



GÖĞÜS HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

30. YIL ANISINA 30 AKCİĞER GRAFİSİ



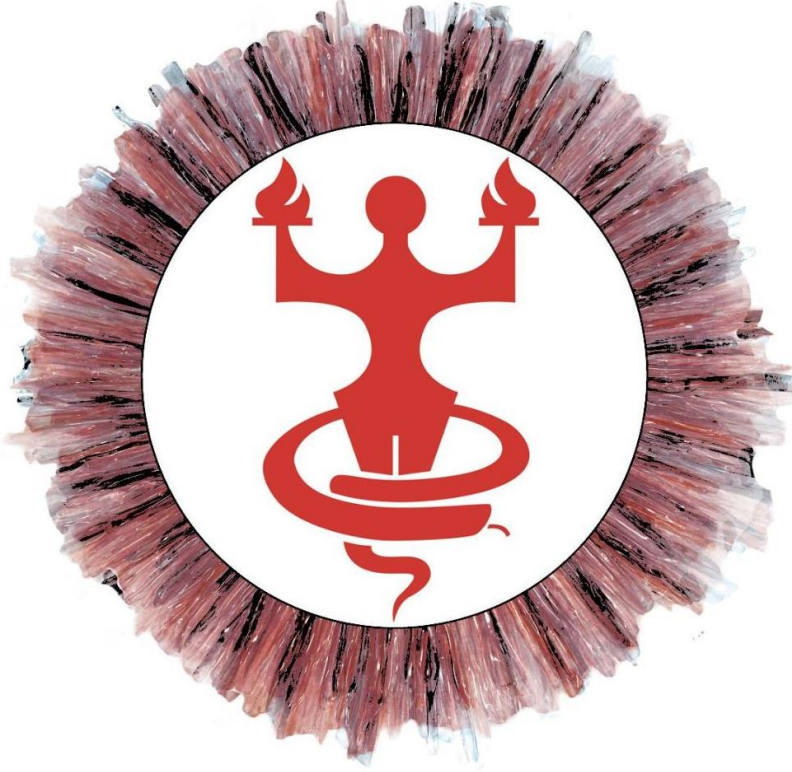
Editör

PROF.DR.SERAP ARGUN BARIŞ

Editör Yardımcısı

DR.ÖĞR.ÜYESİ TUĞBA ÖNYILMAZ





TIP EĞİTİMİNDE 30 YIL

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dekanlığının katkılarıyla hazırlanmıştır.

©Copyright 2024

Bu kitabın basım, yayın ve satış hakları KÜV YAYINLARINA aittir. Anılan kuruluşun izni olmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kâğıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz.

Online ISBN

978-625-97824-6-1

Kitap Adı

30. Yıl Anısına 30 Akciğer Grafisi

Editör

Prof.Dr. Dr. Serap ARGUN BARIŞ

ORCID iD: 0000-0002-4429-9441

Editör Yardımcısı

Dr. Tuğba ÖNYILMAZ

ORCID iD: 0000-0001-7022-4577

Yayın Koordinatörleri

Prof.Dr. Alparslan KUŞ

Prof.Dr. Ayten YAZICI

Prof.Dr. F. İpek KOMSUOĞLU ÇELIKYURT

Hülya ALTAN

Sayfa ve Kapak Tasarımı

Hülya ALTAN

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Logo Tasarım



Doç.Dr. Suna Özgür KARAALAN

Kocaeli Üniversitesi Güzel Sanatlar Fak.

Grafik Tasarımı Bölümü



Öğr.Gör. Ziya Yekta ÖZKAN

Kocaeli Üniversitesi

Değirmendere Ali Özbay Meslek YO

Seramik ve Cam Tasarımı Bölümü

Yayıncı Sertifika No

44496

Kütüphane Kimlik Kartı

30. Yıl Anısına 30 Akciğer Grafisi / editör: Serap Argun Barış / editör yardımcısı: Tuğba Önyılmaz.

Kocaeli: KÜV Yayınları, 2024.

60 s. : rnk. res.; 160x230 mm.

Kaynakça var.

ISBN 978-625-97824-6-1

UYARI

Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. KÜV Yayınları ve alıcı arasında herhangi bir şekilde hemşire-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşturmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleneği veya yedeği değildir. KÜV Yayınları ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve cihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir.



ÖNSÖZ

Kocaeli Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı olarak tıp fakültemizin 30. yılını kutlamanın gururunu yaşıyoruz. Türkiye'nin dört bir yanında sağlık hizmetlerine katkıda bulunan 37 göğüs hastalıkları uzmanının yetişmesini sağlayan bölümümüz, ilk günkü heyecanı ve motivasyonu ile çalışmaya devam etmektedir. Bu kitap, fakültemizin 30. Yılı anısına 30 olgunun akciğer filmi paylaşarak hem öğrencilerimize, hem asistanlarımıza hem de akciğer filmi değerlendirme becerisini gözden geçirmek isteyen tüm meslektaşlarımıza katkıda bulunmak amacını taşımaktadır.

Göğüs hastalıkları ve radyolojinin kesişim noktasında yer alan bu kitap, hastanemizde tedavi ettiğimiz hastalardan derlenmiş radyolojik görüntüleri ve bu olguların tanı ve tedavi sürecini içermektedir.

Göğüs hastalıkları alanında çalışırken, doğru ve hızlı tanı koymanın ne kadar önemli olduğunu her gün yeniden deneyimliyoruz. Radyolojik görüntüleme, bu süreçte kritik bir rol oynamaktadır. Kitabımızda yer alan olgular, klinik pratiğimizde karşılaştığımız ve titizlikle yönetilen gerçek olgulardan oluşmaktadır. Her bir olgu, tanı sürecinin farklı aşamalarını ve bu süreçte alınan kararları detaylı bir şekilde gözler önüne sermektedir.

Kitabımızın hazırlanmasında emeği geçen tüm yazar ve editör arkadaşlarımıza, özverili çalışmaları ve katkıları için teşekkür ederiz. Ayrıca bu projede bizlere destek veren dekanlığımıza ve kitabın basımında katkı sunan tüm çalışma arkadaşlarımıza şükranlarımızı sunarız.

Otuzuncu yılını kutlayan fakültemiz, olgunluğunu ve deneyimini bu otuz yıldan, gençliğini ve dinamizmini geleceğe umudundan almaktadır. Nice 30 yılları kutlamak dileğiyle...

Saygılarımızla.

Dr. Serap ARGUN BARIŞ
Dr. Tuğba ÖNYILMAZ

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı adına



Öğretim Üyelerimiz	Uzmanlarımız
Prof Dr. Oktay Özkarakaş	Dr. Müberra Çelikoğlu
Prof. Dr. Füsün Yıldız	Dr. Nihal Kasapçopur
Prof. Dr. Ahmet Hamdi Ilgazlı	Dr. Hüseyin Çebi
Prof. Dr. Haşim Boyacı	Dr. İlknur Başyiğit
Prof. Dr. İlknur Başyiğit	Dr. Leyla Yücesoy
Prof. Dr. Serap Argun Barış	Dr. Canan Şengül
Dr. Öğretim Üyesi Tuğba Önyılmaz	Dr. Elif Yıldırım
	Dr. Demet Çetin
	Dr. Bengü Büyükgöze
	Dr. Murat Şahin
	Dr. Işıl Ara Kolaylı
	Dr. Olcay Bulut
	Dr. Ayşe Pala
	Dr. Serap Argun Barış
	Dr. Meryem Bakır
	Dr. Aysun Şengül
	Dr. Kübra Kıvrıklioğlu
	Dr. Aslı Zembat
	Balaban
	Dr. Aysel Kargı
	Dr. Yusuf Taha Güllü
	Dr. Nesrin Turhan
	Dr. Sibel Arslan
	Dr. Gonca Örnek Doğru
	Dr. Esra Kuşlu Uçar
	Dr. Tuğba Önyılmaz
	Dr. Dilek Tuncer
	Dr. Tuba Çiftçi
	Dr. Fuad Pasiyev
	Dr. Salih Küçük
	Dr. Fulya Omak Kaya
	Dr. Ersin Alkılınç
	Dr. Serhat Özgün
	Dr. Ece Yetişkin Şahin
	Dr. Elif Guliyev
	Dr. Hüseyin Kaya
	Dr. Gözde Selvi Güldiken
	Dr. Gözde Öksüzler Kızılbay

Asistanlarımız

Dr. Sevil Aydoğan Diş	Dr. Esra Betül Kartal
Dr. Ayşe Zeynep Pehlivan	Dr. Mübarek
Dr. Hanife Albayrak	İbrahimhalilov
Dr. Nur Banu Özler	Dr. Saliha Betül Şen
Dr. Sena Nur Aktoprak	Dr. Ayfer Urgan
Dr. Bengügül Öztürk	Dr. Pınar Yılmaz
	Dr. Mustafa Karaduran

YAZARLAR

Prof. Dr. Haşim BOYACI

Prof. Dr. İlknur BAŐYIĐİT

Prof. Dr. Serap ARGUN BARIŞ

Dr. Öğretim Üyesi Tuğba ÖNYILMAZ

Dr. Sevil AYDOĞAN DIŞ

Dr. Ayşe Zeynep PEHLİVAN

Dr. Hanife ALBAYRAK

Dr. Nur Banu ÖZLER

Dr. Sena Nur AKTOPRAK

Dr. Bengügül ÖZTÜRK

Dr. Esra Betül KARTAL

Dr. Mübarek İBRAHİMHALİLOV

Dr. Saliha Betül ŞEN

Dr. Ayfer URGAN

Dr. Pınar YILMAZ

Dr. Mustafa KARADURAN

İÇİNDEKİLER

Olgu Sunumu-1	<i>Gözde Selvi Güldiken</i>	1
Olgu Sunumu-2	<i>Hanife Albayrak</i>	3
Olgu Sunumu-3	<i>Sevil Aydoğan Diş</i>	5
Olgu Sunumu-4	<i>Pınar Yılmaz, Serap Argun Barış</i>	7
Olgu Sunumu-5	<i>Gözde Öksüzler Kızılbay</i>	9
Olgu Sunumu-6	<i>Ayşe Zeynep Pehlivan</i>	11
Olgu Sunumu-7	<i>Mübarek İbrahimhalilov</i>	13
Olgu Sunumu-8	<i>Gözde Selvi Güldiken</i>	15
Olgu Sunumu-9	<i>Ayfer Urgan, Haşim Boyacı</i>	17
Olgu Sunumu-10	<i>Saliha Betül Şen</i>	19
Olgu Sunumu-11	<i>Sena Nur Aktoprak</i>	21
Olgu Sunumu-12	<i>Nur Banu Özler, Mustafa Karaduran</i>	23
Olgu Sunumu-13	<i>Esra Betül Kartal</i>	25
Olgu Sunumu-14	<i>Gözde Öksüzler Kızılbay</i>	27
Olgu Sunumu-15	<i>Bengügül Öztürk</i>	29
Olgu Sunumu-16	<i>Ayfer Urgan</i>	31
Olgu Sunumu-17	<i>Sevil Aydoğan Diş</i>	33
Olgu Sunumu-18	<i>Ayşe Zeynep Pehlivan</i>	35
Olgu Sunumu-19	<i>Hanife Albayrak</i>	37
Olgu Sunumu-20	<i>Sena Nur Aktoprak</i>	39
Olgu Sunumu-21	<i>İlknur Başyığıt</i>	41
Olgu Sunumu-22	<i>Serap Argun Barış</i>	43
Olgu Sunumu-23	<i>Tuğba Önyılmaz</i>	45
Olgu Sunumu-24	<i>Nur Banu Özler</i>	47

Olgü Sunumu-25	<i>Esra Betül Kartal</i>	49
Olgü Sunumu-26	<i>Bengügöl Öztürk, Mustafa Karaduran</i>	51
Olgü Sunumu-27	<i>Tuğba Önyılmaz</i>	53
Olgü Sunumu-28	<i>Saliha Betül Şen, İlknur Başyiğit</i>	55
Olgü Sunumu-29	<i>Mübarek İbrahimhalilov, Pınar Yılmaz</i>	57
Olgü Sunumu-30	<i>Haşim Boyacı</i>	59

Olgu Sunumu-1



42 yaşında kadın hasta öksürük yakınması ile polikliniğe başvurdu. Ek solunumsal yakınması yoktu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Sigara kullanım öyküsü yoktu. Oskültasyonda solunum sesleri olağan işitildi. Solunum fonksiyon testinde FVC: 3.48 (%105), FEV1: 3.0 (%102), FEV1/FVC: %105 bulundu. Tanınız nedir?

Sarkoidoz

PA akciğer grafisinde bilateral kostafrenik ve kardiofrenik sinüsler açık izlendi. Sağ diafragma sola göre eleve, bronkovasküler izler belirgin, bilateral hiluslar dolgun görüldü. Serum anjiotensin converting enzim (ACE) seviyesi yüksek (109 mcg/l) sonuçlandı.

Hastanın Toraks BT'sinde mediastinal ve her iki hiler bölgeye de uzanan büyüğü sağ paratrakeal alanda 36*24 mm olarak ölçülen multiple lenf nodları görüldü. Hastaya endobronşial ultrasonografi işlemi yapıldı, 4R lenf nodundan alınan patoloji örneği non-kazeifiye granülomatöz lenfadenit ile uyumlu raporlandı.

Sarkoidoz en sık akciğerler ve intratorasik lenf nodlarını tutan, nedeni bilinmeyen, multisistem granülomatöz bir hastalıktır.

Hiçbir yakınması olmayan bir hastada rastlantıyla çekilen akciğer grafisinde saptanabileceği gibi, konstitüsyonel belirtiler veya tutulan organ sistemine ait belirtilerle de ortaya çıkabilir.

Sarkoidozda akciğer radyografisine göre evreleme yapılmakta olup;

Evre 0: Normal akciğer grafisi,

Evre 1: Bilateral hiler lenfadenopati,

Evre 2: Bilateral hiler lenfadenopati+Parankimal infiltratlar

Evre 3: Sadece parankimal infiltratlar

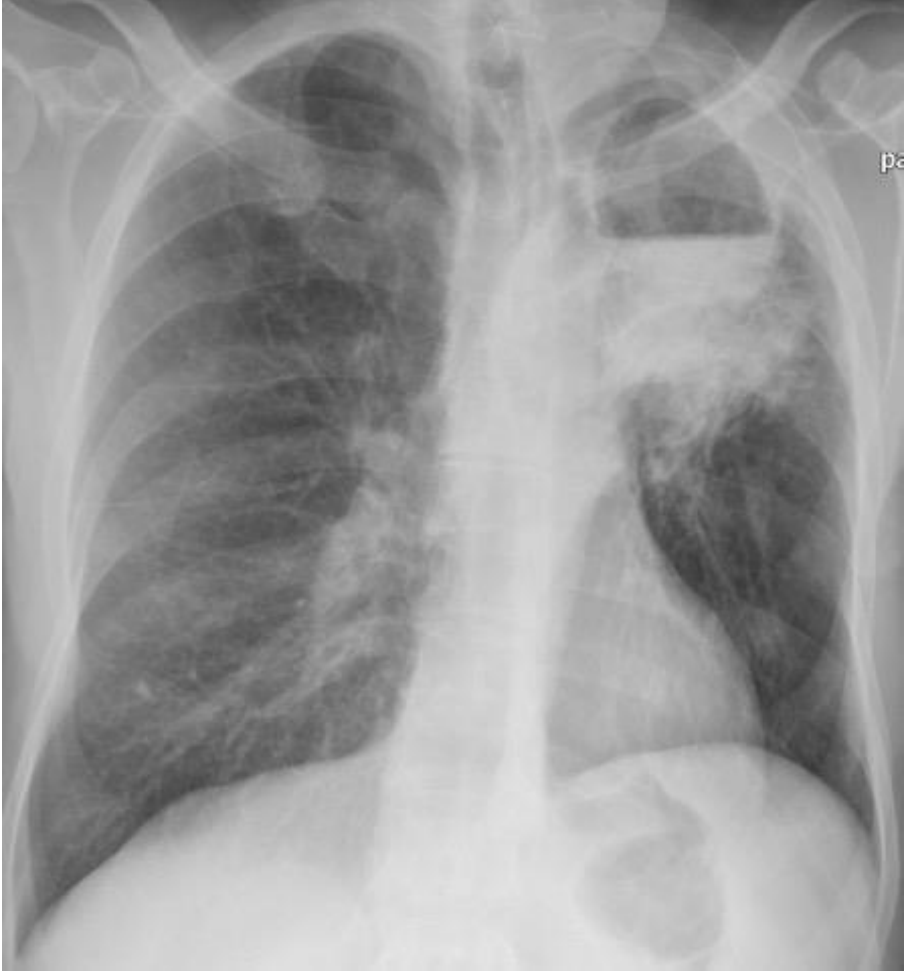
Evre 4: Fibrozis

Akciğer radyolojisine göre Evre-1 Sarkoidoz tanısı konulan tedavi gerektiren sistem tutulumu olmayan hasta tedavisiz takibe alındı.

Kaynaklar:

1. Türk Toraks Derneği Akciğer Hastalıkları Temel Bilgiler Kitabı

Olgu Sunumu-2



56 yaş erkek hasta, 2 haftadır olan öksürük, yeşil renkli, kötü kokulu balgam ve hemoptizi yakınmaları ile polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde özellik olmayan hasta 60 paket-yıl aktif sigara içicisiydi. Aile öyküsünde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sol akciğer orta zonda ral duyuldu. Tanınız nedir?

Abse ve Akciğer Kanseri

PA akciğer grafisinde sol akciğer üst zonda hava sıvı seviyesi veren kaviter lezyon izlendi. Kaviter lezyonların ayırıcı tanısında akciğer absesi, kanser, tüberküloz ve fungal enfeksiyonlar yer almaktadır. Akut başlangıçlı semptomlar ile kötü kokulu balgam varlığı ve akciğer grafisinde hava sıvı seviyesi olması ön planda akciğer absesi lehine düşündürse de yoğun sigara içicisi olan hastada malignite şüphesi de bulunmaktadır.

Göğüs hastalıkları servisine yatırılan ve Toraks BT'de sol akciğerde kitle lezyon izlenen hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide endobronşiyal lezyondan alınan biyopsi sonucu küçük hücreli akciğer kanseri ile uyumlu geldi. Ayrıca bronş lavaj kültüründe *Enterobacter cloacae* üredi. Hastaya sefuroksim ve metronidazol antibiyotik tedavileri başlandı. Onkolojiye yönlendirildi.

Akciğer absesi, enfeksiyöz ajanların neden olduğu nekrotik materyali içeren, akciğer parankiminde yerleşmiş kaviter lezyonlarla karakterize bir hastalıktır. Akciğer absesi gelişme riski; bilinç değişikliği, kronik akciğer hastalığı, aspirasyon öyküsü, bronş obstrüksiyonu yapan kanser varlığı, özefagus disfonksiyonu, kötü ağız hijyeni, diş çekimi öyküsü ve orofarengeal cerrahi öyküsü bulunan kişilerde yüksektir. Absede en sık izole edilen mikroorganizmalar ağız florasında kolonize olan anaerob bakteriler ve streptokok türleridir. En sık görülen semptomlar yüksek ateş, üşüme titreme, kilo kaybı, halsizlik, öksürük, pürülan balgam (kötü kokulu olabilir), plöretik göğüs ağrısı, halsizlik, hemoptizidir. Akciğer absesinin temel tedavisi antibiyotiktir.

Kaynaklar:

1. Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı 3. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2020, 219-220

Olgu Sunumu-3



62 yaş erkek hasta, 3 haftadır olan göğüs ağrısı yakınması ile polikliniğe başvurdu. Ek solunumsal yakınması yoktu. 30 paket-yıl sigara kullanım öyküsü olan hasta 6 ay önce sigarayı bırakmıştı. Özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü vardı. Aile öyküsünde özellik yoktu. Fizik muayenesinde her iki akciğerde solunum sesleri doğaldı. Tanınız nedir?

Akciğer Kanseri

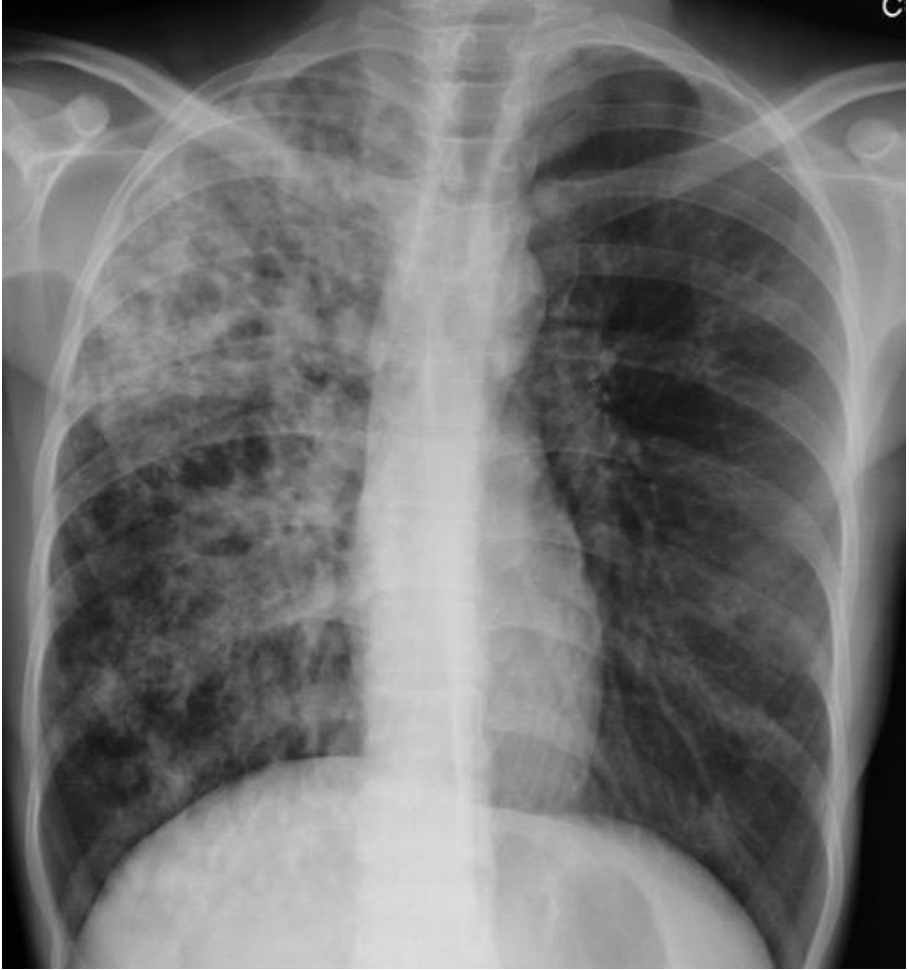
PA akciğer grafisinde sağ üst zonda paratrakeal alanda genişleme izlenmesi üzerine Toraks BT çekildi. Toraks BT'de sağ akciğer apekte azigos lobunu dolduran 54*54*27mm boyutlu kitle lezyon izlendi. Tanı amaçlı kitleden TTİAB yapıldı. TTİAB sonucu küçük hücreli dışı akciğer kanseri lehine geldi.

Akciğer kanseri tüm dünyada en çok ölüme yol açan kanserdir. Dünyada tüm kanserlerin %12.7'sini, kanser ölümlerinin %18.2'sini akciğer kanseri oluşturmaktadır. Akciğer kanserli olguların %90'ından fazlasında sigara öyküsü bulunmaktadır. Akciğer kanseri gelişme riski ve şeklini sigara içme süresi, başlama yaşı, içilen sigara tipi ve günlük tüketilen sigara sayısı etkilemektedir. Tedavi modalitesi patolojik tanının küçük hücreli- küçük hücreli dışı olması ve evrelemeye göre farklılık göstermektedir. PA akciğer grafisinde apeksler, paratrakeal alan ve retrokardiak alan gibi bölgeler patolojik lezyonların en sık atlanabildiği bölgelerdir. Sağ paratrakeal çizginin 4mm'den geniş olması bu bölgenin patolojik lezyonları açısından akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar:

1. Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı 3. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2020, 241-251

Olgu Sunumu-4



27 yaş erkek hasta, 1 aydır devam eden öksürük, kilo kaybı ve gece terlemesi, 2 kez olan minör hemoptizi yakınmaları ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde solunum sesleri doğaldı. Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hastanın 8 paket-yıl aktif sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Tanınız nedir?

Tüberküloz

PA akciğer grafisinde sağ üst zonda daha belirgin olup sağ akciğerde yaygın hava sıvı seviyesi veren kaviter lezyonlar ve infiltrasyonlar izlendi. Balgam ARB pozitif bulunan hastaya antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavinin 32. gününde mikobakteri kültüründe üreme olduğu ve basilin tüm ilaçlara duyarlı olduğu görüldü.

Tüberküloz, başta Mycobacterium Tuberculosis olmak üzere “tuberculosis complex” olarak adlandırılan mikobakteriler tarafından oluşturulan, kronik granümatöz bir enfeksiyon hastalığıdır. En sık tutulan organ akciğerlerdir. Bulaşma esas olarak solunum yolu ile oluşur. Tüberküloz hastalarının öksürme, konuşma, şarkı söyleme gibi aktiviteleri esnasında havaya damlacıklar yayılmaktadır. Bu damlacıkların bir kısmı “damlacık çekirdekleri” halini alır. Enfeksiyon bu çekirdeklerin inhalasyon yolu ile şahsın alt solunum yollarına yerleşmesiyle başlamaktadır. Reaktivasyon tüberkülozunda lezyonlar genellikle üst lobların apikal ve posterior segmentlerinde veya alt lobların süperior segmentlerinde yer alır. Tüberküloz kaviterleri orta kalınlıkta duvara sahip, düzgün iç yüzeylidir ve genellikle hava sıvı düzeyi bulunmaz.

Kaynaklar:

1. Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı 3. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2020, 221-231.

Olgu Sunumu-5



66 yaşında kadın hasta, polikliniğimize nefes darlığı ve yutma güçlüğü yakınmaları ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü olan hastanın sigara kullanım öyküsü yoktu. Oskültasyonda her iki akciğerde solunum sesleri olağan değerlendirildi. Tanınız nedir?

Retrosternal Guatr

PA akciğer grafisinde trakeada sola doğru belirgin deviasyona neden olan sağ üst mediastende genişleme izlendi. Hastanın Toraks BT'si; "Ön-üst mediastende yaklaşık 67x94x77 mm boyutlu, süperior vena kavayı, brakiosefalik veni, brakiosefalik trunkusu ve subklavyen arteri sağa iten, trakeayı sola belirgin iten ve daraltan, özefagusu iten, belirgin heterojen yapıda kalsifikasyonlar içeren kitle izlenmektedir." şeklinde raporlandı. Hasta Göğüs Cerrahisine yönlendirildi. Opere edilen hastada retrosternal guatr olduğu saptandı.

Retrosternal guatr veya intratorasik guatr, tiroid bezinin torasik kavite içerisine uzanımını ifade eden bir tanımlamadır. Lokalizasyonu itibariyle önemli kardiopulmoner semptomlara neden olabilir. Sıklıkla anterior mediasten yerleşimlidir ve büyük boyutlara ulaştığında çeşitli bası semptomlarına yol açabilir.

Kaynaklar:

1. Hedeyati N, McHenry CR. The clinical presentation and operative management of nodular and diffüse substernal thyroid disease. Am Surg 2002; 68(3): 245-251.

Olgu Sunumu-6



Dört yıldır astım tanısıyla dış merkezde takip edilen 23 yaşında kadın hasta, polikliniğimize 2 aydır artan öksürük, balgam ve nefes darlığı yakınmaları ile başvurdu. Bir yıl içinde 4-5 kez bronşit geçirdiğini tarif eden hastanın sigara kullanım öyküsü yoktu. Oskültasyonda bilateral bazallerde inspiratuar raller işitildi. Ayrıca bilateral orta zonda ronküs işitildi. Tanınız nedir?

Kistik Bronşiektazi

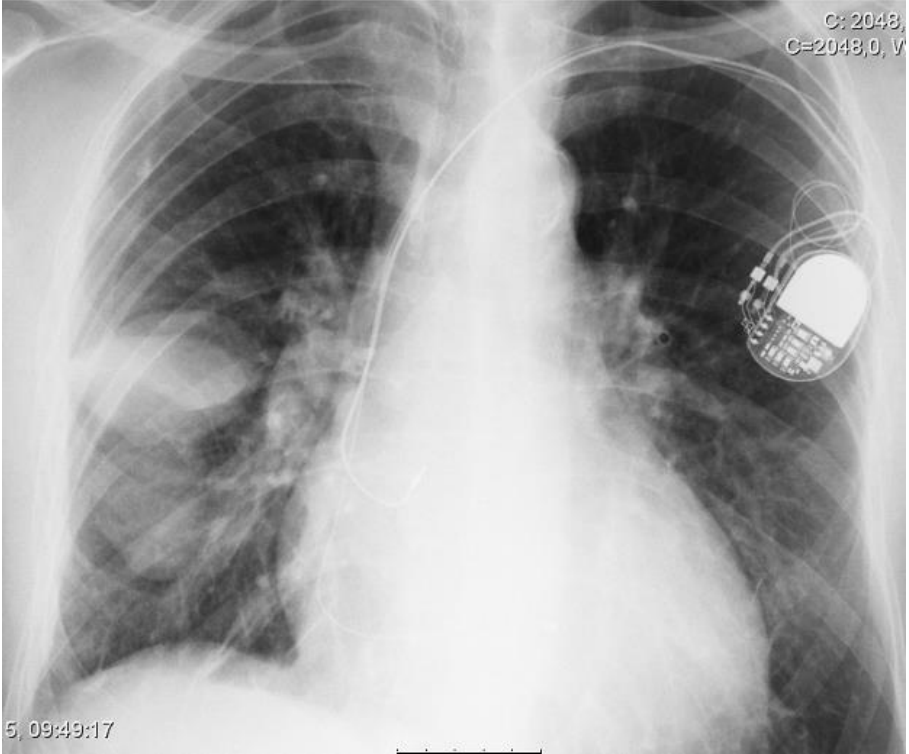
PA akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda non-homojen opasite artışı izlendi. Sağ hemitoraksta yaygın, sol akciğer orta ve alt zonda ektazik genişlemeler izlendi. Hastanın Toraks BT'sinde bilateral alt loblarda daha belirgin olan, yaygın kistik bronşiektazi alanları tespit edildi.

Bronşiektazi, bronş veya bronşiollerin fokal ya da diffüz şekilde geri dönüşümsüz destrüktif dilatasyonu ile oluşan ve obstrüktif ve süpüratif bir akciğer hastalığıdır. Bronşiektazi hastalarında en sık görülen semptomlar kronik öksürük ve mukopürülan balgamdır (>8 hafta). Bronşiektazi geri dönüşümsüz bir hastalık olduğundan tedavideki amaç rekürren enfeksiyonların azaltılması ya da engellenmesi, hasarın ilerlemesinin durdurulması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Her yıl influenza aşısı, 5 yılda bir pnömokok aşısı yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine 18th Edition.

Olgu Sunumu-7



70 yaşında bilinen diyabet, kalp yetmezliği ve hipertansiyon tanıları olan erkek hasta nefes darlığı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. 100 paket-yıl aktif sigara kullanımı olan hastanın son 4 yıl içinde 2 kez pnömoni nedeniyle hastane yatış öyküsü vardı. Oskültasyonda her iki hemitoraksta alt zonlarda ral işitildi. Bilateral pretibial ödemi mevcuttu. Oda havasında satürasyon %97 ölçüldü. Tanınız nedir?

Fantom Tümörü

PA akciğer grafisinde her iki kardiofrenik ve kostofrenik sinüsler açık izlendi. Aort topuzu belirgin ve kalsifikti. Her iki akciğer bronkovasküler izler belirgin izlendi. Sağ akciğer orta zonda periferik yerleşimli, minör fissür lokalizasyonunda düzgün sınırlı, oval şekilli opasite artışı görüldü.

Fantom tümörü olarak kabul edilen hastadan ekokardiyografi istendi. Ejeksiyon fraksiyonu %35 bulunan gelen hasta konjestif kalp yetmezliği tanısıyla Kardiyoloji bölümüne yönlendirildi.

Fantom tümörü genellikle konjestif kalp yetmezliğine bağlı olarak minör fissürde toplanan loküle ve tedavi ile gerileyen plevral efüzyona verilen addır. Radyolojik görüntüsü malignitelere benzediğinden tanıda karışıklığa neden olabilir. Tedavi ile kaybolduğu için Fantom (hayalet) tümör olarak adlandırılmıştır.

Kaynaklar:

1. https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/e44a8a1716181bdbeadd37d028cad5ebb50d23ee4fe21603a92ed9dcbef5bd6c.pdf

Olgu Sunumu-8



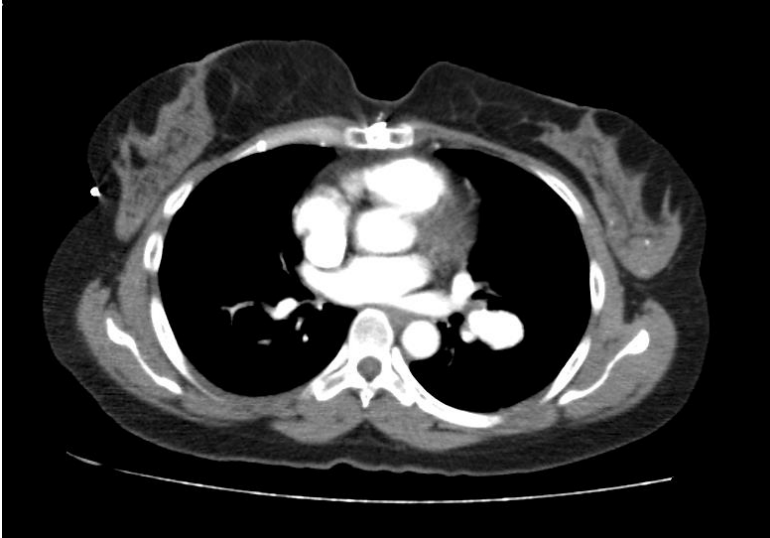
Behçet tanısıyla takipli 37 yaşında kadın hasta; 6 aydır olan nefes darlığı, öksürük, hemoptizi ve göğüs ağrısı yakınmaları ile polikliniğe başvurdu. 2012 ve 2018 tarihlerinde pulmoner emboli geçiren hasta antikoagülan kullanıyordu. Ayrıca 2020’de sağ ventrikülde trombüs saptanması nedeniyle trombektomi operasyonu öyküsü mevcuttu. Oda havası satürasyonu %98 olan hastanın solunum sistemi muayenesi doğaldı. Tanınız nedir?

Pulmoner Arter Anevrizması

PA akciğer grafisinde sol hiler bölgede yuvarlak, düzgün sınırlı opasite izlenmesi üzerine kontrastlı Toraks BT çekildi. Sol pulmoner arter anevrizması (3 cm) saptandı. Hasta Romatolojiye konsülte edildi. Tedavisi düzenlendi. Takibe alındı.

Behçet hastalığı; etyolojisi bilinmeyen kronik, multisistemik, her çapta damarı etkileyebilen bir vaskülitir. Klasik triadı; tekrarlayan oral-genital ülserler ve üveittir.

Behçet hastalığında vakaların %1,5'inde, pulmoner arter anevrizmalarını da içeren, arter tutulumu bildirilmiştir. Pulmoner arter anevrizması Behçet hastalarında en sık görülen pulmoner tutulum şeklidir. Pulmoner arter anevrizmaları rüptüre olabilir, ölüme sebebiyet verecek pulmoner hemoraji ve hemoptiziyle sonuçlanabilir. Bu nedenle erken tanıları çok önemlidir.



Kaynaklar:

1. Şenyücel, Ç. (2010). Behçet hastalığında pulmoner arter anevrizmaları: Çok kesitli bilgisayarlı tomografi ile bir olgu sunumu

Olgu Sunumu-9



64 yaş kadın hasta efor dispnesi, takipne, taşikardi ve satürasyon düşüklüğü ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde mesane kanseri, hipertansiyon ve KOAH tanıları mevcuttu. 48 paket-yıl sigara kullanımı olan hasta 5 yıldır sigarayı bıraktığını belirtti. Oda havası satürasyonu %88 olan hastanın oskültasyonda sol akciğerde solunum sesleri alınmıyordu. Tanınız nedir?

Atelektazi

PA akciğer grafisinde sol akciğerde total homojen opasite artışı olan hastada trakea, kalp ve mediasteninin sola deviyeye olması nedeniyle atelektazi ön tanısı ile Toraks BT çekildi. Toraks BT’de solda santral yerleşimli 5 cm çaplı kitlesel lezyon saptandı, sol ana bronş distalde oblitere ve sol akciğer total atelektazik olarak değerlendirildi.

Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı; sol ana bronş ayırım karinasında posterior duvardan lümene protrude endobronşiyal lezyon görüldü, multipl forceps biyopsiler alındı; patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak geldi.

Atelektazi, akciğerin bir kısmında veya tamamında havalanma kaybı ile birlikte hacim azalmasıdır. Atelektazi obstrüktif, obstrüktif olmayan, postoperatif ve round atelektazi olarak sınıflandırılabilir.

Atelektazinin ayırıcı tanısında malignite, pnömoni, plevral efüzyon, pulmoner emboli ve yabancı cisim aspirasyonu düşünülmelidir. Prognoz altta yatan etyoloji ve komorbiditelere göre büyük ölçüde değişkenlik göstermektedir.

Kaynaklar:

1. Grott K, Chauhan S, Dunlap JD. Atelectasis. [Updated 2023 Jun 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545316/>

Olgu Sunumu-10



60 yaşında erkek hasta son bir aydır giderek artan nefes darlığı ve sağ yan ağrısı yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. On gündür kilo kaybı ve gece terlemesi tarifleyen hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. 40 paket-yıl sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Mesleki maruziyet tariflemiyordu. Fizik muayenesinde solunum sayısı 18/dk, satürasyonu oda havasında %96 bulundu. Perküsyonda sağ alt zonda matite alınan hastada dinlemekle aynı alanda solunum seslerinin azaldığı ve kaybolduğu tespit edildi. Diğer sistem muayenelerinde ek patoloji saptanmadı. Tanınız nedir?

Plevral Effüzyon

Akciğer grafisinde bulgular değerlendirildiğinde; sağ hemitoraks alt zonda opasite artışı, sağ kalp sınırında silinme ve kostofrenik sinüste küntleşme ile birlikte '*Damoiseau hattı*' görüldü. Hastada serbest plevral effüzyon tespit edildi.

Sağ hemitoraksta plevral efüzyon görülmesi üzerine hastaya sitolojik ve mikrobiyolojik inceleme amaçlı torasentez yapıldı, ultrason ile bakıldığında sıvının septalı yapıda olduğu görüldü. Gelen sıvı içeriği yoğun kıvamda, açık pembe renk idi. Effüzyon örneği eksüda lehineydi. Laboratuvar tetkiklerinde CRP:186 mg/l, WBC (Lökosit):16,84 x10³/µL, sedimentasyon:46 mm/h, prokalsitonin: 0,119 ng/ml gelmesi üzerine; 3.kuşak sefalosporin ve klaritromisin tedavisi başlandı. Göğüs cerrahisi ile görüşülerek parapnömonik effüzyon ve ampiyem ön tanılarıyla plevral effüzyona yönelik tüp torakostomi uygulandı. Plevral sıvı kültür ve aside dirençli mikroorganizma incelemeleri negatif sonuçlandı. Plevral effüzyondan çalışılan adozin deaminaz (ADA) normal aralıkta geldi. Günlük akciğer grafisi ile takip edilen hastada, plevral effüzyonda gerileme olmaması üzerine göğüs cerrahi ekibi tarafından belli aralıklarla üç kez tüp torakostomi vasıtasıyla plevral aralığa fibrinolitik tedavi uygulandı. Tedavi sonrası kontrol akciğer grafilerinde plevral effüzyonda gerileme olduğu görüldü. Plevral effüzyon materyalinden gönderilen patoloji ise malignite yönünden negatif geldi. Laboratuvar tetkiklerinde kontrol edilen akut faz reaktanları geriledi. Drenden gelen effüzyon miktarı azaldığı için göğüs cerrahi tarafından tüpü çekilen hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Plevral effüzyon, visseral ve pariyetal plevra arasında sekresyon-absorbsiyon dengesinin bozulması sonucu birikmesidir. Plevral aralıkta bulunan yaklaşık 10-20 µm genişliğindeki boşluk, yaprakların birbirleri üzerinden kaymasını ve intraplevral basıncın oluşmasını sağlayan 0.1-0.2 ml/kg sıvı içerir. Fizyolojik plevral sıvı normal şartlarda 15 ml'yi aşmayan miktarlardadır. Plevral sıvı oluşum mekanizmaları; hidrostatik basıncın artması, plazma onkotik basıncın azalması, plevral boşlukta basıncın azalması, plevral geçirgenliğin artması, lenfatik drenajın azalması ve peritoneal boşluktan plevral aralığa transdiyafragmatik yol ile geçiş olarak sıralanabilir.

Plevral sıvı içeriğine göre transüda ve eksüda olarak sınıflandırılır. Transüda vafında sıvının en sık sebebi kalp yetmezliği iken, eksüda vafında sıvıların en sık nedenleri enfeksiyon ve malignitedir.

Kaynaklar:

1. https://solunum.org.tr/TusadData/Book/GH_Uzmanlari.pdf 2)
2. <https://toraks.org.tr/site/sf/wgmf/rfic/7457f41bd04ea32e9faaea058600a0e4a00b2c00df6176190db6793f9978cc4c.pdf>

Olgu Sunumu-11



Göz hastalıkları tarafından keratoplasti operasyonu planlanan 86 yaşında kadın hasta preoperatif değerlendirme amacıyla polikliniğimize başvurdu. Aktif solunumsal yakınması olmayan hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemi tanıları mevcuttu. Bilinen bir akciğer hastalığı ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Solunum sistemi fizik muayenesi doğaldı. Tanınız nedir?

Kalsifik Tiroid Nodül

Akciğer grafisi bulguları değerlendirildiğinde; aort topuzu ve pulmoner konus belirginleşmiş, kardiyotorasik alan genişlemiş, sol diyafragma sağ diyaframa göre minimal daha yüksek, sağ alt zonda parakardiyak alandan diyaframaya uzanım gösteren lineer atelektazi izlendi. Trakeanın her iki tarafında solda daha belirgin düzgün sınırlı çevresi kalsifik nodüler opasite görüldü.

Toraks BT de bilateral tiroid bezi büyük ve sol tiroid lobunda kalsifikasyon içeren nodül izlendi. Laboratuvar tetkikinde serbest T3-2,77 ng/dl, Serbest T4-1,44 ng/dl, TSH-1,56 IU/l geldi. Hasta endokrinoloji polikliniğine yönlendirildi.

Tiroid nodülü, tiroid bezi içinde bir veya birkaç alanda yapısal değişiklik sonucu aşırı büyüme ile karakterize, çevresinden kıvam olarak değişiklik gösteren yuvarlak veya oval oluşumlar olarak nitelendirilir. Tiroid bezi içerisinde tek (soliter) veya birden fazla sayıda (multipl) olabilir. Tiroid nodülleri çoğunlukla tesadüfen saptanıp herhangi bir semptom oluşturmamaktadır. Önemli bir kısmının benign olduğunu bildiğimiz tiroid nodüllerinin tanısında kullanılan tiroid fonksiyon testleri, sintigrafi ve ultrasonografi ile önemli bilgiler elde edilmekte olup benign-malign lezyon ayrımı yapılmaktadır.

Kaynaklar:

1. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/202305120904-2023tbl_kilavuz.pdf

Olgu Sunumu-12



62 yaşında bilinen koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve larenks kanseri öyküsü olan trakeostomisi olan erkek hasta trakeostomi kanülünden kan gelme yakınması ile acil servise başvurdu. Son iki aydır öksürük ve balgam yakınmasının başladığını ve öksürdüğü trakeostomi kanülünden kanama olduğunu belirten hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. 120 paket-yıl aktif sigara kullanım öyküsü vardı. Oda havası satürasyonu %93, solunum sayısı 28/dk, kalp hızı:121/dk, TA:148/89 mmHg bulundu. Oskültasyonda sağ akciğer orta ve alt zonlarda solunum sesleri azalmıştı ve bilateral orta ve alt zonlarda inspiratuvar ral işitildi. Tanınız nedir?

Alt Lob Atelektazi

PA akciğer grafisinde sağ kardiyofrenik sinüs silinmiş görüldü. Sağ akciğerde intermediate bronş, orta lob bronş ve alt lob bronşunu oblitere eden 60 mm boyutlu, pulmoner artere ve pulmoner vene invaze görünümde olan kitle lezyon, sağ hiler düzeyde ve istasyon 7-8 de kısa aksı 15 mm ölçülen lenfadenopatiler ve sağda 1,5 cm kalınlıkta plevral efüzyon tespit edildi.

Hastaya Pozitron emisyon tomografi (PET)-BT çekildi. PET-BT’de sağ akciğer alt lob düzeyinde metabolik boyutu 4cm, SUVmax:17.5 kitlesel lezyon, sol akciğer üst lob santral kesimde SUVmax:21.1 kitlesel lezyon, mediastende; sağ hiler ve subkarinal/paraözafagial alanlarda SUVmax:11.3 lenfadenopatiler izlendi.

Hastaya kliniğimizde fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı. Sağ sistemde intermediate bronş girişinde endobronşial lezyon görüldü. Lezyondan multiple forceps biyopsiler alındı. Patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom lehine değerlendirildi ve hasta tıbbi onkoloji bölümüne yönlendirildi.

Atelektazi, akciğerlerde volüm kaybı olarak adlandırılır. Sınıflandırma; bronkojenik karsinom, yabancı cisim aspirasyonu, mukus tıkacı veya dıştan bası gibi nedenlerle gelişen obstrüktif atelektazi, plevral efüzyon ve intratorasik lezyonlar nedeniyle kompresif atelektazi, adsorbsiyon atelektazisi ve pulmoner fibroziste gördüğümüz skatrizasyon atelektazisi olarak yapılır. İncelemede solunum sırasında göğüs kafesi hareketlerinde azalma, perküsyonda matite ve oskültasyonda etkilenen alanda akciğer seslerinde azalma veya kaybolma atelektazinin fizik muayene bulgularıdır.

Atelektazinin en önemli laboratuvar bulgusu hipoksemi olup artmış ventilasyondan dolayı karbondioksit seviyeleri normal veya düşüktür. Akciğer grafisinde ve tomografide lobar kollapsın direkt ve indirekt bulguları gözlenebilir. Direkt bulgular; fissürlerde yer değiştirme, havalanma kaybı, bronşlarda belirginleşme ve damarlanmada artıştır. Mediasten, hilus veya hemidiyaframın etkilenmiş alana doğru kaymasıyla ve non-atelektatik akciğerde havalanma artışıyla birlikte görülen akciğer opasitesi, akciğer grafisinde gözlenen indirekt bulguları oluşturur.

Kaynaklar:

1. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/56521>
2. <https://www.toraks.org.tr/site/sf/wgmf/rfic/99e734654e4d90b0932a65fa7df5da75394116697d2064c464eb850b24e4e7e7.pdf>

Olgu Sunumu-13



34 yaşında kadın hasta bir aydır öksürük, balgam, nefes darlığı, gece terlemesi ve kilo kaybı yakınmalarının yanı sıra idrarda kanama tarif ediyordu. Hastanın sigara kullanım öyküsü ve bilinen bir hastalığı yoktu. Oskültasyonda her iki akciğer sesleri doğaldı. PA akciğer grafisine göre hastada tanınız nedir?

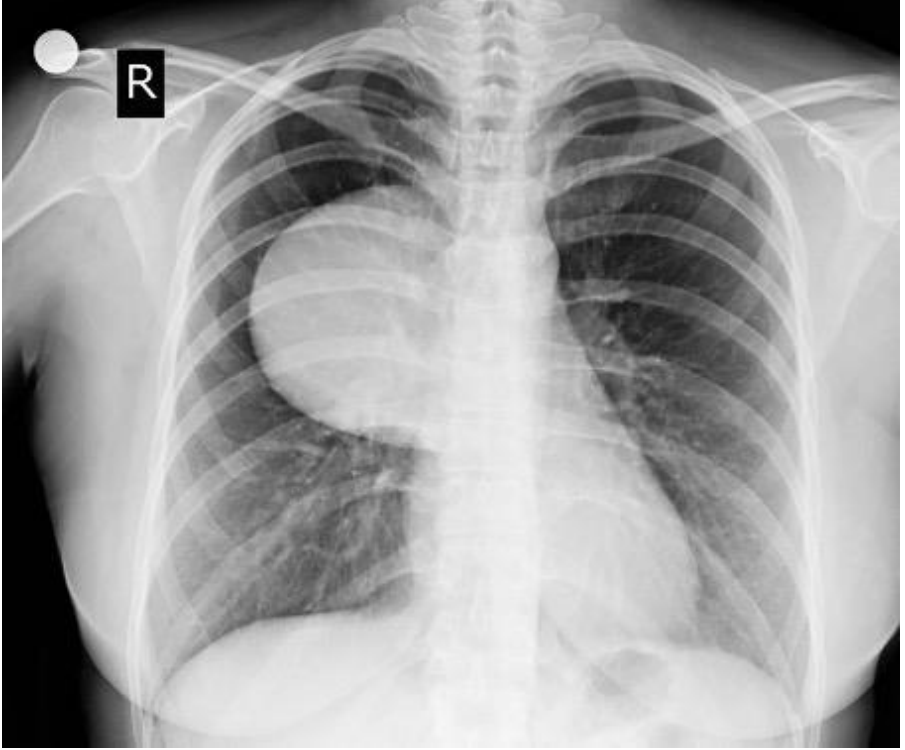
Granülomatoz Polianjitis (Wegener Granülamatozis)

PA akciğer grafisinde sağ akciğer üst ve orta zonda, sol akciğer alt zonda kaviter nodüler lezyonlar izlendi. Kaviter nodüler lezyonların ayırıcı tanısında tüberküloz, mantar enfeksiyonları, septik emboli yer almaktadır. Olgumuzda tüberküloz temas ve geçirme öyküsü yoktu. Balgam ARB'si negatif, mikobakteri ve mantar kültüründe üreme olmadı. Tam idrar tetkikinde hematüri ve (++) pozitif proteinüri saptanan hastanın bakılan otoantikörlerinde cANCA (+) saptandı. Hastanın Toraks BT'sinde sağ akciğer üst lobda ve bilateral akciğer alt lobda büyüğü yaklaşık 4 cm çapa ulaşan kaviter kitlesel lezyonlar izlendi. Tariflenen lezyonlar dışında bilateral akciğerde tüm loblarda bazıları buzlu cam dansitesinde multipl nodüller izlendi. TİT bulguları ve otoantikör pozitifliği olan hastaya Granülomatoz Polianjitis (GPA) ön tanısıyla böbrek parankiminden ultrason eşliğinde tru-cut biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu GPA ile uyumlu olarak değerlendirildi.

GPA kronik sistemik bir hastalıktır. Etyolojisi henüz bilinmemektedir. Üst ve alt solunum yollarının granüloamatöz yangısı ile küçük ve orta boyutlu damarların sistemik vaskülitine eşlik eden nekrotizan glomerulonefritle karakterizedir. Tanı, klinik bulgular, sitoplazmik antinötrofil sitoplazmik antikör (c- ANCA) pozitifliği ve histolojik bulgular zemininde konur. Serolojik olarak negatif c-ANCA, GPA tanısını dışlamamakla birlikte, pozitif bulunması tanıda en önemli serolojik test olarak kabul edilmektedir.

Kaynaklar:

1. Takwoingi YM, Dempster JH. Wegener's granulomatosis: an analysis of 33 patients seen over a 10-year period. Clin Otolaryngol 2003; 28(3): 187.



43 yaşında kadın hasta eforla nefes darlığı yakınması olması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Sigara kullanım öyküsü olmayan hastanın bilinen bir ek hastalığı yoktu. Oskültasyonda solunum sesleri doğaldı. Oda havasında satürasyonu %99 izlenmekteydi. Tanınız nedir?

Mezenkimal Tümör

PA akciğer grafisinde; sağ akciğer orta zonda mediasten komşuluğunda yuvarlak ve düzgün sınırlı opasite izlendi. Toraks BT'de posterior mediastende kitle lezyon izlendi. Ultrason eşliğinde tru-cut biyopsi yapıldı. Patolojiye gönderilen biyopsi materyali sonucu işçi hücreli mezenkimal tümör olarak raporlandı.

Yapılan immünohistokimyasal çalışmalarda tümör hücrelerinde; Vimentin, CD34, Bcl-2 ve Stat6 ile yoğun boyandığı Ki67(+), S100(-), Pansitokeratin(-), CD31(-), SOX10(-), Desmin (-), FLI-1(-), CD99(-), SMA(-), TFE-3(-) görülerek soliter fibröz tümör lehine değerlendirildi.

Göğüs cerrahisi tarafından opere edildi.

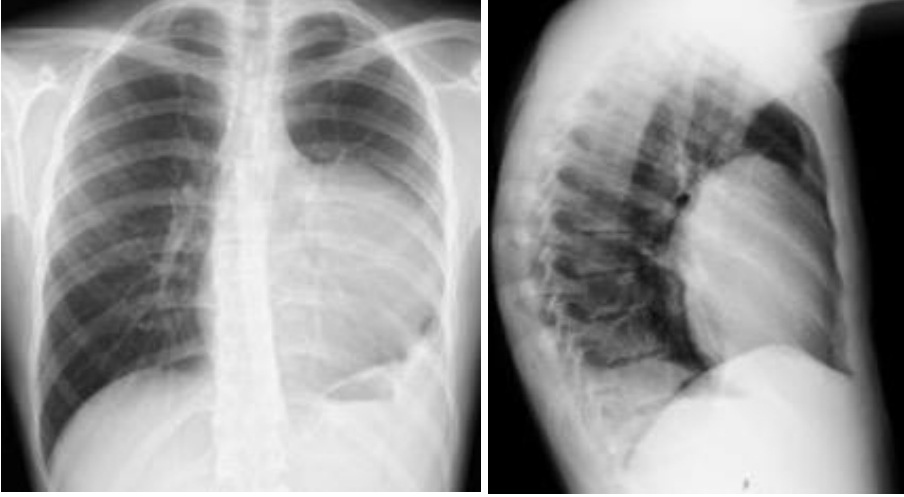
Mediastinal mezenkimal tümörler vücudun herhangi bir bölgesinde bulunan yağ veya bağ dokusundan, kan veya lenf damarlarından, çizgili veya düz kaslardan veya bu dokuların bir kaçından köken alabilen tümörlerdir. Mezenkimal tümörlerin mediastende bulunan dokulardan köken alması oldukça nadirdir; ancak mediastinal yapılardan köken aldıklarında vücudun diğer bölgelerinde görülen tümörlerle aynı histopatolojik özellikleri gösterirler.

Mediasten kitleleri lokalizasyon ve histolojik tiplerine göre farklı özellikler gösterir. Mediasten kitlelerinin yaklaşık %35-55'i ön, %15'i orta ve %30-40'ı ise arka mediasten yerleşimlidir. Arka mediastende ise nörojenik kökenli tümörler, bronkojenik ve nöroenterik kistler sıklıkla yer alır.

Kaynaklar:

1. Sundaresan SR, Ashrafi AS. Unusual Mediastinal Tumors. In: Patterson GA, Cooper JD, Deslauriers J, Lerut AEMR, Rice TW, editors. Pearson's Thoracic and Esophageal Surgery. 3rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2008.p.1641-52.
2. Lerman J. Anterior mediastinal masses in children. Semin Anesthesia in Perioperative Med Pain 2007;26:133-40.

Olgu Sunumu-15



23 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 ay önce başlayan nefes darlığı ve göğüs ağrısı yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Ek solunumsal yakınması yoktu. Özgeçmişinde bilinen bir hastalığı ve mesleki maruziyet öyküsü olmayan hastanın 7 paket-yıl aktif sigara öyküsü mevcut idi. Oskültasyonda sol akciğer alt zonda solunum sesleri azalmış izlendi. Hemogram, biyokimya ve arter kan gazı tetkiklerinde anormal bulgu izlenmedi. Solunum fonksiyon testi yapıldı. FVC:3.65 l (%68), FEV1:3.08 l (%68), FEV1/FVC: %85 olup restriksiyon ile uyumluydu. Tanınız nedir?

Ön Mediastinal Kitle

Akciğer grafisinde; sol akciğer orta ve alt zonda düzgün sınırlı opasite artışı, sol diyaframda hafif elevasyon ve sol kostodiyafragmatik sinüste küntleşme saptandı. Çekilen Toraks BT'de ön mediastende yerleşmiş, sol 2.-3. interkostal alana uzanım gösteren yaklaşık 84x90x76 mm boyutlu kitle lezyon saptandı. Göğüs cerrahisi ile konsültasyon sonrasında operasyon planlanan hasta göğüs cerrahisi kliniğine devredildi. Total olarak kitle eksizyonu yapılan hastanın patoloji sonucu germ hücreli tümör olarak raporlandı.

Mediasten kitleleri lokalizasyon ve histolojik tiplerine göre farklı özellikler gösterir. Mediasten kitlelerinin yaklaşık %35-55'i ön, %15'i orta ve %30-40'ı ise arka mediasten yerleşimlidir. Ön mediasten kitleleri genellikle lenfoma, timoma, teratom ve germ hücreli tümörlerdir. Orta mediastende lenfoma, bronkojenik ve perikardiyal kistler, arka mediastende ise nörojenik kökenli tümörler, bronkojenik ve nöroenterik kistler sıklıkla yer alır.

Kaynaklar:

1. Lerman J. Anterior mediastinal masses in children. Semin Anesthesia in Perioperative Med Pain 2007;26:133-40

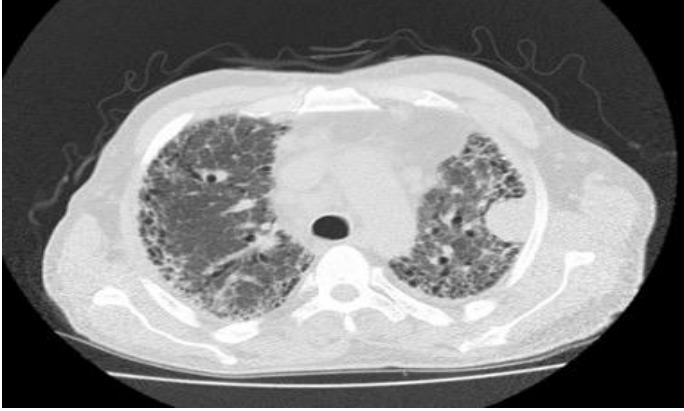
Olgu Sunumu-16



2 yıldır progresif nefes darlığı ve kuru öksürük yakınmaları olan 69 yaşında erkek hasta, 2-3 gündür nefes darlığında artış olması üzerine acil servise başvurdu. Özgeçmişinde kalp yetmezliği ve atrial fibrilasyon mevcuttu. Fizik muayenesinde çomak parmak ve oskültasyonda bilateral yaygın velcro ral mevcuttu. Dispneik, takipneik olan hastanın 8 lt/dk oksijen altında satürasyonu %88 idi. Yüksek akımlı oksijen ihtiyacı olan hastaya yatış verildi. PA akciğer grafisi çekilen hastada tanınınız nedir?

İdiopatik Pulmoner Fibrozis – Atak + Malignite

Akciğer grafisinde kardiyotorasik oran artmış, bilateral yaygın retiküler opasite artışı izlendi. Sol akciğer üst zonda periferik yerleşimli plevra tabanlı opasite mevcuttu. Toraks BT'sinde radyolojik bulguları UIP (Usual Interstisyel Pnömoni) paterni ile uyumluydu, fibrozis dışında yaygın buzlu cam infiltrasyonları ve sol akciğer üst lobda plevraya oturan kitle lezyon izlendi. Mevcut klinik, fizik muayene ve radyolojik bulgularıyla IPF tanısı konulan hastaya sol akciğerde saptanan kitleye yönelik tanısal işlem high flow oksijen cihazından ayrılamaması ve genel durum bozukluğu nedeniyle yapılamadı.



İdiopatik pulmoner fibrozis daha çok 60 yaş üstünde görülen, alveol duvarlarında ileri fibroze neden olan, ilerleyici nefes darlığı ve öksürük ile karakterize nedeni bilinmeyen ilerleyici bir akciğer hastalığıdır. Tanı konulduktan sonra beklenen yaş süresi 2-5 yıldır. Hastalığın en belirgin özelliği nefes darlığı olduğundan hastalar çoğunlukla KOAH veya astım tanısı ile takip edilmekte, tanı gecikebilmektedir. IPF'ye eşlik eden komorbiditeler arasında her 2 hastalık için ortak risk faktörü olan tütün maruziyeti nedeniyle akciğer kanseri de yer almaktadır. Hatta bazen bizim olgumuzda olduğu gibi IPF ve akciğer kanseri tanısı birlikte konulabilmektedir. IPF hastalarında malignite gelişebileceği unutulmamalıdır ve bu yönden takip edilmelidir.

Kaynaklar:

1. Türk Toraks Derneği İdiopatik Pulmoner Fibrozis ve Progresif Pulmoner Fibrozis Tanı ve Uzlaşma Raporu 2023.

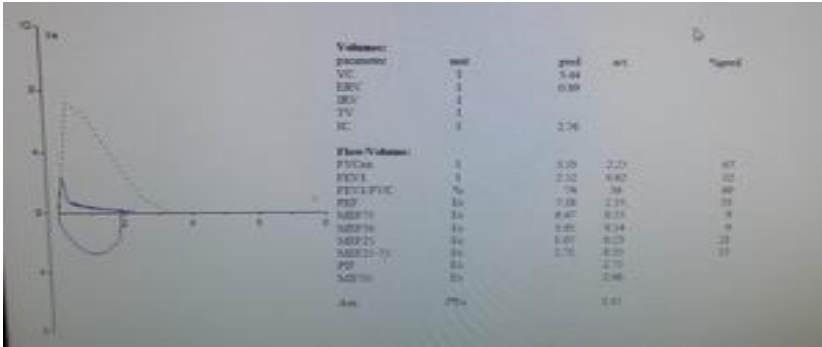
Olgu Sunumu-17



Bir yıldır progresif nefes darlığı, öksürük ve balgam yakınmaları olan 75 yaşında erkek hasta son 1 aydır yakınmalarında artış olması nedeniyle polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde ek hastalığı yoktu. 40 paket-yıl sigara öyküsü mevcut olup 7 yıldır sigara kullanmıyordu. Oskültasyonda solunum sesleri bilateral derinden geliyordu. Tanınız nedir?

KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)

Akciğer grafisinde bilateral bronkovasküler izler belirginleşmiş olup üst zonlarda infiltrasyonlar izlendi. Her iki hemitoraksta kostalar birbirine paralel, kot aralıkları açılmış, damla kalp görünümü, bilateral diyafragmalarda düzleşme ve amfizematöz görüntü izlendi. Hastanın solunum fonksiyon testinde obstrüktif patern izlendi. Hastaya KOAH tanısı konularak düzenli kullanacağı bronkodilatör tedaviler planlandı.



Kronik obstrüktif akciğer hastalığı özellikle sigara dumanı ve diğer zararlı gaz ve parçacıklara bağlı gelişen hava yollarının mikrobik olmayan iltihabi sonucu küçük hava yollarının harabiyeti ve daralmasıyla oluşan ilerleyici bir akciğer hastalığıdır. Havayollarının esnekliğini yitirmesi sonucu alveollere giren havanın çıkması zorlaşır ve daha da şişmeye başlar. Bu değişiklik kalıcıdır ve amfizem olarak adlandırılır.

PA akciğer grafisi KOAH tanısı için duyarlı değildir. Hafif KOAH'da PA akciğer grafisi normal görülebilir. Hastalık ilerledikçe, özellikle de amfizem eklenmesiyle değişiklikler oluşur. Amfizemin radyolojik bulguları olarak; bilateral diafragmalarda düzleşme, kalp gölgesinin uzun ve dar oluşu (damla kalp görünümü), akciğerlerde havalanma artışına bağlı kostalarda düzleşme, akciğerlerde vasküler gölgelerde azalma ve lateral grafide retrosternal havalı sahada artış görülebilir.

Kaynaklar:

1. <https://toraks.org.tr/site/resources/aegrotationes/p/2>



59 yaşında erkek hasta sırt ağrısı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Ek solunumsal yakınması yoktu. Oskültasyonda her iki akciğerde solunum sesleri doğaldı. Meslek maruziyeti ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Çocukluğunda yaşadığı evde asbest maruziyeti olduğunu ifade etti. Tanınız nedir?

Plevral Plak

PA akciğer grafisinde kardiyotorasik oran artmış trakea sağa deviye izlendi. Her iki akciğerde üst-orta zonda plevral plak ile uyumlu düzensiz sınırlı dens lezyon izlendi.

Asbeste bağlı plevral plak; yaklaşık 15-20 yıllık latent periyodun ardından parietal plevradan köken alan irregüler fokal fibrotik lezyonlardır. Asbest teması olan kişilerde erken ortaya çıkan, en sık görülen plevral patolojidir. Klinik yansıması olmayıp başka bir hastalık nedeniyle veya rastlantısal çekilen grafilerde saptanır.

Kaynaklar:

1. Schwartz DA. New developments in asbestos- induced pleural disease. Chest 1991;99:191-198.
2. Metintas M, Metintas S, Hillerdal G, et al. Non-malignant pleural lesions due to environmental exposure to asbestos. Eur Respir J 2005; 26: 875-80
3. Harris EJA, Musk A, de Klerk N, et al. Diagnosis of asbestos-related lung diseases. Expert Review of Respir Med 2019; 13: 241-9.

Olgu Sunumu-19



75 yaşında erkek hasta öksürük ve eforla olan nefes darlığı yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde sigara kullanım öyküsü olmayan hastanın bilinen bir hastalığı yoktu. Meslek maruziyeti sorgulandığında kömür madeni işçiliğinden emekli olduğunu belirtti. Oskültasyonda solunum sesleri olağandı. Tanınız nedir?

Pnömokonyoz

PA akciğer grafisinde her iki hemitoraksta üst zonda yuvarlak, kitlesel homojen opasite artışı izlendi. Hastaya Toraks BT çekildi. Madende çalışma öyküsü olan hastada toraks BT görüntülemesinden sonra transtorasik biyopsi alındı ve biyopsi sonucu pnömokonyoz ile uyumlu olarak raporlandı.

Pnömokonyoza bağlı progresif masif pulmoner fibrozis: Kömür işçisi pnömokonyozu inorganik yapıdaki kömür tozlarının inhalasyonu sonucu akciğerde fibrozise kadar ilerleyen doku reaksiyonudur. Başlangıçta üst lob posterior veya alt lob süperior segmentlerde kömür makülü olarak antrakotik pigmentin birikmesiyle 1cm'den küçük opasiteler oluşurken, bu opasitelerin konglomerasyon gösterip birleşmesiyle progresif masif pulmoner fibrozis gelişir. Hastalığın ilk zamanlarında semptom görülmezken hastalık ilerledikçe kuru öksürük, eforla gelişen nefes darlığı belirgin hale gelir ve solunum yetmezliği gelişebilir. Basit kömür işçisi pnömokonyozunda mortalite daha düşük oranlardayken komplike vakalar daha mortal seyretmekte ve sigara maruziyeti, silikozis varlığında beklenen sağkalım düşmektedir.

Kaynaklar:

1. İbrahim Akkurt: İnorganik Tozlara Bağlı Mesleki Akciğer Hastalıkları. In: Mesleki Solunum Hastalıkları, 2.baskı, 2014. Syf 99-170.
2. İbrahim Akkurt, Cebraail Şimşek: Mesleksel Hastalıklarda Oluşan Solunum Sistemi Fizyopatolojik Değişiklikleri. In: Solunum Fizyolojisi ve Fizyopatolojisi, 1.baskı, 2017: 329-350
3. Robert C. Stansbury, Edward L. Petsonk, John E. Parker: Coal Worker's Lung Diseases and Silicosis. In: Fishman 5th Edition, 2015. page:1342-1359.



62 yaşında kadın hasta bir haftadır olan halsizlik, istirahatte nefes darlığı ve ateş yakınması olması üzerine acil servise başvurdu. Özgeçmişinde özellik bulunmayan hastanın sigara kullanımı ve tüberküloz teması yoktu. Aile öyküsünde özellik yoktu. Mesleksel ve çevresel teması olmamıştı. Fizik muayenesi normaldi. Hastaya PA akciğer grafisi çekildi. Tanınız nedir?

Azigos Lobu ve Sarkoidoz

PA akciğer grafisinde bilateral hiler bölgelerde dolgunluk ve sağ akciğer alt zonda şüpheli infiltrasyon alanı, sağ akciğer üst zonda düzgün sınırlı opasite görüldü. Toraks BT'de bilateral mediastende ve her iki hiler alanda sınırda simetrik büyümüş lenf nodları mevcuttu. Sağ üst zonda ise azygos fissürü bulunmaktaydı. Solunum fonksiyon testlerinde restriktif patern (FEV1/FVC %85, FVC beklenenin %61'i) ve difüzyon kapasitesinde düşüklük (DLCO: %60) saptandı. Laboratuvar testlerinde sedimentasyon 44 mm/saat, serum anti nötrofilik antikor (ANA) ve romatoid faktör (RF) negatif, kan ve idrar kalsiyum düzeyleri normal olarak saptanan hastada PPD testi anejik olarak sonuçlandı. Serum ACE (anjiotensin converting enzim) düzeyi yüksek bulundu. Endobronşial ultrasonografi (EBUS) ile transbronşial iğne biyopsi yapılan hastadan alınan biyopsi örneği granümatöz lenfadenit olarak raporlanması üzerine "sarkoidoz" tanısı konuldu.

Sarkoidoz, çeşitli organlarda, çoğunlukla akciğerlerde ve/veya mediastinal lenf nodlarında non-nekrotizan granülomlarla karakterize multisistemik bir hastalıktır. Öksürük, nefes darlığı, hışıltı gibi klinik yakınmalar görülebileceği gibi asemptomatik olgularda radyolojik bulgularla (bilateral hiler lenfadenopati, lenfatik dağılımda nodüller) da fark edilebilir. Biyopside non-granülom varlığı ve başta enfeksiyonlar olmak üzere diğer granümatöz durumların dışlanmasına dayanarak tanı konur. Spontan gerileme yaygın olmasına rağmen akciğer bulgularının ilerlemesi açısından takip gerektirir.

Azigos lobu, sıklığı %0.1 ile %8 arasında değişen nadir bir doğuştan varyasyondur. PA akciğer grafisinde görülme oranı çok düşüktür (%0.4). Embriyonel dönemde azigos ven arkının vena kava superior ile birleşmek üzere migrasyonu sırasında, üst lob apikal segmentin veya posterior segmentin önünden giderek bu segmentlerin ayrı bir lob gibi görüntü vermesini sağlar. Oluşan bu görüntüye azigos lobu denir.

Kaynaklar:

1. Chan JCK, Boland JM. Granulomatous Lung Diseases: A Practical Approach and Review of Common Entities. Surg Pathol Clin. 2024;17(2):173-192. doi:10.1016/j.path.2023.11.004
2. Felson B. The azygos lobe: its variation in health and disease. Semin Roentgenol 1989;24:56-66.

Olgu Sunumu-21



23 yaşında erkek hasta 6 aydır nefes darlığı ve 3 aydır öksürük yakınması olması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde her iki akciğer alt zonlarda belirgin ral işitildi. Özgeçmişinde astım nedeniyle tedavi aldığı öğrenildi. Sigara kullanım öyküsü yoktu. Eşlik eden ek hastalığı yoktu. Hemogram, biyokimya ve idrar tetkikleri normaldi. Tanınız nedir?

Pulmoner Alveoler Mikrolitiazis

Akciğer grafisinde bilateral akciğer alt zonlarda yoğunlaşarak kalp konturunu silen mikronodüler görünüm izlendi (kum fırtınası görünümü). Solunum fonksiyon testi; FEV1 2.66 L (%92), FVC 3.20 L (%98), FEV1/FVC %81, DLCO %64 olarak sonuçlandı. Toraks BT’de yaygın interlobüler septal kalınlaşmaların eşlik ettiği ve alt loblarda daha belirgin bilateral kalsifiye mikronodüler görünüm izlendi. Hastaya radyolojik olarak pulmoner alveolar mikrolitiazis (PAM) tanısı konularak takibi önerildi.

PAM kalsiyum fosfat mikrolitlerinin alveoler bölgelerde birikmesi sonucu ortaya çıkan, asemptomatik olgulardan ciddi solunum yetmezliğine ve ölüme dek uzanan spektrumda klinikle gelebilen otozomal resesif geçişli nadir bir genetik hastalıktır.

Kaynaklar:

1. Mardani P, Naseri R, Shahriarirad R, et al. Successful bilateral lung transplantation in pulmonary alveolar microlithiasis: A case report and review of literature. *Clin Respir J.* 2024;18(5):e13773. doi:10.1111/crj.13773

Olgu Sunumu-22



Safra kesesinden operasyon planlanan hasta preoperatif değerlendirilmek üzere polikliniğe yönlendirildi. Hastanın halsizlik ve eforla olan nefes darlığı yakınmaları mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde 15 paket-yıl sigara kullanım öyküsü olup 15 yıldır kullanmadığını belirtti. Oskültasyonda her iki akciğer solunum sesleri olağandı. Tanınız nedir?

Soliter Fibröz Tümör

Hastanın PA akciğer grafisinde sol akciğer orta zonda görülen düzgün sınırlı opasite izlendi. Hastadan istenen lateral grafide kitlenin posteriorda plevraya tabanı olduğu görüldü ve hastadan Toraks BT istendi.



Hastanın Toraks BT'sinde sol alt lob laterobazalde geniş tabanlı plevraya oturan, düzgün sınırlı, yaklaşık 42x30 mm boyutlu solid kitle lezyon izlendi. Göğüs duvarına ve kemik yapılarına belirgin invazyon göstermeyen kitle lezyonun ön tanısında öncelikle plevranın soliter fibröz tümörü düşünüldü. Hasta tanısız işlem için göğüs cerrahisine yönlendirildi. Hastanın biyopsisi soliter fibröz tümör lehine değerlendirilerek göğüs cerrahi tarafından Wedge rezeksiyon yapıldı.

Soliter fibröz tümörler, esas olarak plevrada görülen ve nispeten nadir rastlanan neoplazmlardır; tüm plevral tümörlerin %5'inden azını oluştururlar. Genellikle bu tümörler, göğüs radyografisinde tesadüfen tespit edilir. Tümör pluripotent mezotelyal hücrelerin tümöral farklılaşmasından kaynaklanır, ancak etyolojisi bilinmemektedir.

Kaynaklar:

1. Ichiki Y, Kakizoe K, Hamatsu T, et al. Solitary fibrous tumor of the lung: a case report. *Surg Case Rep.* 2017;3(1):10.



Entübe şekilde yoğun bakımda takip edilen 41 yaşında erkek hasta satürasyon düşüklüğü nedeniyle danışıldı. Fizik muayenede sol hemitoraksta solunum seslerinde azalma bulundu. Hastaya PA akciğer grafisi çekildi. Tanınız nedir?

Tansiyon Pnömotoraks

PA akciğer grafisinde sol hemitoraksta pnömotoraks izlendi, mediastende sağa yer değiştirme görüldü. Hastaya Göğüs Cerrahisi tarafından sol tüp torakostomi uygulandı ve takip ve tedavi altına alındı.

Tansiyon pnömotoraks hayatı tehdit eden çok ciddi bir durumdur. Genellikle entübe hastalarda, ventilatöre bağlı olarak gelişmektedir. Akciğer parankimi ve/veya trakeobronşiyal sistemden intraplevral boşluğa tek yönlü valf mekanizması ile hava kaçağının olmasıdır. Giderek artan plevral basınç sonucunda total akciğer kollapsı ve karşı tarafa mediastinal şift gelişir. Bu durumda kalbe venöz dönüş azalır, kardiyak output azalır ve intraplevral basınç (+) 20-30 cmH₂O düzeyine kadar çıkabilir. Hipotansiyon, hipoksemi, taşipne, taşikardi ve hemodinamik yetmezlik gelişir. Acil müdahale yapılmazsa, mediastinal şift ilerler ve sağlam akciğere bası yaparak hastanın ani ölümüne neden olabilir.

Kaynaklar:

1. Baysungur V. Pnömotoraks. In: Ökten İ, Kavukçu H.Ş, editors. Göğüs Cerrahisi. 2nd ed. İstanbul: Promat Basım Yayın San. ve Tic. A. Ş; 2013.p.1493-518



İşe giriş muayenesi sırasında akciğer filmi çekilen 38 yaşında erkek hasta, filminde patoloji izlenmesi üzerine yönlendirildi. Özgeçmişinde 4 yıl önce araç içi trafik kazası dışında özellik olmayan hastanın solunum sistemi muayenesi normal bulundu. Tanınız nedir?

Kot Fraktürü

PA akciğer grafisinde sol hemitoraksta 3.4.5.6.7. ve 8. kotların posterior kısımlarında kallus formasyonu saptandı.

Kot fraktürleri altta yatan nedene göre travmatik, patolojik ve stres kırıkları olmak üzere üç gruba ayrılır. Acil pratiğinde kot kırıkları sıklıkla travmaya bağlı gelişir. Patolojik kırıklar ise malignite ve osteoporozla sekonder olarak oluşmaktadır. Tekrarlayan fiziksel kuvvete maruz kalan kemiklerde oluşan kırıklara stres kırığı denir. Kosta kırıklarıyla beraber akciğer kontüzyonu, pnömotoraks, hemotoraks ve kardiyovasküler yaralanmalar oluşabilir.

Kaynaklar:

1. Leung HY, Stirling AJ. Stress fracture of the first rib without associated injuries. Injury. 1991;22:483-4.

Olgu Sunumu-25



İki yıl önce kolon kanserinden opere olan 68 yaşında erkek hasta, bir aydır artan nefes darlığı, çabuk yorulma ve halsizlik yakınmaları ile polikliniğe başvurdu. Ek solunumsal yakınması yoktu. Oskültasyonda her iki akciğer orta ve alt zonlarda ral işitildi. Hastaya PA akciğer grafisi çekildi. Tanınız nedir?

Kolon Kanserinin Akciğere Metastazı

Akciğer grafisinde sağ hemitoraksta port izlendi. Her iki akciğerde yaygın nodüler opasiteler izlendi. Toraks BT çekildi. Bilateral akciğer parankiminde metastatik nodüller izlendi. Hasta Medikal Onkoloji bölümüne yönlendirildi.

Pulmoner metastazlar; soliter, multipl ya da difüz, miliyer opasiteler olarak görülebilir. Malignitelerin akciğere hematojen, lenfojen, ya da direkt invazyon ile metastaz yapabildiği bilinmektedir. Metastazların yayılım şekli, yeri, büyüklüğü gibi birçok özellik, altta yatan tümör biyolojisi ve kişinin direnci ile ilişkilidir. Hematojen yol ile sıklıkla akciğer, karaciğer, beyin ve kemik metastazları görülür. Dolaşım sırasında akciğere gelen tümör hücreleri daha çok alt loblarda kapiller endotele tutunma eğilimi gösterir. Lenfojen yol ile akciğerin değişik yerlerine, lobar, hiler, mediastinal lenf nodlarına yayılım gerçekleşebilir ya da yine lenfatiklerle bütün bir akciğeri içine alacak şekilde difüz olarak yayılım söz konusu olabilir.

Kaynaklar:

1. Putnam JB. Secondary tumors of the lung. In: Shields TW (ed). General Thoracic Surgery. 5th ed. Philadelphia: William & Wilkins, 2000: 1555-76.



Birkaç yıldır eforla nefes darlığı olan 42 yaşında erkek hasta; yakınmasının 1 haftadır artması nedeniyle polikliniğe başvurdu. Hastanın ek solunumsal yakınması yoktu. Özgeçmişinde sigara kullanım öyküsü ve bilinen hastalığı yoktu. Tanınız nedir?

Skolyoz

PA akciğer grafisinde vertebra sağ deviye izlendi (dextroskolyoz). Trakea sağa deviye, sol hiler alan genişlemiş izlendi. Sağ akciğer alt zonda opasite artışı izlendi. Sol hemitoraktaki kotların mesafelerinin daralmış olduğu izlendi. PA akciğer grafisi skolyoz ile uyumlu değerlendirildi. Hastaya solunum fonksiyon testi yapıldı. Restriksiyon ile uyumlu bulundu. Arterial kan gazında karbondioksit retansiyonu izlenmedi.

Skolyoz, akciğer grafisinde belirgin omurga eğriliği, kaburga asimetrisi, mediastinal şift ve akciğer alanlarında asimetri gibi bulgularla kendini gösterir. Bu radyolojik bulgular, skolyozun derecesi ve göğüs kafesi üzerindeki etkisine bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Bu nedenle, skolyozlu hastaların değerlendirilmesinde detaylı radyolojik inceleme ve klinik değerlendirme önemlidir. Ağır kifoskolyozun temel patofizyolojik etkisi, alveoler hipoventilasyon, hipoksik vazokonstrüksiyon ve zamanla pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale ile sonlanan restriktif akciğer hastalığıdır. Kifoskolyozda solunum fonksiyon testlerinde karakteristik olarak total akciğer kapasitesi ve vital kapasite azalır. Kardiyopulmoner hastalığın semptom ve bulguları genellikle dördüncü ve beşinci dekadlara kadar ortaya çıkmaz. Bu dönemde hastalığın seyri bir anda hızlanabilir ve pulmoner enfeksiyonla presipite olan tekrarlayan solunum ve sağ kalp yetmezliği atakları ile karakterizedir.

Kaynaklar:

1. Weber B, Smith JP, Briscoe WA, et al. Pulmonary function in asymptomatic adolescents with idiopathic scoliosis. Am Rev Respir Dis 1975;111:389-397.



Astım tanısıyla 6 aydır takip edilen 55 yaşında kadın hasta bronkodilatör tedaviye rağmen öksürük, nefes darlığı ve göğüste sıkışma hissi yakınmalarının gerilememesi nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Nefes darlığının özellikle eforla ve geceleri yatmakla arttığını belirtti. Sigara kullanım öyküsü yoktu. Özgeçmişinde; dispeptik yakınmaları için bir dönem motilite düzenleyici ilaçlar kullandığı öğrenildi. Her iki akciğerde solunum sesleri olağandı. Tanınız nedir?

Hiatal Herni

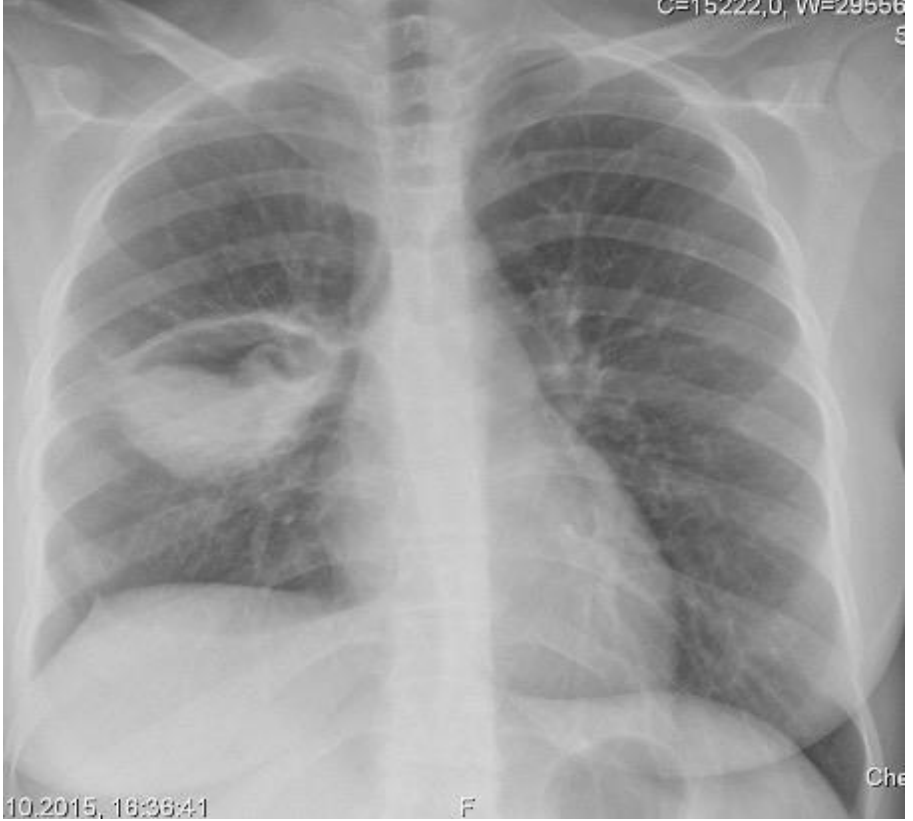
PA akciğer grafisinde; bilateral kostodiafragmatik sinüsler ve bilateral parankim olağan izlendi. Aort topuzu belirgin ve kalsifik plaklar izlendi. Retrokardiak alanda kalbin arkasında diyafragmanın üstünde hava-sıvı seviyesi izlendi. Hastaya Toraks BT çekildi. Toraks BT'de paraözofageal herni saptandı. Hasta Gastroentereoloji bölümüne yönlendirildi.

Hiatus hernisi, midenin bir bölümünün diyafragmada bulunan özofageal hiatustan yukarı yönde toraksa doğru fıtlıklaşması şeklinde tanımlanmaktadır. Genellikle asemptomatiktir. Semptomatik olduğunda ise belirtiler sıklıkla gastroözafagial reflüye (GÖR) ya da onun komplikasyonlarına bağlıdır.

Kaynaklar:

1. Mittal RK. Hiatal hernia: myth or reality? Am J Med 1997;103:33-39.

Olgu Sunumu-28



32 yaşında kadın hasta bir yıldır devam eden kuru öksürük ve eforla olan nefes darlığı yakınmalarıyla polikliniğe başvurdu. Ek solunumsal yakınması yoktu. 10 paket-yıl aktif sigara kullanım öyküsü vardı. Özgeçmişinde özellik yoktu. Oskültasyonda solunum sesleri olağandı. Tanınız nedir?

Kist Hidatik

PA akciğer grafisinde; sağ akciğer orta zonda oval düzgün sınırlı kaviter görünümde kitlesel lezyon izlendi. Opasitenin üst sınırında nilüfer çiçeği görünümü tespit edildi. Hastaya Toraks BT çekildi. Sağ akciğer alt lobda 4*5 cm boyutlu hidatik kist ile uyumlu lezyon izlendi. Hastada kist hidatik indirekt hemaglutinasyon testi (İHA) çalışıldı. İHA sonucu (1:160) pozitif geldi. Hasta Göğüs Cerrahisine operasyon için yönlendirildi.

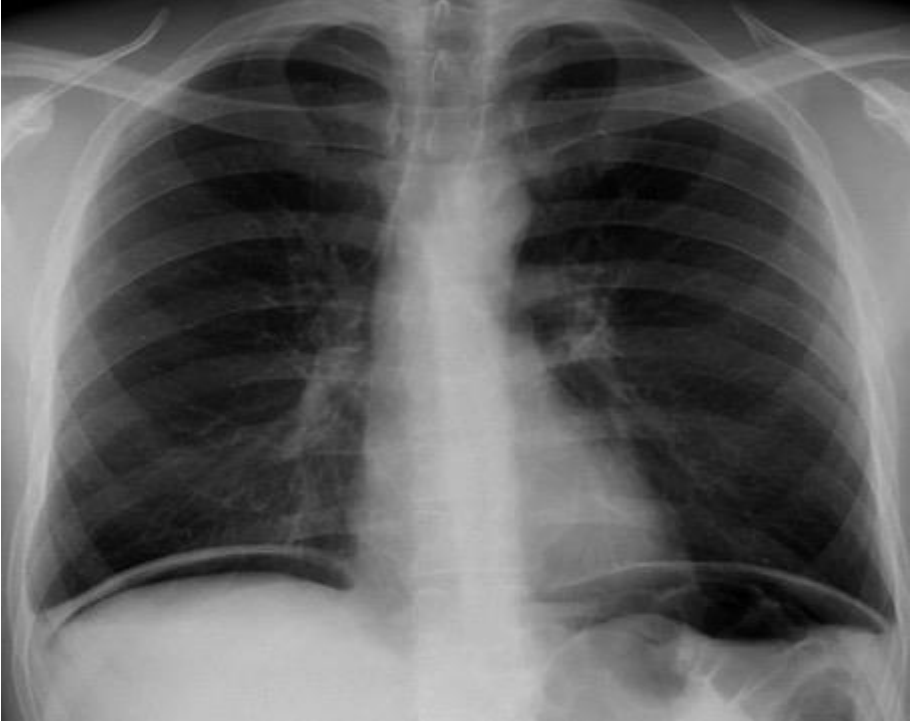
Kist hidatik hastalığı, *Ekinokokus Granulosus* etkenine bağlı paraziter bir enfeksiyondur. Kistlerin çoğu asemptomatik olup çoğunlukla kendiliğinden gerileyebilir. Klinik tablo paraziter enfeksiyonun etkilediği organa, kistin büyüklüğüne ve kistin komşu organlar ile etkileşimine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. En sık etkilenen organlar karaciğer ve akciğerdir. Ancak kaslar, kemik, böbrek, beyin, dalak gibi organlar da nadiren tutulabilir. Akciğer kist hidatikleri, %30 olguda multipl olup, %20 bilateraldir, %60 sağ akciğer alt lob yerleşimlidir.

Hastalardaki semptom ve bulgular, kistin yerleşim yerine ve büyüklüğüne göre değişmektedir. Boyut olarak büyük olanlar genelde bası semptomları oluştururlar. Hastalarda ilk semptom kuru öksürüktür. Ayrıca santrale yerleşmiş olanlarda kanlı balgam gözlenebilir. Bazı hastalarda akut göğüs ağrısı olabildiği gibi künt bir ağrı da saptanabilir. Kistin bronşa açılması ile hastanın ağızından su ve kist parçaları gelebilir. Ayrıca ekspektore edilemeyen bazı germinatif membran kalıntılarının, trakeayı daraltması nedeniyle dispne ve bronkospazm gözlenebilir. Periferik yerleşimli olanlar plevral irritasyona bağlı göğüs ağrısı, diyafragmatik komşuluğu olanlar ise karın ağrısına neden olabilirler. Eğer kist periferik yerleşimli olup da plevral boşluğa rüptüre olursa pnömotoraks ve ampiyem gibi bir klinik tabloya neden olabilir.

Kaynaklar:

1. Esme H, ğahin DA. Tretment of pulmonary hydatid cyst: review. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007; 27(1): 870-5.
2. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreiros J, Pedrosa CS. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. Radiographics 2000; 20: 795-817.
3. Sayek İ. Kist Hidatik Hastalığı: Klinik Yönleri. Altıntaş N, Tınar R, Çoker, r (eds). Hidatoloji Derneği Yayınları, İzmir 2004: 141-147

Olgu Sunumu-29



25 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası sonrası acil servise getirildi. Hasta tarafımıza PA akciğer grafisiyle danışıldı. Hastanın göğüs ağrısı ve karın ağrısı mevcuttu. Fizik muayenede solunum sesleri olağandı. Karın muayenesinde periumbilikal hassasiyet ve yaygın rebound mevcuttu. Oda havası saturasyonu %98'di. Tanınız nedir?

Batın İçi Serbest Hava (Diafragma Altı Hava)

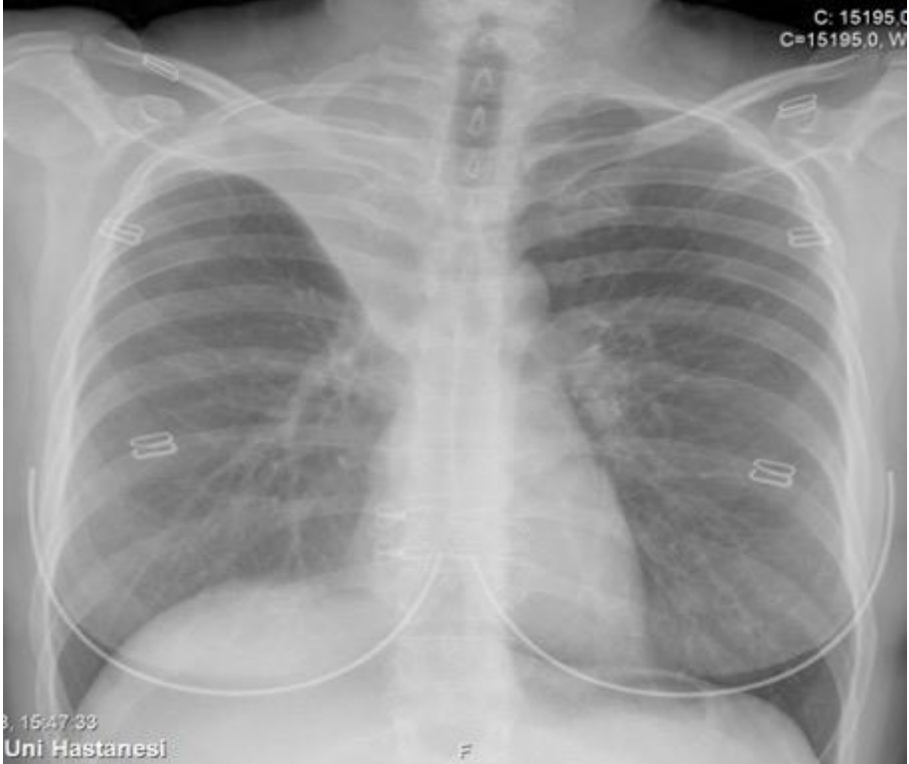
PA akciğer grafisinde her iki kostodiaframatik sinüsler minimal künt izlendi. Her iki diafragma altında serbest hava izlendi. Batın içi organ perforasyonu tanısıyla genel cerrahiye konsülte edilmesi önerildi.

Karın travmaları tüm travmaya bağlı ölümlerin %15-20'sini oluşturmaktadır. Bu ölümler yaralanma sonrası kısa dönemde kanamaya bağlı ve geç dönemde sepsise bağlı olabilir. Diafragma altında serbest hava görüntüsü önemlidir ve ince – “yarım ay”- şeklinde olduğunda genellikle duodenal ülser perforasyonu lehine bulgu olarak değerlendirilir. Masif serbest hava görünümünde ise kolon perforasyonundan şüphelenilir.

Kaynaklar:

1. Gölcük Y, Akkaya A (2011). Karın ağrılı hastada diyafram altı serbest hava görünümü. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 11(4), 144 - 144.

Olgu Sunumu-30



58 yaşında kadın hasta bir aydır olan öksürük ve nefes darlığı yakınmaları ile polikliniğe başvurdu. 40 paket-yıl aktif sigara kullanım öyküsü olan hastanın eşlik eden hastalığı yoktu. Oskültasyonda solunum sesleri olağandı. Hastaya PA akciğer grafisi çekildi. Tanınız nedir?

Golden S Bulgusu (Sağ Üst Lob Atelektazisi)

PA akciğer grafisinde sağ akciğer üst zonda atelektatik alan izlendi. Minör fissür yukarı çekilmiş izlendi. Hastaya Toraks BT çekildi. Toraks BT'de sağ hiler kitle saptanan hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Sağ akciğer üst lobda endobronşiyal lezyon izlendi. Lezyondan biopsi alındı. Biopsi sonucu skuamöz hücreli akciğer kanseri ile uyumlu bulundu. PET-CT'de kemik metastazı olan hasta takip ve tedavi için Medikal Onkolojiye yönlendirildi.

Sağ hilusta lokalize kitle nedeniyle oluşan üst lob atelektazisinde minör fissürün lateral kısmının atelektaziye bağlı olarak konkav görünümü ile medial kısmının aşağıya doğru konveks görünümü minör fissürün S harfi şeklinde görünmesine neden olur. Buna Golden S bulgusu adı verilir.

Kaynaklar:

1. Hofer. M, N. Abanador, L. Kamper, H. Rattunde, C. Zentai. A systemic Teaching Atlas, The Chest X-Ray.