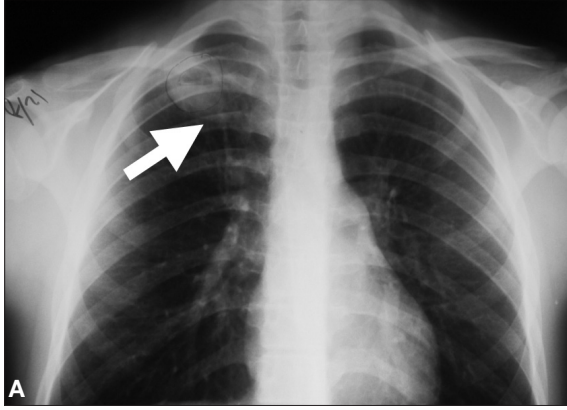
Radyolojik Değerlendirme

X Ray-evaluation

Solmaz Çelebi, Zeynep Yazıcı

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

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



(Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı arşivi, yazılı izinle alınmıştır.)

15 yaş, erkek hasta, yaklaşık 1 hafta önce sağ omuz ve göğüs ağrısı olan olgu, bir gündür solunum sıkıntısı ve 38.5 °C ateş yüksekliği olması nedeniyle çocuk acil polikliniğine başvurdu. Öyküden daha önce tekrarlayan enfeksiyonların ve önemli yakınmaların olmadığı, son 2 haftadır ateş ve öksürük nedeniyle doktor tarafından önerilen farklı antibiyotikler (amoksisilin, klavulonat, klaritromisin gibi) aldığı ancak yakınmaların devam ettiği öğrenildi. Ayrıca yakın ilişkide oldukları amca ve halasının akciğer tüberkülozu nedeniyle 5 yıl önce tedavi aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ üstte solunum seslerinde azalma saptandı. PPD testi: 15X17 mm (1 BCG skarı var), Mide açlık sıvısı AARB 3 kez negatif saptandı. Akciğer grafisinde sağ akciğer üst lob apikal segmentte içerisinde hava sıvı seviyesi bulunan 3x3.5 cm boyutunda kaviter lezyon saptandı.

Radyolojik Yorum

Hastanın göğüs PA röntgenogramında, sağ akciğer üst zona yerleşik, içinde hava-sıvı seviyelenmesi olan kaviter bir lezyon görülüyor. Sağ hilustan lezyona doğru uzanan lineer opasite fibrotik bir bant olabilir. Diğer akciğer alanları ve her iki hilusun görünümü normal. Parankim penceresinde elde edilen BT kesitinde, sağ akciğer üst lob apikal segmentte kalın duvarlı hava-sıvı seviyelenmesi içeren kaviter lezyonun çevresinde hafif buzlu cam yoğunluğu ve fibroproduktif değişiklikleri düşündürür çizgisel opasiteler dikkati çekiyor.

On beş yaşındaki hastada böyle bir lezyonun ayırıcı tanısında akciğer absesi, kaviter tüberküloz veya bronşial sisteme açılmış kist hidatid ya da komplekse bir bronkojenik kist gibi lezyonlar düşünülebilir. Lezyonun yerleşimi tüberküloz için tipiktir. Ancak tüberküloz kavitesi genellikle ince duvarlıdır; içinde sıvı çok az ve nadiren görülür; çevrede her zaman satellit lezyonlar ve hilusla bağlantılı lineer opasiteler izlenir. Kist hidatid bronşa açıldığında içinde hava-sıvı seviyelenmesi olur ancak bu durumda genellikle çöken germinatif membrana bağlı tipik görünüm izlenir. Akciğer abseleri genellikle bakteriyel pnömonilerin bir komplikasyonu olarak ortaya çıkar. Alttan yatan başka bir akciğer hastalığı yoksa, tek ve büyük bir absede öncelikle aneorobik ajanlar sorumludur. Abselerde hava-sıvı seviyelenmesi sıkır, duvarı kalın ve düzensizdir. Bronkojenik kist, akciğer parankiminde genellikle 1/3 iç kesime yerleşir. Bronşa açılırsa hava-sıvı seviyelenmesi içerir. Enfekte olduğunda abseden ayırt etmek güçtür. Sonuç olarak, lezyonun yerleşim yeri, çevresindeki fibrotik değişikliklerin varlığı, lezyonun görünümü çok tipik olmasa bile öncelikle tüberküloz kavitesini düşündürmektedir. Ayırıcı tanıda önce abse ve daha sonra bahsi geçen diğer lezyonlar düşünülebilir.

Bu bulgularla hastada öncelikle akciğer tüberkülozu düşünülerek izoniasid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol tedavileri başlandı. Tedaviye klinik ve radyolojik yanıt alındı.

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.: +90 224 295 04 25
Faks: +90 224 442 87 49
E-posta:
solmaz@uludag.edu.tr