

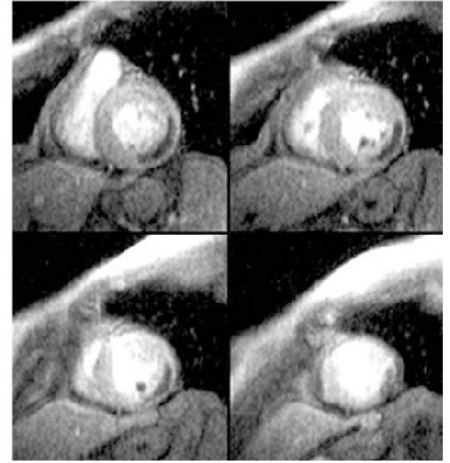
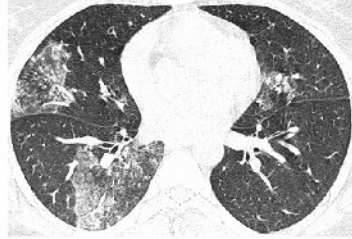
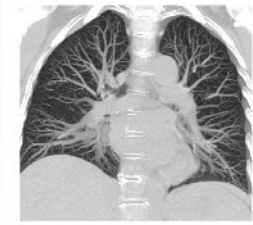


TÜRK TORAKS RADYOLOJİSİ DERNEĞİ

TÜRK TORAKS RADYOLOJİSİ DERNEĞİ SEMPOZYUMU

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

20-21 NİSAN 2019



BİLDİRİ KİTABI

Organizasyon Sekreteryası

MOTTO
www.motto.tc

0232 446 06 10
info@motto.tc

İÇİNDEKİLER;

	<u>Sayfa</u>
Bilimsel Program	3-4
Davet	5
Kurullar	6
Sözel Bildiriler	7-32
Poster Bildiriler	33-60
Tam Metinler	61-85

www.turktoraksradyolojisi.com



TÜRK TORAKS RADYOLOJİSİ DERNEĞİ
TÜRK TORAKS RADYOLOJİSİ DERNEĞİ
SEMPOZYUMU

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

20-21 NİSAN 2019

BİLİMSEL PROGRAM

20 NİSAN 2019 - CUMARTESİ

AKCİĞER OTURUMU

Oturum Başkanları: *Dr. Hüdaver Alper, Dr. Mahmut Kebapçı*

- 09.00-09.10 **Açılış**
- 09.10-09.35 **Akciğer grafisi ile kesin tanı konulabilen olgular**
Dr. Selen Bayraktaroğlu
- 09.35-10.00 **YRBT ile kesin tanı konulabilen olgular**
Dr. Figen Demirkazık
- 10.00-10.20 **Toraks BT’de tuzak alanlar**
Dr. Pınar Balcı
- 10.20-10.40 **Olgular**
Dr. Ruken Yüksekaya

10.40-11.00 KAHVE MOLASI

DAMAR OTURUMU

Oturum Başkanları: *Dr. Mahmut Oğuz, Dr. Uğur Topal*

- 11.00-11.20 **Akut ve kronik tromboemboli**
Dr. Nilgün Işıksalan Özbülbül
- 11.20-11.50 **Pulmoner Hipertansiyon: Radyolojik bulgular ve nedene yönelik yaklaşım**
Dr. Macit Arıyürek
- 11.50-12.20 **Pulmoner vaskülitler**
Dr. Gonca Erbaş
- 12.20-12.40 **Olgular**
Dr. Cihan Akgül Özmen

12.40-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ

KALP OTURUMU

- Oturum Başkanları:** *Dr. Yahya Paksoy, Dr. Nihat Kodallı*
- 13.30-13.50 **Perikard hastalıklarında görüntüleme**
Dr. Naim Ceylan
- 13.50-14.15 **Kardiyak MR nedir? Bize neler verir ?**
Dr. Yahya Paksoy
- 14.15-14.45 **Kardiyak BT nasıl yapılır? Klinik uygulamaları nelerdir?**
Dr. Tuncay Hazirolan
- 14.45-15.00 **Olgular**
Dr. Erkan Yılmaz

15.10-15.30 KAHVE MOLASI

PARANKİM DIŞI TORAKS OTURUMU

- Oturum Başkanları:** *Dr. Emine Osma, Dr. Serdar Akyar*
- 15.30-16.00 **Plevral hastalıklar ve mezotelyoma**
Dr. Muzaffer Metintaş
- 16.00-16.30 **Plevral hastalıklarda radyoloji**
Dr. Ragıp Özkan
- 16.30-17.00 **Mediasten hastalıkları**
Dr. Fatih Alper
- 17.00-17.20 **Olgular**
Dr. Meltem Gülsün Akpınar
- 17.20-18.20 **Sözel Bildiriler**

21 NİSAN 2019 - PAZAR

- Oturum Başkanları:** *Dr. Cihan Göktan, Dr. Kemal Ödev*
- 09.00-09.20 **Toraks Radyolojisinde karşılaşılan varyasyonlar**
Dr. Gamze Durhan
- 09.20-10.00 **KISA BAŞLIKLARLA BULGU VE TANI-AYIRICI TANI**
Mozaik oligemi, kaldırım taşı görünümü, tomurcuklanan ağaç, halo işareti / ters halo işareti, kist ve kavite- olgularla ayırıcı tanı
Dr. Çetin Atasoy, Dr. Polat Koşucu

- 10.00-10.30 **LİTERATÜRDE GÜNCEL BAŞLIKLAR- UPDATE OTURUMU**
Güncel literatürler: (İPF, Nodül, kanser, HP, vb.)
Dr. Çağlar Uzun, Dr. N. Sinem Gezer

- 10.30-10.50 **Sözlü bildiriler 1**

10.50-11.05 KAHVE MOLASI

PARANKİM DIŞI TORAKS OTURUMU

- Oturum Başkanları:** *Dr. Can Karaman, Dr. Atadan Tunacı*
- 11.05-11.35 **Fokal parankimal hastalıklar**
Dr. Canan Akman
- 11.35-12.05 **Diffuz parankimal hastalıklar**
Dr. Can Karaman
- 12.05-12.30 **İPF: Sık değişen tanı kriterleri ve tanısal güçlükler**
Dr. Recep Savaş
- 12.30-12.50 **Olgular**
Dr. Koray Hekimoğlu
- 12.50-14.55 **Sözlü bildiriler 2**
- 14.55 **Kapanış**

Davet

Sayın meslektaşlarımız;

20-21 Nisan 2019 'da Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Rektörlük Kongre Merkezinde yapılacak olan Türk Toraks Radyolojisi Derneği Sempozyumu'nda sizleri aramızda görmekten mutluluk duyacağız.

Saygılarımla...

Dr. Recep Savaş
Sempozyum Başkanı

KURULLAR

Sempozyum Başkanı

Dr. Recep Savaş

Sempozyum Düzenleme Kurulu

Dr. Çağlar Uzun
Dr. Çetin Atasoy
Dr. Gonca Erbaş
Dr. Meltem Gülsün Akpınar
Dr. Nilgün Işıksalan Özbülbül
Dr. Pınar Balcı

*İsme göre alfabetik.

SÖZEL BİLDİRİLER

S-01 ÇOCUKLUK ÇAĞINDA GÖRÜLEN HİPERTROFİK KARDİYOMYOPATİLERİN KARDİYAK MRG İNCELEMEDE GÖRÜLEN GEÇ KONTRAST TUTULUM PATERNLERİ VE BU PATERNLERİN SOL VENTRİKÜL FONKSİYONLARI İLE İLİŞKİSİ

Sözel Bildiri /

Deniz ALİS¹, Ozan ASMAKUTLU¹,

¹İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,

Amaç: Hipertrofik kardiyomyopati (HKMP) çocuk hastalarda fibrozisi göstermede etkinliği ortaya konmuş bir kardiyak manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemi olan geç kontrast tutulumunu (GKT) ve GKT'nin kardiyak fonksiyonlar ile ilişkisini ortaya koymaktır. **Yöntem:** Bilinen depo hastalığı, bilinen otoimmün hastalığı olan ve konjenital kalp hastalığı olan hastalar çalışmadan dışlandı. Hastaların sol ventrikül fonksiyonları modifiye Simpson yöntemi ile hesaplandı. Hastaların sol ventrikül myokard kalınlıkları Amerikan Kalp Serneğinin sol ventrikül segmentasyon modeli baz alınarak kısa-aks imajlar üzerinden hesaplandı. GKT varlığı kısa-aks imajlar üzerinden değerlendirildi. Hasta kardiyak MRG bulguları deskriptif analizler ile sunulurken, GKT (+) ve GKT (-) grupların kardiyak MRG bulguları karşılaştırıldı. $P < 0.05$ anlamlı değer olarak kabul edildi. **Bulgular:** Çalışmaya HKMP tanılı ortalama yaşları 14.32 ± 2.50 olan toplam 37 çocuk, 16 kız (%43.2) ve 21 erkek (%56.8) dahil edildi. Çalışma kohortunda 26 hastada asimmetrik septal tip (%70.3), 6 hastada diffüz konsantrik tip (%16.2), 4 hastada midventriküler obstrüktif tip (10.8%) ve 1 hastada simetrik septal tip (%2.7) HKMP mevcuttu. Hastaların 17 tanesinde GKT negatif iken (% 45.9), 20 tanesinde GKT pozitif idi (%54.1). GKT (+) ve GKT (-) hastalar arasında yapılan karşılaştırmada sol ventrikül fonksiyonlarını gösteren parametrelerde anlamlı farklılık bulunmadı ($P > 0.05$). GKT (+) hastalarda maksimum sol ventrikül duvar kalınlığı (22.42 ± 5.87 mm vs 17.97 ± 3.80 mm, $P = 0.011$) ve sol ventrikül kütlesi (142.35 ± 62.74 g/m² vs 95.78 ± 33.43 g/m², $P = 0.01$) anlamlı derece yüksekti. **Tartışma:** HKMP'de GKT etiyolojisinde mikroiskemik süreçlere bağlı myositlerin fibrotik doku ile yer değiştirmesi, myositlerin yapısının bozulması ile ortaya çıkan pleksiform fibrozis ve artmış hücreler arası bağ doku elemanlarının kombinasyonu sonucu ortaya çıkan heterojen bir spektrum olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda HKMP'li hastalarda GKT'nun sol ventrikül disfonksiyonu ile ilişkisi saptanmadı. GKT ile sol ventriküler fonksiyonların arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olması, çocuk yaş grubu HKMP'li hastalarda GKT'nin mikroiskemiye bağlı olarak myositlerin fibrotik doku ile yer değişiminden çok, pleksiform fibrozisin ve artmış hücreler arası bağ doku elemanlarının varlığına bağlı olarak görüldüğünü desteklemektedir. Sonuç olarak GKT her ne kadar önemli bir parametre olsa da, hastalık ciddiyetini ve prognozunu göstermede mutlaka diğer kardiyak MRG ve klinik bulgular ile birlikte değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELELER: HKMP; KARDİYAK MRG, FİBROSİZ, GEÇ KONTRAST TUTULUMU, SOL VENTRİKÜL

S-02 PULMONER EMBOLİDE BT ANJİOGRAFİ TETKİKİ ÖNCESİ DIŞLAMA KRİTERLERİNİN VE RİSK SKORLAMASININ POZİTİF ÖNGÖRÜ DEĞERİNİN ARAŞTIRILMASI

Sözel Bildiri /

Berrak BARUTCU¹, Mahi Nur Cerit¹, Umut Asfuroğlu¹, Emetullah Cindil¹, Gonca Erbaş¹,

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı,

AMAÇ Bu çalışmanın amacı akut pulmoner tromboemboli ön tanısıyla başvuran hastalarda dışlama kriterlerine uygunluğun ve Wells skorlaması ve revize Geneva kriterleri ile pulmoner BTA bulgularının korelasyonun değerlendirilmesidir. **MATERYAL VE METOD** Çalışma prospektif olarak dizayn edilmiştir. Mayıs-Aralık 2018 tarihleri arasında göğüs ağrısı, nefes darlığı ve D-dimer yüksekliği nedeniyle akut pulmoner tromboemboli ön tanısı ile pulmoner BTA yapılması amacıyla bölümümüze başvuran hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar öncelikle pulmoner tromboemboli dışlama kriterleri açısından değerlendirilmiş olup Wells skorlaması ve revize Geneva kriterleri açısından risk sınıflaması (düşük-orta-yüksek) yapılmıştır. BTA incelemeleri iş istasyonunda iki ayrı radyolog tarafından aynı oturumda değerlendirilmiş olup ortak karar sağlanmıştır. **BULGULAR** Çalışma dahilinde ortalama yaşı 60.2 (25-98) olan toplam 63 hasta (40 kadın, 23 erkek) değerlendirilmiştir. Pulmoner BTA incelemesi yapılan hastaların 11'i (%17) pulmoner tromboemboli dışlama kriterlerini karşılamamakta olup bu hastalarda emboli açısından pozitif bulgu saptanmamıştır. 52 hastanın 27'sinde (%51) Wells ve 26'sında (%50) revize Geneva kriterlerine göre düşük risk faktörü saptanmış olup bu hastaların yalnızca 1'inde BTA bulguları tromboemboli açısından pozitifdir. Orta risk grubunda yer alan (Wells skorlamasına göre 20, revize Geneva kriterlerine göre 21) hastaların 6'sında emboli saptanmıştır. Pulmoner tromboemboli için her iki sınıflamaya göre de yüksek riskli grupta bulunan 5 hastanın tümünde emboli saptanmıştır. **TARTIŞMA VE SONUÇ** Akut pulmoner tromboemboli olgularında klinik semptomlar ve laboratuvar bulguları çoğu zaman non-spesifik olup bu hastalarda pulmoner BTA tetkiki öncesi dışlama kriterleri mutlaka uygulanmalıdır. Dışlama kriterlerinin negatif öngörü değeri yüksek olup etkin kullanılması halinde gereksiz BT incelemeleri ve bundan kaynaklanan doz maruziyeti ortadan kalkacaktır. Çalışmamızda risk sınıflaması ve tromboemboli saptama duyarlılığı açısından Wells skorlaması ve revize Geneva kriterleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Her iki sınıflamada da yüksek riskli grupta pulmoner tromboemboli duyarlılığı %100'dür.

ANAHTAR KELİMELEER: PULMONER EMBOLİ, BT ANJİOGRAFİ, WELLS SKORU, REVİZE GENEVA KRİTERİ

**S-03 PULMONER TROMBOEMBOLİ ŞİDDETİNİN DUAL ENERJİ BT
KULLANILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ – PERFÜZYON DEFİKT SKORUNUN
KLİNİK PARAMETRELER İLE KORELASYONU**

Sözel Bildiri /

AKIN ÇINKOOĞLU¹, RECEP SAVAŞ¹,

¹EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ AD.,

GİRİŞ ve AMAÇ: Pulmoner tromboemboli (PTE); kardiyovasküler sistem ölümlerinin en önemli nedenlerinden biridir . PTE tanısında bilgisayarlı tomografik anjiyografi (BTA) altın standart haline gelmiştir. Dual enerji bilgisayarlı tomografi (DEBT) ile pulmoner arterlerin anjiyografik olarak görüntülenmesinin yanısıra, akciğer parankimindeki iyot dağılımı hesaplanarak perfüzyon bilgisi elde olmaktadır. Bu çalışmamızda, DEBT sistemi tabanlı iyot perfüzyon haritaları ile elde olunan perfüzyon defekt skorunun (P Skoru), PTE şiddetinin belirlenmesindeki değerini saptamayı ve elde ettiğimiz bulguları pulmoner obstruksiyon skora sistemi (Qanadli skoru), diğer BTA parametreleri ve klinik parametreler ile korele ederek değerlendirmeyi amaçladık. **GEREÇ ve YÖNTEM:** Mart 2012 - Eylül 2012 tarihleri arasında bölümümüzde PTE kuşkusunu nedeniyle BTA tetkiki uygulanan ve PTE tanısı alan 35 hasta çalışmaya alındı. DEBT ile elde olunan BTA görüntüleri üzerinden P skoru, Qanadli skoru , RV/LV oranı ve PA çapı hesaplandı. Hesaplanan veriler birbirleri ile ve hastaların klinik verileri ile korele edilerek değerlendirildi. Ekokardiyografi verileri de değerlendirmeye alındı. **BULGULAR:** Yapılan korelasyon analizi sonucunda P Skoru ile Qanadli skoru arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r=0,690$, $p<0.05$). P Skoru ile RV/LV oranı arasında ($r=0,515$ $p<0.05$) ve Qanadli skoru ile RV/LV oranı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r=0,423$ $p<0.05$). Ancak P Skoru ile laboratuvar verileri (troponin, D dimer), kan gazı analizleri (PaO₂, PaCO₂, PaO₂/FiO₂, oksijen saturasyonu) ve hemodinamik veriler (kan basıncı, nabız) arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Ekokardiyografide RV dilatasyonu ve RV disfonksiyonu mevcut olan hastalarda P Skoru ve Qanadli skoru anlamlı yüksek bulundu ($p<0.05$). **SONUÇ:** DEBT sistemi tabanlı iyot perfüzyon haritaları ile elde olunan perfüzyon defekt skoru (P skoru), PTE şiddetini göstermede önemli yere sahip BTA parametrelerine ve ekokardiyografiye iyi bir alternatif olarak görülmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: PULMONER TROMBOEMBOLİ, DUAL ENERJİ

S-04 DORSALJİLİ HASTALARDA ELASTOFİBROMA DORSİ PREVELANSI : TORAKS BT ÇALIŞMASI

Sözel Bildiri /

ZEYNEP NİLÜFER TEKİN¹,

¹MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,
RADYOLOJİ ANABİLİM DALI ,

AMAÇ: Sırt ağrısı şikayeti olan hastalarda çekilen toraks bilgisayarlı tomografi (BT) incelemede elastofibroma dorsi prevalansını saptamaktır. **MATERYAL VE METOD :** Çalışmaya, 2017-2019 yılları arasında hastanemizde sırt ağrısı şikayeti ile toraks BT çekilen 50 yaş ve üzeri 83 hasta (44 erkek; ortalama yaş: 62.7 yaş, yaş aralığı: 50-82 yaş) dahil edildi. Hastane bilgi sistemi üzerinde klinisyen tarafından şikayet bölümüne ‘sırt ağrısı’ ya da ‘dorsalji’ yazılan hastalar çıkarılarak Toraks BT’leri toraks radyolojisi üzerinde 5 yıllık deneyimi olan radyolog tarafından elastofibroma dorsi açısından değerlendirildi. Hastalar yaş, cinsiyet, sadece dorsalji şikayeti olan ve beraberinde ek şikayetleri olan dorsaljili hastalar şeklinde gruplandırıldı. Lezyonlar unilateral/bilateral tutulum, lezyon tarafı (sağ/sol), lezyon yerleşim yeri (subskapular/infraskapular) açısından değerlendirilip boyut ölçümü de gerçekleştirildi. **BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 83 hastanın 61’inde sadece dorsalji, 22’sinde ise dorsaljiye ek şikayetler de mevcuttu. Toraks BT’de, ortak şikayeti dorsalji olan hastaların 9’unda (9/83,%10.8) lezyon izlenmezken, 74’ünde (74/83, %89.1) elastofibroma dorsi izlendi. BT’de elastofibroma dorsi tanısı konulan 74 hastanın 8’inde (8/74, %10.8) unilateral ve 66’sında (66/74, %89.2) bilateral elastofibroma dorsi tanımlandı. 140 elastofibroma dorsinin 106’sı (106/140, %75.7) sadece subskapular yerleşimli iken, 34’ünün (34/140, % 24.3) infraskapular alana uzanımı saptandı. Unilateral tutulumu olan hastaların 5’inde (5/8, %62.5) lezyon sağda, 3’ünde (3/8, %37.5) ise solda lokalize idi. Tüm elastofibroma dorsi lezyonlarının maksimum çap ortalaması ise 4.1 cm (aralık:1-11.5 cm) olarak hesaplandı. **SONUÇ:** Bu çalışmada, tipik olarak skapulotorasik bölgede lokalize, BT’de belirsiz sınırlı kas dansitesinde yumuşak doku kitlesi şeklinde izlenen ve malign potansiyel taşımayan elastofibroma dorsi, insidental izlenebileceği gibi sırt ağrısı şikayeti ile başvuran orta yaşlı ve yaşlı hasta grubunda yüksek prevalansta (%89.1) saptanmıştır.

ANAHTAR KELİMELELER: DORSALJİ, ELASTOFİBROMA DORSİ, TORAKS BT.

S-05 SJÖGREN SENDROMU VE AKCİĞER

Özlem SENGÖREN DİKİŞ¹, Selime ERMURAT²,

¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, ²Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği,

Giriş:Sjögren sendromu (SS) birçok faktöre bağlı patogenezi, birçok sistemi etkileyen semptomları olan kompleks otoimmün bir hastalıktır.Bu nedenle SS olan tüm hastalarda akciğer tutulumunu değerlendirmek için solunum fonksiyon testlerinin yapılması ve yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) çekilmesi önerilmektedir. Bizde SS ve akciğer tutulumu nedeni ile izlediğimiz iki olguyu romatolojik hastalıkların akciğer tutulumu ve radyoloji bulgularına dikkat çekmek amacı ile paylaştık. Olgu-1: Yetmişsekiz yaşında bayan hasta son 1 yıldır olan, fakat son 1 aydır progresyon gösteren nefes darlığı, öksürük şikayetleri nedeniyle Kardiyoloji ve Göğüs hastalıkları polikliniklerine başvurdu.Sigara öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde bilateral bazallerde inspiratuvar ralleri mevcuttu.Ekokardiyografisinde pulmoner arter basıncı 85 mmHg olarak saptandı. Akciğer Grafisinde ve YÇBT'sinde yer yer buzlu cam manzarası tarzında yoğunluk artımları izlendi(Figure1,2). Bağ dokusu hastalığı ön tanısı ile Romatoloji polikliniğinde değerlendirilen hastanın romatolojik muayenesinde sadece dil kuruluğu mevcuttu.Laboratuvar parametrelerinde Sedimentasyon 39 mm/h, CRP 0.4 mg/L, ANA 1/160 (+), RF 1730 IU, Anti-ccp (-), anti SS-A (-), anti-SS-B(-), anti-sentromer (-), anti -Scl-70 (-) saptandı. Hastaya tükrük bezi biyopsisi yapıldı ve Evre IV lenfositik infiltrasyon saptandı. Hastaya SS tanısı konuldu. Hastaya Pulmoner HT nedeniyle Bosentan tedavisi, SS - Akciğer tutulumu için prednisolon, hidroklorokin ve azatiopurin tedavileri başlandı. Hasta göğüs hastalıkları ,romatoloji polikliniklerinde takibe alındı. Olgu-2 Elli yaşında bayan hasta 2 aydır efor ile nefes darlığı semptomu ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu.Fizik muayenesinde akciğerde bilateral bazallerde ince ralleri mevcuttu. Sigara öyküsü yoktu.Akciğer Grafisinde ve YÇBT'sinde yer yer buzlu cam tarzında yoğunluk artımları izlendi(Figure3,4). Hasta her iki el eklemlerinde ağrısı olması sebebiyle Romatoloji polikliniğine yönlendirildi.Romatolojik muayenesinde her iki el eklemlerinde hassasiyet, ağız kuruluğu ve sol dizde deri sertliği mevcuttu.Tetkiklerinde Sedimentasyon 39 mm/h, CRP 10 mg/L, ANA 1/100(+), RF (-), Anti-ccp (-), anti SS-A (-), anti-SS-B zayıf (+), anti-sentromer (-), anti -Scl-70 (-) saptandı. Cildindeki deri sertliğinden yapılan cilt biyopsisi morfea ile uyumlu geldi.Yapılan tükrük bezi biyopsisi Evre III lenfositik infiltrasyon gelen hastaya SS tanısı konuldu. SS -Akciğer tutulumu için prednisolon, hidroklorokin ve azatiopurin tedavileri başlandı. Hasta göğüs hastalıkları ,romatoloji polikliniklerinde takibe alındı.Sonuç:SS'nun bronkopulmoner tutuluşunda; trakeobronşiyal sikka veya kserotrakea, foliküler bronşit, kistik lezyonlar, amiloidoz, interstisyel akciğer fibrozu, lenfositik interstisyel pnömoni,pulmoner lenfoma sık görülür.Daha nadir tutulum şekilleri ise, bronşiolitis obliterans organize pnömoni ve pulmoner hipertansiyondur.

ANAHTAR KELİMELEER: SJÖGREN,AKCİĞER,YÜKSEK ÇÖZÜNÜRLÜKLÜ BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ

S-06 AKCİĞER ADENOKARSİNOMLU HASTALARDA İSKELET KASI ALANI İLE DİYAFRAM KALINLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sözel Bildiri /

Furkan KAYA¹, Ergin SAĞTAŞ²,

¹AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
, ²PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ,

Amaç: Sarkopeni akciğer kanseri de dahil olmak üzere birçok hastalıkta kötü prognostik gösterge olarak kullanılmaktadır. Sarkopeni teşhisi için uygun klinik varlığında bilgisayarlı tomografi (BT) üzerinde L3 vertebra seviyesindeki iskelet kasi alanı (SMA) veya psoas kas alanı (PMA) en sık kullanılan yöntemlerdir. Ancak L3 vertebra seviyesi her zaman görüntüleme alanında olmadığından sarkopeni teşhisi için toraks BT tetkiklerinde alternatif ölçüm yerler araştırılmaktadır. Bizim bu çalışmadaki amacımız akciğer adenokarsinomlu (LA) hastalarda BT üzerinde SMA, PMA ve diyafram krus kalınlığı (DT) arasındaki ilişkiyi araştırmak ve sarkopeni teşhisi için toraks BT tetkiklerinde DT'nin alternatif olarak kullanılıp kullanılmayacağını araştırmaktır. **Hastalar ve yöntemler:** Torakoabdominal BT incelemesi yapılan LA'lı 49 hastaya (49.2 + 12.3 yıl) ait BT görüntüleri retrospektif olarak incelendi. Her hastadan PMA ve SMA, OsiriX yazılım programı kullanılarak L3 seviyesinde analiz edildi. Bu ölçümlerden sonra hatırlamayı ve hatayı önlemek için 3 hafta sonra DT, çölyak arter orijinli seviyede (omur gövdesine göre) 3 noktadan ölçülerek ortalaması alındı. Ortalama değerler arasındaki farkı test etmek için Student t testi, korelasyon analizleri için Pearson katsayısı kullanıldı. Analiz, SPSS Version 24.0 kullanılarak yapıldı ve p değerinin 0.05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. **Bulgular:** SMA, PMA, sağ ve sol DT ortalama değerleri sırasıyla 97.7 + 27.5 cm², 16.5 + 6.9 cm², 4.34 + 1 mm ve 4.18 + 0.92 mm idi. SMA, PMA, sağ ve sol DT arasında anlamlı bir ilişki vardı (p < 0.01). SMA, PMA ve DT değerleri erkeklerde kadınlardan anlamlı olarak yüksekti (p < 0.05). Sağ ortalama DT soldan yüksekti, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi (p = 0.056). **Sonuç:** Prognostik değerlendirme için kullanılan SMA ve PMA değerleri DT ile anlamlı olarak korele bulundu. Uygun hastalarda prognozu belirlemek için BT'de DT ölçümünün SMA veya PMA ölçümüne alternatif olarak kullanılabilceğini öneriyoruz.

ANAHTAR KELİMELER: ADENOKARSİNOM, SARKOPENİ , DİYAFRAM

S-07 MYASTENİA GRAVİS TANILI HASTALARDA TORAKS BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİSİNDE AZALMIŞ DİYAFRAM KRUS KALINLIĞI

Sözel Bildiri /

Furkan UFUK¹,

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı,

Giriş: Myastenia gravis (MG), nöromusküler iletimi etkileyen, iskelet kası zayıflığı ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Klinik olarak stabil durumda ve solunum şikayetleri bulunmayan generalize myastenia gravis (gMG) hastalarının sağlıklı bireylerden daha düşük egzersiz kapasitesine sahip olduğu bilinmektedir. Maksimum inspirasyon basıncı (MIP), solunum kas gücünü ölçmek için en yaygın kullanılan, invazif olmayan ve ucuz bir testtir. Diyafram kalınlığının ultrason ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile ölçülmesi üzerine yapılan çalışmalar diyafram kalınlığının solunum kas kuvveti ve MIP ile kuvvetle korele olduğunu göstermiştir. Bizim bu çalışmadaki amacımız aktif solunumsal şikayeti olmayan generalize myastenia gravis (gMG) tanılı hastalarda, timik neoplazi taraması için rutin olarak elde olunan toraks BT tetkiklerinden diyafram krus kalınlığını (DKK) ölçmek ve sağlıklı yetişkinlerle karşılaştırmaktır. Böylelikle gMG hastalarında solunum komplikasyonlarının önlenmesi için solunum fizyoterapisi veya inspiratuar kas eğitimi gerekliliğini ortaya koymayı amaçlamaktayız. Yöntem: gMG tanısı konulduktan 1 hafta içerisinde maksimum inspirasyon sırasında toraks BT tetkiki elde olunan 57 gMG hastasında ve maksimum inspirasyon sırasında toraks BT tetkiki elde olunan 45 sağlıklı potansiyel böbrek donörü olan kontrol grubunda, hastaların klinik özelliklerinden haberi olmayan tek gözlemci tarafından DKK ölçümleri yapıldı. Aksiyal BT görüntülerinde çölyak arter orijini seviyesinde sağ ve sol hemidiyaframdan ayrı ayrı 3 bölgeden (vertebra korpusunun anterioru, orta kesimi ve spinal kanal anterioru) DKK ölçüldü. İstatistiksel analizler SPSS (24.0, IBM Corp, Armonk, NY) yazılımı ile yapıldı. Analizlerde Student t testi ve Spearman korelasyonu kullanıldı. P <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Bulgular: Ortalama DKK, gMG grubunda (3.4+0.9 mm) kontrol grubundan (4.5+1.2 mm) anlamlı derecede daha ince bulundu (p=0.0001). Sağda DKK her iki grupta da soldan anlamlı derecede yüksekti (p<0.05). Sağ ve sol ortalama DKK değerleri arasında anlamlı korelasyon saptandı (p = 0.0001, r = 0.878). Ortalama DKK ile yaş arasında negatif korelasyon saptandı (p=0.004, r=-0.281). Kontrol grubunda, her iki hemidiyaframın ortalama DKK değerleri erkeklerde kadınlardan anlamlı derecede yüksekti (p=0.0001). Ancak, gMG grubundaki kadın ve erkekler arasında DKK açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0.25). Sonuç: Çalışmamızda belirgin solunum şikayeti olmayan gMG hastalarının sağlıklı bireylere göre daha düşük DKK'ya sahip olduğunu gösterilmiştir. gMG hastalarında tanıdan hemen sonra diyafram kuveetini arttırmak için solunum fizyoterapisi ve egzersizlerinin başlanması gerektiğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELELER: MYASTENİA GRAVİS; DİYAFRAM; SOLUNUM KASLARI; BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ, ÖLÇÜM, ATROFİ

S-08 KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞININ DEĞERLENDİRMESİNDE TORAKS BT BULGULARININ TANISAL ETKİNLİĞİ

Sözel Bildiri /

Ali KÜPELİ¹,

¹ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI,

Giriş-Amaç Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, zararlı uyaranlara cevap olarak kronik hava yolu enflasyonunu ile karakterize yaygın akciğer hastalığı için kullanılan geniş bir terimdir. KOAH genellikle geri dönüşümsüz olarak kabul edilir, ancak erken tanı ile hastalığın ilerlemesi önleyerek sağlık sonuçlarının iyileştirebileceği gösterilmiştir. KOAH tanısı solunum fonksiyon testleri (SFT) ile konmaktadır. Fakat tüm hastalar SFT ile tanı alamayıp bazı hastalarda tanı radyolojik veya klinik bulgular ile yapılmaktadır. Bu çalışmada, toraks bilgisayarlı tomografi (BT) ile obstrüktif hava yolu hastalığının özelliklerini tanımlamayı ve BT bulgularının tanisal etkinliklerini belirlemeyi amaçladık. Materyal ve Metot: Temmuz 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında, SFT ve toraks BT tetkiki çekilen 160 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar SFT sonuçlarına göre normal, restriktif ve obstrüktif hava yolu hastalığı olarak 3 gruba ayrıldı. Grupların yaş, boy, kilo ve vücut kütle endeksi kaydedildi. İki radyologun ortak kararı ile toraks BT tetkiklerinden sagittal kesitlerde akciğer yüksekliği, genişliği, sağ-sol hemidiyafram yüksekliği, sterno-diyaframik açı ve aksiyal kesitlerde retrosternal şeffaf alan uzunluğu kaydedildi. Bu parametrelerinin obstrüktif hava yolu hastalığını belirlemedeki tanisal etkinlikleri hesaplandı. Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 160 hastanın (109 erkek, 51 bayan; ort yaş, 59.5 y) 91 (%56.9) tanesinde SFT normal, 58 (%36.2) tanesinde obstrüktif ve 11 (%6.9) tanesinde restriktif hava yolu hastalığı mevcuttu. Obstrüktif hava yolu hastalığı olan hastalarda akciğer yüksekliği, genişliği, sterno-diyaframik açı, retrosternal şeffaf alan uzunluğu ortalama değeri istatistiksel anlamlı yüksekken sağ-sol hemidiyafram yüksekliği ortalama değeri istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0.001$). Bu parametrelerle obstrüktif hava yolu hastalığını belirlemede yaklaşık % 60-75 arasında duyarlılık ve özgüllük elde edildi. Ayrıca bu parametrelerin eğri altında kalan alanları (AUC) değerleri 0.690 ile 0.739 arasında olup AUC'lar karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p>0.241$). Sonuçlar Çalışmamızda, obstrüktif hava yolu hastalığı toraks BT tetkikinden elde edilen akciğer yüksekliği, genişliği, sağ-sol hemidiyafram yüksekliği, sterno-diyaframik açı, retrosternal şeffaf alan uzunluğu ile olan ilişkisini gösterdik. Aksiyal ve sagittal kesitlerden elde edilen bu değerler ile obstrüktif hava yolu hastalığının tanısına katkıda bulunabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: BT, KOAH, TANISAL ETKİNLİK

S-09 İKİ İLGINÇ ASPİRASYON ÖYKÜSÜ VE AKCİĞER RADYOLOJİSİ BULGULARI: MAZOT ASPİRASYONU VE AKREP ZEHİRİ ASPİRASYONU

Sözel Bildiri /

Özlem ŞENGÖREN DİKİŞ¹, Abdullah ŞİMŞEK², Arzu ERTEM CENGİZ², Esin TAŞBAŞ²,

¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, ²Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği,

Aspirasyon pnömonisi, bakteriler tarafından kolonize olan orofarengeal sekresyonların inhalasyonu ile oluşan bir enfeksiyondur. Aspirasyon pnömonisi için en sık predispozan durumlar; bilinç düzeyinde değişiklikler ve nörolojik bozukluktan kaynaklanan disfajidir. İntoksikasyonların neden olduğu aspirasyon pnömonileri ise nadirdir. Akrep zehiri ile suisid girişimi sırasında aspire eden bir hastada gelişen pnömoni ve kazayla mazot aspire eden bir hastada gelişen pnömoni kliniğimizde nadir görülen aspirasyon pnömoni olguları olması nedeni ile sunulmuştur. Olgu- 1 Otuz yaşında kadın hasta, sağ omuz sırt ve göğüs ağrısı ile 11 Şubat 2019’da göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu ve NSAB başlandı. Semptomlar azalmayınca çekilen akciğer grafisi ve Toraks BT’de sağ alt lobda infiltrasyon, sağda 5 cm’lik plevral sıvı saptanarak göğüs hastalıkları kliniğine yatırıldı (Figure1,Figure 2). Özgeçmişinde 25 Ocak 2019’da ficam-akrep zehiri ile suicide girişiminde bulunduğu öğrenildi.Fizik muayenede sağ da solunum sesleri azalmıştı ve pulse oksimetrede ölçülen Sat O2:%90 idi.Laboratuvar bulgularında WBC:13100;Hgb:7.6,CRP:195 mg/L idi.Hastaya aspirasyon pnömonisi tanısı ile Tazocin 4.5 gr 3x1 IV ve Flagyl 500 MGR 2x1 IV başlandı. Tedavisinin 3.gününde CRP yanıtı alnamayınca Tazocin kesildi, Meropenem 500 mgr 4x1 IV başlandı. Kontrol Toraks BT’sinde sağda sıvının devam ettiği tespit edildi,yapılan plevral ponksiyon sonucu ampiyem bulguları ile uyumlu geldi.Hastaya pleuroken takıldı,toplam 300 cc’lik ampiyem ile uyumlu sıvı drene edildi.Tedavisinin 3.gününde CRP yanıtı alındı,antibiyotik tedavisi 10 güne tamamlanarak taburcu edildi. Olgu- 2 Yirmi yaşında erkek hasta,asker. Göğüs polikliniğine öksürük ve nefes darlığı ile başvurdu. Anamnezinde bir gün önce mazot aspire ettiği ve sonrasında öksürük,nefes darlığı başladığı öğrenildi.Fizik muaynesinde sağ bazalde solunum sesleri azalmıştı.Radyolojik değerlendirmesinde sağ akciğer alt lob superiorda pnömoni ile uyumlu heterojen dansite artışı mevcuttu(Figure 3,4).Laboratuvar parametrelerinde WBC:18000,CRP:113 mg/L idi.Tedavisinde Duocid IV ve Flagyl IV başlandı.Tedavisinin 3.gününde CRP yanıtı alındı. Tedavisinin 7.gününde klinik ve radyolojik düzelleme görülünce taburcu edildi.

ANAHTAR KELİMELEER: MAZOT,AKREP ZEHİRİ,ASPIRASYON PNÖMONİSİ

S-10 EGFR MUTASYONLU AKCİĞER ADENOKANSERLERİNDE GÖRÜNTÜLEME ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Sevda MEVLÜTOĞLU¹, Akın ÇINKOOĞLU¹, Selen BAYRAKTAROĞLU¹, Recep SAVAŞ¹, Naim CEYLAN¹, Deniz NART², Tevfik İlker AKÇAM³, Ufuk ÇAĞIRICI³,

¹EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI, ²EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI, ³EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ GÖĞÜS CERRAHİSİ ANABİLİM DALI,

Amaç: Akciğer kanseri hedefe yönelik tedaviler açısından son yıllarda ciddi gelişmelerin yaşandığı bir tümördür ve yeni ajanların her geçen gün büyük bir hızla ortaya atıldığı günümüzde doğru tedavi için doğru tanıya ulaşmak ciddi önem taşımaktadır. Bu yönden görüntüleme yöntemleri önemli bir yol göstericidir. EGFR mutasyon tiplerinin noninvaziv yöntemlerle tanınabilmesi uygun tedaviye hızla başlanmasında büyük kolaylıklar sağlayabilir. Bu çalışmada EGFR mutasyonu saptanan adenokanserli olgularda en sık rastlanan mutasyon tiplerinin görüntüleme özelliklerinin retrospektif yolla karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem,** **Bulgular:** Bu retrospektif çalışmada Ocak 2014 ve Ocak 2019 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Patoloji Anabilimdalı'nda pyrosekans yöntemi ile EGFR mutasyon analizi yapılan 1151 olgu hasta grubu olarak belirlendi. Çalışılan dokularda EGFR Exon 18 Kodon 719, Exon 21 Kodon 858-861 Mutasyon , Exon 19 Delesyon analizi varlığı incelenmiştir. Bu hastalardan 1012'sinde belirtilen mutasyonlar izlenmemiş olup (doğal tip) çalışma dışı bırakılmıştır. Geriye kalan 139hastanın ise 94'ünün cerrahi /medikal tedavi veya radyoterapi öncesi görüntüleme bulgularına hastane görüntüleme arşivinde retrospektif olarak ulaşılammıştır. Tedavi öncesi görüntüleme bulgularına ulaşılan 43 hasta çalışma grubunu oluşturmuştur. Hastaların tedavi öncesi PET-BT, toraks BT anjiyografi ve YÇBT görüntüleri değerlendirilmiştir. Bu hastalardan 11'inde Exon 18 (grup 1), 15'inde Exon 19 del (grup 2), 17'sinde exon 21 mutasyonu (grup3) saptanmıştır. PET-BT görüntülemesi mevcut olgularda ortalama SUVmax değerlerinde gruplar arası anlamlı istatistiksel farklılık saptanmadı (ort SUVmax; grup1=10.9, grup2=11, grup3=11.5). Ortalama lezyon boyutları kıyaslandığında exon 18 mutasyonlu olguların daha küçük tumor boyutlarıyla ilişkili olduğu görüldü. (ortalama uzun çap; grup 1= 41.1mm , grup 2= 48.8mm, grup 3=52mm.) Ayrıca exon 19 delesyon varlığı (grup2) daha genç hasta grubuyla ilişkili bulundu. Tüm gruplarda lezyon paternleri literatürdeki diğer çalışmaların aksine solid ağırlıklıydı. Periferik amfizem ile gruplar arasında ilişki saptanmadı. Mediastinal ve hiler lenfadenopati varlığıyla mutasyonlar arası anlamlı farklılık saptanmadı. Gruplar arası lezyon morfoloji özelliklerinde (spikülasyon varlığı, lobulasyon, kalsifikasyon varlığı,kenar özellikleri), plevral ilişki, eşlik eden plevral/perikardiyal effüzyon varlığı, tümör lokalizasyonu ve dağılımı özelliklerinde anlamlı farklılık saptanmamış olup örneklem sayısının azlığıyla ilişkili değerlendirilmiştir. **Sonuç:** EGFR Exon 19 delesyon varlığı daha genç hasta grubuyla, EGFR exon 18 mutasyon varlığı daha küçük tümör boyutuyla ilişkili bulundu.

ANAHTAR KELİMELEER: EGFR, AKCİĞER ADENOKANSER, TORAKS BT

S-11 ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA AKCİĞER TUTULUMU İLE LABORATUVAR BULGULARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sözel Bildiri /

**Hakkı Celik¹, Naciye Sinem Gezer¹, Gökçen Ömeroğlu Şimşek², Aylin Özgen Alpaydın²,
Şengül Tarhan², Erkan Yılmaz¹, Pınar Balcı¹,**

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı, ²Dokuz Eylül Üniversitesi
Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,

Giriş-Amaç: Akciğerler, içerdiği yoğun bağ dokusu nedeniyle diğer sistemik bağ dokusu hastalıklarında olduğu gibi romatoid artritte (RA) de sık olarak etkilenir. Hastaların yaklaşık %50'sinde hastalığın herhangi bir evresinde pulmoner tutulum görülmekte ve %18'inde ölüm nedeni olmaktadır (1,2). Romatoid artrit, kadınlarda daha sık görülmesine karşın akciğer tutulumu erkeklerde daha sıktır (3). Bu çalışmada RA'li hastaların yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) incelemelerinde saptanan akciğer tutulumu bulgularıyla, hastalığın tanısı ve takibinde kullanılan laboratuvar testi arasındaki ilişkiyi göstermek amaçlanmıştır. **Gereç-Yöntem:** 263 RA tanılı hastaya ait toraks BT incelemeleri, toraks radyolojisi konusunda deneyimli radyolog tarafından romatoid nodül (sayısı, yeri, boyutu, kavitasyon varlığı), serozit, bronşektazi, konstrüktif bronşiolit folliküler bronşiolit varlığı ve varsa interstisyel fibrozis paterni (NSİP, OİP, OP, diğer) açısından değerlendirildi. Hastaların değerlendirilen BT incelemelerine en yakın zamanda elde olunan anti-nükleer antikor (ANA), romatoid faktör (RF), C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) değerleri kaydedildi. Tanımlanan radyolojik bulgular ile laboratuvar verileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak analiz edildi. **Bulgular:** ANA değerleri ile herhangi bir radyolojik bulgu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı. Konstrüktif bronşiolit ile ESH değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulundu ($p=0.001$). Serozit ile ESH ve CRP değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulundu (sırasıyla $p=0.003$ ve $p<0.001$). Bronşektazi ile CRP değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı ($p=0.005$). Serozit görülme sıklığı, romatoid nodülü olan hastalarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bulundu ($p=0.001$). Romatoid nodül sayısı ile RF değerleri arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0.004$). **Tartışma ve Sonuç:** Literatürde RA hastalarında görülen YÇBT bulguları ile RF, ANA, ESH ve CRP değerlerini karşılaştıran az sayıda çalışma vardır. Bizim çalışmamızda konstrüktif bronşiolit ile ESH; serozit ile ESH ve CRP; romatoid nodül sayısı ile RF değerleri arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca, romatoid nodülü bulunan hastalarda serozit daha sık görülmüştür. Çalışmamızın sonuçları RA tanısında ve takibinde kullanılan laboratuvar testlerinin hastaların akciğer tutulum şeklini öngörmeye kullanılabileceğini düşündürmektedir. **Kaynaklar:** 1) Perez T, Wallaert B, Tonnel AB. Pleuro-pulmonary manifestations of rheumatoid polyarthritis. Rev Mal Resp 1991;8:169-89. 2) Kellgreen JH, Lawrence CS. Radiologic assesment of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 1957;16:485-493. 3) Scadding JG: The lung in rheumatoid arthritis. Proc R Soc Med,1969; 62:227-238.

ANAHTAR KELİMELEER: C-REAKTİF PROTEİN, ERİTROSİT SEDİMENTASYON HIZI, ROMATOİD ARTRİT, ROMATOİD FAKTÖR, YÜKSEK ÇÖZÜNÜRLÜKLÜ BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ

S-12 AKCİĞER PATOLOJİLERİNDE DİFÜZYON MRG UYGULAMALARI

Sözel Bildiri /

**Serhat KAYA¹, Adem KARAMAN¹, Fatih ALPER¹, Bahar YILMAZ ÇANKAYA¹,
Alper KIZILOĞLU¹,**

¹Atatürk Üniversitesi,

Toraksta manyetik rezonans görüntüleme (MRG), günümüzde akciğer patolojilerinde yaygın olarak kullanılmakta ve daha çok morfolojik değerlendirme sağlamaktadır. Difüzyon ağırlıklı görüntüleme (DAG) ise akciğer patolojilerinin değerlendirilmesinde yeni yeni kullanıma giren umut verici bir fonksiyonel MRG tekniğidir. Akciğer patolojilerinin saptanması, ayırıcı tanısı ve değerlendirilmesinde giderek daha da fazla kullanılacaktır. Ayrıca DAG akciğer tümörlerinde terapötik yanıtın derecelendirilmesi ve tahmininde de faydalı bilgiler vermektedir. Akciğer patolojilerinin MRG ile değerlendirilmesinde öncelikle T1, T2, STIR, yağ baskılı kontrastsız ve varsa kontrastlı görüntüler değerlendirilmeli, sonrasında da $b800 \setminus B1000 \text{mm}^2/\text{sn}$ değerleri ve ADC map görüntüler incelenmelidir. Difüzyon ağırlıklı değerlendirme kalitatif görsel yapılabileceği gibi, ADC map de ‘region of interest (ROI) ölçümleriyle kantitatif olarak da yapılabilir. DAG’de lezyon b 1000 veya b 800 de hiperintens, ADC’de hipointens ise difüzyonda kısıtlanma olduğu, tam tersi durumda ise difüzyonda artış veya serbest difüzyon olduğu kabul edilmektedir. DAG akciğer kitlelerinin karakterizasyonunda, tümör invazyonunun tesbitinde, tümör-atelektazi, tümör-posobstrüktif konsolidasyon ayırımında ve erken dönem kemoterapi yanıtının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ayrıca DAG akciğer kitlelerinde benin-malin ayırımında güvenle kullanılabilen BT ve\veya PET-BT’ye alternatif olarak tanıya önemli katkı sağlayacağını gösteren birçok yayında bulunmaktadır. Tümörün kemoterapi sonrası tedaviye verdiği cevabın değerlendirilmesinde, özellikle erken dönemde ADC map değerlerindeki değişikliğin belirgin olduğu bildirilmektedir. Bu sonuçlar diğer rutin MR sekansları kullanılarak elde olunan morfolojik bilgilerle birlikte kullanıldığında, kemoterapi kullanımının yönetiminde DAG’nin etkin rol alabileceği bildirmektedir. Biz bu çalışmamızda akciğer görüntüleme difüzyon ağırlıklı görüntülemenin faydalarından bahsetmeyi amaçladık.

ANAHTAR KELİMELEER: AKCİĞER,DİFÜZYON,MRG

S-13 SARKOİDOZUN PARANKİMAL TUTULUMUNDA BİLGİSAYARLI TOMOĞRAFİ SKORLAMANNIN TEKRARLANABİLİRLİĞİ VE TANIYA KATKISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sözel Bildiri /

**MEHMET CAN PENÇE¹, BERRAK BARUTÇU¹, MAHİ NUR CERİT¹, HÜSEYİN
KORAY KILIÇ¹, NURDAN KÖKTÜRK², GONCA ERBAŞ¹,**

¹GAZİ ÜNİV TIP FAKULTESİ RADYOLOJİ AD, ²GAZİ ÜNİV TIP FAKULTESİ GÖĞÜS
HASTALIKLARI AD,

AMAÇ Sarkoidoz multisistemik tutulum ile giden ve özellikle toraksta lenfadenopati ve parankimal lezyonlarla seyreden granülamatöz bir hastalıktır. Çok çeşitli parankimal tutulum spektrumuna sahip olup zaman zaman tanısız güçlüklerle yol açmaktadır. Gözlemciler arasında elementer lezyonların tanımlanması ve yayılımının yorumlanması açısından belirgin farklar ortaya çıkmaktadır. Takip ve değerlendirmede pulmoner BT'deki elementer lezyonlar ve dağılımları temel alınarak yapılan skorlama sistemi kullanılmaktadır. Aynı zamanda bu değerlendirme biyopsi yöntemi ve yerini belirlemede de yol göstericidir. Bu çalışmada BT skorları için gözlemciler arası uyum düzeyi ve bu skorun biyopsi sonuçları ile korelasyonu değerlendirilmiştir. GEREÇ VE YÖNTEM Çalışmanın dizaynı retrospektif olup Aralık 2016 ile Aralık 2018 tarihleri arasında kapsamaktadır. İnterstisyel akciğer hastalığı ya da hiler dolgunluk ön tanılarıyla başvuran hastaların kayıtları incelenmiştir. Sarkoidoz tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. BT incelemeleri iş istasyonlarında iki ayrı radyolog tarafından farklı oturumlarda değerlendirilmiştir. BULGULAR Çalışmaya 40 hasta dahil edilmiştir. Ortalama yaş 45.3(26-70) olup 26'sı kadın, 14'ü erkektir. En sık saptanan parankimal elementer lezyon milimetrik perilenfatik nodüldür (n=28). Lezyon dağılımı göz önüne alındığında üst loblar ağırlıklı olarak tutulmuştur(n=30). Geri kalan hastalarda tüm loblar homojen olarak etkilenmiştir. BT skorlarının değerlendirilmesinde gözlemciler arası uyum iyi bulunmuştur (K=0,6-0,8). BT skoru > 10 olan tüm olgularda transbronşial biyopsi (TBB) ile tanıya ulaşılmıştır. BT skoru < 10 olan olgular arasında TBB ile tanı alamamış olgular mevcut olup (n=4), bu hastalarda tanı için diğer biyopsi yöntemleri ile (cerrahi biyopsi, lenf nodu biopsisi gibi) sonuca ulaşılmıştır. TARTIŞMA VE SONUÇ Sarkoidozda parankimal lezyon skorlaması hastalık tutulumunu belirlemede semikantitatif değerlendirme olanağı sağlayan bir yöntemdir. Hastanın takibi, tedaviye yanıtı ve tanısız biyopsi alanının belirlenmesi açısından kullanışlıdır. Çalışmamızda BT skoru için gözlemciler arası uyum iyi bulunmuştur. Pulmoner BT sonucu sarkoidoz düşündürülen elementer lezyonlar temel alınarak yapılan BT skorlaması, tanıyı doğrulamak amacıyla yapılacak olan biyopsi duyarlılığını artırmak için uygulanabilir.

**ANAHTAR KELİMELEER: SARKOİDOZ , BİLGİSAYARLI TOMOĞRAFİ ,
SKORLAMA**

S-14 TOMOGRAFİDE PLEVRAL KALINLAŞMA GÖRÜLEN OLGULARDA YAPILAN TORAKOSKOPIK PLEVRAL BİYOPSİ SONUÇLARIMIZ

Sözel Bildiri /

Ayten GÜNER AKBIYIK¹,

**¹İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ GÖĞÜS CERRAHİSİ ABD,**

TOMOGRAFİDE PLEVRAL KALINLAŞMA GÖRÜLEN OLGULARDA YAPILAN TORAKOSKOPIK PLEVRAL BİYOPSİ SONUÇLARIMIZ ÖZET Bu çalışmada, toraks bilgisayarlı tomografisinde plevral kalınlaşma görülen hastalarda video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) ile yapılan plevral biyopsi sonuçlarını değerlendirdik. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde Aralık 2015- ocak 2019 tarihleri arasında VATS ile plevral biyopsi yapılan 125 hasta dosyası geriye dönük incelendi. Patoloji sonuçları değerlendirildi. Bunların arasında radyolojik tetkiklerde plevral kalınlaşması olmayan 24 hasta ve eş zamanlı başka operasyon prosedürlerinin eşlik ettiği 30 hasta çalışma dışı bırakıldı. 71 hasta çalışmaya dahil edildi. Olguların 56 (%78.8)' sı erkek, 15 (%21.1)'i kadınlardan oluşuyordu. Yaş ortalaması 55.9 (23-88) olarak hesaplandı. VATS ile toraks boşluğu görüntülenerek çoklu biyopsi örnekleri alındı. Sitolojik inceleme sonucunda 46 (% 75.4) hastada malignite görüldü. Malign olarak raporlananların büyük kısmı karsinom metastazı olarak saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde görüntülenen plevral kalınlaşma ve nodüllerin malign karakter taşımaları olasıdır. Bu nedenle tanı konulamayan veya radyolojik olarak şüpheli görünümdeki plevral kalınlaşma veya plevral nodüllerin yüksek tanı değeri ve düşük komplikasyon oranı sayesinde VATS ile görüntülenerek biyopsi alınmasının uygun olduğu görüşünderiz.

**ANAHTAR KELİMELEER: PLEVRAL BİYOPSİ,PLEVRAL
KALINLAŞMA,TORAKOSKOPIK PLEVRAL BİYOPSİ**

S-15 AKCİĞER KİTLELERİNDE PERKÜTAN KO-AKSİYEL TRANS-TORASİK BİYOPSİ SONUÇLARI VE KOMPLİKASYONLARI: KLİNİK DENEYİMİMİZ

Sözel Bildiri /

Adnan ÖZDEMİR¹, Mehmet Hamdi ŞAHAN¹,

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji A.D,

Amaç: Çalışmamızda, bilgisayarlı tomografi (BT) rehberliğinde perkütan koaksiyel trans-torasik biyopsi (PKTTB) yapılan akciğer kitlelerinde tanı oranları ve işleme bağlı komplikasyonların değerlendirilmesi amaçlandı. **Yöntem:** Ocak 2016-aralık 2018 tarihleri arasında BT eşliğinde PKTTB uygulanan 117 hasta retrospektif olarak incelendi. Her hastaya 64 kesitli Multislice-BT kullanarak düşük dozlu 2-3 mm aksiyel kesitler alındı. Izgara yöntemi ile lezyonun yeri belirlendi. Ko-aksiyal yöntemi ile 16-18 G iğne ile kor biyopsi yapıldı. Hastaların demografik özellikleri, işlem sonrası tanı oranları ve gelişen komplikasyonlar değerlendirildi. **Bulgular:** 117 hastanın 93'ü erkek (yaş ortalaması 67,9±10,8), 24'ü kadındı (yaş ortalaması 64,2±15,2). Üç hastanın patolojik değerlendirmesi “yetersiz materyal” olarak bildirildi. BT eşliğinde PKTTB'nin tanısal duyarlılığı %97,4 idi. Olguların 70'inde (%59,8) malign lezyonlar, 44 hastada (%37,9) benign lezyonlar saptandı. En sık komplikasyon pnömotoraks olup 24 (%20,5) hastada izlendi. Bu hastalardan 3'ünde toraks tüpü takılırken diğerleri takip ile taburcu edildi. Diğer komplikasyonlar sırası ile hemoraji (%10,3) ve hemoptizi (%12) idi. Bazı çalışmalarda BT kılavuzluğunda biyopside mortalite hava embolizasyonu ile ilişkilendirilirken çalışmamızda mortalite mevcut değildi. **Tartışma:** BT eşliğinde akciğer biyopsisinde ince iğne aspirasyon veya tru-cut şeklinde biyopsi işlemi gerçekleştirilebilir. Aspirasyon biyopsisi sitolojik düzeyde tanı koyarken, tru-cut biyopsisi doku tanısı koymaktadır. Malign lezyonlarda duyarlılık her ikisinde de %95 civarında iken, benign lezyonlarda tru-cut ile duyarlılık %80, aspirasyon biyopsisinde ise %20-50 arasında bildirilmektedir. **Sonuç:** BT eşliğinde PKTTB akciğer biyopsileri tanısal oranı oldukça yüksek ve komplikasyonları kabul edilebilir düzeydedir. Perkütan koaksiyel trans-torasik biyopsi işlemi uygun olan tüm olgularda ilk tercih olmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: TRANS-TORASİK BİYOPSİ, MALİGN, PNÖMOTORAKS, HEMORAJİ, HEMOPTİZİ

S-16 BOVİN ARK ANOMALİLİ HASTALARDA TORAKAL ENDOVASKÜLER ONARIMI VE SONUÇLARI

Sözel Bildiri /

Seray AKÇALAR¹, Sadık BİLGİÇ¹,

¹ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ AD,

Giriş ve Amaç: Bovin ark anomalisi en sık görülen arkus aorta anomalilerinden biridir. Torakal endovasküler aort onarımı (TEVAR) yapılan bovin arklı (BA) hastalarda girişimsel yöntemler, anatomik varyasyondan dolayı riskli görülmektedir. Bu çalışmada TEVAR girişimi yapılan, sol subklavian arterin kapatıldığı normal anatomideki (NA) hastalar ile BA anomalisi olan hastalar karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Yöntem: 2006-2018 yılları arasında TEVAR yapılan hastalar retrospektif olarak incelenmiş, hastalarda BA anomalisi BT anjiyografi sonuçlarından taranmıştır. Tüm BA anomalisi olan hastalarda TEVAR girişimi sol subklavian arter kapatılarak uygulanmıştır. Bu grup, normal anatomide ve zone 2'ye TEVAR yapılan hastalar ile mortalite ve majör komplikasyon açısından karşılaştırılmıştır (Şekil 1). Bulgular: TEVAR yapılan hastaların %6'sında (n=6) BA anomalisi tespit edilmiştir. Komorbidite faktörleri arasında fark yoktur (p<0.05). BA hastalar, zone 2'ye TEVAR uygulanan hastalara (n=36) göre daha az endoleak (1/10), yeniden girişim (2/12) görülmüştür. BA anomalili 1 hastada inme görülürken diğer hastalarda görülmemiştir (p<0.05). BOS drenajı; BA anomalili 1 hastaya yapılırken, normal anatomi grubundan 8 hastaya yapılmıştır. BA grubunda parapleji görülmezken, NA grubunda 1 hastada görülmüştür (p<0.05). Her iki grupta da vertebrobasiller yetmezlik görülmemiştir. Tartışma ve Sonuç: BA anomalisinde sol karotis arterin, arkus aortadan çıkmaması, TEVAR grefti oturma zonu için fazladan alan yaratmakla birlikte normal anatomiye göre mortalite ve majör komplikasyon oranları benzerdir.

ANAHTAR KELİMELELER: BOVİN ARK, TEVAR, TORAKAL AORT HASTALIKLARI.

S-17 SİLİKOZİSTE, PEKTORALİS MAJOR KAS VE SUBKÜTANOZ YAĞ VOLÜMÜNDEKİ DEĞİŞİMİN BT İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Sözel Bildiri /

Bahar YILMAZ ÇANKAYA¹, Adem KARAMAN¹, Albez FADİME SULTAN², Gökhan POLAT¹, Fatih ALPER¹, Metin AKGÜN³,

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD, ²Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları , ³Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD,

GİRİŞ: Amaç: Bu çalışmanın amacı, Bilgisarlı Tomografi ile kot kuşlamacılığına bağlı silikozisli hastalarda pektoralis majör kası volümü (PMV) ve ciltaltı yağ volümü (SFV) değişimlerini tespit etmek ve hastalığın şiddeti ile ilişkilerini belirlemektir. Materyal ve Metod: Çalışmaya, benzer yaş aralığında, tamamı erkek, silikozisli 41 olgu ve 41 kontrol grubu olgusu, toplam 82 olgu dahil edildi. Olgulara ait toraks BT görüntüleri retrospektif olarak tarandı. Aksiyel BT imajlardan, pektoralis majör kası ve ciltaltı yağ dokusu volümleri özel bilgisayar yazılım programı ile işaretlenerek cm³ cinsinden hesaplandı. Pulmoner arter ve Çıkan Aorta çapları mm cinsinden ölçüldü ve Pulmoner arter/ Aorta oranları (P/A) hesaplandı. Ölçümler iki radyolog tarafından yapıldı. İki radyolog ölçümleri arasında kappa uyumuna bakıldı. Hastane kayıtlarından, olguların body mass index (BMI) ve solunum fonksiyon testleri (SFT) sonuçlarına ulaşıldı. İLO skorları (Profüzyon skoru) daha önce yapılan bir çalışmanın veri tabanından alındı(1). Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics v17 programı kullanıldı .Hasta ve kontrol grup PMV, SFV değerleri ve P/A oranları Student T Testi ile karşılaştırıldı. Hasta grupta profüzyon skorları, PMV, SFV, SFT, BMI ve P/A değerleri arasındaki ilişki Spearman's korelasyon testi ile değerlendirildi. Bulgular: PMV ortalaması, hasta grup için 104,5±19 cm³, kontrol grup için 147,5±25 cm³ olarak hesaplandı. SFV ortalaması, hasta grup 143,5±93 cm³, kontrol grup için 257,7±11 cm³ olarak hesaplandı. Hasta ve kontrol grup PMV ölçümleri arasında yapılan istatistiksel analizde hasta grup PMV ve SFV değerleri kontrol gruba göre (her ikisi için p<0,0001) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu. Hasta grubu P/A değerleri kontrol grubuna göre (p=0,008) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Hastalığın radyolojik şiddet göstergesi olan profüzyon skorları ile PMV arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon mevcuttu (r =- 0,627, p<0,0001).Profüzyon değerleri ile PMV arasındaki negatif korelasyon SFV ve BMI'ine göre daha iyiydi. Profüzyon değerleri ile P/A oranı arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon tespit edildi (p=0,07). Sonuç: Kot kuşlamacılığına bağlı Silikozis tanısıyla takip edilen hastalarda, hastalığın şiddeti ile ilişkili olarak kas dokusunda, BMI' e göre istatistiksel olarak daha iyi negatif korelasyon gösterdiği ve silikoziste P/A oranında belirgin artış olduğu kanısına varıldı.

ANAHTAR KELİMELEER: SİLİKOZİS, CT, KAS ALANI, PEKTORALİS MAJOR, BMI

S-18 BT VE PA AKCİĞER GRAFİLERİNDE ÖLÇÜLEN KARDİYOTORASİK ORANIN KORELASYONU

Sözel Bildiri /

**Tuğba İlkem KURTOĞLU ÖZÇAĞLAYAN¹, Ömer ÖZÇAĞLAYAN¹, Şükrü Mehmet
ERTÜRK²,**

¹Namık Kemal Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı , ²İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim
Ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği,

Amaç: Günlük pratik içerisinde kalp boyutu kalbin toraksa oranına bakılarak değerlendirilir. Buna kardiyotorasik oran(KTO) adı verilir. Bilgisayarlı Tomografi (BT) ölçümlerinde kalp boyutunu değerlendiren, her imajda uygulanabilecek standart ölçümlerin tariflenmemiş olması bir eksikliktir. Bu nedenle, biz çalışmamızda BT ile basit, tekrarlanabilir ve hızlı uygulanabilen bir kardiyak ölçüm yapabilmeyi amaçladık. Ayrıca radyografik ölçümlerle korelasyonu olup olmadığını değerlendirdik. Materyel –Metod: 2010- 2011 yılları arasında PA akciğer grafisi ile toraks BT çekilen 101 hasta Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi PACS sisteminde retrospektif olarak incelendi. Öncelikle radyografik KTO (RKTO) ölçümü yapıldı. BT’de kalp boyutunun belirlenmesinde transvers KTO ölçümü ve kardiyotorasik indeks (tomografik KTO) ölçümü yapıldı. Olgu grubunun yaş ortalaması, BT ve PA akciğer grafilerinde ölçülen maksimum horizontal kalp boyutu, maksimum horizontal toraks boyutları, kardiyak indeksleri ortalamaları ve standart sapmaları hesaplandı. BT de ölçülen KTO, PA akciğer grafilerinde ölçülen KTO ve BT’de ölçülen kardiyotorasik indeks değerlerinin birbirleri ile ilişkileri ikişerli olarak Pearson korelasyonu ve lineer regresyon analizi ile incelendi. Bulgular: Hastaların 39’u kadın 62’si de erkekti. Ortalama yaş 54,52±16,72 (erkek 55,90±16,80, kadın 52,79±16,47) idi. PA akciğer grafisinde ölçülen ortalama maksimum ho-rizontal kardiyak çap, maksimum horizontal torasik çap ve KTO sırasıyla 140±8,1mm, 300±11,5mm ve 0,46±0,06mm olarak ölçülmüştür. BT’de ölçülen ortalama maksimum horizontal kardiyak çap, maksimum horizontal torasik çap ve KTO sırasıyla 125±1,5mm, 253±6,4mm ve 0,48±0,05mm olarak ölçülmüştür. BT’de ölçülen ortalama kalp indeksi 0,43±0,06 idi. KTO >0,50 olarak ölçülen değerler kardiyomegali olarak kabul edildi ve ölçümler arasında güçlü pozitif korelasyon bulundu. Sonuç: KTO , herhangi bir toraks , batın BT kesitinde kollimasyon, pitch değerlerine bakılmadan ve İV kontrast madde kullanılmadan birkaç saniye içerisinde ölçülebilir. Literatürde spesifik olarak BT ve radyografide KTO değerlendiren ve karşılaştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu konuda yapılacak çalışmalar BT’de kalp boyutunu değerlendirmede standart ölçümlerin tanımlanması açısından faydalı olacaktır. Key words: Kardiyotorasik oran, kardiyomegali

ANAHTAR KELİMELEER: KARDİOTORASİK ORAN, KARDİYOMEGALİ

S-19 ÇOCUK HASTALARDA TORAKS USG İLE TORAKS BT VEYA MRG TETKİKLERİNİN KIYASLANMASI

Sözel Bildiri /

Tülin DEMİRKAN¹, Gülşah ²,

²Bayram,

ÇOCUK HASTALARDA TORAKS USG İLE TORAKS BT VEYA MRG TETKİKLERİNİN KIYASLANMASI Transtorasik ultrasonografi periferik parankimi, plevrayı ve göğüs duvarını değerlendirmede önemli ve kullanışlı bir methottur. Özellikle çocuklarda X ışını kullanılmaması ve yatak başında yapılabilmesi nedeniyle kullanışlı bir methot olmaktadır. Biz bu tetkikimizde 30 hastada USG sonuçları ile aynı gün veya bir gün sonra yapılmış toraks BT veya MRG tetkiklerini kıyasladık Hastalarımız yaş olarak yenidoğan döneminden, 17 yaşa kadar bir aralıkta izlenmekteydi. Hastalarımızın 15 ini BT ile, 15 ini ise MR ile kıyasladık. MR tetkikleri kontrassız T2A seriler ile değerlendirildi. BT de ise 11 vakada kontrassız , % vakada ise kontrastlı olarak çekimler yapıldı. Tüm vakalarda US, BT ve MRG ile plevral effüzyon görünümü benzer şekilde tanımlandı. Ancak sıvı içeriğini belirlemede ise usg diğer modalitelere göre daha üstün olarak izlenmekte olup, yoğun içerik ve septa formasyonları usgde daha net olarak izlenmektedir. Hastaların periferik alanda izlenen konsolide/kollabe akciğer alanları da her üç tetkikte de benzer şekilde izlenmekteydi. Belirgin farklılık saptanmadı. Ancak santralde yer alan konsolidasyonları değerlendirmede BT ve MRG etkiliyken, USG ile optimal izlenmedi. Bununla birlikte bu tarz vaka çocuklarda fazla değildi. Yalnızca 2 vakada izlendi. Hiler lenf nodu açısından USG yeterli olmamakla beraber , BT ve MRG bu açıdan benzer olarak değerlendirildi. USG BT MRG Plevral effüzyon + + + Periferik tabanlı konsolidasyon + + + Hiler lenf nodu - + + Parakardiak konsolide alan komşuluğunda izlenen periferik lenf nodu değerlendirilmesinde USG diğer tetkiklerden üstün olarak değerlendirildi. 3 vakada izlenmekte olup, BT ve MRG ile optimal seçilemediler. Ancak özellikle retiküler yogunluk veya buzlu cam alanları gibi erken dönem infiltrasyon bulgularını değerlendirmede USG ve MRG yeterli olamadı. Bu bulgularla USG , PA akciğer grafisi ile birlikte akciğer değerlendirmesinde özellikle çocuklarda önemli bir modalite olabilir. Takiplerde BT veya MRG gibi modalitelere gerek duymadan kullanılabileceğini düşündük .

ANAHTAR KELİMELEER: TORAKS USG, ÇOCUK AKCİĞER,

S-20 ULTRASON VE BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ EŞLİĞİNDE YAPILAN AKCİĞER BİYOPSİ SONUÇLARIMIZ

Sözel Bildiri /

**EMRAH ÇAĞLAR¹, SERKAN GÜNEYLİ¹, İBRAHİM İLKER ÖZ¹, BİLGİN KADRI
ARIBAŞ¹,**

¹BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ,

Giriş: Akciğer kanseri dünyada insidans ve mortalitesi en yüksek kanser türüdür. Malign epitelyal invaziv akciğer tümörlerin başlıcaları; adenokarsinom, skuamöz hücreli karsinom, küçük hücreli karsinom ve büyük hücreli karsinomdur. Bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiklerinde akciğer kanserine benzeyen, bazı benign patolojiler de mevcut olup, serimizde bunlar en sık antrakozis, kronik inflamasyon ve tüberküloz olarak tespit edilmişlerdir. Gereç ve yöntem: Çalışmamız Mayıs 2017- Aralık 2019 tarihleri arasında bölümümüzde ultrason ve BT eşliğinde akciğerin solid veya solid komponent içeren, nodül veya kitlelerinden biyopsi yapılan 85 hastadan 82 hastası çalışmaya dahil olmuşlardır. 2 hasta tanısal olmayan histopatoloji sonucu nedeniyle, 1 hasta ince iğne ile biyopsi yapılması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların 41 tanesi ultrason, diğer 41 tanesi BT eşliğinde tru-cut biyopsi işlemi geçirmişlerdir. Bulgular: Hastaların 62 tanesi erkek, 20 tanesi kadın idi. Ortalama hasta yaşı 68, ortalama tümör boyutu 2.9 cm olarak bulundu. Hastalar biyopsi sonrası minor komplikasyonlar yaşadılar, major komplikasyon izlenmedi. Tüm hastalarda tru-cut biyopsi işlemi yapıldı. Histopatolojik tanımlar sıklık sırasına göre; adenokarsinom (21), antrakozis (12), skuamöz hücreli karsinom (12), küçük hücreli karsinom (10), sınıflandırılmamış malign epitelyal tümör (8), küçük hücreli dışı akciğer karsinomu (8), kronik inflamasyon (8), tüberküloz (2) ve testis tümörü metastazı (1) olarak tanı aldılar. Sonuç: Akciğer malignitesini taklit eden, bölgemizde özellikle antrakozis gibi patolojiler de sıklıkla görülmekte olup, BT, pozitron emisyon tomografi-BT (PET-BT), manyetik rezonans görüntüleme gibi tetkiklerden bu patolojilerin maligniteden ayrımında yararlanılmaya çalışılmaktadır. Ancak malign ve benign patolojilerin ayrımında radyolojik görüntüleme ve PET-BT bazı hastalarda yetersiz kalabilmektedir. Ultrason ve BT eşliğinde akciğer biyopsisi hastalarda etkin şekilde tanıya gidilmesini sağlamaktadır ve girişime uygun hastalarda ilk seçim olarak kullanılmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: AKCİĞER, ANTRAKOZİS, BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ,
BİYOPSİ, MALİGNİTE

S-21 MİKROSKOPİK POLİANJİTİS’İN AKCİĞER TUTULUMU: FARKLI BT PATERNLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sözel Bildiri /

**AYDAN AHMADOVA¹, AKIN ÇİNKOOĞLU¹, SELEN BAYRAKTAROĞLU¹, NAİM
CEYLAN¹, RECEP SAVAŞ¹,**

¹EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ AD.,

GİRİŞ-AMAÇ Mikroskopik Polianjitis (MPA); küçük damarları tutan, nongranümatöz nekrotizan vaskülit türüdür. İnsidansı yaklaşık olarak 1/100.000 olarak tahmin edilmektedir. Hastalık erkeklerde kadınlara göre 1.5 kez daha sık izlenmektedir ve başlangıç yaşı genellikle beşinci dekattır. Multiorgan tutulumu yapan bir hastalık olup böbrek, periferik sinir sistemi, deri ve akciğer etkilenebilir. Çoğu MPA böbrek ve akciğer tutulumuyla seyredir. Mikroskopik polianjitis reno-pulmoner sendromun en sık sebeplerinden biridir. Akciğer tutulumu olguların yaklaşık %25-50 sinde görülür ve dispne, öksürük, hemoptizi ile kendini gösterir. Pulmoner hemoraji çok ciddi bir durumdur ve kötü prognoz ile birlikte. BT’ (bilgisayarlı tomografi) de çeşitli tutulum paternleri izlenebilir. Biz bildirimizde arşivimizde mevcut, patolojik tanısı MPA olan olguların BT parankim bulgularını retrospektif olarak değerlendirerek en sık görülen tutulum paternlerini sunmayı amaçladık. **BULGULAR:** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne başvuran, patolojik tanısı MPA olan 15 adet olgunun BT bulgularını değerlendirdik. Olguların %60’ında (9 olgu) buzlu cam alanları izlenmekteydi. 4 olguda diffüz alveolar hemorajiye sekonder olarak değerlendirdiğimiz ‘kaldırım taşı’ paterni mevcut idi. 4 olguda interstisyel fibrozis (olağan interstisyel pnömoni paterninde)saptadık. Ayrıca olguların %46 sında (7 olgu) peribronşiyal kalınlaşma izlenirken, 1 adet olguda tek bulgu olarak yaygın bronşektaziler görüldü. Diğer bulguları gözden geçirildiğinde %27 oranında (4 olgu) asiner nodüller ve %40 oranında (6 olgu) çoğu periferal ve fokal yerleşimli olan konsolidasyon sahaları gözlemledik. **SONUÇ:** MPA tanılı olguların akciğer parankim tutulum bulgularının saptanmasında, uygun tedavi sonrası yanıtı değerlendirmede ve fibrozis gelişen olgularda progresyonun saptanmasında BT en değerli tanı yöntemi olup BT bulguları çeşitlilik göstermektedir. Ayırıcı tanıda başta enfeksiyöz süreçler olmak üzere geniş hastalık yelpazesi mevcuttur. Bu nedenle hastalığın akciğer tutulumunu düşündüren BT bulgularına hakim olmak ayırıcı tanıdaki diğer hastalıkların ekartasyonunda oldukça faydalıdır.

ANAHTAR KELİMELELER: MİKROSKOPİK POLİANJİTİS, BİLGİSAYARLI
TOMOGRAFİ, AKCİĞER.

S-22 KLİNİK VE RADYOLOJİK OLARAK TANISI ZOR KONULAN PRİMER PULMONER LENFOMA HASTALARININ GÖRÜNTÜLEME ÖZELLİKLERİ

Sözel Bildiri /

Serdar ARSLAN¹, Meral BÜYÜKTERZİ¹, Vefa ÖNER¹, Tuğba GÜNLER²,

¹SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, RADYOLOJİ, ²SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, KONYA EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, TIBBİ PATOLOJİ,

Giriş: Primer pulmoner lenfoma (PPL) çok nadir görülen ve ilk karşılaşıldığında çok yüksek oranda yanlış tanı konulan bir hastalıktır. Bu çalışmada PPL tanısı almış hastaların klinik, labaratuvar, görüntüleme bulgularını ve patolojik tanıları değerlendirerek, yanlış tanı nedenlerini özetlemeyi amaçladık. Gereç ve Yöntem: 2010 – 2019 tarihleri arasında histopatolojik olarak PPL tanısı konulan 11 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların klinik, labaratuvar ve görüntüleme bulguları analiz edildi. Hastaların ön tanıları ve histopatolojik tanı sonucuna kadar geçen süreç değerlendirildi. Bulgular: PPL tanısı konulan 11 hastanın 9 tanesi erkek (yaş, $57,4 \pm 16,9$) ve 2 tanesi kadın (yaş, $31,5 \pm 10,6$) idi. 11 hastada en sık görülen semptomlar dispne, göğüs ağrısı, öksürük ve ateş idi. Bilgisayarlı tomografi incelemesinde 5 hastada pnömoni benzeri, 2 hastada tek akciğer kitlesi, 4 hastada multiple nodüller şeklinde izlendi. Bu hastalardan pnömoni görünümü olan 3 hastada aynı zamanda plevral efüzyon mevcuttu. Histopatolojik incelemede 3 olguda Hodgkin lenfoma (HL), 9 olguda ise Hodgkin dışı lenfoma (NHL) saptandı. Beş hasta (% 45,4) başlangıçta pnömoni, 2 hasta (%18,1) akciğer kanseri ve 4 hasta (%36,3) metastaz ön tanısı aldı. Sonuç: PPL'nin klinik ve görüntüleme bulguları tipik değildir. Görüntüleme bulguları ve klinik bulgular arasında bir uyumsuzluk varlığında veya uygun tedavi yöntemlerine rağmen klinik olarak yanıt alınamıyorsa, PPL tanısından şüphe edilip biyopsi uygulanmalı veya biyopsiler tekrar edilmelidir. Doğru tanı ancak yeterli doku örnekleri ve uygun histopatolojik çalışmalar ile elde edilebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: PRİMER PULMONER LENFOMA, BİLGİSAYARLI
TOMOGRAFİ, PATOLOJİ, BİYOPSİ

S-23 POSTTRAVMATİK STERNUM KIRIKLARININ LOKALİZASYONU, EŞLİK EDEN BULGULARIN KORELASYONU VE MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ

Sözel Bildiri /

SADULLAH ŞİMŞEK¹, CİHAN AKGÜL ÖZMEN^{1, 2},

¹DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI,

1) GİRİŞ Bilgisayarlı tomografi teknolojisindeki gelişmeler, görüntülemenin yaygınlaşan kullanımı ve emniyet kemeri takma zorunluluğu nedeniyle sternum kırıklarının travmalar içindeki oranı artmıştır. Bu çalışmamızda sternum kırığı ve eşlik eden bulgularını değerlendirerek, eşlik eden bulguların oranı-kırık yeri ile korelasyonunu ve mortalite oranını inceledik. 2) BULGULAR Çalışmamızda 115 hasta mevcut olup bu hastaların sternum kırık yeri ve lokalizasyonları; 70 (%60,9) hastada manubrium, 42(%36,5) hastada korpus, 3(%2,4) hastada korpus ve manubrium kırığı saptanmış olup, 45(%39,1) hastada lineer kırık, 37(%32,2) hastada deplase kırık, 33(28,7) hastada parçalı kırık hatları mevcuttur. Hastaların 12'si (%10.4) mortalite ile sonuçlanmıştır. Ayrıca bu travmalar sonucunda toraks bölgesindeki eşlik eden patoloji bulguları sayı-oranları; 84 (% 70.4) hastada kot kırığı, 18 hastada (% 15.7) skapula kırığı, 11 (% 9.6) hastada klavikula kırığı, 34 (% 29,6) hastada torakal vertebra kırığı, 63 (% 54.8) hastada pnömotoraks, 63 (% 54.8) hastada hemotoraks, 13 (% 11.3) hastada pnömomediastinum, 66 (% 57.4) hastada akciğer kontüzyonu, 22 (% 19.1) hastada akciğer laserasyonu izlenmekteydi. Skapula kırıkları %77,7 oranında, pnömotoraks % 74,6 oranında, pnömomediastinum % 100 oranında, hemotoraks %68,25 oranında, akciğer kontüzyonu % 63,6 oranında, akciğer laserasyonu %72,6 oranında manubrium kırıklarında izlenmektedir. Klavikula kırıklarında ise korpus ve manubrium kırıkları arasında anlamlı fark saptanmadı. Çalışmamızda abdominal solid organ yaralanmaları mevcut olup; 6 (% 5.2) hastada karaciğer laserasyonu, 3 (% 2.6) hastada dalak laserasyonu, 1 hastada böbrek, pankreas, sürrenal bez yaralanmaları mevcuttu. Ayrıca çalışmamız retrospektif olması nedeniyle 40 hastanın laboratuvar değerlerine ulaşılmış olup 28 (% 70) hastada kardiyak kontüzyon ile uyumlu olarak kardiyak enzim değerleri artış mevcuttu. Bu hastaların 14'ünde manubrium ve korpus kırığı mevcut olup kırık lokalizasyonu ile kardiyak kontüzyon arasında farklılık mevcut değildi. 3) SONUÇ Toraks travmalı hastalarının büyük çoğunluğunu künt travmalar oluşturmaktadır. Sternum kırıkları en sık manubriumda olup lineer tip kırık izlenmektedir. Manubriumda kırık saptanan hastalarda ek toraks patoloji oranları korpus kırıklarına göre daha fazla izlenmiştir. Kardiyak kontüzyon oranı %70 olup literatüre göre yüksek izlenmekte ve korpus- manubrium kırıkları arasında farklılık izlenmedi. Sternum kırığı saptanan toraks travması olgularında intratorasik yaralanma olarak en sık akciğer kontüzyonu ve kot kırığı görülmektedir. Akciğer kontüzyonu-laserasyonu, pnömotoraks, pnömomediastinum, hemotoraks, skapula kırığı gibi bulgular manubrium kırıklarında korpus kırıklarına göre daha sık izlenmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: STERNUM, KIRIK, GÖĞÜS TRAVMALARI, MORTALİTE

S-24 MEDİASTEN PATOLOJİLERİNDE DİFÜZYON MR UYGULAMALARI

Sözel Bildiri /

**Serhat KAYA¹, Fatih ALPER¹, Adem KARAMAN¹, Bahar YILMAZ ÇANKAYA¹,
Gökhan POLAT¹,**

¹Atatürk Üniversitesi,

Mediasten göğüs kafesi içerisinde akciğerler ve iki plevral yaprak arasında yer alan anatomik bölüm olarak tanımlanır. Erişkinlerde mediastende görülen lezyonlar sıklık sırasına göre %26,5 timoma ve timik kist, %20 nörojenik tümörler, %16,1 diğer kistler, %13,8 germ hücreli tümörler ve %12,7 ile lenfomalar sayılabilir. Malign mediastinal tümörler tüm tümörlerin yaklaşık %25 ile %50'sini oluşturur. Mediastinal lezyonların yarıya yakını anterosüperior mediastende yer alır. Diğer yarısı ise orta ve posterior mediastende yer alır. Yapılan bir çalışmada timik epitelyal tümörlerde düşük riskli timoma ile yüksek riskli timoma ve timik karsinom arasında iki radyolog tarafından yapılan değerlendirmede görünür difüzyon katsayısı (ADC) eşik değeri $1,25/1,22 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{sn}$ alındığında anlamlı farklılık bulunmuştur. Diğer bir çalışmada ise malign timomanın gösterilmesinde DAG ile özgüllük %76,9 ve doğruluk oranı ise %85,2 olarak bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise mediastende kistik ve solid tümör ayırımında eğer BT şüpheli ise ve ayırım yapamıyor ise DAG ile rahatlıkla yapılabileceği gösterilmiştir. ADC değerleri basit natürdeki kistlerde ($3,67 \pm 0,87 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{sn}$) iken solid kitlelerde ise ($1,46 \pm 0,50 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{sn}$) bulunmuştur. Mediastinal tümörlerle ilgili bir çalışmada DAG'de ADC eşik değeri $1,56 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ seçilirse %95 doğrulukla, %96 hassasiyetle ve %94 özgüllükle malign benign ayrımı yapılabilmıştır. Benzer bir DAG çalışmasında ise hassasiyet %95 özgüllük ise %87 bulunmuştur . Biz bu çalışmamızda mediasten patolojilerinde difüzyon MRG' nin faydalarını tartışmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELEER: MEDİASTEN, DİFÜZYON, MRG

POSTER BİLDİRİLER

P-01 ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ İKİ OLGUDA ANTI-TNF TEDAVİ VE SONRASI: SARKOİDOZ MU? TÜBERKÜLOZ MU?

**Cağla Khurshud HÜSEYNOVA¹, Gamze DURHAN², Deniz KÖKSAL¹, Macit
ARIYÜREK², Sedat KİRAZ³,**

¹Hacettepe Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara, ²Hacettepe Üniversitesi
Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara, ³Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Ana Bilim Dalı,
Ankara,

Giriş: Anti-TNF ilaçlar günümüzde giderek daha yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Anti-TNF tedaviye bağlı olarak tüberküloz reaktivasyonu ve sarkoid benzeri reaksiyonlar sıklıkla görülmektedir. Tedavileri tamamen farklı olan bu iki durumu birbirinden ayırt etmek oldukça güç olabilmektedir. Bunun nedenleri, anti-TNF tedaviye bağlı tüberkülozun tipik radyolojik bulgularının olmaması ve basilin mikrobiyolojik olarak tespitinin güç olmasıdır. Bu bildiride ankilozan spondilit (AS) tanısıyla anti-TNF tedavi kullanan ve radyolojik bulguları ön planda sarkoidozla uyumlu olan iki tüberküloz olgusu sunulmuştur. Olgu 1: Bir yıldır AS tanısıyla sertolizumab tedavisi kullanan 30 yaşında erkek hasta öksürük, balgam, kilo kaybı (7 kg), gece terlemesi yakınmalarıyla başvurdu. Tedavi başlangıcında interferon gama salınım testi (İGTS) negatif ve proflaksisi verilmemişti. Gardiyan olarak çalışmaktaydı. Balgamda 3 kez, bronş lavajında 1 kez bakılan yaymalarda ARB negatif. Kültürlerde üreme olmadı. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT), mediastinal ve bilateral hiler lenfadenopatiler, her iki akciğerde ters halo (atol) bulgusu, sol akciğer alt lobda galaksi işareti izlendi. Koronal görüntülerde lezyonlar alt loblarda daha yaygındı ve sarkoidozu düşündürmekteydi. Ancak hastanın klinik bulgularının tüberkülozu düşündürmesi ve mesleki risk faktörü varlığı nedeniyle standart dördü antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavi ile klinik bulgular tamamen düzeldi. İkinci ay kontrolde radyolojik bulguların gerilediği görüldü. Olgu 2: AS tanısıyla iki yıldır adalimumab tedavisi kullanan 66 yaşında kadın hasta, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı (8 kg), öksürük ve balgam yakınmalarıyla başvurdu. Anti-TNF tedavi öncesi İGTS negatif ve proflaksi almamıştı. Üç balgam yayması ve bir bronş lavajında ARB negatif. Sağ paratrakeal ve subkarinal lenf nodlarından TBNA patolojisi granümatöz iltihapla uyumluydu. Toraks BT’de mediastinal lenfadenopatiler, peribronkovasküler, perilenfatik dağılım gösteren parankimal opasiteler ve galaksi bulgusu izlendi. Klinik bulgularla ön planda tüberküloz düşünülen hastaya standart dördü antitüberküloz tedavi başlandı. Lavaj kültüründe Mycobacterium tuberculosis üredi. Tedaviyle klinik ve radyolojik bulgular düzeldi. Sonuç: Anti-TNF kullanan hastalarda tüberküloz hastalığı ve sarkoid benzeri reaksiyonlar görülmekte ve tedavisi tamamen farklı olan bu iki durumun ayırıcı tanısında sıklıkla güçlük yaşanmaktadır. Bunun temel nedenleri anti-TNF tedavi alan hastalarda tüberkülozun tipik radyolojik bulgularının olmaması, kavite gelişmemesi ve bunun sonucu olarak da basilin saptanmasının güç olmasıdır. Hastalarda ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı gibi semptomların ön planda olması durumunda öncelikli olarak tüberküloz düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: SARKOİDOZ, TÜBERKÜLOZ, ANTI-TNF TEDAVİ,
GRANÜLOMATÖZ HASTALIKLAR

P-02 MALİGNİTELİ OLGUDA PULMONER VENÖZ TROMBUS: OLGU SUNUMU

Poster Bildiri /

Merter KEÇELİ¹, Özgür ÖNER¹, Seda KARAAĞAÇ¹, Vefa ÖNER¹, Meral BÜYÜKTERZİ¹, Serdar ARSLAN¹,

¹Konya SUAM Radyoloji Bölümü,

Pulmoner ven trombozu (PVT) nadir rastlanan ve çeşitli klinik görünümlere sahip bir antitedir. PVT sıklıkla lobektomi sonrası, akciğer transplantasyonu ve metastatik karsinoma ile ilişkili olarak tanımlanmaktadır. Bazı olgularsa idiopatikdir. İnsidansı bilinmemektedir. Klinik pratikte sıklıkla tanınmaz. Tanısal çalışmalar ve tedavi klinik prezentasyona bağlıdır. Tedavisi etyolojik neden ile bağlantılıdır. Bu sunuda, ani göğüs ağrısı ve ilerleyici dispne ile acil servise başvuran metastatik pankreas kanserli 70 yaşındaki kadın olguda, toraks bilgisayarlı anjiyografide sağ pulmoner vende tanımlanan trombusu tartıştık. Pulmoner tromboemboli şüphesi klinisyen tarafından radyoloğa bildirildiğinde, inceleme protokolü ve radyoloğun dikkati pulmoner arteriyel sisteme yönelmektedir. Bu nedenle trombus taraması öncelikle pulmoner arteriyel sistem ve kalp içinde yapılmaktadır. Sonuçta PVT, daha nadir rastlanan bir antite olması nedeni ile dispne ayırıcı tanıları arasında yer bulamamaktadır. Pulmoner tromboemboli öntanısıyla, uygun BT protokolleri ile yapılan görüntülemelerde PVT olasılığı akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: PULMONER VEN, TROMBUS, MALİGNİTE, DİSPNE

P-03 MİLİER AKCİĞER METASTAZI

Poster Bildiri /

DUYGU ZORLU KARAYİĞİT¹

¹AEÜ TIP FAK.GÖĞÜS HAST.AD.,

Amaç: Milier akciğer tutulumları, çok çeşitli pulmoner hastalıklarda görülebilir. Kesin tanı için, zaman kaybetmeden girişimsel işlemler planlanmalıdır. Olgu: 56 yaşında kadın hasta, 2 aydır olan uykudan uyandıracak kadar rahatsız edici öksürük ve hafif düzeyde nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. İştahsızlık ve kilo kaybı eşlik ediyordu. Daha önce hiçbir şikayeti olmayan hasta tedavi almış; fakat fayda görmemişti. Sigara kullanım öyküsü yoktu. Hastanın vital bulguları stabildi. Solunum sistemi muayenesinde sağ akciğer alanında ara ara ralleri mevcuttu. Kan değerlerinde; ılımlı crp ve sedimentasyon yüksekliği mevcuttu. Postero-anterior akciğer grafisinde; bilateral yaygın hemen hemen hepsi eşit boyutta milier tutulum mevcuttu. Sağda supradiafragmatik infiltrasyon eşlik ediyordu. Hastaya memede kitle? akciğer metastazı öntanısıyla usg planlandı, normaldi. Hastaya mevcut bulgularla, tüberküloz öntanısıyla balgam ARB, kültür-gram boyama ve toraks BT planlanarak verem savaş dispanserine yönlendirildi. Zaman kaybetmemek adına sonuçlar çıkana kadar hastaya anti tbc tedavi başlandı. 1 hafta sonra kontrole çağırılan hastanın semptomlarında hiç bir değişiklik yoktu. Balgam direk boyamada basil görülmemişti. BT'de ek olarak mediastinal lenf nodları mevcuttu. Hastanın tanısını kesinleştirmek için EBUS planlandı. Lenf nodu örneklemesi akciğer adeno ca ve metastazı şeklinde rapolandı. Hasta onkoloji kliniğine devir edildi. Tartışma: Milier akciğer tutulumları pulmoner ve ekstrapulmoner bir çok patolojide görülebilir. Olgular, en sık nedenler açısından tetkik edilirken kesin tanı için de planlamayı hızla yapmak çok önemlidir. Bu olguda, yüksek olasılıklı tüberküloz düşünülmüş olup tedavi başlanmıştır; fakat hastanın 1 hafta sonra kontrole çağırılması çok isabetli bir karar olmuştur. Aslında bu hastada öncelikle akciğer metastazı düşünülüp buna yönelik tetkiklerde de patolojik bulgu olmayınca tüberküloza yönelim olmuştur. Sonuç: Tedavi ile şikayetleri gerilemeyen-düzelmeyen milier tutulumu olan olgularda mutlaka ileri tanı yöntemleri hızla kullanılmalıdır. Kaynaklar: Miliary Metastases in Non-Small-Cell Lung Cancer. Chana A. Sacks, M.D., Editor. The new england journal of medicine. n engl j med 379;20 nejm.org November 15, 2018

ANAHTAR KELİMELEER: AKCİĞER KANSERİ, RADYOLOJİ, MİLİER TUTULUM

P-04 POLAND SENDROMU

Poster Bildiri /

Elif Hazal KARLI¹, Zuhay BAYRAMOĞLU¹, İbrahim ADALETLİ¹,

¹İstanbul Tıp Fakültesi Radyoloji ABD,

Poland sendromu , unilateral pektoralis majör kası sternokostal komponentinin aplazisidir. Aynı taraflı pektoralis minör kas aplazisi, meme ve meme ucu gelişmemesi, iki ve beş arası kosta yokluğu, komplet ya da parsiyel sindaktili gibi ek bulgular görülebilir. İnsidansı 7.000-100.000 canlı doğumda 1 olarak bildirilmiştir. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre 2-3 kat fazladır ve sağ taraf tutulumuna daha çok rastlanır. Çoğu zaman sporadik olarak görülür. Etiyolojisi tam olarak açıklanmamıştır fakat embriyolojik dönemde aynı taraflı subklavian ve vertebral arter kan akımında azalmaya bağlı olabileceği düşünülmektedir. 8 yaş erkek hasta kliniğimize sağ göğüs kafesinde çöküklük nedeniyle başvurdu. Muayenesinde sağda göğüs duvarında içe deformite görüldü ve meme ucu olmadığı dikkati çekti. Eşlik eden el ve parmak deformitesi saptanmadı. PA akciğer grafisinde sağ anterior 2. ve 3. kosta yokluğu ve sağ akciğer üst ve orta zonda artmış lüseni dikkati çekti. Kontrastlı toraks BT incelemesinde ise sağ hemitoraksta pektoralis major ve minor kas grubu izlenmedi. Ayrıca sağ 2. ve 3. kosta anterior segmenti izlenmedi ve 4. ve 5. kosta kartilajinöz segmentleri ise füzyone görünümdeydi. Diğer kotlar, skapula ve omuz eklemi doğaldı. Yukarıda bahsedilen anomaliler ile hastaya Poland sendromu tanısı kondu ve göğüs cerrahisine yönlendirildi. Poland sendromu nadir görülen bir sendromdur. Özellikle çocukluk çağında göğüs duvarı, el ve parmaklarda deformite olduğu zaman akla gelmelidir. Radyolojik modaliteler ile başta pektoral kas yokluğu olmak üzere sendrom karakteristik özellikleri tanınabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: PEKTORAL KAS APLAZİSİ, SİNDAKTİLİ, AMASTİA

**P-05 NADİR BİR OLGU SUNUMU: SJÖGREN SENDROMU AKCİĞER
TUTULUMU**

Poster Bildiri /

**Serdar ARSLAN¹, Meral BÜYÜKTERZİ¹, Vefa ÖNER¹, Özgür ÖNER¹, Avni Merter
KEÇELİ¹, Seda SOĞUKPINAR KARAAĞAÇ¹,**

¹SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ, RADYOLOJİ KLİNİĞİ,

Giriş: Sjögren sendromu, Romatoid artrit sonrasında görülen ikinci en sık otoimmün hastalıktır. Göz ve ağız kuruluğu gibi semptomları olup tükürük bezlerinin lenfositik infiltrasyonu ile karakterizedir. Hastalık ekzokrin bezlerinin yanısıra vaskülit, akciğer, böbrek veya nörolojik tutulum dahil sistemik bulgular oluşabilir. Sjögren sendromu olan hastalarda lenfoma riski de artmaktadır. Burada Sjögren sendromlu bir hastanın toraks bilgisayarlı tomografi (BT) bulgularını sunmayı amaçladık. Olgu: 64 yaşında Sjögren sendromu tanısı ile takip edilen erkek hasta son 9 aydır geçmeyen öksürük şikayeti ile hastanemize başvurdu. Hastaya uygulanan posterior anterior akciğer grafisinde her iki akciğer alt zonlarda bronkovasküler dallanmalarda belirginleşme izlendi. Hastaya uygulanan toraks BT tetkikinde her iki akciğerde dağınık yerleşimli alt loblarda belirginleşen santralden perifere doğru uzanım gösteren yama tarzında buzlu cam alanları ve bronş duvarlarında kalınlaşmalar izlendi. Bulgular Sjögren sendromuna bağlı gelişen nonspesifik intersitsiyel pnömoni ile uyumlu olarak değerlendirildi. Tartışma: Sjögren sendromunun akciğer tutulum oranları farklı çalışmalarda yaklaşık %9-20 arasında bildirilmiştir. En sık tutulum şekli olan nonspesifik intersitsiyel pnömoni akciğer biyopsilerinde en sık tespit edilen subtiptir. Bunun yanısıra olağan intersitsiyel pnömoni, organize pnömoni ve Lenfositik interstisyel pnömoni daha nadir görülen intersitsiyel tutulum paternleridir. Sjögren sendromu tanılı hastalarda bu paternlerin ayırımında BT en güvenilir ve etkili görüntüleme yöntemidir.

**ANAHTAR KELİMELEER: SJÖGREN SENDROMU,BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ,
İNTERSİTSİYEL AKCİĞER HASTALIĞI**

P-06 PRİMER VE SEKONDER PULMONER LENFOMADA TORAKS BT BULGULARI

Poster Bildiri /

Neşe Canset YEŞİL¹, Emetullah CİNDİL¹, Umut ASFUROĞLU¹, Gonca ERBAS¹,

¹GAZİ ÜNİV TIP FAKULTESİ RADYOLOJİ AD,

Giriş ve Amaç: Lenfoma; immün sistem hücrelerinin veya bunların öncülerinin hatalı proliferasyon ve diferansiyasyon sonucu gelişmektedir. Lenfomanın toraksta tutulum alanları; mediastinal, hiler, aksillar lenf nodları, timus, göğüs duvarı, kemikler, parankim, plevra, kalp ve memedir. Malign pulmoner lenfoproliferatif hastalıklar; primer, sekonder, AIDS ilişkili ve post-transplant proliferatif bozukluklar olarak 4 grupta incelenebilir. Primer akciğer lenfoması; tanı sırasında veya tanıyı izleyen ilk üç ayda ekstrapulmoner tutulum olmadan bir ya da her iki akciğerlerin ve/veya bronşların malign klonal bir lenfoproliferasyonudur. Oldukça nadir görülmesi, asemptomatik veya non-spesifik solunumsal semptomlarla seyretmesi nedeniyle gözden kaçırılmaması, radyolojik olarak kitle veya konsolidasyonlarla seyretmesi nedeniyle de birçok hastalığın ayırıcı tanısında düşünülmesi gerekmektedir. Primer pulmoner lenfomaların(PPL) %90'ını MALT lenfoma oluşturur. İkinci en sık Diffüz Büyük B-Hücreli Lenfoma(DBBHL)dır. Sekonder pulmoner lenfoma, PPL'ya göre daha sık görülür. Sekonder pulmoner lenfoma Hodgkin ya da Hodgkin dışı lenfomanın hematojen yolla akciğere yayılması, hiler / mediastinal bölgeden direkt invazyonu veya lenfatik yayılım ile gelişebilir. Pulmoner parankimal tutulum, Hodgkin hastalığında(HH) (%38) Non-Hodgkin lenfomaya (%24) göre daha siktir. HH'da nodüler sklerozan tipte akciğer tutulumu %50-90 iken, diğer subtiplerde %5-15'dir. Sunumumuzda primer ve sekonder olarak akciğer parankimini tutan farklı hücresel tanıya sahip lenfoma olgu örnekleri üzerinden primer ve sekonder lenfomanın radyolojik özellikleri, ayırıcı tanıda yer alan hastalıklar ve tanıya katkı sağlayan bulgular tartışılmaktadır. Olgu örneklerimiz arasında Hodgkin lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, MALToma ve anaplastik lenfoma yer almaktadır. Tartışma ve Sonuç: Lenfomanın parankim tutulumu radyolojik olarak düzensiz nodül/kitle, konsolidasyon şeklinde görülebilir ve hava bronkogramı, buzlu cam, interlobüler septal kalınlaşma, peribronkovasküler kalınlaşma, perilenfatik nodüller eşlik edebilir. Radyolojik bulgular nonspesifik olup, sarkoidoz ve diğer interstisyel akciğer hastalıkları, primer ve sekonder maligniteler, mesleki hastalıklar, enfeksiyonlar gibi pekçok hastalığın bulgularıyla benzerlik gösterir. Değerlendirme sırasında lenfomanın farklı parankim tutulum örneklerinin bilinmesi tanı ve ayırıcı tanıya büyük katkı sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: LENFOMA, BİLGİSYARLI TOMOGRAFİ, PULMONER

P-07 ATOL/TERS HALO BULGUSU

Poster Bildiri /

Seriyve ALLAHVERDİYEVA¹, Mehmet Can PENÇE¹, Neşe Canset YEŞİL¹, Hüseyin Koray KILIÇ¹,

¹GAZİ ÜNİV TIP FAKULTESİ RADYOLOJİ AD,

Giriş ve Amaç: Atol işareti akciğer parankiminde görülen, lezyonun ortasındaki buzlu cam alanını tam yada kısmi olarak çevreleyen konsolidasyon halkasını (kalınlığı ≥ 2 mm) tanımlayan bir Bilgisayarlı Tomografi (BT) bulgusudur. Halo işaretinin (dens nodül çevresindeki buzlu cam dansitesi) tam tersi olduğundan “ters halo bulgusu” olarak da adlandırılır. Histopatolojik incelemelerde santral buzlu cam alanını alveolar septal inflamasyon ve selüler debris, konsolide kenarı ise distal hava keselerindeki granümatöz reaksiyon oluşturmaktadır. Önceleri atol işareti kriptojenik organize pnömoni için spesifik olarak kabul edilse de sonradan bu bulgunun enfeksiyöz, non-enfeksiyöz ya da neoplastik kökenli diğer bazı hastalıkta da görüldüğü, olgu serileriyle literatürde yer almıştır. Olgular: Sunumumuzda, aralarında anjiyoinvazif fungal pnömoni, kriptojenik ve sekonder organize pnömoni, sarkoidoz, akciğer malignitelerinin de yer aldığı olgu örnekleri eşliğinde atol işareti ve ayırıcı tanısı tartışılmaktadır. Tartışma ve sonuç: Akciğeri tutan birçok enfeksiyöz ve non-enfeksiyöz süreçte toraks BT incelemesinde atol bulgusu görülebilir. Bu bulgu tek bir hastalık süreci için kesin tanı koydurucu olmasa da hastanın klinik bulguları, hastalığın seyri, kullanılan ilaçlar, sistemik hastalıklar bilindiğinde eşlik eden diğer radyolojik bulgular da kullanılarak doğru tanı koymak mümkündür. Radyolojik bulguların klinik bilgi ile birlikte yorumlanması hastalık süreçlerinin yüksek doğruluk ve özgüllükle tanınmasını sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: ATOL,TERS HALO,BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ

**P-08 KORONER ARTER ANOMALİLERİ: KORONER BTA BULGULARININ
OLGULAR EŞLİĞİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Poster Bildiri /

**EGEMEN ÖZTÜRK¹, AKIN ÇİNKOOĞLU¹, SELEN BAYRAKTAROĞLU¹, NAİM
CEYLAN¹, RECEP SAVAŞ¹,**

¹EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ AD.,

GİRİŞ – AMAÇ Koroner arter anomalileri nadir kardiyak anomaliler olup genel popülasyonda %1-2 civarında saptanabilmektedir. Klinik bulguları çeşitlilik göstermektedir; asemptomatik olabileceği gibi hemodinamik olarak önem arzedenler ani ölüme yol açabilmektedir. EKG (elektrokardiyografi) tetiklemeli koroner BTA (bilgisayarlı tomografi anjiyografi) incelemesi yüksek spasyal ve temporal çözünürlüğü ile koroner arterlerin ayrıntılı değerlendirilmesine ve anomalilerin saptanmasına olanak sağlamaktadır. Günümüzde anomalinin tanısı ve tedavi öncesi planlamada referans yöntem konumuna gelmiştir. Biz bildirimizde hemodinamik olarak önemli olan malign karakterde yanısıra hemodinamik anlam taşımayan benign karakterde toplam 10 adet koroner arter anomali olgusunu, koroner BTA görüntüleri ile birlikte sunmayı amaçladık. **BULGULAR** Bildiri; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne değişik zamanlarda başvuran ve koroner BTA incelemesi ile koroner arter anomalisi tanısı alan 10 olguyu içermektedir. 2 olguda sağ koroner sinüs çıkışlı sol koroner arter, 3 olguda sağ koroner sinüs çıkışlı sol sirkumfleks arter, 1 olguda sağ koroner arter çıkışlı sol sirkumfleks arter, 2 olguda koroner fistül ve 1 olguda pulmoner arter çıkışlı sol koroner arter anomalileri mevcut iken 1 olguda ise hem sağ koroner sinüs çıkışlı sol sirkumfleks arter, hem de koroner fistül anomalileri birliktelik göstermekteydi. **SONUÇ:** EKG tetiklemeli koroner BTA incelemesi ile kolaylıkla saptanabilen koroner arter anomalilerinin BTA bulgularına hakim olmak, hemodinamik olarak önemli olan ve ani ölüme yol açabilecek anomalilerin tanısında büyük önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: KORONER ANOMALİ, BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ.

P-09 PULMONER LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZ

Poster Bildiri /

ELİF HAZAL KARLI¹, ATADAN TUNACI¹,

¹İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ABD,

Pulmoner LHH, langerhans hücrelerinin peribronşiyoler granülomatoz infiltrasyonu sonucu oluşan nadir bir hastalıktır. Genç erişkinlerde ve özellikle sigara içen bireylerde görülür. Genellikle nefes darlığı, kuru öksürük gibi non-spesifik semptomlar verir. Spontan pnömotoraks ile prezente olması durumunda göğüs ağrısı görülebilir. Pulmoner Langerhans hücreli histiyositozun radyolojik bulguları hastalık evrelerine bağlı olarak farklılık gösterebilir. İnhalasyona bağlı komponenti olması nedeniyle akciğerin üst ve orta zonları daha belirgin olarak tutulur. BT’de erken dönemde kostofrenik açılarının korunduğu, bilateral simetrik sentrilobuler mikronodüller izlenir. Hastalık ilerledikçe kaviter nodül, kalın duvarlı kistler ve en sonunda ince duvarlı kistler oluşur. Kistlerin boyutları değişkendir ve kistler birbirleriyle birleşme eğiliminde olabilir. Ayırıcı tanıda geç dönemde, akciğerin diğer kistik hastalıkları, erken dönemde ise üst lob dominansı gösteren tüberküloz, sarkoidoz gibi hastalıklar yer almaktadır. 1997 yılında LHH tanısı alan fakat klinik takipsiz 46 yaş kadın hasta kliniğimize göğüs ağrısı, nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde patolojik özellik saptanmadı. 25 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. PA akciğer grafisinde, sağ akciğerde pnömotoraks ve bilateral üst orta zon dominant retikülonodüler opasiteler saptanması üzerine toraks BT çekildi. Bilateral akciğerde üst loblarda baskın, yer yer birleşme gösteren, bazıları kalın cidarlı parenkimde destrüksiyona yol açmış kistler ve milimetrik boyutlarda sentriasiner nodüller lezyonlar izlendi. Bilateral alt lob bazal kesimleri kistlerden korunmuştu. Sağ hemitoraksta pnömotoraks mevcuttu. Hasta göğüs tüpü takılarak tedavi edildi. İlk başvurudan bir ay sonra bu sefer solda olan pnömotoraks tablosu ile tekrar kliniğimize müracaat etti. Tedavisi düzenlenerek göğüs hastalıklarına yönlendirildi ve steroid tedavisine başlandı. Pulmoner LHH nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi tanıyı güçleştiren non-spesifik bulgularla gelebilir. Tipik radyolojik bulgular tanıya yardımcı olmakla beraber bazen, başta lenfanjiyomyomatosis, bronşiektazi benzeri kistik akciğer hastalıkları ile karışabilir. Bazı hastalarda sigara bırakma ile semptom ve radyolojik bulgularda gerileme olurken bazen steroid benzeri tedavilere rağmen respiratuar yetmezliğe gidebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI, KİSTİK AKCİĞER HASTALIĞI, SİGARA

P-10 VASKÜLİT: TORAKS TUTULUMUNDA BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ VE MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME BULGULARI

Poster Bildiri /

**Oğuzhan TÜRK SAYAR¹, Tolga ZEYDANLI¹, Halit Nahit ŞENDUR¹, Emetullah
CİNDİL¹, Gonca ERBAŞ¹,**

¹GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ RADYOLOJİ AD,

Giriş ve Amaç: Vaskülopati; damar duvarını etkileyen dejeneratif, embolik, metabolik ve inflamatuvar süreçleri içeren geniş bir tanımdır. Vaskülit, damar duvarının inflamasyonu anlamına gelir. Vaskülitler damar duvarında lökosit ve fibrinoid nekroz varlığı, damar duvar bütünlüğünün kaybolması ve hemoraji ile karakterizedir. Ayrıca klinik olarak lümen daralma ve sonucunda doku iskemisi-nekrozu görülebilir. Akciğer parankiminde nekroz ve inflamatuvar hücre infiltrasyonu, trakeobronşial ağacın inflamasyonu ve bunun sonucunda gelişen stenoz, alveoler hemoraji ile sonuçlanan pulmoner kapillaritis görülebilir. Etkiledikleri damarların çaplarına göre büyük, orta ve küçük damar vaskülitleri olarak sınıflandırılan vaskülitler ayrıca etyolojik açıdan infeksiyöz ve non-infeksiyöz vaskülitler olarak da sınıflandırılabilir. Büyük damar vaskülitleri içerisinde Takayasu arteriti ve Dev Hücreli arterit sayılabilir. Orta damar vaskülitleri arasında Kawasaki hastalığı ve PAN(Poliarteritis Nodosa) yer almaktadır. Küçük damar vaskülitleri ise ANCA ilişkili vaskülitler (mikroskopik polianjitis, granülomatöz polianjitis, eozinofilik granülomatöz polianjitis), immün kompleks aracılı vaskülitler (anti glomeruler bazal membran hastalığı, kriyoglobulinemik vaskülit, IgA vaskülit) olarak sınıflandırılmaktadır. Bunun dışında sınıflandırılmada Behçet Hastalığı ve sistemik romatolojik hastalık ilişkili vaskülitler de yer almaktadır. Bildirimizde torasik tutulumun izlendiği sık görülen vaskülitlerin temel klinik özelliklerinin ve BT- MR bulgularının olgu temelli tartışılması amaçlanmıştır. Tartışma ve Sonuç: Sistemik vaskülitler toraksta aorta ve supraaortik dalları, pulmoner arterleri ve venleri tutabilir. Damar tutulumu diffüz duvar kalınlaşması, stenoz ve oklüzyona, anevrizmalara ve tromboza yol açabilir. Damar duvarında tutulum, diffüz kalınlaşma, tipik tutulum alanları ve aktif hastalık sürecinde kontrast madde tutulumu görülmesi ile diğer vaskülopatilerden ayırt edilebilir. Pulmoner hemoraji, kaviter pulmoner nodül, trakea ve bronş duvarlarında kalınlaşma ve stenoz varlığında ayırıcı tanıda vaskülitler de akılda tutulmalıdır.

**ANAHTAR KELİMELER: VASKÜLİT, BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ, MANYETİK
REZONANS GÖRÜNTÜLEME**

P-11 İKİ FARKLI OLGUDA PLASTİK BRONŞİT

Poster Bildiri /

Duygu CENGİZ¹, Recep SAVAS¹,

¹Ege Üniversitesi Hastanesi Radyoloji,

Giriş-Amaç: Plastik bronşit daha önce fibröz bronşit veya psödomembranöz bronşit olarak da bilinen nadir ve mortaliteye neden olabilecek ciddi bir hastalıktır. Tanıda en önemli bulgu bronşların şeklini almış sert bronş plakları çıkarılmasıdır. Bu olgu sunumunda plastik bronşitin neden olduğu akciğer parankim değişikliklerini ve bunların patolojik olarak da yanlış tanıya neden olabileceğini vurgulamak istedik. **Olgular:** Birinci olgu: 60 yaşında kadın hasta 1 yıldır olan balgamlı öksürük ve nefes darlığı nedeniyle başvurdu. Önceki bilgisayarlı tomografisinde (BT)’sinde sağ orta ve alt lobda yoğunluk kazanan buzlu cam dansiteleri izlenmiş olduğu görüldü (Resim 1). Video yardımcı göğüs cerrahisi ile alınan biyopsi sonrası organize pnömoni tanısı düşünülmüştür. Hastaya duktus torasikus ligasyonu yapılması planlanmıştır. İkinci olgu: 45 yaşında kadın hasta 4-5 ay önce başlayan ip şeklinde balgamın (Resim 2) eşlik ettiği öksürük ve nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Hastanın BT’sinde sağda daha belirgin olan bilateral yaygın septal kalınlaşmalar ve yer yer buzlu cam dansitesinde infiltrasyonlar görülmüştür (Resim 3). Hastaya yapılan bronkopulmoner lavajda mukoid ve fibrinoid zeminde lenfoid hücre görülmüştür. Hastaya lipiodol ile lenfografi çekilmiş ve selektif lenfatik embolizasyon işlemi uygulanmıştır. Hastanın şikayetlerinin devam etmesi üzerine cerrahi olarak torasik kanal kapatılmıştır. Hastanın semptomları tamamen düzelmiştir. **Tartışma:** Hastalıkların en sık geliş nedenleri sert plakların eşlik ettiği öksürük, göğüs ağrısı, hışıltı ve ateştir. Fizik muayenede, direk grafi ve BT’de parsiyel atelektaziye ait bulgular görülebilir. Olgularımızın ikisinde balgamlı öksürük ile hastanemize başvurmuştur. BT’lerinde buzlu cam bulgusu baskındır. Plastik bronşitin değişik sebepleri olmakla birlikte bizim iki olgumuzda da karina düzeyinde duktus torasikusun sol subklaviyen vene dökülen kısmı gelişmemiş olup her iki ana bronkus çevresinde yaygın lenfatik kollateraller gelişmiştir. Lenfatik drenajın bozulmasıyla lenf sıvısının hava yollarının içine geçmesinin lenfatik plastik bronşitin patofizyolojisinde yer aldığı düşünülmektedir. YRBT’de izlenen buzlu cam alanları ve septal kalınlaşmalar nonspesifik olmakla birlikte her iki hastada da aynı lokalizasyonda olması ayırıcı tanı da plastik bronşit tanısını da akla getirmelidir. Hastanın tedavisinde literatürle uyumlu olarak öncelikle selektif lenfatik embolizasyon denenmiş, yetersiz kalması üzerine duktus torasikus kapatılmıştır. **Sonuç:** Plastik bronşit nadir fakat ciddi bir hastalıktır. Bronşların şeklini almış sert bronş plakları çıkarılması tipik bulgusunu oluşturur. Patofizyolojisinde lenfatik sistem bozukluklarında yer aldığı düşünülmektedir. Lenfografi ile kanıtlandığında lenfatik sistemlerin kapatılmasıyla hastanın tedavisi sağlanabilmektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: PLASTİK BRONŞİT, LENFATİK BOZUKLUK, DUKTUS TORASİKUS LİGASYONU, BİLGİSİYARLI TOMOGRAFİ, BUZLU CAM

P-12 ERİŞKİNLERDE GÖRÜLEN KONJENİTAL SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI

Poster Bildiri /

Mohammad Naim FOROGH¹, Naim CEYLAN^{1, 2},

¹EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ABD.,

Solunum sistemi ile ilgili olarak erişkin döneminde değişik klinik şikayetlere yol açabilen hastalık gruplarından biri konjenital akciğer hastalıklarıdır. Radyolojik olarak bazı konjenital lezyonlar tümör benzeri görüntü oluşturabilmekte ve doğru tanı konmadığında gereksiz cerrahi girişimin yapılmasına ya da komplikasyon gelişimine yol açmaktadır. Bu hastalıklardan bazıları insidental olarak tanı almakta ve bazıları da hemoptizi ve kardiyak yetmezlik gibi ciddi semptomlarla kendini göstermektedir. Bu nedenle erişkinlerde nadiren ortaya çıkan bu hastalıkların tanısı , gereksiz cerrahiden kaçınmak ya da cerrahi gerektiren lezyonlara komplikasyon gelişmeden müdahale edilmesi açısından hayati önem taşımaktadır. Konjenital akciğer hastalıkları üç ana kategoride değerlendirilebilir: Bronkopulmoner Hatalıklar, Pulmoner Vasküler Anomaliler ve ikisinin bir arada olduğu Kombine tip hastalıklar. Bronkopulmoner Hatalıklar: Akciğer agenezisi-aplazisi ve hipoplazisi, Bronşiyal atrezi, Konjenital pulmoner havayolu malformasyonu (KKAM), Bronkojenik kist, Trakeal ve kardiyak bronkus anomalileri,Konjenital lobar amfizem. Pulmoner vasküler Anomaliler: Pulmoner arter agenezisi, Pulmoner sling (sağ pulmoner arterden çıkan sol pulmoner arter), Pulmoner arteryovenöz malformasyon, Parsiyel venöz dönüş anomalisi. Kombine tip Hastalıklar: Pulmoner sekestrasyon, Psödosekestrasyon ,Scimitar sendromu. Yazımızda Ege Üniversitesi Hastanesine başvuran hastalarda, erişkin yaşa kadar saptanamamış fakat daha sonra ya klinik şikayet üzerine ya da insidental olarak saptanmış olan konjenital akciğer hastalıkları ile ilgili olgulardan radyolojik görüntüleriyle birlikte bahsedilmiştir. Her bir vaka ile ilgili farklı modalitelerle çekilmiş radyolojik görüntüler ele alınıp, tipik görünümüleri, hastalık için spesifik olabilecek işaretler ve ayırıcı tanıları tartışılmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: KONJENİTAL HATALIKLAR, SOLUNUM SİSTEMİ,
PULMONER RADYOLOJİ

P-13 ANJİOİNVAZİV PULMONER ASPERGİLLOZİSTE GÖRÜLEN BT BULGULARININ OLGULAR EŞLİĞİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Poster Bildiri /

**AHMET KASIM KARABULUT¹, AKIN ÇİNKOOĞLU¹, SELEN
BAYRAKTAROĞLU¹, NAİM CEYLAN¹, RECEP SAVAŞ¹,**

¹EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ AD.,

GİRİŞ -AMAÇ Pulmoner aspergillozis, Aspergillus mantar türlerinin neden olduğu mikotik hastalıktır. Aspergillus türleri içinde pulmoner sendromlara en sık neden olan patojen Aspergillus fumigatustur. Bağışıklığı baskılanmış hastalarda önemli bir mortalite nedenidir. İn hale edilen sporun virülansı ve patojen yükü hastalık seyrinde etkili olmaktadır. Pulmoner aspergillozis 4 ayrı kategoride incelenir; (a) aspergilloma, (b) allerjik bronkopulmoner aspergillozis (ABPA), (c) semi-invaziv aspergillozis, (d) invaziv aspergillozis. İnvaziv aspergillozis ise iki alt grupta incelenir; anjioinvaziv aspergillozis ve hava yolu invaziv aspergillozis. Anjioinvaziv pulmoner aspergillozis olgularının hemen hemen hepsi immunsupresedir. Farklı bilgisayarlı tomografi (BT) bulgu ve işaretleri tanıda yol göstericidir. Biz bu bildiri hastanemizde anjioinvaziv pulmoner aspergillozis tanısı alan olgularda tanıda ve tedavinin takip sürecinde yol gösterici olan, halo işareti, hava-hilal işareti, hipodens işareti, kavitasyon, spiküle konturlu nodül ve konsolidasyon formunda tutulum gibi BT bulgu ve işaretlerini görüntüler eşliğinde sunmayı amaçladık. **BULGULAR** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne değişik zamanlarda başvuran ve elde olunan BT tetkiklerinde anjioinvaziv pulmoner aspergillozisin farklı parankim tutulum paternlerini saptadığımız 5 olguyu değerlendirdik. BT bulgularını incelediğimizde 48 yaşında erkek olguda; sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte irregüler spiküle konturlu nodüler formda tutulum izlendi. 53 yaşında erkek olgunun BT incelemesinde sağ akciğer üst lobda hilal şeklinde hava dansitesi barındıran konsolidasyon alanı, hava-hilal işareti lehine değerlendirildi. 43 yaşında kadın olguda her iki akciğerde multiple sayıda, hipodens işareti ile uyumlu olan, santrali radyolüsent kitlesel oluşumlar saptadık. 27 yaşında kadın olguda halo işaretini temsil eden, sağ akciğer alt lob yerleşimli, santrali solid çevresi buzlu cam dansitesinde nodüler infiltrasyon mevcut idi. 36 yaşında kadın olguda ise sağ akciğer üst lobda konsolidasyon formunda infiltrasyon saptadık. **SONUÇ** Anjioinvaziv pulmoner aspergillozis; immunsuprese olgularda önemli bir mortalite nedeni olup, halo işareti, hava-hilal işareti, hipodens işareti, kavitasyon, spiküle konturlu nodül ve konsolidasyon formunda tutulum gibi BT bulgu ve işaretlerini bilmek erken tanıda ve tedavi sürecinin değerlendirmesinde önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: ASPERGİLLOZİS, ANJİOİNVAZİV, BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ

P-14 PULMONER EMBOLİ VE PARANKİMAL BULGULARI

Poster Bildiri /

**Ramil ALİYEV¹, RECEP SAVAŞ¹, NAİM CEYLAN¹, SELEN BAYRAKTAROĞLU¹,
AKIN ÇİNKOĞLU¹,**

¹EGE ÜNİVERSİTESİ RADYOLOJİ ABD,

GİRİŞ: Pulmoner Trombemboli (PT) pulmoner arteriyal sistemin yağ damlacıkları, hava, amniyon sıvısı,yabancı maddeler veya trombüs gibi farklı özellikte maddelerle tıkanması ile ortaya çıkan klinik durumdur. En sık alt ekstremitelerin derin venöz sisteminden kaynaklanan ve akciğere ulaşan trombüslere bağlı oluşur. PT'nin klinik bulguları ve semptomları non spesifik olup dispne, göğüs ağrısı, hemoptizi gibi klasik triyadla seyir gösterebilir. Pulmoner trombembolide Bilgisayar Tomografi (BT) direk pıhtıyı, pıhtı yükünü gösterebilir. Bu tetkikin doğruluk değeri ana dallarda % 95'lerin üzerindedir. **AMAÇ:** Bu çalışmada pulmoner trombemboli saptanan ve farklı parankimal bulgularla seyir gösteren olguları sunmayı amaçladık. **BULGULAR:**Pulmoner embolide tanıyı destekleyen parankim bulguları arasında parankimal konsolidasyon yer almakta olup genellikle plevral tabanlı , kama şeklinde veya ters halo şeklinde görülebilir. Sıklıkla alt lob ağırlıklı olur. Parankim bulguları arasında oligemik alanlar ,kavitasyon sahası, atelektazi, lineer bantlar da yer alabilir. Plevral effüzyon bulgulara eşlik edebilir. Ana pulmoner arter dallarında geniş trombembolilere rağmen infarkt alanı veya parankimal bulgu gelişmeyebilir. **TARTIŞMA:** PT'de her hangi bir parankim bulgusu görülmeyeceği gibi farklı parankim bulguları ile de seyir gösterebilir. Parankimde periferik konsolidasyon alanı içinde küçük hava tanecikleri görülmesi emboli yönünden uyarıcı olabilir.Trombemboliyi taklit eden durumlar akılda bulundurulmalıdır. Periferik yerleşimli konsolidasyon alanlarının ayırıcı tanısında malignite de akılda bulunmalı olup, emboli ekarte edilmelidir.Pulmoner arter çapında tedavi ile küçülme olmaz ise emboli değil trombüs düşünmelidir. **SONUÇ:** Progrese seyir gösteren parankimal konsolidasyonların ayırıcı tanısında pulmoner emboli düşünülebilir.

ANAHTAR KELİMELER: PULMONER EMBOLİ, KONSOLİDASYON

P-15 BİRT-HOGG-DUBE SENDROMU

ELTAN MAHARRAMOVA¹, RECEP SAVAŞ¹, NAİM CEYLAN¹, SELEN BAYRAKTAROĞLU¹,

¹EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ RADYOLOJİ ANA BİLİM DALI,

GİRİŞ: Diffüz kistik akciğer hastalıkları, akciğer parankimi içerisinde ince bir duvarla sınırlanan ve normal akciğer ile iyi tanımlanmış bir ara yüze sahip olan çok sayıda yuvarlak veya düzensiz şekilli, ince duvarlı, hava dolu alanların varlığı ile karakterize çeşitli akciğer rahatsızlıkları grubudur. Birt-Hogg-Dubé sendromu (BHD), saç folikülü tümörlerinin, renal neoplazmaların ve pulmoner kistlerin gelişimi ile karakterize nadir görülen, otozomal dominant bir hastalıktır. BHD tümör baskılayıcı proteini folikülünü kodlayan ve 17. kromozomda yer alan folikülin (FLCN) genindeki mutasyondan kaynaklanır. Bu ise adezyon protein kusurlarına veya eksikliklerine yol açarak alveol kırılabilirliğini artırır ve solunum döngüsü sırasında mekanik kuvvetlerle yırtılmasına neden olur. Tipik olarak yaşamın dördüncü ila beşinci dekadında görülür, ancak gençlerde de tanımlanmıştır. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) bu hastalıkların farklılıklarını ortaya koyan modalite olup akciğer kistlerinin karakterizasyonunda (dağılımları, büyüklükleri, uzunlukları) ve kist duvarının düzenliliğinin değerlendirilmesinde önemlidir. Karakteristik HRCT bulguları, akciğerin baziler ve subplevral bölgelerinde dağılmış çeşitli boyutlarda yuvarlak veya füziform şeklinde, ince cidarlı, bazılarının içerisinde vasküler yapıların izlendiği pulmoner kistler içermesidir. **AMAÇ:** Bu çalışmada BHD sendromu tanısı almış olgu serisini sunmayı hedefledik. **BULGULAR:** Hastanemizin Göğüs Hastalıkları bölümünde tetkik edilen 29-72 yaş aralığında 5'i erkek ve 4'ü kadın 9 olgunun izleminde Toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntüleri elde olunmuştur. BT incelemede tüm olgularda her iki akciğerde subplevral, periferik alanlarda, bazıları fissürlerin seyri boyunca dağılım gösteren değişik boyutlarda oval, füziform görünümde hava kistleri gözlenmiştir. Kistlerin bir kısmının içerisinde vasküler yapıların geçişi dikkati çekmiştir. Genetik inceleme sonucunda tanımlanan olguların 8'i BHD sendrom tanısı almıştır. Olguların 3'ünde aile öyküsü pozitif idi. Olguların 1'i histopatolojik olarak Amiloidoz tanısı almıştır. **TARTIŞMA:** Pnömotoraks öyküsü, cilt lezyonları veya böbrek tümörleri olan genç hastalarda spontan pnömotoraks varlığında BHD yönünden değerlendirme yapılmalıdır. BHD hastalarında pnömotoraks insidansı, genel popülasyondan 32 kat ve yaşa göre kıyaslamada 50 kat daha yüksektir. Pnömotoraks yüksek (% 75) nüks oranına sahiptir ve tekrarlayan epizodlarla seyreder. Hava kistlerinin baskın olarak baziler ve subplevral yerleşimi sözkonusudur. Renal kanser, hastaların % 25'inden fazlasında görülür ve ortalama yaşları 50,4 yıl (31-74 yıl) arasındadır. Kromofob adenomlar ve onkositomlar BHD'de en sık görülen renal neoplazmalar olup sıklıkla bilateral ve multifokaldir. FLCN mutasyonları için genetik testler, tanıyı doğrulamak ve aile üyelerinin taranmasını kolaylaştırmak için BHD yönünden şüphelenilen hastalara önerilmelidir. **SONUÇ:** Diffüz kistik akciğer hastalıklarının ayırıcı tanısında BHD sendromu akılda bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: DİFFÜZ, AKCİĞER, KİSTİK, BİRT, HOGG, DUBE

P-16 İDİYOPATİK PLÖROPARANKİMAL FİBROELASTOZİS (İPPFE): OLGU SUNUMU

**İsmayil MİRZAFARLI¹, Recep SAVAŞ¹, Naim CEYLAN¹, Selen
BAYRAKTAROĞLU¹,**

¹EGE ÜNİVERSİTESİ RADYOLOJİ ABD,

Giriş:İPPFE üst loblarda plevra ve subplevral akciğer parankiminde belirgin kollajen ve elastik doku depolanması ve visseral plevranın yoğun fibrotik bir şekilde kalınlaşması ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır.Klinik bulgular arasında tekrarlayan enfeksiyon, egzersiz dispnesi ve öksürük ve kilo kaybı yer almaktadır. Pnömotoraks sık görülebilir. Ailesel interstisyel akciğer hastalığı hikayesi eşliğinde nonspesifik otoantikolar saptanabilir. Bu nedenle İPPFE tanısı konulan olguların enfeksiyonlar(aspergilloz gibi),otoimmünite ve aile hikayesi gibi tedaviyi etkileyebilecek faktörler yönünden araştırılması önemlidir.Bu posterde 3 vaka sunmayı amaçladık. Olgu 1: 25y erkek hasta. Hastanın erkek kardeşi genç yaşta İAH nedeni ex olması üzerine kontrol amaçlı polikliniğe başvurmuş. Belirgin solunum şikayetleri olmayan hastaya bronkoskopi, HRCT, PET-CT, genetik testler yapılmıştır. Tetkikler sonucunda enfeksiyon ve malignite ile uyumlu bulgu ve genetik anormallik saptanmamıştır. PA grafide bilateral apikal plevral kalınlaşmalar, üst loblarda hacim kaybı ve çekintiler HRCT tetkikinde bilateral üst loblarda daha belirgin plevral düzensizlikler, apikal parankim fibrozis bulguları(traksiyon bronşiektazileri,septal kalınlaşmalar), alt kesimleri nispeten korunduğu izlenmiştir. Bulgular İPPFE ile uyumlu bulunmuştur. Olgu 2: 25y erkek hasta. 5 aydır nefes darlığı, öksürük ve 13 kg kilo kaybı şikayeti ile hastaneye başvuruyor. Bronkoskopi, PET-CT, interferon gama testi yapılıyor ve malignite, tbc saptanmıyor. Çekilen PA grafide yaygın retiküler dansiteler, plevral kalınlaşmalar, HRCT tetkikinde göğüs ön-arka çapında azalma, bilateral üst loblarda belirgin fibrotik değişiklikler(peribronşial kalınlaşmalar, traksiyon bronşiektazileri), plevral kalınlaşmalar, bilateral pnömotoraks saptanıyor.Bulgular İPPFE ile uyumlu bulunuyor. Olgu 3: 31y kadın hasta. 20 yıldır bronşiektazi öyküsü var.Öksürük ve nefes darlığı şikayetleri olan ve hipoksik olan hasta hastanemize yönlendirilmiştir. PA grafide infiltrasyonlar olması üzerine balgam, kan kültürleri alınmış ve HRCT çekilmiştir. Tetkik sonuçlarında ARB üremesi olmamıştır. PA grafide yaygın yamasal infiltrasyonlar, bilateral belirgin apikal ve üst zon plevral kalınlaşmalar,HRCT tetkikinde üst loblarda belirgin havalanma kaybı, plevral kalınlaşmalar, üst lob ağırlıklı aynı zamanda sol alt lobu da tutan peribronşial kalınlaşmalar, traksiyon bronşiektazileri-fibrozis bulguları izlenmiştir. İPPFE nadir görülen idiyopatik interstisyel pnömöniler sınıfına dahil bir hastalıktır. Literatürde küçük vaka serileri bildirilmiş olup, bu vakaların çoğunluğu Japonya'dandır. Bu da hastalığın gelişiminde genetik yatkınlığa işaret etmektedir. SONUÇ:Ayırıcı tanıda ailevi pulmoner fibrozis, KDH, fibrotik sarkoidoz ve kronik HSP göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaların %25'inde alt zonlarda UİP eşlik etmektedir.

**ANAHTAR KELİMELER: İDİYOPATİK PLÖROPARANKİMAL FİBROELASTOZİS,
PLEVRAL KALINLAŞMA, PARANKİMAL FİBROZİS**

P-17 FUNGAL PNÖMONİLERDE BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ BULGULARI

Poster Bildiri /

Leyla Salimli¹, Neşe Canset Yeşil¹, Mahinur Cerit¹, Koray Kılıç¹, Gonca Erbaş¹,

¹GAZİ ÜNİ. TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ AD,

GİRİŞ VE AMAÇ: Mantarlar doğada yaygın bulunan, bağışıklığı baskılanmış bireylerde daha yoğun olmak üzere başta pnömoni, pekçok sistemik enfeksiyona yol açan fırsatçı etkenlerdir. Mantarlar tipik olarak akciğere sporlarının inhalasyonu ile ulaşırlar da kan dolaşımıyla ve latent enfeksiyonun reaktivasyonu sonucunda da enfeksiyon yaratabilirler. Endemik (histoplazma, koksidioides, parakoksidioides, blastomiçes) ve fırsatçı (aspergillus, mukor, kandida, kriptomakoz, pneumocystis jirovecii) türleri vardır. Endemik enfeksiyonlar çoğu kez kendi kendini sınırlarken, bağışıklığı baskılanmış hasta grubunda görülen enfeksiyonlarda ölüm oranı % 90'lara çıkabilir. Uzamış nötropeni durumunda bağışıklığı baskılanmış bireylerde klinik olarak dirençli ateş, öksürük, göğüs ağrısı, ilerleyici solunum sıkıntısı ve hemoptizi ile seyredebilir. Bu hasta grubunda hastalık hızla ve ölümcül seyredebileceğinden, erken tanı ve etkin tedavi hayati önem taşır. Fungal etkenler akciğere etken ve bağışıklık sistemin durumuna göre anjiyoinvazif, bronş invazif, kronik nekrotizan, allerjik bronkopulmoner, nodüler granülomatöz paternde tutabilir. Bu bildiride etkenleri mukor, kandida, aspergillus ve pneumocystis jirovecii olarak dökümanite edilmiş olan fungal pnömoni olgularının görüntüleme bulguları sunulmaktadır. **TARTIŞMA VE SONUÇ:** Bilgisayarlı tomografi (BT), fungal enfeksiyonlarda hızlı ve ayırıcı tanı sağlayan bir görüntüleme yöntemidir. Bulgular özgün olmasa da klinik bilgi ve laboratuvar bulgularıyla birlikte değerlendirildiğinde yüksek duyarlılık ve özgüllük ile etkene özgün tanının konulmasında önemlidir. Fungal akciğer enfeksiyonlarının tipik BT bulguları 1 cm ve üzeri nodül ve kitlelerdir. Nodül ve kitlelerle ilişkili aşağıdaki bulgular, anjiyoinvazif fungal pnömoni tanısını düşündürmelidir: 1.Halo veya Ayla bulgusu-kitle veya nodülü çevreleyen buzlu cam dansitesi 2.Ters halo bulgusu-konsolidasyonla çevrelenmiş fokal buzlu cam dansitesi 3.Hipodansite bulgusu-pulmoner nodül veya kitlede santral hipodansite 4.Hava-hilal veya Ayça bulgusu-kavitenin duvarını içindeki kitleden ayıran hilal şeklinde hava birikimi Bu BT bulguları muhtemel invazif fungal pnömoni için majör radyolojik kriterlerdir. Radyologların fungal pnömoni bulgularını tanıması, doğru tanı ve etkin tedaviye yönelim açısından önemlidir.

ANAHTAR KELİMELELER: FUNGAL, PNÖMONİ, BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ

P-18 KRONİK HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİNİN RADYOLOJİK BULGULARI

Poster Bildiri /

Nevin ÇİLENGİR¹, Selen BAYRAKTAROĞLU¹, Nesrin MOĞOLKOÇ², Akın ÇİNKOOĞLU¹, Recep SAVAŞ¹,

¹Ege Üniversitesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, ²Ege Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,

Hipersensitivite pnömonisi (HP); immün aracılı, bir antijene tekrarlayan maruziyet sonucunda gelişen, akciğer parankiminin ve küçük hava yollarının etkilendiği inflamatuvar bir hastalıktır. Ana histopatolojik özellikler; diffüz intersitisyel lenfoplasmatik infiltrasyon, selüler bronşiolit ve granülomdur. HP'nin klinik belirtileri ve evreleri akut, subakut ve kronik olarak ayrılır. Genel olarak, hem subakut hem de kronik HP, evdeki küf veya kuşlar nedeniyle düşük fakat uzun süre antijenlere maruz kaldıktan sonra gelişir. Genel olarak, birkaç hafta veya ay, hatta yıllarca gelişen sinsi bir nefes darlığı, kilo kaybı ve öksürük vardır. Hastalığın en aktif formları akut, subakut dönem ve ayrıca kronik - progresif olan formlarıdır. Kronik hipersensitivite pnömonisi (KHP); radyolojik ve/veya histopatolojik olarak fibrozisin gösterilmesi ile diğer formlardan ayrılır. Histopatolojik olarak fibrozisin gösterilmesi, beklenen yaşam süresinde azalma ile ilişkili bulunmuştur. İntersitisyel akciğer fibrozisinde cerrahi biyopsi çok az hastada uygulanabilirken, aksine HRCT tanı ve takipte rutin olarak kullanılır. KHP' de HRCT bulguları tipik olarak farklı boyutlarda sentrilobüller ve peribronşiol yerleşimli mikronodüllerdir. Diğer bulgular; buzlu cam alanları, bronşiol obstrüksiyona bağlı mozaik patern, fibrozis ve bal peteği görünümüdür. Ağırlıklı olarak üst ve orta zon tutulumu görülür. Chung ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; buzlu cam opasitesinin varlığı artmış sağkalımla, retikülasyonda % 5'lik her artış, mortalite riskinde % 6'lık bir artışla ilişkilendirilmiştir. Aynı çalışmada; traksiyon bronşiektazisi ve bal beteği varlığı, olağan intersitisyel pnömoni patern tutulumu ve pulmoner arter/aorta oranının 0.9 'dan büyük olması artmış mortalite riski ile ilişkili bulunan diğer BT bulguları olarak belirtilmiştir. Bu bildiri; kronik hipersensitivite tanısı olan olguların radyolojik bulgularını sunmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİ, HRCT, İNTERSİTİSYEL FİBROZİS

P-19 NADİR BİR OLGU: SOL PULMONER VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALİSİ

Poster Bildiri /

Seriyye ALLAHVERDİYEVA¹, Mahi Nur CERİT¹, Enes GÜRÜN¹, Gonca ERBAŞ¹,

¹GAZİ ÜNİV TIP FAKULTESİ RADYOLOJİ AD,

Giriş.Parsiyel anormal pulmoner venöz dönüş anomali (PAPVD) nadir bir konjenital anomali olup, bir veya daha fazla pulmoner venin sağ atrium veya sistemik dolaşıma drene olması olarak tanımlanır. Atrial fibrilasyon için aritmojenik odak oluşturabildiğinden ve başka kardiyak anomaliler de (cor triatrium, ASD gibi) bu duruma eşlik edebildiğinden klinik olarak önemlidir. PAPVD otopsi serilerinde yaklaşık % 0,4-0,7 sıklıkta görülmektedir. PAPVD'nin sol tarafta görülme sıklığı sağa kıyasla daha az olup tüm olguların yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır. Sol pulmoner venöz dönüş anomali sol superior pulmoner venin vertikal bir ven aracılığıyla sol brakiosefalik vene veya koroner sinüse drenajıdır. Sol superior pulmoner venin brakiosefalik vene açıldığı olgunun çok kesitli bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları sunulmaktadır. Olgu. 71 yaşında erkek hasta 2017 yılında hastanemizde maksiller osteosarkom tanısı almış ve hastaya subtotal maksillektomi ameliyatı yapılmıştır. Hasta ameliyat sonrası uzun bir süre kemoterapi almıştır. Rutin kontrollerinde olası metastaz veya sekonder malign neoplazmı dışlamak amacıyla hastaya intravenöz kontrastlı toraks BT yapıldı. BT kesitlerinde sol üst lobu drene eden pulmoner venin sol atrium yerine brakiosefalik vene drene olduğu saptandı. Hastada ek kardiyak anomali saptanmadı. Sonuç. Çok kesitli Bilgisayarlı Tomografi PAPVD anomali tanısı koymada hızlı, non-invaziv görüntüleme yöntemi olup, eşlik eden kardiyak anomalilerin varlığı hakkında da bilgi verebilir. Bu anomalinin tanınması ve belirtilmesi, özellikle cerrahi ve radyofrekans ablasyon gibi yöntemlerle tedavi planlanan hastalarda önemlidir.

ANAHTAR KELİMELEER: VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALİSİ,BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ

P-20 PULMONER VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALİLERİNİN OLGULAR EŞLİĞİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Poster Bildiri /

**KAMİL DOĞAN¹, NEVİN ŞAHİN¹, AKIN ÇINKOOĞLU¹, SELEN
BAYRAKTAROĞLU¹, NAİM CEYLAN¹,**

¹EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ AD.,

GİRİŞ - AMAÇ Pulmoner venlerin embriyonel hayatta gelişimleri esnasında meydana gelen anormallikler birçok farklı konjenital anomalilere neden olmaktadır. Pulmoner venöz dönüş anomalilerinde (PVDA), teşhiste ilk görüntüleme yöntemi ekokardiyografi olmakla beraber bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG), tedavide ve klinik takipte giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Radyasyon içermemesi MRG’ yi güvenli bir görüntüleme yöntemi olarak öne çıkarmaktadır. BT ile elde edilen görüntüler sagittal, aksiyel ya da koronal planlarda değerlendirilebilir veya 3 boyutlu maksimum intensite projeksiyonlara (MIP) ya da hacimsel görüntülere dönüştürülebilir. Doğru tanı ve paternin tam olarak belirlenmesi preoperatif planlama için oldukça önemlidir. Tanısal görüntüleme ve cerrahi yöntemin buna göre belirlenmesi son birkaç yılda postoperatif mortaliteyi azaltmıştır. Bu bildiri de arşivimizden derlediğimiz pulmoner venöz dönüş anomalisi olan hastaları görüntülerle sunmayı amaçladık. **BULGULAR** Bildiri; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne değişik zamanlarda başvuran ve total pulmoner venöz dönüş anomalisi (TPVDA) , parsiyel pulmoner venöz anomalisi (PPVDA) , Scimitar sendromu tanısı alan 8 olguyu kapsamaktadır. Elde olunan toraks anjio BT tetkiklerinde; 3 olguda suprakardiyak tip TPVDA, 2 olguda infrakardiyak tip TPVDA, 2 olguda PPVDA ve 1 olguda Scimitar sendromu ile uyumlu bulgular mevcuttu. **SONUÇ:** PVDA; pulmoner venlerin embriyonel hayatta anormal gelişimleri ile karakterize bir hastalıklar grubudur. Görüntüleme yöntemleri ile karakterizasyon, tedavi ve operasyon planları açısından belirgin öneme sahiptir ve hasta morbitite/mortalitesini etkileyebilir. MRG ve BT görüntüleme noninvaziv görüntüleme yöntemleri olarak giderek artan oranlarda kullanılmaktadırlar.

ANAHTAR KELİMELEER: ANOMALİ, VENÖZ DÖNÜŞ, GÖRÜNTÜLEME,
PULMONER.

P-21 SKLERODERMANIN AKCİĞER TUTULUMUNDA YÜKSEK REZOLÜSYONLU BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (YRBT)’NİN ÖNEMİ

Poster Bildiri /

**MEHMET ALPEREN TEZCAN¹, ADEM KARAMAN¹, FATİH ALPER¹, SERHAT
KAYA¹, FATİH IŞIK¹,**

¹ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI,

GİRİŞ-AMAÇ Skleroderma deri ve iç organların bağ dokusunda fibrozis, vasküler obliterasyon ve ekstraselüler matriks sentezinde artış ve depolanma ile karakterli nedeni bilinmeyen multisistemik bir bağ dokusu hastalığıdır. Hastalığın tipik klinik bulguları arasında en belirleyici olanı deride sertleşme, kalınlaşma ile kendini gösteren cildin fibrozisidir. Akciğer, kalp, gastrointestinal sistem ve böbrekler sıklıkla tutulan diğer organlardır. En sık 4-6. dekadlarda görülür. Olgumuzda sklerodermanın gastrointestinal sistemden sonra en sık tutulan organı olan akciğerin YRBT bulgularını sunmayı amaçladık. OLGU 73 yaşında kadın hasta, 10 yıldır skleroderma tanısı ile takipte, nefes darlığı şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğimize başvurdu. Çekilen yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide (YRBT), sağda daha belirgin olmak üzere her iki akciğerde apikal segmentlerin korunduğu tüm lobları etkileyen inter-intralobüler interstisyumda düzensiz kalınlık artışları, buzlu cam görünümleri ve fibrotik dansite artışları izlendi. Bilateral bronşiyal yapılarda yer yer traksiyone tübüler bronşektazik görünüm ve bronş duvarlarında kalınlık artışları saptandı. Bulgular spesifik olmayan interstisyel pnömoni (NSIP) açısından anlamlıdır. Ayrıca ayırıcı tanıda önemli olan özofagusta hava-sıvı seviyelenmelerinin eşlik ettiği dilatasyon görülmektedir. **TARTIŞMA** Sklerodermada akciğer tutulumu %70-85 oranında saptanmaktadır. Bu hastalıkta akciğer tutulumu, interstisyel akciğer hastalığı, pulmoner arteriyel hipertansiyon ya da dolaylı olarak özofagus tutulumuna bağlı aspirasyon pnömonisine sekonder akciğer hasarı ile karşımıza çıkabilir. İnterstisyel akciğer hastalığı NSIP daha yaygın olmak üzere NSIP ya da UIP (olağan interstisyel pnömoni) şeklinde görülebilir. Buzlu camdan bal peteğine kadar pek çok farklı evrede parankimal değişiklik izlenebilir. Tutulum öncelikle alt loblardan başlar ve yukarı doğru ilerleyerek zaman içerisinde akciğerlerin 2/3’ünü kaplar. Apeksler korunur. Buzlu cam görünümü hastalığın erken aşamasında, inflamasyon ve alveolite işaret ederken; ilerlemiş hastalıkta traksiyonel bronşektazi ve bal peteği gibi yapısal değişiklikler görülmektedir. Dolayısıyla YRBT’de bal peteği saptanan hastalarda buzlu cam bulunanlara göre prognoz daha kötü olmaktadır. **SONUÇ** Sklerodermada akciğer tutulumu prognozu ciddi anlamda kötü etkilediğinden tutulum şeklini belirlemede ve takipte YRBT ile değerlendirilmesi önem teşkil etmektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: SKLERODERMA, AKCİĞER, YÜKSEK REZOLÜSYONLU BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ, SPESİFİK OLMAYAN İNTERSTİSYEL PNÖMONİ, OLAĞAN İNTERSTİSYEL PNÖMONİ

P-22 NADİR BİR OLGU SUNUMU: PULMONER NOKARDİYOZİS BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ GÖRÜNTÜLEME BULGULARI

Poster Bildiri /

Serdar ARSLAN¹, Meral BÜYÜKTERZİ¹, Vefa ÖNER¹, Özgür ÖNER¹, Avni Merter KEÇELİ¹, Seda SOĞUKPINAR KARAAĞAÇ¹,

¹SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, Radyoloji,

Giriş: Nokardiya, aerobik Gram pozitif bir bakteri olup toz, kum, toprak ve durgun sularda bulunur. Nokardiyozis esas olarak fırsatçı bir enfeksiyondur, ancak immün sistemi baskılanmamış konakçıları da etkileyebilir. Innokülasyon inhalasyonla yoluyla gerçekleşir ve % 90'ından fazlası primer pulmoner nokardiyoziye neden olur. Bu olgu sunumunda primer pulmoner nokardiyozisli bir hastanın bilgisayarlı tomografi (BT) bulgularını sunmayı amaçladık. Olgu: 40 yaşında kadın hasta, hatanemizin göğüs hastalıkları bölümüne nefes darlığı, öksürük ve göğüs ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın immünsupresyon öyküsü mevcut değildi. Laboratuvar testlerinden WBC 19.1 103/mm³ ve CRP 24,8 mg/l olarak yüksek değerlerde saptandı. Hastanın posteroanterior akciğer grafisinde her iki akciğer alt zonlarda nodüller dansite artışları izlendi. Bu bulguları üzerine uygulanan BT tetkikinde ise her iki akciğerde dağınık yerleşimli büyüğü sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte 23x13 mm boyutlarında olmak üzere nodüler lezyonlar izlendi. Bulgular öncelikle metastaz lehine değerlendirildi. Hastaya primer odak araştırmak için PET/CT tetkiki uygulandı. PET/CT tetkikinde akciğerde tarif edilen nodüler alanlarda artmış FDG tutulumu saptandı. Bunun dışında primer odağa ait olabilecek görünüm izlenmedi. Bunun üzerine hastaya BT eşliğinde akciğer biyopsisi uygulandı. Hastanın spesmeninden yapılan histopatolojik incelemede nekrotizan kronik granümatöz iltihap saptandı. Hastanın tüberküloz parametreleri negatif idi. BAL kültüründen yapılan mikrobiyolojik incelemede filamentöz Gram pozitif yapılar izlendi. Tartışma ve Sonuç: Pulmoner nokardiyozis, daha sıklıkla immün sistemi baskılanmış hastalarda görülen nadir, fakat ciddi bir enfeksiyondur. Hastalığın görüntüleme bulguları çok değişken olup spesifik bir görüntüleme bulgusu mevcut değildir. Direkt grafilerde en sık tarif edilen bulgular lokalize konsolidasyon, kavitasyon ve kalın duvarlı kaviter lobar infiltratif lezyonlar şeklinde izlenebilir. BT'de kavitasyon olmadan konsolidasyon alanları, multiple pulmoner nodüller ve eşlik eden plevral efüzyon şeklinde bulgu verebilir.

ANAHTAR KELİMELER: NOKARDİYA, GRANÜLOMATÖZ, BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ

**P-23 GERÇEKTEN AMFİZEM Mİ? SJÖGREN SENDROMU VE LİP
BİRLİKTELİĞİ OLAN OLGU**

Poster Bildiri /

**SERAP ARGUN BARIŞ¹, SALİH KÜÇÜK¹, HAŞİM BOYACI¹, SEVTAP
GÜMÜŞTAŞ², İLKNUR BAŞYİĞİT¹,**

¹KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, ²KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI,

Giriş: Kronik nefes darlığı ve öksürük yakınması ile başvuran hastalar sıklıkla astım veya KOAH tanısı almaktadır. Burada KOAH tanısı ile yıllarca takip edilen ancak Sjögren Sendromu'na bağlı akciğer tutulumu tanısı olan olgu sunulmaktadır. Olgu sunumu: Yetmiş yaşında kadın hasta, polikliniğimize öksürük ve nefes darlığı yakınması ile başvurdu. Dış merkezde 10 yıldan beri KOAH tanısı ile takip edilen hasta düzenli inhaler tedavi (LAMA+ İKS&LABA) almakta idi. Nefes darlığının progresif olarak arttığını belirten hastanın sigara kullanım öyküsü yoktu. Biyomass maruziyeti mevcuttu. Fizik muayenesinde ekspiryum uzamıştı ve ekspiratuvar ronküs işitildi. PA AC grafisinde bilateral havalanma artışı, yer yer kistik ve fibrotik değişiklikler izlendi. Solunum fonksiyon testinde restriksiyon ile uyumlu bulgular izlendi. Bronkodilatör tedaviye yanıtı yetersiz olan ve akciğer grafisinde kistik değişiklikler izlenen hastaya Toraks BT çekildi. Toraks BT'de her iki akciğer parankiminde orta - alt loblarda belirgin yaygın ince duvarlı kistler izlenen hastadan intersitisyel akciğer hastalığı açısından romatolojik oto-antikorlar istendi. Bakılan oto-antikorlardan ANA, ENA Ss-A, Ro-52 ve PCNA pozitif saptandı. Bunun üzerine hastanın anamnezi derinleştirildi. Göz ve ağız kuruluğu tarifleyen hastadan Schirmer testi pozitif olup, her iki göz için 1 mm olarak değerlendirildi. Tükürük bezi sintigrafisinde, her iki parotiste ve her iki submandibular tükürük bezinde azalmış tutulum ve normal drenaj fonksiyonu izlendi. Tükürük bezi biyopsisinde lenfosit infiltrasyonu izlendi. Multidisipliner İAH konseyinde değerlendirilen hastada mevcut klinik, radyolojik ve labaratuvar parametrelerinin Sjögren Sendromu ve akciğer tutulumu ile uyumlu olduğuna karar verildi. Sonuç: Kronik nefes darlığı, öksürük yakınması ve biyomass maruziyeti KOAH düşündürse de, eşlik eden semptomların varlığında ayırıcı tanıda farklı hastalıkların da olabileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: SJÖGREN SENDROMU, NEFES DARLIĞI, KİST, AKCİĞER

P-24 HAEMORRHAGE INTO AN EXISTING EMPHYSEMATOUS BULLAE

Poster Bildiri /

NURGUL NAURZVAI¹, ZULEYHA GALATA¹, GUL GURSEL¹,

¹GAZİ UNİVERSİTY SCHOOL OF MEDİCİNE, DEPARTMENT OF CHEST DİSEASES,

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is very common and can be complicated by emphysematous bullae. Radiologically, bullae appear as avascular radiolucent area with thin curvilinear wall. The wall is usually less than 1 mm in thickness. It may be visualized completely or segmentally, or it may even be invisible on a plain chest X-ray. The main complications of bullae are pneumothorax, infection and haemorrhage. Here is a unique case of massive intrabullous haematoma formation within an emphysematous bullae. This case is of interest because pulmonary intrabullous haematoma is rare entity in those cases without underlying vascular malformation and contributory haemophilia or oral anticoagulation therapy. We believe in our case haemorrhage into bullae was due to noninvasive mechanical ventilation (NIV) which was applied regularly. A 76 year old man with history of COPD presented to the emergency department with subacute onset of shortness of breath, productive cough with no haemoptysis. The patient then interned into intensive care unit (ICU) with diagnosis of hypercapnic respiratory failure and treated with intravenous antibiotics and NIV was applied to reduce hypercapnia. He had previously diagnosed benign prostate hyperplasia, nephrolithiasis, coronary artery disease and atrial fibrillation. He was taking antiaggregant and anticoagulant agents during his stay in the ICU. He was getting better day by day but on the 13th day of admission his condition suddenly deteriorated. Control chest radiograph showed a well circumscribed opacity in the right lower zone with surrounding consolidation, where previously emphysematous bullae had been. Complete blood count test result showed hemoglobin-5.6 g/dL which was 9.3g/dL the day before. INR level was in normal limits which was measured 1.1 the day before the haemorrhage happened. The rest of his blood investigations were similar to previous results. A computed tomography scan of the thorax confirmed a bullae in the left lower lobe, which was filled with blood with associated surrounding consolidation. A diagnosis of pulmonary haemorrhage into an existing emphysematous bullae with coexisting infective exacerbation of COPD was made. Searches of the current medical literature show that there are a very few case reports of NIV induced haemorrhage into an existing emphysematous bullae.

ANAHTAR KELİMELER: HEAMORRHAGE İNTO A BULLAE, PULMONARY HEAMORRHAGE, EMPHYSEMATOUS BULLAE, NON INVASIVE MECHANICAL VENTILATOR COMPLICATIONS

P-25 AKCİĞER KANSERİNE YÖNELİK KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA BÜYÜK SORUN: ARDS

Poster Bildiri /

**MERVE KARAKAŞ¹, ÖMER GÖRGEL¹, ERDEM ÇAYLI¹, TÜMAY BEKÇİ¹,
ALPTEKİN TOSUN¹,**

¹GİRESUN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYOLOJİ ANABİLİM DALI,

GİRİŞ: Akciğer kanseri tüm dünyada kanserden ölümlerde ilk sıradadır. Akciğer kanseri tipik olarak 60-70 yaş arasında kadın ve erkeklerde görülür. Akciğer kanseri gelişiminde sigara içimi en önemli nedendir. Kemoterapi alan akciğer maligniteli hastalarda en büyük sorunların başında infiltratif pnömoni ve ARDS gelişmesidir. **OLGU:** Bizim hastamız 56 yaşında erkek hasta olup bilinç bulanıklığı ve baş dönmesi şikayetiyle gelmiş olup 30 pk/yıl sigara öyküsü olan şöför mesleği yapan hastadır. Şikayetine yönelik uygulanan Beyin BT de multiple metastatik alanlar izlenmiştir. Primerini tespit etmek amacıyla çekilen Thoraks BT de sağ akciğer alt lob superior segmentte bronş komşuluğunda lobüle konturlu kitle lezyonu izlenmiştir. Kitleye yönelik yapılan biyopsi sonucunda Bronş kanseri patolojisi olduğu tespit edilmiştir. Hastanın tedavisine yönelik 9 kür kemoterapi almıştır. Kemoterapilerden sonra yapılan BT tetkikinde lezyon boyutu remisyon göstermemekle birlikte ek olarak yaygın buzlu cam alanlarının eşlik ettiği retikülonodüler infiltrasyon alanları izlenmiştir. ARDS gelişen hasta kaybedilmiştir. **TARTIŞMA:** Kitlenin yerleşim yerine, invazyon derecesi ve metastaz yerine göre klinik değişkenlik gösterir. Santral yerleşimli kitleler; hırıltı, hemoptizi, öksürük, plevra veya mediastinal yapılara invazyon durumunda yan ağrısı, noktasal tarzda göğüs ağrısı, nefes darlığı, pankoast sendromu, vena kava superior sendromu, rekurren laringeal sinir invazyonuy durumunda ses kısıklığı ile de gelebilir. Bazen de metastaz oluşmadan paraneoplastik sendrom denilen sistemik bulgular da oluşabilir. Bunlar kaşeksi, osteoartropati, çomak parmak, tromboflebit olarak sıralanabilir. Bazen de tümör hücresi hormon salgısı yapıp paraneoplastik sendroma neden olabilir. ACTH, ADH, Kortizol salınımı önde gelir. Sonucunda akromegali, cushing sendromu, jinekomasti oluşabilir. Bazen de akciğer kanserini tedavisi için kullanılan kemoterapotik ajanlara bağlı olarak akciğer kanseri hastalık seyrinde ARDS gelişebilir. ARDS de yaygın buzlu cam alanlarının eşlik ettiği retikülonodüler infiltrasyon alanları, bronşektaziler ve bül formasyonları izlenir. **SONUÇ:** Bu hastada da görüldüğü üzere akciğerde sitotaksik etki oluşturulduğu daha önceden de pek çok araştırmada tespit edildiği gibi akciğer kanserinde kullanılan çeşitli kemoterapotik ajanlar pulmoner toksiteye yol açıp ARDS oluşumuna neden olabilir. Bu konuda CT de ARDS tespit ediliği zaman klinisyenlerin uyarılması gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: BRONŞ KANSERİ, AKCİĞER KANSERLERİ, ARDS, BUZLU CAM,

P-26 GEÇ TANI ALAN BİR SWYER-JAMES OLGUSU

Poster Bildiri /

Zeynep Nihal KAZCI¹, Aylin HASANEFENDİOĞLU BAYRAK¹, Sebahat NACAR DOĞAN¹,

¹Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,

Giriş: Swyer James sendromu; Swyer James MacLeod olarak da bilinen, tek taraflı hiperlüsen akciğer, volüm kaybı ve etkilenen tarafta hiler küçülme ile giden nadir bir sendromdur. SJS’de patofizyolojide rol oynayan iki durum vardır; unilateral bronşiektazi ve aynı taraflı pulmoner arteryal hipoplazi. Olgu; 55 yaşında kadın hasta, öksürük ve dispne şikayetiyle acil servisimize başvurmuştu. Özgeçmişinde astım ve tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlar öyküsü mevcuttu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde, hafif AKŞ ve TG yüksekliği haricinde patolojik bulgu saptanmadı. Çekilen PA grafi de; sol akciğerde sağa göre havalanma artışı (hiperlüseni), volüm azlığı ve sağ hilus sola göre dolgun izlendi. (fig.1) Çekilen toraks BT de; sağ pulmoner arter çapı 24mm(doğal), sol pulmoner arter çapı 10mm ölçülmüş olup normalden küçüktü. (Hipoplazi?) Sol akciğerin vaskülaritesi sağa göre belirgin azalmıştı. Yine sol akciğer üst lob inferior lingual segment ve alt loba giden bronşlarda tübüler traksiyone-kistik bronşektazik değişiklikler izlenmiştir. Sol akciğerde sağa göre aerasyon artışı mevcuttu. (Fig.2) Sonuç: Öksürük ve dispne şikayetiyle başvuran olgumuzda; akciğer grafisinde sol akciğerde volüm azlığı ve hiperlüseni ve Toraks BTde sol pulmoner arterde hipoplazi ve alt lobta bronşektazik değişiklikler görülmesi nedeniyle ve ek patoloji de saptanmaması üzerine Swyer James sendromu düşünülmüştür. Tek taraflı hiperlüsent akciğer bulgusu izlendiğinde SwyerJames/MacLeod Sendromu da ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: HİPERLÜSEN AKCİĞER, SWYER-JAMES MACLEOD SENDROMU, BRONŞEKTAZİ

P-27 PULMONER ARTERLER İLE İNTERKOSTAL ARTERLER ARASINDA ARTERİYO-ARTERİYEL FİSTÜL

Poster Bildiri /

Ertan HAZAR¹, Selen BAYRAKTAROĞLU², Naim CEYLAN²,

¹Ege Üniversitesi Radyoloji ABD, ²Ege Üniversitesi Radyoloji Abd,

GİRİŞ ve AMAÇ: Pulmoner arter-interkostal arter fistülü oldukça nadir görülmektedir. Bu fistül tipi, konjenital (RENDU OSLER WEBER) veya travma, enfeksiyon, iyatrojenik-girişimsel işlemlere sekonder meydana gelebilir. Hastalar genelde asemptomatiktir, ancak semptomatik de olabilir. Biz bu posterde pulmoner arter ile interkostal arterler arasındaki anormal fistüloz ilişkisinin radyolojik bulgularını, tanı ve tedavi algoritmasını sunmayı amaçladık. **BULGULAR:** İş yerindeki tarama akciğer grafisinde periferik opasite saptanması üzerine bölümümüze yönlendirilen 31 yaşındaki erkek olguya kontrastlı toraks anjiyo BT tetkiki yapıldı. Olguda sağ akciğer üst lob posterior ve alt lob süperior segmente giden pulmoner arter dalları ile multiseviyede interkostal arterler arasında ve yer yer kostalarda çentiklenmeye neden olmuş anormal fistüloz bağlantılar izlendi. Sağ hemitoraksta 1-6 arası İnterkostal ve bronşial arterlerde fistüle sekonder hipertrofi izlendi. Pulmoner konus çapı 3.1 cm idi. **TARTIŞMA:** Bizim olgumuzda pulmoner arter ile interkostal arter fistülü insidental olarak saptanmıştır. Ancak bu tip sistemik-pulmoner arter fistülü dispne, kalp yetmezliği, üfürüm, pulmoner hipertansiyon, hemoptizi gibi bulgulara neden olabilir. Primer diagnostik radyolojik metodlar arasında BTA, DSA ve MRA sayılabilir. DSA altın standart kabul edilir, ancak rutin pratikte Toraks BT Anjiyo daha sık kullanılmaktadır. Tedavide endovasküler koil embolizasyon veya cerrahi yer almaktadır. **SONUÇ:** Pulmoner-interkostal arter fistülü oldukça nadirdir. Normalden geniş pulmoner arter dalları ve bu dallarla ilişkili kıvrıntılı vasküler yapılar akla anormal fistüloz bağlantı olabileceğini getirmelidir. Özellikle hayatı tehdit eden hemoptizi ve diğer neden olabileceği durumlar nedeni ile bu tip fistüloz bağlantılar tedavi edilmelidir. **kaynaklar:** 1) Int J Clin Exp Med 2018;11(3):2685-2691 www.ijcem.com /ISSN:1940-5901/IJCEM0067629 2) Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition), Volume 20, Issue 2, March–April 2014, Pages 78-83 3) Section of Thoracic Surgery, Departments of Surgery and Radiology, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan (Ann Thorac Surg 2005;79:e29–31)

ANAHTAR KELİMELER: FİSTÜL, PULMONER ARTER, İNTERKOSTAL ARTER

TAM METİNLER

S-19 ÇOCUK HASTALARDA TORAKS USG İLE TORAKS BT VEYA MRG TETKİKLERİNİN KİYASLANMASI

Dr.Tülin Hakan Demirkan

Giriş ve amaç

- Özellikle pediatrik yaş grubunda akciğer patolojilerinde direkt grafi ile beraber usg de önemli bir değerlendirme aracı olabilir.
- Böylece ek doz almadan ve fazla tetkik tekrarı yapmadan usg ile tanı ve takipde yararlanılabilmektedir.
- Ayrıca usg gerekli olan durumlarda hasta başında da yapılabildiğinden bazan direkt grafi ile beraber tek değerlendirme yöntemi olarak kullanılabilir.

Olgular

- Olgular son bir yıl içerisinde olan hem ultrasonografi , hem de BT veya MR tetkiki eş zamanlı olarak yapılan 30 hasta aldık.
- 15 hastaya US ve BT tetkiki
- 15 hastaya ise US ve MR tetkiki yapıldı. BT de ise 11 vakada kontrastsız , 4 vakada ise kontrastlı olarak çekimler yapıldı.
- MR tetkikinde aksiyel ve koronal T2A seriler ile DWI seriler alındı
- Hastaların US ile kesitsel görüntüleme sonuçları kıyaslandı.

- Tüm vakalarda US, BT ve MRG ile plevral effüzyon görünümü benzer şekilde tanımlandı. Ancak sıvı içeriğini belirlemede ise usg diğer modalitelere göre daha üstün olarak izlenmekte olup, yoğun içerik ve septa formasyonları usgde daha net olarak izlenmektedir. Benzer şekilde plevral kalınlaşma ve düzensizliği değerlendirmede özellikle BT den daha üstün olduğu izlendi. Özellikle sıvı miktarının aza olduğu ve effüzyyon veya kalınlaşma ayrımının net yapılamadığı vakalarda Bt den daha belirgin olarak izlenmekteydi.

Bulgular

- Hastaların periferik alanda izlenen konsolide/kollabe akciğer alanları da her üç tetkikte de benzer şekilde izlenmekteydi. Belirgin farklılık saptanmadı.

- Ancak santralde yer alan konsolidasyonları değerlendirmede BT ve MRG etkiliyken, USG ile optimal izlenmedi. Bununla birlikte bu tarz vaka çocuklarda fazla değildi. Yalnızca 2 vakada izlendi.
- Hiler lenf nodu açısından USG yeterli olmamakla beraber , BT ve MRG bu açıdan benzer olarak değerlendirildi.
- Ancak bu vakalarda değerlendirmeye alınmamakla beraber özellikle timus değerlendirmesinde oldukça değerli olarak izlenmektedir. Bizim timua yönelik belirgin patoloji olmadan kesitsel görüntüleme yapmadığımız için buna yönelik bir değerlendirme bu çalışmada yapılmadı.
- Parakardiak konsolide alan komşuluğunda izlenen periferik lenf nodu değerlendirilmesinde USG diğer tetkiklerden üstün olarak değerlendirildi. 3 vakada izlenmekte olup, BT ve MRG ile optimal seçilemediler.
- Ancak özellikle parankimal retiküler yogunluk, veya buzlu cam alanları gibi erken dönem infiltrasyon bulguları veya havalanma artışı değerlendirmede USG ve MRG yeterli olamadı. BT bu konularda diğer tetkiklerden üstün olarak izlenmektedir.
- Bizim hastalarımızda olmamakla beraber pulmoner tromboemboli gibi vasküler patolojileri değerlendirmede USG ve yogun ardefakt nedeni ile MR yeterli olmamaktadır.

SONUÇ:

USG özellikle pediatrik yaş grubunda radyasyon içermemesi, kolay uygulanabilmesi, gerektiğinde yatak başında yapılabilmesi ve sık tekrarlanabilmesi gibi nedenlerle , akciğer grafisi ile birlikte akciğer değerlendirmesinde önemli bir modalite olarak değerlendirilebilir.

Gereklilik halinde BT veya MR çekilse bile hastanın takiplerinde kullanılabilmekte ve akut değişikliklerde gerek görülürse BT ye başvurulabilmektedir.

Ancak metastatik nodül aramak,amfizem, interstisyel akciğer hastalığı gibi yada erken dönem infiltratif değişikliklerde yeterli bilgi vermemektedir. Klinik ile korele değerlendirilerek seçilecek modaliteye karar vermek doğru olacaktır.

Ayrıca kullanıcıya bağımlı olması nedeni ile başlangıçta değerlendirmede güçlükler yaşanabileceğide göz önünde tutulmalıdır.

S-18 BT VE PA AKCİĞER GRAFİLERİNDE ÖLÇÜLEN KARDİYOTORASİK ORANIN KORELASYONU

Sözel Bildiri /

**Tuğba İlkem KURTOĞLU ÖZÇAĞLAYAN¹, Ömer ÖZÇAĞLAYAN¹, Şükrü Mehmet
ERTÜRK²,**

¹Namık Kemal Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı , ²İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim
Ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği,

ÖZET

Amaç: Günlük pratik içerisinde kalp boyutu kalbin toraksa oranına bakılarak değerlendirilir. Buna kardiyotorasik oran(KTO) adı verilir. Bilgisayarlı Tomografi (BT) ölçümlerinde kalp boyutunu değerlendiren, her imajda uygulanabilecek standart ölçümlerin tariflenmemiş olması bir eksikliktir. Bu nedenle, biz çalışmamızda BT ile basit, tekrarlanabilir ve hızlı uygulanabilen bir kardiyak ölçüm yapabilmeyi amaçladık. Ayrıca radyografik ölçümlerle korelasyonu olup olmadığını değerlendirdik.

Materyel –Metod: 2010- 2011 yılları arasında PA akciğer grafisi ile toraks BT çekilen 101 hasta Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi PACS sisteminde retrospektif olarak incelendi. Öncelikle radyografik KTO (RKTO) ölçümü yapıldı. BT’de kalp boyutunun belirlenmesinde transvers KTO ölçümü ve kardiyotorasik indeks (tomografik KTO) ölçümü yapıldı. Olgu grubunun yaş ortalaması, BT ve PA akciğer grafilerinde ölçülen maksimum horizontal kalp boyutu, maksimum horizontal toraks boyutları, kardiyak indeksleri ortalamaları ve standart sapmaları hesaplandı. BT de ölçülen KTO, PA akciğer grafilerinde ölçülen KTO ve BT’de ölçülen kardiyotorasik indeks değerlerinin birbirleri ile ilişkileri ikişerli olarak Pearson korelasyonu ve lineer regresyon analizi ile incelendi.

Bulgular: Hastaların 39’u kadın 62’si de erkekti. Ortalama yaş $54,52 \pm 16,72$ (erkek $55,90 \pm 16,80$, kadın $52,79 \pm 16,47$) idi. PA akciğer grafisinde ölçülen ortalama maksimum horizontal kardiak çap, maksimum horizontal torasik çap ve KTO sırasıyla $140 \pm 8,1$ mm, $300 \pm 11,5$ mm ve $0,46 \pm 0,06$ mm olarak ölçülmüştür. BT’de ölçülen ortalama maksimum horizontal kardiak çap, maksimum horizontal torasik çap ve KTO sırasıyla $125 \pm 1,5$ mm, $253 \pm 6,4$ mm ve $0,48 \pm 0,05$ mm olarak ölçülmüştür. BT’de ölçülen ortalama kalp indeksi $0,43 \pm 0,06$ idi. KTO $>0,50$ olarak ölçülen değerler kardiyomegali olarak kabul edildi ve ölçümler arasında güçlü pozitif korelasyon bulundu.

Sonuç: KTO , herhangi bir toraks , batın BT kesitinde kollimasyon, pitch değerlerine bakılmadan ve İV kontrast madde kullanılmadan birkaç saniye içerisinde ölçülebilir. Literatürde spesifik olarak BT ve radyografide KTO değerlendiren ve karşılaştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu konuda yapılacak çalışmalar BT’de kalp boyutunu değerlendirmede standart ölçümlerin tanımlanması açısından faydalı olacaktır.

Key words: Kardiyotorasik oran, kardiyomegali

GİRİŞ

Günlük pratik içerisinde kalp boyutu kalbin toraksa oranına bakılarak değerlendirilir. Buna kardiyotorasik oran (KTO) adı verilir. Yetişkin popülasyonda kardiyotorasik oranın <0.5 in altında olması normal kalp boyutu olarak kabul edilir. Genellikle değerlendirme posterior-anterior (PA) akciğer grafilerinde yapılmaktadır.

Kardiyotorasik oran (KTO) PA akciğer grafisinde, kalbin sağda ve soldaki en geniş sınırlarının orta hatta olan uzaklıklarına toplamının (sol apikal ve sağ atrial silüetler), toraksın maksimum horizontal ölçümüne (genellikle diyaframların tepesi seviyesinde kostadan kostaya iç sınırları arasındaki mesafe) bölünmesiyle hesaplanan bir ölçümdür. KTO, hızlı ve hassas bir şekilde belirlenebilir. 1919 yılında Danzer tarafından ilk defa tanımlanmasından itibaren PA

akciğer grafilerinde günlük pratikte yaygın olarak kullanılmıştır. KTO'nun 0.5 ten daha büyük olması kardiyomegali olarak kabul edilmiştir (1,2,3) . Ancak kardiyomegalinin KTO ya göre belirlenmesinin yeterince duyarlı olmadığını söyleyen yayınlar da mevcuttur (1-5). PA akciğer grafisi ile belirlenen kardiyotorasik indeks tüp film mesafesi, x ışını geliş açısı, ışınlama dozu ve hasta pozisyonu gibi teknik nedenlerden ve göğüs kafesinin şekli, büyüklüğü, ekspiryum veya inspiriyumda çekilmesi gibi hastaya ait bir çok faktörden etkilenmektedir.

Kardiyomegali kalp rahatsızlığını belirleyen temel bir bulgudur. Kardiyak hastalıkların prevalansı ve dünya çapında ölümlerin önde gelen sebepleri arasında yer aldığı göz önüne alındığında rutin görüntülemelerden elde edilen ölçümlerin güvenilirliği ve tutarlılığı konusunda yapılacak çalışmaların faydalı olacağını düşündük. Genellikle toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT) incelemeleri yorumlanırken kalp boyutlarının değerlendirilmesi gross bir anormallik, klinik bir endikasyon olmadığı müddetçe gözden kaçırılmaktadır. Biz çalışmamızda KTO'nun radiyografik ölçümlerin, BT ile yapılan ölçümlerle korelasyonu olup olmadığını belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

2010- 2011 yılları arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi PACS sisteminde PA akciğer grafisi ile kontrastlı veya kontrastsız toraks BT çekilen hastalar retrospektif olarak tarandı. Toraks BT çekimi ile PA akciğer grafisi arasında 1 ay ve daha az süre olan 101 olgu çalışmaya dahil edildi. PA akciğer grafisinde toraks simetrisini bozan nedenler, asimetrik çekimler ve yetersiz inspirasyonda yapılan görüntülemeler çalışmaya dahil edilmedi.

Görüntüleme:

Göğüs Radyografisi

GE Proteus XR/a radyografi sistemi (GE Healthcare, Waukesha, Wis) kullanılarak standard posteroanterior (150 cm uzaklıktan ve ayakta olacak şekilde) inspiratuar (sağda beş ve

daha fazla ön kostanın diyaframa üzerinde gözleendiği) grafler değerlendirmeye alındı. Grafler üzerinde KTO Danzer yöntemine göre yapıldı (1). Öncelikle radyografik KTO (RKTO) ölçümü yapıldı. Orta hat vertebral spina olarak belirlendi. Orta hattan kardiyak apeksin en lateraline horizontal bir çizgi çekildi. Aynı şekilde orta hattan sağ atriumun en lateraline bir çizgi çekildi. Bu iki ölçüm toplandı ve sağda ve solda her iki plevral yüzler hizasına kadar ölçülen göğüsün en geniş horizontal çapına bölünerek RKTO hesaplandı. RKTO >0.5 olarak bulunan değerler kardiyomegali olarak belirlendi (Şekil 1).

Toraks BT

128 dedektörlü BT (Somatom Definition 128 , Siemens, AG, Erlanger, Germany) cihaz ile çekimler gerçekleştirildi. Pitch değeri 1,5, kolimasyon 3mm ve kesit kalınlığı 8 mm olarak kullanıldı. Çalışmaların çoğunda intravenöz kontrast madde kullanıldı (%80). Transvers KTO ölçümü için; aksiyel planda kalp boyutunun en geniş olduğu kesit belirlendi. BT masasına dik olacak şekilde kardiyak apeksin en lateralinden geçen vertikal bir çizgi çizildi. Aynı kesitte sağ kardiyak sınırdan geçen (sağ atrial duvar) ikinci bir vertikal çizgi çizildi. Her iki çizgi arasındaki horizontal uzunluk ölçüldü. Bu ölçüm sol hemidiyafram domundan geçen toraksın horizontal uzunluğuna bölündü (Şekil 2).

“Kardiyak indeks”in (tomografik KTO) hesaplanmasında öncelikle intraventriküler septumun izlendiği kesitte ventriküler apekse uzanan uzun aks ve mediale uzanan uzun aksı dik kesen kısa aks ölçüldü. Bu iki ölçüm toplanıp ikiye bölündü. Elde edilen değer tekrar maksimum horizontal torasik çapa bölündü. Transvers torasik çap normalde bu kesitin birkaç santimetre kaudalinden sol hemidiyafram domu seviyesinden ölçüldü (Şekil3). Bu şekilde rayografik ölçümler ile benzerlik sağlandı.

İstatistiksel Yöntem

Olgu grubunun yaş ortalaması, BT ve PA akciğer grafilerinde ölçülen maksimum horizontal kalp boyutu, maksimum horizontal toraks boyutları, kardiyak indeksleri ortalamaları ve standart sapmaları hesaplandı. BT de ölçülen KTO, PA akciğer grafilerinde ölçülen KTO ve BT’de ölçülen kardiyotorasik indeks değerlerinin birbirleri ile ilişkileri, ikişerli olarak Pearson korelasyonu ve lineer regresyon analizi ile incelendi.

BULGULAR

Hastaların 39’ı kadın 62’i de erkekti. Ortalama yaş 54,52±16,72 (erkek 55,90±16,80, kadın 52,79±16,47) idi (Şekil 4). PA akciğer grafisinde ölçülen ortalama maksimum horizontal kardiyak çap, maksimum horizontal torasik çap ve KTO sırasıyla 140±8,1mm, 300±11,5mm ve 0,46±0,06mm olarak ölçülmüştür. BT’de ölçülen ortalama maksimum horizontal kardiyak çap, maksimum horizontal torasik çap ve KTO sırasıyla 125±1,5mm, 253±6,4mm ve 0,48±0,05mm olarak ölçülmüştür. BT’de ölçülen ortalama kalp indeksi 0,43±0,06 idi (Tablo 1) .

Kalp boyutlarının değerlendirilmesinde RKTO, BT’de elde edilen Tomografik KTO (kardiyak index) ile pozitif güçlü korelasyon göstermektedir ($R^2=0,504$) (Şekil 5). Radyografik KTO, BT’de elde edilen Transvers KTO ile pozitif güçlü korelasyon göstermektedir ($R^2=0,666$) (Şekil 6). BT’de elde edilen Tomografik KTO (kardiyak index) ile Transvers KTO pozitif çok güçlü korelasyon göstermektedir ($R^2=0,810$) (Şekil 7).

TARTIŞMA

Son yıllarda kardiyak noninvaziv görüntüleme yöntemlerinde çok sayıda teknolojik gelişme olmasına rağmen, göğüs radyografisi kalp ve intratorasik vasküler yapıların değerlendirilmesinde önemli yer tutmaktadır. Kardiyomegaliyi değerlendirmede günlük pratikte sıklıkla RKTO kullanılmaktadır. Toraks BT’de KTO belirten farklı ölçüm yöntemleri tanımlanmıştır. Literatürde RKTO’yu Toraks BT ölçümleriyle kıyaslayan pek çok çalışma vardır. Çalışmamız PA akciğer grafisi ve BT de tariflenen farklı ölçümleri birbirleriyle

kıyaslayan tek çalışma olması ve bu ölçüm metodlarının birbirleriyle tutarlı olduğunu göstermesi bakımından değerlidir.

Kardiyak silüetin incelenmesi hacminin değerlendirilmesiyle başlar. Kardiyak silüetteki genişleme kardiyotorasik oranın artmış olması şeklinde ifade edilir. KTO'nun üç yaş ve üzeri çocuklarda ve yetişkinlerde 0,5'in üzerinde olması durumunda kardiyak silüette genişlemeden bahsedilir (1). Kardiyomegaliyi belirlemede birçok yöntem tanımlanmış olsa da RKTO tek projeksiyonda kolay ve ölçüm yapmadan uygulanabilecek en pratik yöntemdir (4, 5, 6, 7, 8). Hesaplama da lateral film ne de ölçüm cetveli gerekmez. Ancak KTO ölçümünü etkileyen ekspiryum-inspiryum, sistol-diyastol, kalp hızı ve debisi, x ışını yönü, toraks yapısı (pektus ekskavatum, düz sırt sendromu vb.) gibi ekstrakardiyak sebeplerin bulunması PA akciğer grafisinde kalp boyutunu değerlendirmede yanlış sonuçların ortaya çıkmasına sebep olabilir.

Toraks BT günlük pratikte akciğer parankiminin, plevranın, mediastinal yapıların ve göğüs duvarının değerlendirilmesi için endikasyona göre kontrast madde verilerek ya da verilmeksizin yaygın olarak kullanılmaktadır. Özel bir endikasyon belirtilmedikçe veya kalp boyutlarında belirgin bir artma olmadıkça sıklıkla kalp boyutlarıyla ilgili değerlendirme ihmal edilmektedir. BT kesitleri yorumlanırken , kardiyomegali terimi ile genellikle masif olarak aksiyel planda toraksı işgal eden dilate kalp akla gelir. BT ölçümlerinde kalp boyutunu değerlendiren, her imajda uygulanabilecek standart ölçümlerin tariflenmemiş olması bir eksikliktir. Literatürde BT de kardiyotorasik indeksi tanımlayan iki ayrı ölçüm metodu kullanılmıştır (9, 10). Bu nedenle, sonuçlarımız BT'deki kardiyak boyutların tanımlanması için basit, tekrarlanabilir, hızla kullanılan bir yolun standartlaştırılmasına yardımcı olabilir ve radyografik ölçümlerle faydalı bir karşılaştırma sunar.

KTO , herhangi bir toraks BT kesitinde kolimasyon, pitch değerlerine bakılmadan ve intravenöz kontrast madde kullanılmadan birkaç saniye içerisinde ölçülebilir. BT gantrisinde

hastaya “supin” pozisyon verilir. Ne var ki PA akciğer grafisinde hasta ayakta. Bu durumda elde edilen değerler arasındaki farkın belirgin olması beklenir. Çünkü ayakta iken büyük damarlarla asılı ve dikey duran kalp, hasta yatırılarak çekildiğinde yayılır ve kalp gölgesi olduğundan daha büyük görülür. You-Sung Kim ve arkadaşlarının yaptığı BT ölçümlerinde kardiyomegali kriterlerini belirlemek için yaptıkları 200 hastalık bir çalışmada aynı kesit düzeylerinde yapılan maksimal kardiyak genişliğin maksimal torasik genişliğe oranı ile KTO belirlenmiş, PA akciğer grafisinde ölçülen kardiyotorasik oranla korele edilerek 0,5 üzerindeki değerler kardiyomegali olarak gösterilmiştir(11). Biz de çalışmamızda literatüre benzer şekilde aksiyel BT’de kalbin en geniş yerinden alınan izdüşümler üzerinden yapılan ölçümler ile standart PA akciğer grafisinde yapılan ölçümler arasında benzer sonuçlar elde ettik. Bunun sebebinde oransal bir değerlendirme olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Bu çalışmada da olduğu gibi literatürde bizim çalışmamızdan farklı olarak BT’de ölçülen transvers kardiyotorasik oran, pratik olması bakımından aynı kesitte alınan kalbin sağdan sola en geniş çapı ile toraksın sağdan sola en geniş çapını oranlayarak hesaplanmıştır. Tüm bu yayınlardan farklı olarak biz çalışmamızda PA akciğer grafisinde ölçülen RKTO ile daha benzer olması bakımından Transvers KTO olarak maksimal kardiyak genişliğin izlendiği kesitten yapılan kardiyak ölçümün bu kesitin birkaç santimetre kaudalinden sol hemidiyafram domu seviyesinden ölçülen maksimal torasik çapa oranını hesapladık.

Teorik olarak, radyografide toraks içerisinde kardiyak rotasyonun olması frontal transvers bir imajı kalp boyutlarında daha az güvenilir duruma getirir. Örneğin , saat yönüne doğru rotasyonu ile kalp daha büyük, saat yönünün tersine rotasyonu ile daha küçük görülür. Yetersiz inspirasyonda yanlışlıkla kardiyomegali tanısı konulabilir. Miller ve arkadaşlarının yaptığı 93 olgudan oluşan bir çalışmada BT’de kalbin uzun ve kısa aksın ölçümleri ile elde edilen kalp indeksinin de kalp boyutu ölçümüne eklenmesi ile , kalp boyutu ölçümünde daha doğru sonuçlar ortaya çıkacağını söylemiştir (9). Bu şekilde yapılan kardiyotorasik oran

ölçümünün, kalbin saat yönü veya saat yönünün tersine olacak şekilde toraks kavitesi içerisinde pozisyonel değişimlerinden daha az etkileneceği savunmuştur. Bu ölçümü standart PA grafilerde Danzer metodu ile yapılan KTO ölçümleriyle karşılaştırmış ve bulgular arasında pozitif güçlü korelasyon saptanmış olup , iki modalitenin , kardiyak fonksiyonlardan bağımsız olarak , kardiyotorasik oranlarda birbirinin yerine güvenle kullanılabilen iki ayrı modalite olduğuna vurgu yapılmıştır. Sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermekle birlikte farklı olarak biz çalışmamızda Miller ve arkadaşlarının tanımladığı şekilde tomografik kardiyotorasik index ile transvers kardiyotorasik oranı ve radyografik kardiyotorasik oranı birbirleriyle ikişerli olarak karşılaştırdık ve RKTO ile transvers kardiyotorasik oran arasında daha güçlü pozitif korelasyon bulduk ($R=0,81$) .

Literatürde radyografik kalp boyutlarını , kardiyak fonksiyonları değerlendiren farklı modalitelerle karşılaştıran çeşitli çalışmalar vardır. Öztunç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada aort ya da mitral yetersizliği olan 107 hastada RKTO, ekokardiyografik incelemede ölçülen sol ventrikül çapı ile kıyaslanmıştır(12). Aort yetersizliğinde kapak yetersizliğinin derecesi ile sol kalp boşluklarının genişlemesi arasında iyi bir ilişki kurulabilmesine rağmen telekardiyografi ile bu ilişki gösterilememiştir. Philbin ve arkadaşlarının, konjestif kalp yetersizliği olan 7788 hastada ejeksiyon fraksiyonu (EF) ve RKTO arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada EF ve RKTO arasında düşük düzeyde bir korelasyon bulunmuş ve kardiyak sistolik fonksiyonun değerlendirilmesinde bu iki ölçüm yönteminin birbirinin yerine kullanılamayacağı gösterilmiştir (13).

Gollub ve arkadaşlarının 101 kanser hastasında yaptığı çalışmada; kardiyomegali tanısında BT’de ölçülen transvers KTO ve sol ventrikül kısa aks çapı ölçümleri ekokardiyografi ile karşılaştırılmış ve kardiyomegali tanısında RKTO ve transvers KTO güçlü korelasyon gösterirken, sol ventrikül hipertrofisini belirlemede RKTO ile sol ventrikül kısa aks çapı

ölçümleri arasında orta derece korelasyon olduğu ve LVH bildirmek üzere rutin raporlamada güvenilir bir indikatör olmadığı söylenmiştir(10).

Biz çalışmamızda KTO >0,50 olarak ölçülen değerleri kardiyomegali olarak kabul ettik ve ölçümler arasında güçlü pozitif korelasyon bulduk. Literatürdeki olgu serileriyle benzerlik göstermesi yanı sıra kardiyak fonksiyonlardan bağımsız olarak kalp boyutlarının değerlendirilmesi çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Kalp hastalığı sıklığı daha yüksek olan daha geniş bir popülasyonda yapılacak çalışmaların daha faydalı olacağını düşünüyoruz. Önümüzdeki yıllarda tomografik ölçümleri , standart ekokardiyografi ölçümleriyle ayrı ayrı karşılaştırarak yapılacak çalışmaların BT ölçümlerinde kullanılacak kabul görmüş standart bir yöntemin tanımlanmasında faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Sonuç olarak BT de ölçülen Kardiyotorasik indeks Radiografik KTO ile pozitif güçlü korelasyon göstermekle birlikte çalışmamızda tomografik ölçümler birbirleriyle karşılaştırıldığında transvers KTO ölçümünün standart toraks BT incelemelerinde kardiyotorasik oranı belirlemede en güvenli yöntem olduğu gösterilmiştir.

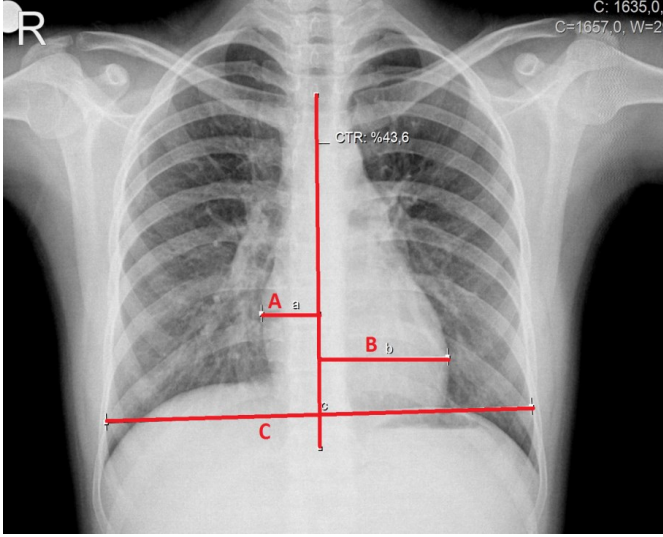
REFERANSLAR

1. Danzer CS. The cardiothoracic ratio. Am J Med Sci 1919; 157:513-521.
2. Raphael MJ, Donaldson RM. The normal heart. In Sutton D, ed.. A textbook of radio-logy and imaging, vol. 4. London, Chruchill Livingstone 1985.
3. Fraser RG, Pare JAP, Pare PD, Fraser RS, Genereux GP. Diagnosis of diseases of the chest, 3rd Ed, vol 1. Philadelphia, WB Saunders Co., 1988.
4. Rose PR, Stolberg HO. The limited utility of the plain chest film in the assessment of left ventricular structure and function. Invest Radiol 1982; 17:139-144.
5. Chikos PL, Figley MM, Fisher L. Correlation between chest film and angiographic as-sessment of left ventricular size. AJR 1977; 128:367-373.

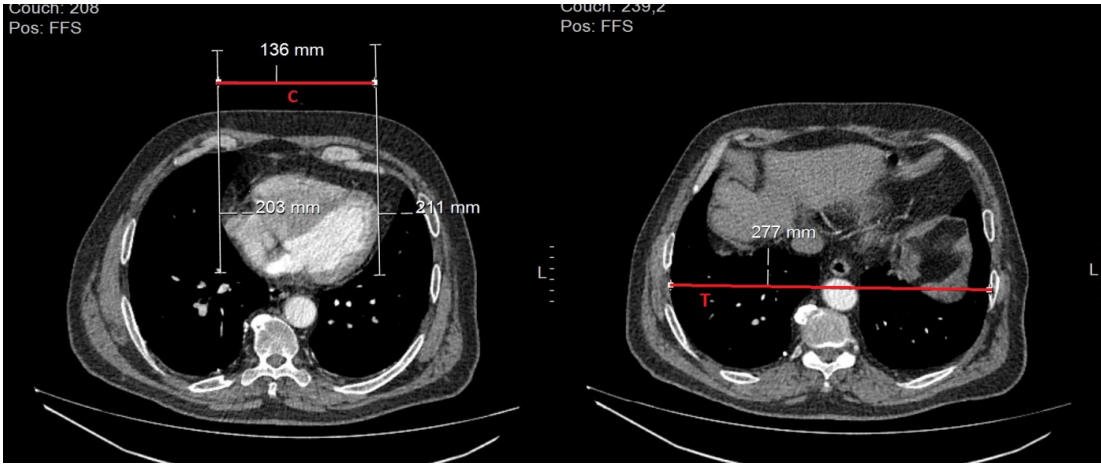
6. Chikos PL, Figley MM, Fisher L. Visual Assessment of total heart volume and specific chamber size from standard chest radiographs. AJR 1977; 128:375-380.
7. Glover L, Baxley WA, Dodge HT. A quantitative evaluation of heart size measurements from chest roentgenograms. Circulation 1973; 48:1289-1296.
8. Murphy ML, Blue LR, Thenabadu N, Phillips JR, Ferris EJ. The reliability of the routine chest roentgenogram for determination of heart size based on specific ventricular chamber evaluation at postmortem. Invest Radiol 1985;20:21-25
9. Miller JA, Singer A, Hinrichs C, et al. Cardiac dimensions derived from helical CT: correlation with plain film radiography. The Internet Journal of Radiology. 2000;1.
10. Gollub MJ, Panu N, Delaney H, Sohn M, Zheng J, Moskowitz CS, et al. Shall we re-report cardiomegaly at routine computed tomography of the chest? J Comput Assist Tomogr. 2012;36(1):67-71.
11. You Sung Kim, M.D., Hyun Jin Park, M.D., Seog Hee Park, M.D., Ho Jong Chun, M.D. and Byung Gil Choi, M.D. A CT Criteria of Cardiomegaly. J Korean Radiol Soc. 2007 Sep;57(3):235-238. Korean. Published online September 30, 2007.
12. Oztunç F1, Babaoğlu K, Yılmaz E, Demir T, Ahunbay G. Predictive value of cardiothoracic ratio as a marker of severity of aortic regurgitation and mitral regurgitation. Anadolu Kardiyol Derg. 2007 Jun;7(2):146-9.
13. Philbin EF, Garg R, Danisa K et al. The relationship cardiothoracic ratio and left ventricular ejection fraction in congestive heart failure. Arch Intern Med. 1998;158(5):501-506.

ŞEKİLLER

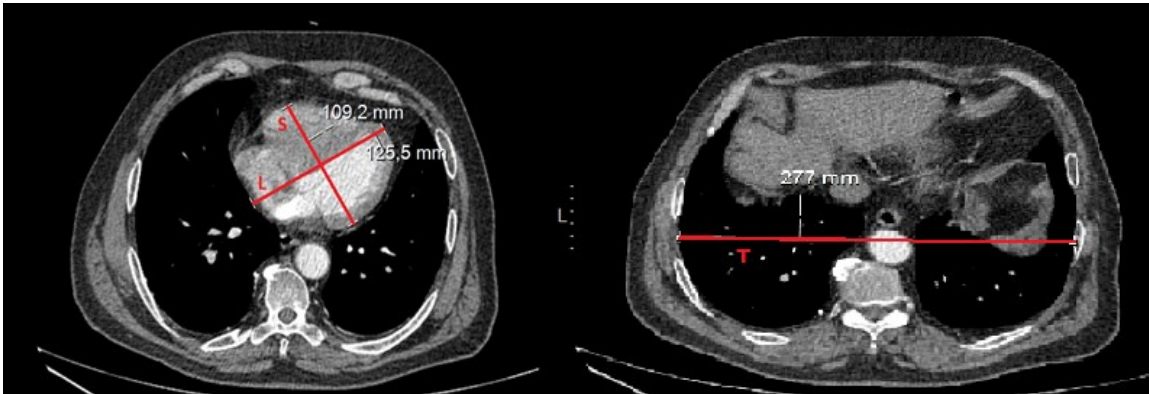
Şekil1- PA akciğer grafisinde KTO ölçümü $KTO=A+B/C$



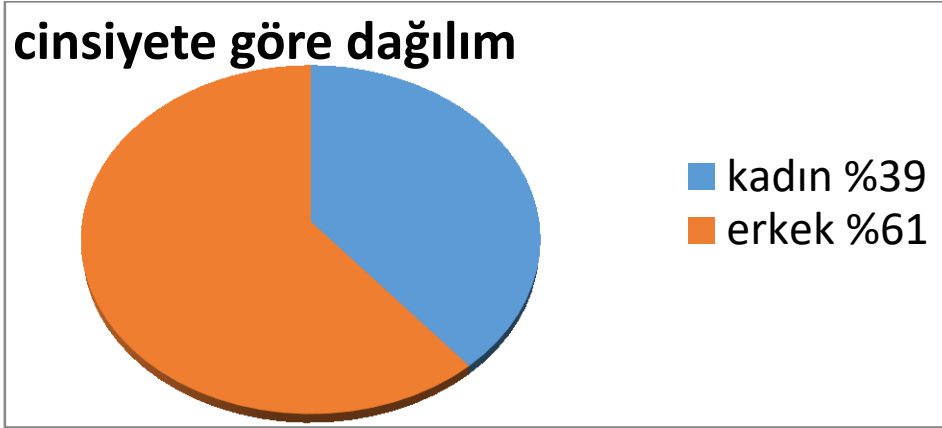
Şekil 2: Transvers kardiyotorasik oran (Transvers KTO= T/C) ; maximum transvers kardiyak çap:C, transvers torasik çap : T.



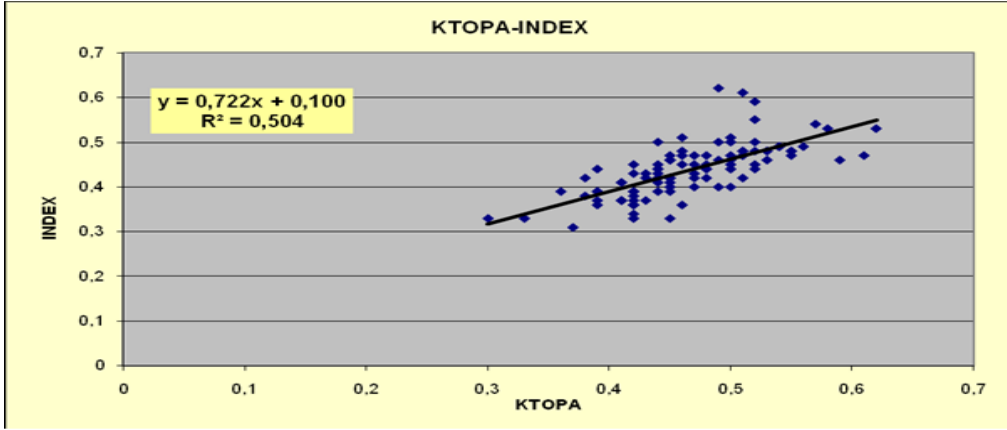
Şekil 3: Tomografik Kardiyotorasik indeks (KTO indeks= $(L+S)/2/T$); uzun kardiyak aks:L , kısa kardiyak aks:S, Toraks çapı:T.



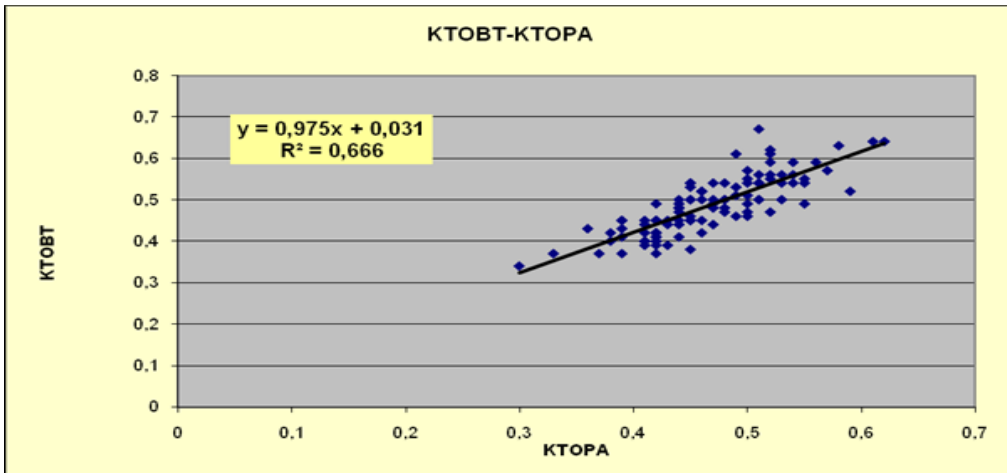
Şekil 4: olguların cinsiyete göre dağılımı



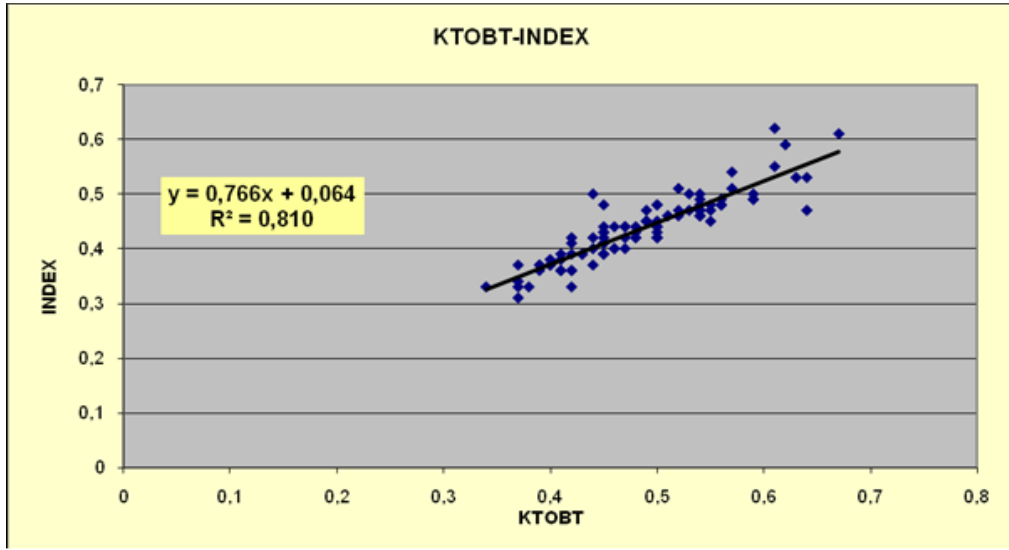
Şekil 5: PA akciğer grafisi ile Kardiyak index arasındaki doğrusal regresyon eğrisi



Şekil 6: PA akciğer grafisi ile Transvers KTO arasındaki doğrusal regresyon eğrisi



Şekil 7: Transvers KTO ile Kardiak index arasındaki doğrusal regresyon eğrisi



TABLULAR

Tablo 1: Direk Grafi ve BT’de ölçülen kalp toraks çap-oranları ve ortalamaları

	Mean±SD	Median
Radiografide ölçülen maksimum horizontal kardiak çap	140±8,1	141(132-149)
Radiografide ölçülen maksimum horizontal torasik çap	300±11,5	299(287-315)
Radiografik KTO	0,46±0,06	0,47(0,34-0,66)
Tomografide ölçülen maksimum horizontal kardiak çap	125±1,5	124(89-152)

Tomografide ölçülen	253±6,4	251(247-261)
maksimum horizontal torasik		
çap		
Transvers KTO	0,48±0,05	0,46(0,34-0,59)
Kardiak indeks	0,43±0,06	0,44(0,33-0,57)

P-04 POLAND SENDROMU

Elif Hazal Karlı¹, Zuhal Bayramoğlu¹, İbrahim Adaletli²

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Radyoloji ABD

GİRİŞ-AMAÇ

Poland sendromu, unilateral pektoralis majör kası sternokostal komponentinin aplazisidir. Aynı taraflı pektoralis minör kas aplazisi, meme ve meme ucu gelişmemesi, iki ve beş arası kosta yokluğu, komplet ya da parsiyel sindaktili gibi ek bulgular görülebilir. İnsidansı 7000-1000000 canlı doğumda 1 olarak bildirilmiştir. Erkeklerde kadınlara göre 2-3 kat fazla sıklıkta görülür ve sağ taraf tutulumu daha sıktır. Çoğu zaman sporadik olarak görülür. Etiyolojisi tam olarak açıklanmamıştır fakat embriyolojik dönemde aynı taraflı subklavian ve vertebral arter kan akımında azalmaya bağlı olabileceği düşünülmektedir.



OLGU

8 yaş erkek hasta kliniğimize sağ göğüs kafesinde çöküklük nedeniyle başvurdu. Muayenesinde sağda göğüs duvarında içe deformite ve meme ucu olmadığı dikkati çekti. Eşlik eden el ve kol deformitesi saptanmadı. PA akciğer incelemesinde sağ anterior 2. ve 3. kot yokluğu, ve sağ akciğer üst ve orta zonda artmış lüsenzi dikkati çekti (Resim 1). Kontrastlı toraks BT incelemesinde ise, sağ hemitoraksta major ve minor kas grubu izlenmedi. Ayrıca sağ 2. ve 3. kosta anterior segmenti izlenmedi ve 4 ve 5. kosta kartilajinöz segmentleri ise füzyone görünümdeydi. Diğer kotlar, skapula ve omuz eklemi doğaldı (Resim 2). Yukarıda bahsedilen anomaliler ile hastaya Poland sendromu tanısı kondu ve göğüs cerrahisine yönlendirildi.

KAYNAKLAR

- 1-Karnak I, Tanyel FC, Tuncbilek E, Unsal M, Büyükpamukçu N. Bilateral Poland anomaly. Am J Med Genet 1998;75:505-7.
- 2- Benzalim M., Berghalout L., Elfakir S., Jalal H. Poland syndrome: about a case and review of the literature. Pan Afr Med 2017; 10.11604
- 3- Mace JW, Kaplan JM, Schanberger JE, Gotlin RW. Poland's syndrome. Review of seven cases and review of the literature. Clin Pediatr 1972; 11: 98-102.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Poland sendromu nadir görülen bir sendromdur. Özellikle çocukluk çağında göğüs duvarı, el ve parmaklarda deformite olduğu zaman akla gelmelidir. PA akciğer grafisi, US, MRG, BT gibi radyolojik modaliteler ile sendrom karakteristik özellikleri tanınabilir.

P-09 PULMONER LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZ

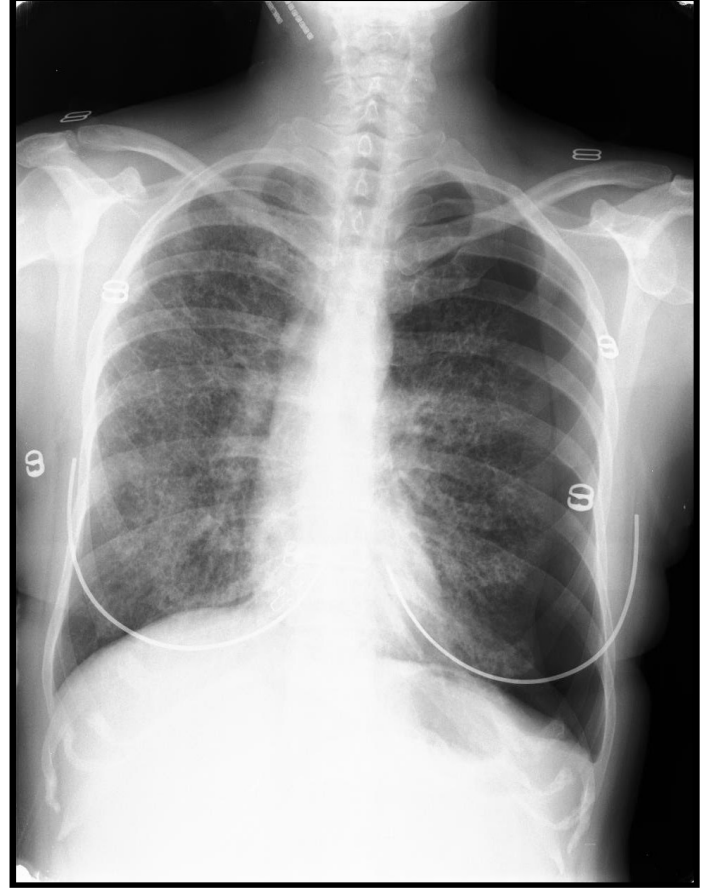
Elif Hazal Karlı¹, Atadan Tunacı²

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Radyoloji ABD

GİRİŞ-AMAÇ

Pulmoner LHH, langerhans hücrelerinin peribronşiyoler granülomatoz infiltrasyonu ile sonucu oluşan nadir bir hastalıktır. Genç erişkinlerde ve özellikle sigara içicilerinde görülür. Genellikle nefes darlığı, kuru öksürük gibi non-spesifik semptomlar verir. Spontan pnömotoraks oluşması durumunda göğüs ağrısı ile de başvuru görülebilir.

PLHH radyolojik bulguları hastalık aşamalarına bağlı olarak farklılıklar gösterir. İnhalasyona bağlı komponenti olması nedeniyle akciğerin üst ve orta zonları daha belirgin olarak tutulur. BT’de erken dönemde kostofrenik açılarının korunduğu, bilateral simetrik sentrilobuler mikronodüller izlenir. Hastalık ilerledikçe kaviter nodül, kalın duvarlı kistler ve en sonunda ince duvarlı kistler oluşur. Kistlerin boyutları değişkendir ve birbirleriyle birleşme gösterebilir. Ayrıca tanıda geç dönemde, akciğerin diğer kistik hastalıkları; erken dönemde ise üst lob dominansı gösteren tüberküloz, sarkoidoz gibi nodüler tutulum yapan hastalıklar yer almaktadır.



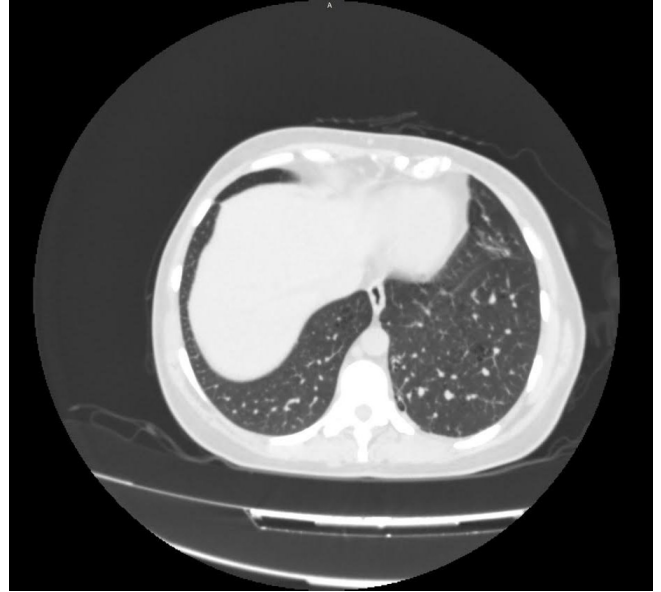


OLGU

1997 yılında LHH tanısı alan takipsiz 46 yaş kadın hasta kliniğimize göğüs ağrısı, nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde patolojik özellik saptanmadı. 25 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. PA akciğer grafisinde sol akciğerde pnömotoraks ve üst orta zon dominant retikülonodüler opasiteler saptanması üzerine toraks BT çekildi (Resim 1). Bilateral akciğerde üst loblarda baskın yer yer birleşme gösteren, bazıları kalın cidarlı parenkimde destrüksiyona yol açmış kistler ve milimetrik sentriasiyer nodüler lezyonlar izlendi (Resim 2). Bilateral alt lob bazal kesimler kistlerden korunmuştu (Resim 3). Sol hemitoraksta pnömotoraks mevcuttu. Hasta göğüs tüpü takılarak tedavi edildi. İlk başvuru bir ay sonrasında bu sefer sağda olan pnömotoraks tablosu ile tekrar kliniğimize müracaat etti.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Pulmoner LHH nadir bir interstitsiyel akciğer hastalığıdır. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi tanıyı güçleştiren non-spesifik bulgularla gelebilir. Tipik radyolojik bulgular tanıya yardımcı olmakla beraber bazen, başta lenfanjiyomyomatosis, bronşiektazi benzeri kistik akciğer hastalıkları ile karışabilir. Bazı hastalarda sigara bırakma ile semptom ve radyolojik bulgularda gerileme olurken bazen steroid benzeri tedavilere rağmen respiratuar yetmezliğe gidebilir.



KAYNAKLAR

- 1- Jitesh Ahuja , Jeffrey P. Kanne, Cristopher A. Meyer, Sudhakar N. J. Pipavath, Rodney A. Schmidt, Jonathan O. Swanson, J. David Godwin. Histiocytic Disorders of the Chest: Imaging Findings. RadioGraphics 2015; 35:357–370
- 2- Danny L. Leatherwood, Darel E. Heitkamp, Robert E. Emerson. Pulmonary Langerhans Cell Histiocytosis. RadioGraphics 2007; 10:1148
- 3- Gaensler EA, Carrington CB. Open biopsy for chronic diffuse infiltrative lung disease: clinical, roentgeno- graphic, and physiological correlations in 502 patients. Ann Thorac Surg 1980; 30:411-26.

P-01 Ankilozan spondilitli iki olguda anti-TNF tedavi ve sonrası: Sarkoidoz mu? Tüberküloz mu?

Khurshud Hüseynova, Gamze Durhan, Deniz Köksal, Macit Arıyürek, Sedat Kiraz

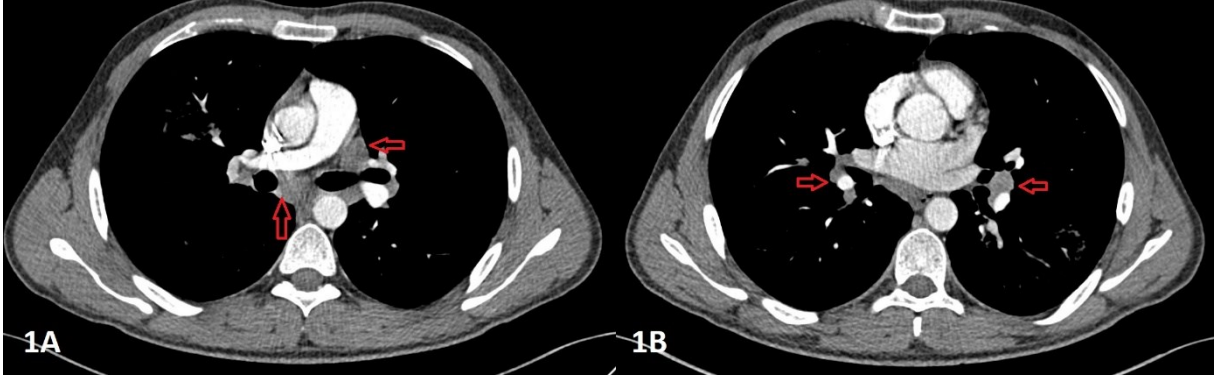
Giriş: Anti-TNF ilaçlar günümüzde giderek daha yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Anti-TNF tedaviye bağlı olarak tüberküloz reaktivasyonu ve sarkoid benzeri reaksiyonlar sıklıkla görülmektedir. Tedavileri tamamen farklı olan bu iki durumu birbirinden ayırt etmek oldukça güç olabilmektedir. Bunun nedenleri, anti-TNF tedaviye bağlı tüberkülozun tipik radyolojik bulgularının olmaması ve basilin mikrobiyolojik olarak tespitinin güç olmasıdır. Bu bildiriye ankilozan spondilit (AS) tanısıyla anti-TNF tedavi kullanan ve radyolojik bulguları ön planda sarkoidozla uyumlu olan iki tüberküloz olgusu sunulmuştur.

Olgu 1: Bir yıldır AS tanısıyla sertolizumab tedavisi kullanan 30 yaşında erkek hasta öksürük, balgam, kilo kaybı (7 kg), gece terlemesi yakınmalarıyla başvurdu. Tedavi başlangıcında interferon gama salınım testi (İGTS) negatif ve profilaksisi verilmemişti. Gardiyan olarak çalışmaktaydı. Balgamda 3 kez, bronş lavajında 1 kez bakılan yaymalarda ARB negatifti. Kültürlerde üreme olmadı. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT), mediastinal ve bilateral hiler lenfadenopatiler, her iki akciğerde ters halo (atol) bulgusu, sol akciğer alt lobda galaksi işareti izlendi. Koronal görüntülerde lezyonlar alt loblarda daha yaygındı ve sarkoidozu düşündürmekteydi. Ancak hastanın klinik bulgularının tüberkülozu düşündürmesi ve mesleki risk faktörü varlığı nedeniyle standart dördü antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavi ile klinik bulgular tamamen düzeldi. İkinci ay kontrolde radyolojik bulguların gerilediği görüldü.

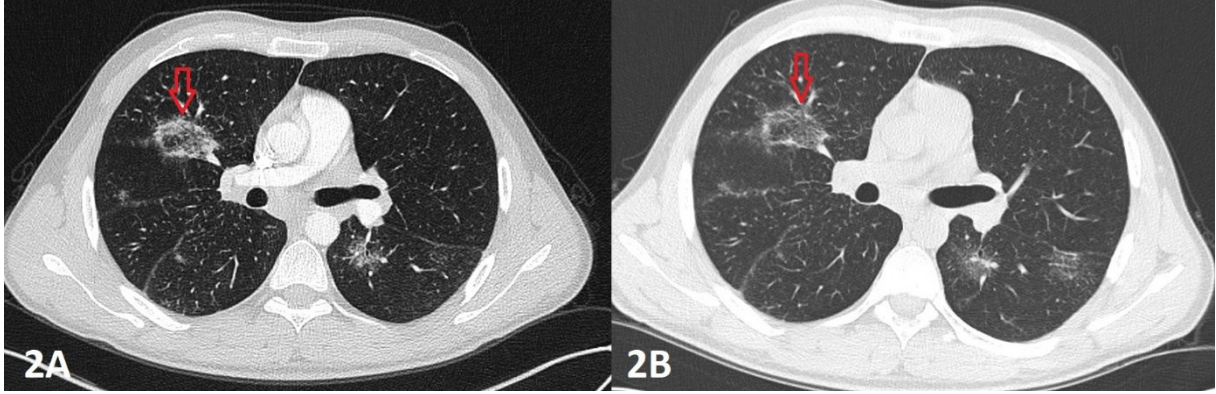
Olgu 2: AS tanısıyla iki yıldır adalimumab tedavisi kullanan 66 yaşında kadın hasta, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı (8 kg), öksürük ve balgam yakınmalarıyla başvurdu. Anti-TNF tedavi öncesi İGTS negatif ve profilaksi almamıştı. Üç balgam yayması ve bir bronş lavajında ARB negatifti. Sağ paratrakeal ve subkarinal lenf nodlarından TBNA patolojisi granülomatöz iltihapla uyumluydu. Toraks BT’de mediastinal lenfadenopatiler, peribronkovasküler, perilenfatik dağılım gösteren parankimal opasiteler ve galaksi bulgusu izlendi. Klinik bulgularla ön planda tüberküloz düşünülen hastaya standart dördü antitüberküloz tedavi başlandı. Lavaj kültüründe Mycobacterium tuberculosis üredi. Tedaviyle klinik ve radyolojik bulgular düzeldi.

Sonuç: Anti-TNF kullanan hastalarda tüberküloz hastalığı ve sarkoid benzeri reaksiyonlar görülmekte ve tedavisi tamamen farklı olan bu iki durumun ayırıcı tanısında sıklıkla güçlük yaşanmaktadır. Bunun temel nedenleri anti-TNF tedavi alan hastalarda tüberkülozun tipik radyolojik bulgularının olmaması, kavite gelişmemesi ve bunun sonucu olarak da basilin saptanmasının güç olmasıdır. Hastalarda ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı gibi semptomların ön planda olması durumunda öncelikli olarak tüberküloz düşünülmelidir.

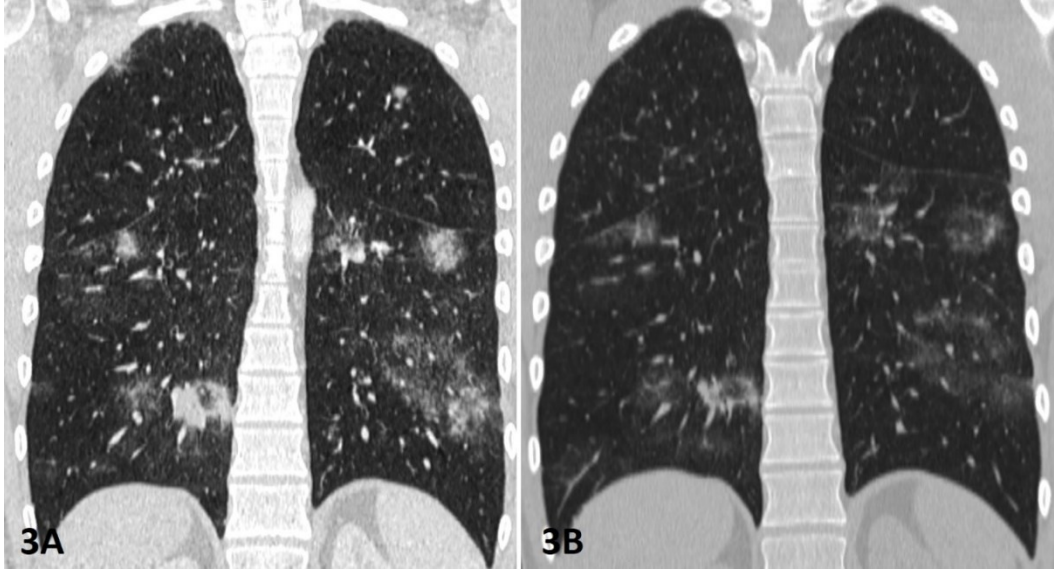
Resim 1: Kontrastlı aksiyel toraks BT mediyasten penceresinde tedavi öncesi (1A) ve sonrası (1B) mediyastinal ve bilateral hiler lenfadenopatiler izlenmektedir.



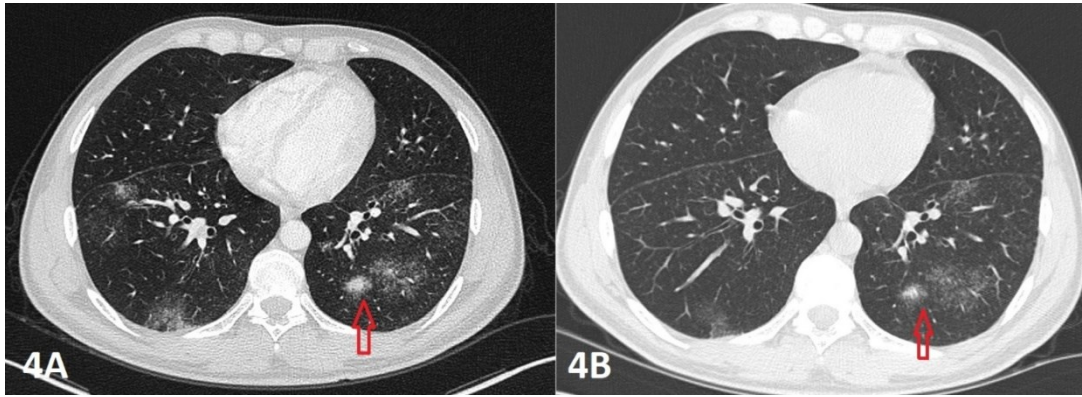
Resim 2: Kontrastlı aksiyel toraks BT parankim penceresinde sağ akciğerde ters halo (atol) bulgusu izlenmektedir (2A). Tüberküloz tedavisinin ikinci ayı sonunda tanımlanan parankimal lezyonların gerilediği izlenmektedir (2B).



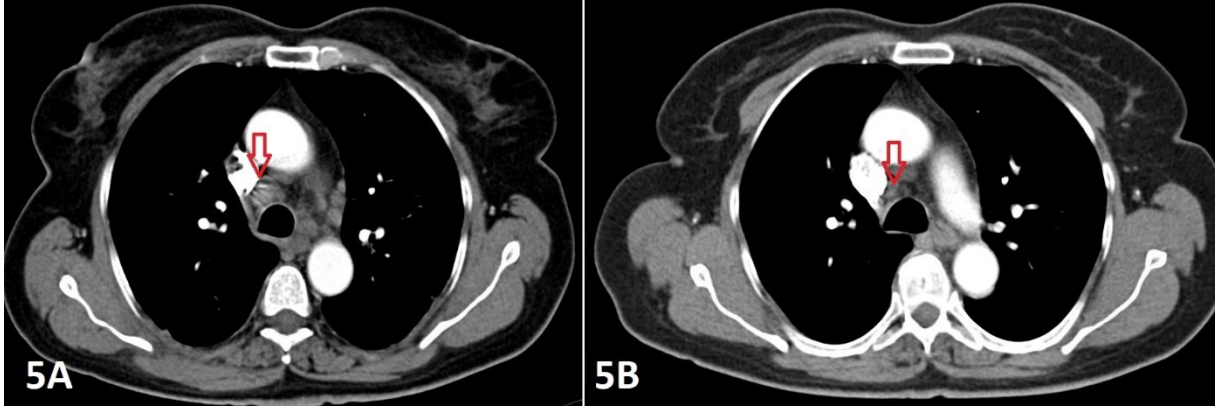
Resim 3: İnce kesit kontrastlı toraks BT'den elde edilen koronal görüntülerde lezyonların alt loblarda da yaygın olarak izlendiği (3A) ve tedavi sonrası gerilediği izlenmektedir (3B). Bulgular yerleşim yeri itibari ile de radyolojik olarak sarkoidozu düşündürmüştür.



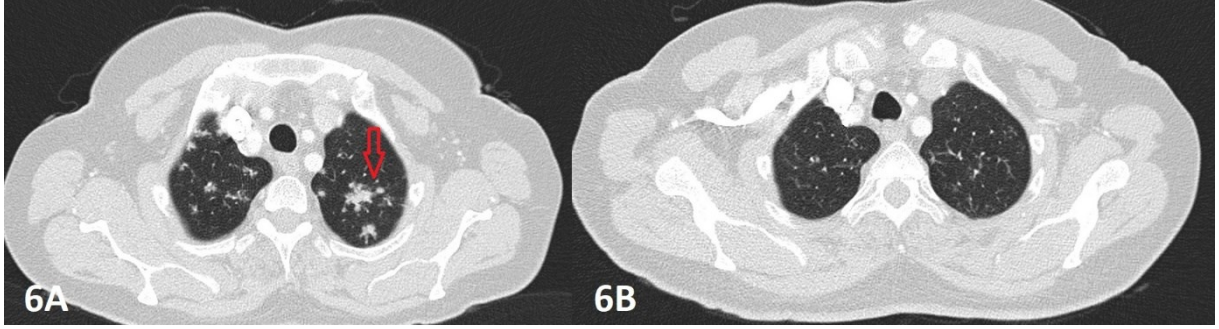
Resim 4: Kontrastlı aksiyal toraks BT parankim penceresinde sol akciğer alt lobda galaksi bulgusu (4A), tedavi sonrası gerilemiştir (4B).



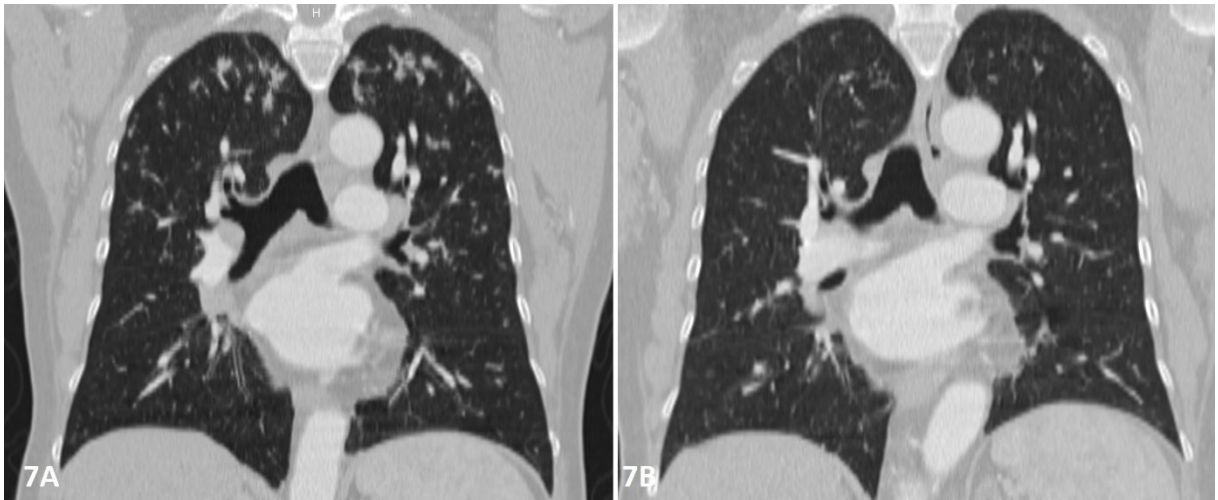
Resim 5: Kontrastlı aksiyel toraks BT mediyasten penceresinde sağ paratrakeal lenfadenopati (5A), tedavi sonrası küçülmüştür (5B).



Resim 6: Kontrastlı aksiyel toraks BT parankim penceresinde sol akciğerde izlenen galaksi bulgusunun (6A), antitüberküloz tedavi bitiminde tama yakın gerilediği görülmüştür (6B).



Resim 7: İnce kesit kontrastlı toraks BT’den elde edilen koronal görüntülerde peribronkovasküler, perilenfatik dağılım gösteren parankimal opasitelerin (7A), antitüberküloz tedavi sonrasında belirgin gerilediği görülmektedir (7B).



BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ EŞLİĞİNDE TRANSTORASİK BİYOPİSİ SONRASI GELİŞEN PNÖMOTORAKSIN PİGTAİL KATETER İLE TEDAVİSİ: DAHA AZ İNVAZİV VE KOLAY UYGULANABİLİR BİR YÖNTEM

Rıdvan Pekçevik

Amaç: İyatrojenik pnömotoraksın standart tedavisi 16-28 French (Fr) boyutta göğüs tüpü uygulamasıdır. Bu tedavinin geniş bir insizyon gerektirmesi, takip süresince ağrıya neden olabilmesi, yeterli akciğer ekspansiyonuna engel oluşturabilmesi gibi dezavantajları bulunmaktadır. Daha önce 12-16 Fr pigtail kateterler kullanılarak iyatrojenik pnömotoraks tedavisini öneren yayınlar bulunmakla birlikte daha ince pigtail kateter kullanımını araştıran çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmadaki amaç, bilgisayarlı tomografi (BT) eşliğinde transtorasik biyopsilerden sonra gelişen pnömotoraksın acil tedavisinde, 8 Fr pigtail kateterin etkinliğini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: BT eşliğinde transtorasik biyopsi yapılan 124 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Bunlar arasından, işlem sonrası pnömotoraks gelişen ve 8 Fr pigtail kateter ile tedavi edilen, 18 yaş üzerindeki hastalar çalışmaya dahil edildi. 8 Fr Boston Scientific pigtail kateterler, BT eşliğinde, Seldinger tekniği kullanılarak 0.035 inç kılavuz tel üzerinden yerleştirildi. Plevral boşluktaki tüm hava boşaltılarak, kateter kapalı su altı drenaj sistemine bağlandı. Takibe alınan hastalar her 24 saatte bir posteroanterior(PA) akciğer grafisi ile değerlendirildi. Pnömotoraksın tamamen gerilemesi durumunda, kateter drenaja kapatıldı ve ardından 6 saat beklendi. Bekleme süresinin bitiminde PA akciğer grafisi ile yeni hava kaçağı olmadığından emin olunduktan sonra kateter çekildi.

Tartışma: Çalışmaya toplam 26 hasta (8 kadın, 18 erkek, ortalama yaş; 54, yaş aralığı; 18-75) dahil edildi. Bunlar arasında, 21 hastaya (% 80.8) 24 saat, 4 hastaya (% 15.4) 48 saat ve 1 hastaya (% 3.8) 96 saat boyunca kapalı su altı drenajı uygulandı. Takip sürelerinin bitiminde tüm hastalar tam iyileşme ile taburcu edildi.

Sonuç: BT eşliğinde transtorasik biyopsi sonrası gelişebilecek pnömotorakslarda küçük boyutlu pigtail kateter kullanımı, minimal invaziv, uygulanması kolay, hasta için daha konforlu ve etkili bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar kelimeler: TRANSTORASİK BİYOPİSİ, İYATROJENİK PNÖMOTORAKS,
PİGTAİL KATETER.