

Radyolojik Değerlendirme

X-Ray-evaluation

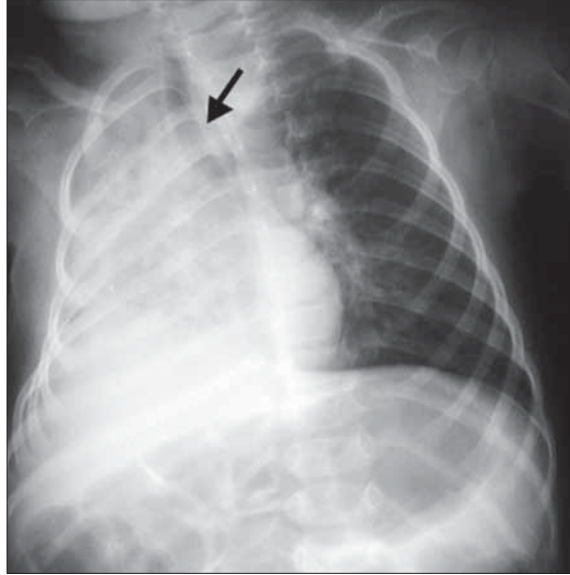
Mustafa Hacimustafaoğlu¹, Solmaz Çelebi¹, Zeynep Yazıcı²

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

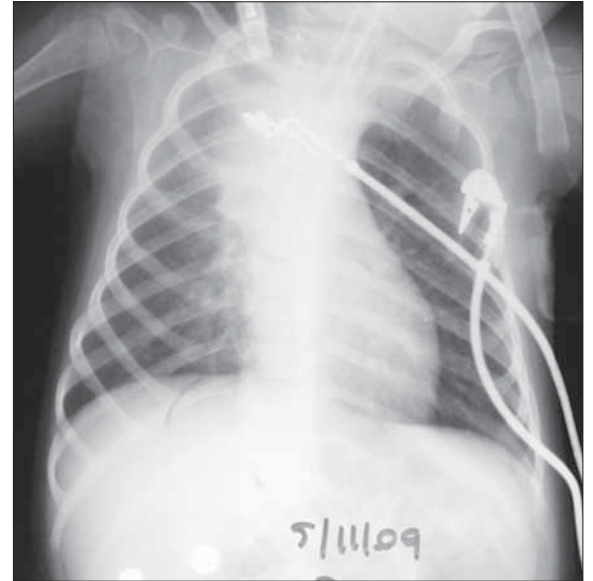
Tekrarlayan aspirasyona ikincil atelektazi Aspiration-related recurrent atelectasis

AA, 16 aylık kız hasta. Nöromotor gelişimi geri olan ve spinal kaslar atrofisi (SMA) tanısı alan hastanın üç aydır aralıklı olarak devam eden hırıltı yakınması varmış. Bu nedenle doktora götürülen



Şekil 1. İlk başvuruda elde edilen frontal göğüs röntgenografisinde sağ hemitoraksın tamamen opak olduğu görülüyor. Kalp ve mediastinal yapılarda sağa doğru yer değişikliği mevcut. Sağda interkostal aralıklarda da sola kıyasla hafif daralma dikkati çekiyor. Sol akciğerde retrosternal alandan sağa doğru hafif bir herniasyon olduğu ve trakeanın da sola çekildiği (ok) görülüyor. Bulgular sol akciğerde atelektazi ile uyumludur. Ancak zeminde konsolidasyon da söz konusu olabilir. Sağda diyafagma sınırının ve kalp sınırının silinmesi (kalbin sağa çekilmesi) atelektazinin alt lobu ve orta lobu, trakeanın sağa çekilmesi de üst lobu etkilediğini destekler

hastaya iki kez oral antibiyotik tedavisi verilmiş. Ancak yakınmalarında gerileme olmaması üzerine en son yaklaşık 15-20 gün önce tekrar doktora götürülmüş. Hastaya İM antibiyotik tedavisi verilmiş, sonrasında hastanın 3-4 gün hırıltısı olmamış. Hastanın bir hafta önce tekrar hırıltı, hapşırma yakınmaları başlamış. Hırıltı yakınmasında artış olması, solunumlarının hızlanması üzerine Çocuk Acil Polikliniği'ne getirildi. Hasta, PA göğüs grafisinde sağ tarafının tamamen kapalı olması üzerine yatırıldı. Tartısı 8.700 gr (3P altı), boyu 82

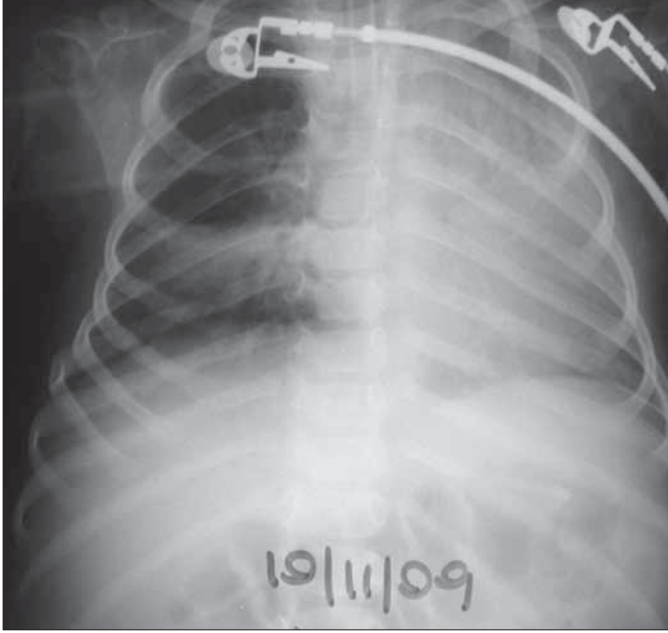


Şekil 2. Bir gün sonra derin trakeal aspirasyon sonrası elde edilen röntgenogramda kalbin ve trakeanın normal pozisyona geldiği sağ akciğerdeki total atelektazinin büyük ölçüde düzeldiği görülmektedir. Bulgular ilk röntgenogramdaki aspirasyona ikincil total sağ akciğer atelektazinin başarılı sayılabilecek biçimde düzeldiğini desteklemektedir

Yazışma Adresi:

Correspondence Address:

Dr. Mustafa
Hacimustafaoğlu
Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi Çocuk
Sağlığı
ve Hastalıkları Anabilim
Dalı, Çocuk Enfeksiyon
Hastalıkları Bilim Dalı
16059 Görükle,
Bursa, Türkiye
Tel.: +90 224 442 87 29
Faks: +90 224 442 87 49
E-mail:
mkemal@uludag.edu.tr

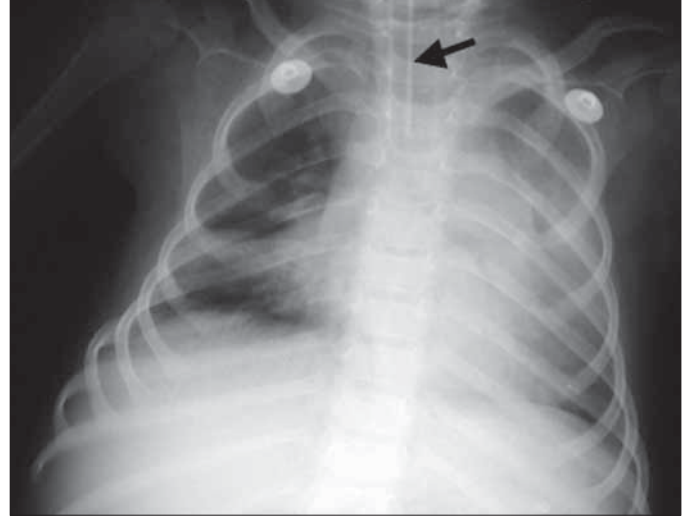


Şekil 3. Hastanın yatışının 6. gününde elde edilen röntgenogramda, bu kez sol akciğerde yaygın dansite artışı görülmektedir. Kalp ve mediasten sınırının seçilememesi sol üst lob ve lingulanın etkilendiğini göstermektedir. Sol hemidiyafragma sınırının seçilebilmesi ise sol alt lobun bazal segmentlerinin olaya karışmadığını düşündürmektedir. Kalp ve mediastinal yapıların sola doğru yer değiştirmesi de bu sefer sol hemitoraksta atelektazi olduğunu göstermektedir. Sağ akciğer orta zonda hafif infiltratif görünüm mevcuttur

cm (3-10 P), baş çevresi 46 cm (25-50 P) idi. Muayenesinde genel durumu ve aktivitesi orta-iyi derecede idi, hipotonik olan hastada baş kontrolü yoktu, DTR üst ve alt ekstremitelerde alınamadı. Desteksiz oturamayan, konuşamayan hastada, dilde fasikülasyonlar gibi SMA'nın diğer bulguları vardı. Solunum sesleri bilateral kabaydı, sekresyon ralleri, ince raller ve ayrıca subkostal retraksiyonlar mevcuttu.

Hastanın başvuru (Şekil 1), yatıştan bir gün sonra (Şekil 2), yatışın altıncı günü (Şekil 3) ve yatışın yedinci günü (Şekil 4) çekilen grafileri yukarıda görülmektedir. Radyolojik değerlendirmeler her şeklin altında belirtilmiştir.

Genel radyolojik ve klinik yorum: Bu hasta grubunda (SMA) aspirasyona ikincil atelektazi yaygın bir prob-



Şekil 4. Bir gün sonra (yatışın 7. günü) trakeal derin aspirasyon sonrası elde edilen röntgenogramda, mukus tıkaçının temizlenmesiyle sol akciğerde atelektazide düzelme görülmektedir. Trakeal entübasyon tüpü normal yerinde (trakeal bifurkasyonun üzerinde ve klavikula hizasının yaklaşık 1-1.5 cm altında) ve pozisyonda seçilmektedir (ok)

lemidir. Ayırıcı tanı açısından pnömoni bir ikilem yaratabilir. Bazen pnömoniye atelektazi de eşlik edebilir. Hastanın yatışından yaklaşık 6 gün sonra gelişen bu tablo dikkatli klinik ve radyolojik değerlendirme yapılmadığı takdirde yanlış olarak hastane kaynaklı pnömoni olarak yorumlanabilir ve hastaya uygunsuz ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi verilebilir. SMA gibi kas hastalığı veya nörolojik temelli yutma fonksiyon bozukluğu bulunan aspirasyona meyilli hastalarda, hastane kaynaklı pnömoni tanısını koymadan önce, hasta aspirasyon açısından değerlendirilmelidir. Röntgenografik olarak fissürlerin, bronkovasküler yapıların, diyaframanın ve/veya kalp-mediasten yapılarının dansite artışının bulunduğu tarafa doğru yer değiştirmesi atelektazi/kollaps varlığına işaret eden bulgulardır. Ayrıca hiçbir pnömoni radyolojik olarak bir gün içinde düzelmez. Pulmoner ödem böyle hızlı bir düzelme gösterebilir; ancak bu tabloda da hastanın kliniği ve röntgenografik olarak atelektazide olduğu gibi anatomik yapılarda opasite tarafına çekilmenin olmaması, ayırıcı tanıyı kolaylaştırır.