



Akciğere Düz ve Yandan Bakış

Plain and Sideway Look of Lung

Nevin Hatipoğlu¹, Figen Palabıyık²

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul, Türkiye

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Yanıt

On bir yaşındaki erkek hasta 3-4 gündür yüksek ateş ve öksürük şikayeti nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuruyor ve akut sinüzit tanısıyla amoksisilin-klavulanat şurup tedavisi alıyor. Bir haftadır bu tedaviye rağmen ateşi ve öksürüğü düzelmeyen hastaya ikinci değerlendirilmede ampisilin-sulbaktam (günde iki kez kas içi enjeksiyonla) on günlük tedavi düzenleniyor. Bu tedavinin 3. gününde hasta halen yüksek seyreden ateş, düşkünlük ve artan öksürük sebebiyle sağlık kuruluşuna tekrar geliyor; muayenede hızlı nefes alma, ekspiriyumda uzama ile birlikte sağ hemitoraks orta alanda sibilan ve ince krepitan raller duyuluyor. Kan lökosit sayısı 17.800/mm³ (%79'u polimorf nüveli lökositten oluşan), serum C-reaktif protein değeri 11.4 mg/dL (normali < 0.5 mg/dL), eritrosit çökme hızı 59 mm/saat ve venöz kan gazı ve parmak ucu oksijen doygunluğu ölçümleri normal bulunuyor. Hastanın ayakta çekilen arka-ön göğüs grafisinde sağ akciğer orta zonda alt sınırı net ayırt edilemeyen üst kısmını yatay fissürün oluşturduğunu düşündürten opaklaşma saptanıyor (Resim 1). Hastadan inceleme için balgam alınamıyor. Klinik özellikler, laboratuvar ve radyolojik incelemelerle sağ akciğerde pnömoni ön tanısı konuyor.

Göğüs içi patolojilerde düz göğüs grafisiyle anatomik yerleşim kesin ortaya konamayabilir ve tanıda yanılmaya sebep olabilir. Bu gerekçeyle hastanın ayakta yan grafisi de çekiliyor ve orta zonda içi hava-sıvı seviyelenmesi gösteren, düzgün kenarlı



Resim 1. Arka-ön göğüs grafisi: Sağ akciğer orta zonda opaklaşma.

ve çevresinde opaklaşma olan görünüm elde ediliyor (Resim 2). Kesin anatomik yerleşim yeri için çekilen kontrastlı göğüs bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst lob posterior segmentte en geniş yerinde 52 x 34 mm ölçülen, içerisinde orta kesimde serbest hava ve etrafında infiltrasyon bulunan kavite görülüyor (Resim 3,4). Akciğer apsesi tanısı ile teikoplanin ve piperasilin-tazobaktam tedavisi düzenleniyor. Üç haftalık tedaviyle belirgin radyolojik ve klinik düzelmeye gözleniyor. Akciğer apsesine yol açan altta yatan nedenlerin araştırmasında yetersiz antibiyoterapi dışında gerekçe bulunamıyor. Hasta 18 aydır sorunsuz halde klinik izlenmiştir.

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Nevin Hatipoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul-Türkiye

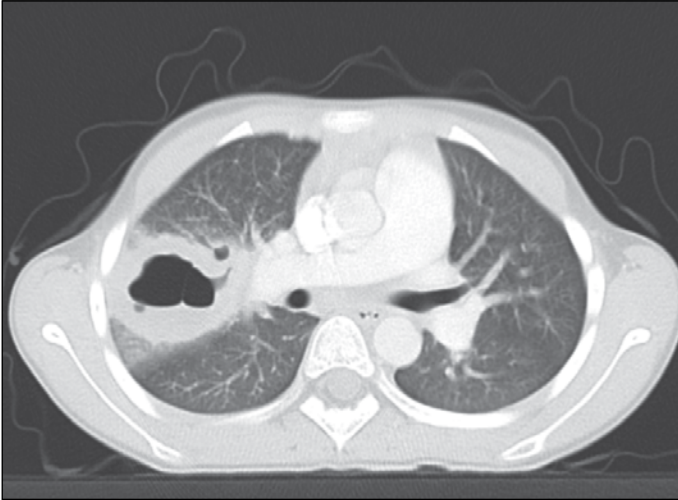
E-mail: naydin9@myynet.com

©Telif Hakkı 2017
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği -Makale metnine
www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2017 by Pediatric
Infectious Diseases Society -Available online at
www.cocukenfeksiyon.org



Resim 2. Ayakta yan göğüs grafisi: Akciğer orta zonda içi hava-sıvı seviyelenmesi gösteren, düzgün kenarlı opaklaşma.



Resim 3. Kontrastlı göğüs bilgisayarlı tomografisi (aksiyal kesit): Sağ akciğer üst lobda serbest hava ve infiltrasyon bulunan kavite.

Akciğer apsesi birincil hastalık olarak; ya da uygun tedavi edilmeyen pnömoni komplikasyonu; bronşektazi, aspirasyon sendromları, ağız-diş veya derin boyun enfeksiyonları; triküspit kapak endokarditi; bronkojenik veya hidatik kistin ikincil akciğer enfeksiyonu ya da immün yetersizlik gibi hazırlayıcı durumlardan sonra gelişebilir. Çoğunlukla ağız florasında bulunan aerop ve anaerop birden fazla bakterinin yaptığı bir enfeksiyondur. Ayrıca klasik pnömoni etkenleri, mikobakteriler ve mantarlar da etken olabilir. Başvuru anındaki grafide hava içeren boşluk(lar), hava-sıvı seviyelenmesi ve pnömoni tedavisinde verilen antibiyotikler-



Resim 4. Kontrastlı göğüs bilgisayarlı tomografisi (koronal kesit): Sağ akciğer üst lobda serbest hava ve infiltrasyon bulunan kavite.

le beklenen radyolojik iyileşmenin olmaması akciğer apsesi için uyarıcı radyolojik bulgulardır. Aerop ve anaeroplara etkili antibiyotik tedavisi gereklidir. Cerrahi girişim genellikle lüzumlu değildir ve genel durum bozukluğu, büyük ve tedaviye cevapsız apse ve hastanın klinik özellikleri doğrultusunda tedavi programına dahil edilebilir.

Ampisilin-sulbaktam parenteral kullanıldığında günde en az dört doz uygulanması gereken bir antibiyotiktir. Sunulan hastada olduğu gibi; günlük toplam doz yeterli olsa bile dört doza bölünerek verilmediğinde tedavi edici düzeyin altında kalır ve etkisini gösteremez.

Göğüsteki pek çok patolojinin araştırılmasında başvuru radyografi incelemeleri mutlaka hem düz (çoğunlukla ayaktan hastada postero-anterior ve yatalak hastada antero-posterior) hem yandan (sol veya sağ lateral) çekilmelidir. Ucuz ve ulaşılabilir bir teknik olan bu yöntemle az görülen ama farklı izlem gerektiren sorunları zamanında açığa çıkarabilmek daha kolay olacaktır.