

## Radyolojik Değerlendirme

### X-Ray-evaluation

Zeynep Yazıcı<sup>1</sup>, Solmaz Çelebi<sup>2</sup>, Mustafa Hacımustafaoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

<sup>2</sup>Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

### Akciğer apsesi, nekrotizan pnömoni

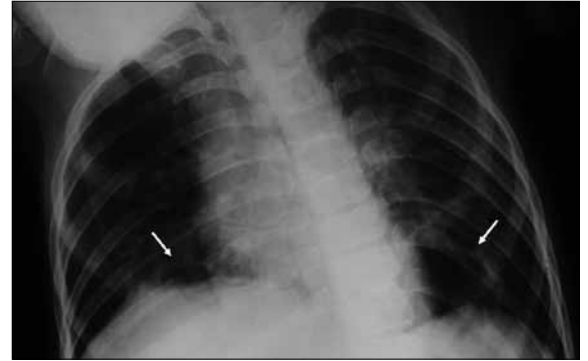
### Lung abscess, necrotizing pneumonia

#### Kısa Klinik Bilgi

On yedi yaşında erkek hasta hipoksik iskemik ensefalopati sekeli olarak izleniyor ve epilepsi nedeniyle antiepileptik alıyormuş. Son bir buçuk aydır aralıklı ateş, öksürük ve pnömoni tanısıyla toplam 3 kez antibiyotik verilmiş/veya antibiyotik değişimi yapılmış ancak bulgularının devam etmesi üzerine çocuk enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Muayenesinde ateş (38.4°C), öksürük ve hırıltısı mevcut, muayenesinde orofarenks hiperemik, akciğerlerde yaygın kaba krepitasyon ve bilateral üst-orta zonlarda ince krepitasyon, ayrıca kifoskolyozu mevcut. Hastada serebral palsi bulguları mevcut. Komplike pnömoni ve serebral palsi ön tanısıyla yatırıldı, tetkikleri istendi, başlangıç tedavisi olarak Sefotaksim ve Klindamisin ayrıca genel destek başlandı. Çocuk nöroloji konsültasyonu istendi.

### Klinik Seyir

Hastanın takiplerinde giderek öksürük, hırıltı ve ateş azaldı, klinik bulgular düzeldi. Onuncu gününde taburcu edildi, ardışık tedavi olarak Sefiksin+ Klindamisin ile tedavisi üç haftaya tamamlandı, izleminde bu açıdan bir sorun gözlenmedi.



**Resim 1.** Supin pozisyonda elde edilen ön-arka göğüs röntgenogramında, skolyozu bulunan hastanın her iki akciğer alt zonlarında hava dolu kavite görünümüleri (ok) izleniyor

(UÜTF Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Pediatrik Toraks Konseyi kayıtlarından yazılı izin ile alınmıştır)



**Resim 2.** Parankim penceresinde elde edilen aksiyal (A) ve reforme koronal (B) BT imajlarında, her iki akciğer alt lobda, kavitasyonlar ve eşlik eden konsolidasyon izleniyor. Mediasten penceresinde elde edilen aksiyal BT kesitinde (C) sol kavite içinde az miktarda sıvının neden olduğu hava-sıvı seviyelenmesi görülüyor. Bu bulgu apse ile uyumludur (UÜTF Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Pediatrik Toraks Konseyi kayıtlarından yazılı izin ile alınmıştır)

**Yazışma Adresi:**  
**Correspondence Address:**  
 Dr. Mustafa  
 Hacımustafaoğlu  
 Uludağ Üniversitesi  
 Tıp Fakültesi, Çocuk  
 Enfeksiyon Hastalıkları  
 Bilim Dalı, Bursa, Türkiye  
 Tel.: +90 224 442 88 75  
 Faks: +90 224 442 87 49  
 E-posta:  
 mkemal@uludag.edu.tr  
 doi:10.5152/ced.2011.53

## Radyolojik Yorum

Akciğerde bilateral, çok sayıda kavite varlığı, bronkojen ya da hematojen yayılımı işaret eder. Ayırıcı tanıda: aspirasyona bağlı nekrotizan pnömoni, septik emboli, vaskülit (özellikle Wegener), tüberküloz ve koksidiomikozisi öncelikle düşünmek gerekir. Akciğerde kaviteler en sık, aspirasyona sekonder gelişir.

Nekrotizan pnömoni, orofarenksten veya gastrointestinal sistemden kontamine materyalin aspire edilmesi sonucu ortaya çıkan, mikst bakteriyal bir enfeksiyondur. Aspirasyon pnömonilerinin %90'ı anaerobiktir. Akciğerin dependan kesimlerinde, segmental konsolidasyonla bir-

likte kavite görünümüleri izlenir. Septik emboli ise, multipl kaviter kitleler şeklindedir.

Akciğer apsesi, nekroz alanında ortaya çıkan subakut enfeksiyondur ve pürülan materyalle dolu kavite ile karakterizedir. Akciğer apsесinin tipik radyografik görünümü, hava-sıvı seviyesi içeren düzensiz şekilli kavitedir. Aspirasyona bağlı akciğer apsесi, en sık üst lobların posterior veya alt lobların süperior segmentlerinde izlenir. Çevreleyen akciğer enfeksiyonu gerilerken, apsenin duvar kalınlığı kalından inceye doğru değişiklik gösterir. Apse plevraya dayanıyorsa, loküle ampiyemden plevral yüzeyle yaptığı dar açısı sayesinde ayrılır; ampiyemin yaptığı gibi damar ve bronşlarda yer değişikliğine neden olmaz.