



Radyolojik Tanınız Nedir?

What is Your Radiologic Diagnosis?

Selin Ardalı Düzgün¹ (iD), Tuncay Hazırolan¹ (iD)

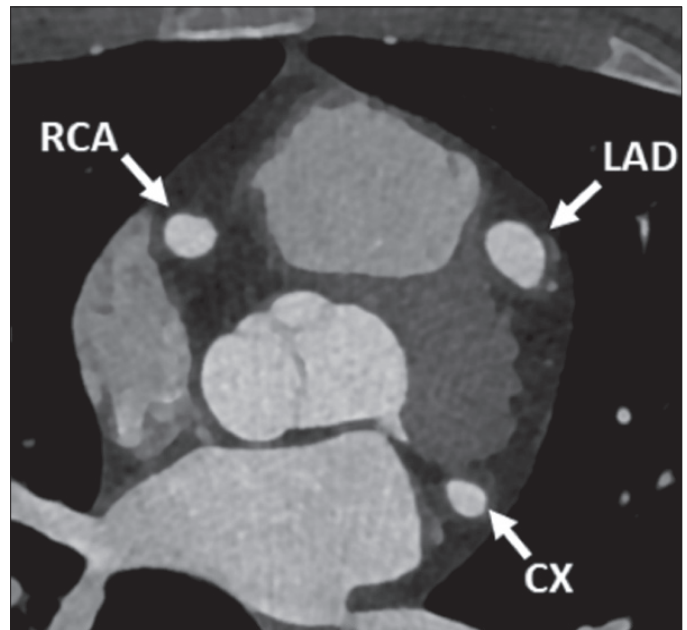
¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Makale atfı: Ardalı Düzgün S, Hazırolan T. Radyolojik tanınız nedir? J Pediatr Inf 2021;15(1):70-72.

16 yaşındaki kız hasta, çocuk acil polikliniğine 15 gündür var olan uzamış ateş ve tüm vücutta yaygın maküler döküntü şikayetleri ile başvuruyor. Her iki dirsek ve ayak bileği ekleminde ağrı ve vücutta yaygın kas ağrısının olduğu öğreniliyor. Eşlik eden öksürük, burun akıntısı, ishal ve karın ağrısı olmayan hastanın fizik muayenesinde oral aft, çilek dili, subkonjonktival hemoraji ve hepatomegali saptanıyor. Ateşi 39.6°C ölçülüyor. Yapılan abdomen US'de hepatomegali, paraçölyak, paraaortik ve parakaval büyümüş lenf nodları izleniyor. Takipte hipotansif seyretmesi ve beyaz küre değerinde artış olması üzerine intravenöz kontrast madde verilerek ateş odağı taramasına yönelik koroner, toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikleri yapılıyor. Elde edilen koroner BT anjiyografi (BTA) tetkikinde sağ koroner arter (RCA), sol anterior desendan arter (LAD) ve sirkumfleks arterde (CX) fuziform anevrizmatik genişlemeler (beyaz oklar) (Resim 1,2) ve sol anterior desendan arterde sakküler anevrizma saptanıyor (kesintili ok) (Resim 2). Hastanın koroner BTA tetkikine göre tanınız nedir?

TANI: Kawasaki Hastalığı

Kawasaki hastalığı tanısıyla immunsupresif tedavi başlanan hastanın 6 ay sonraki kontrol koroner BTA tetkikinde sol anterior desendan arterdeki fuziform (B, beyaz ok) ve sakküler (B, kesintili ok) anevrizmaların çapının azaldığı ve sirkumfleks arterdeki anevrizmanın tama yakın gerilediği görülüyor (C, ok ile işaretli) (Resim 3).



Resim 1. Aksiyel kontrastlı koroner BTA kesiti.

Kısa Tartışma

Kawasaki hastalığı; orta çaplı damarları, ağırlıklı olarak koroner arterleri tutan sistemik inflamatuvar bir hastalıktır (1). Akut dönemde koroner arterlerdeki inflamatuvar değişiklikler,

Yazışma Adresi / Correspondence Address

Selin Ardalı Düzgün

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Radyoloji Anabilim Dalı,
Ankara-Türkiye

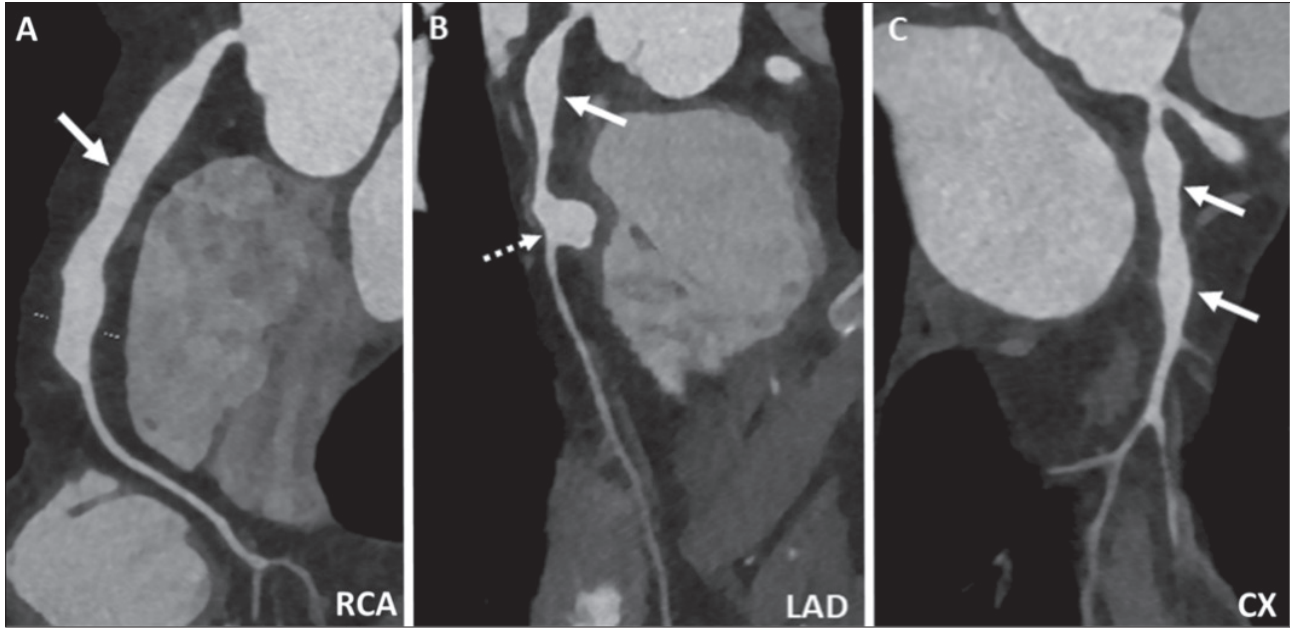
E-mail: selin.ardali@gmail.com

Geliş Tarihi: 10.02.2021

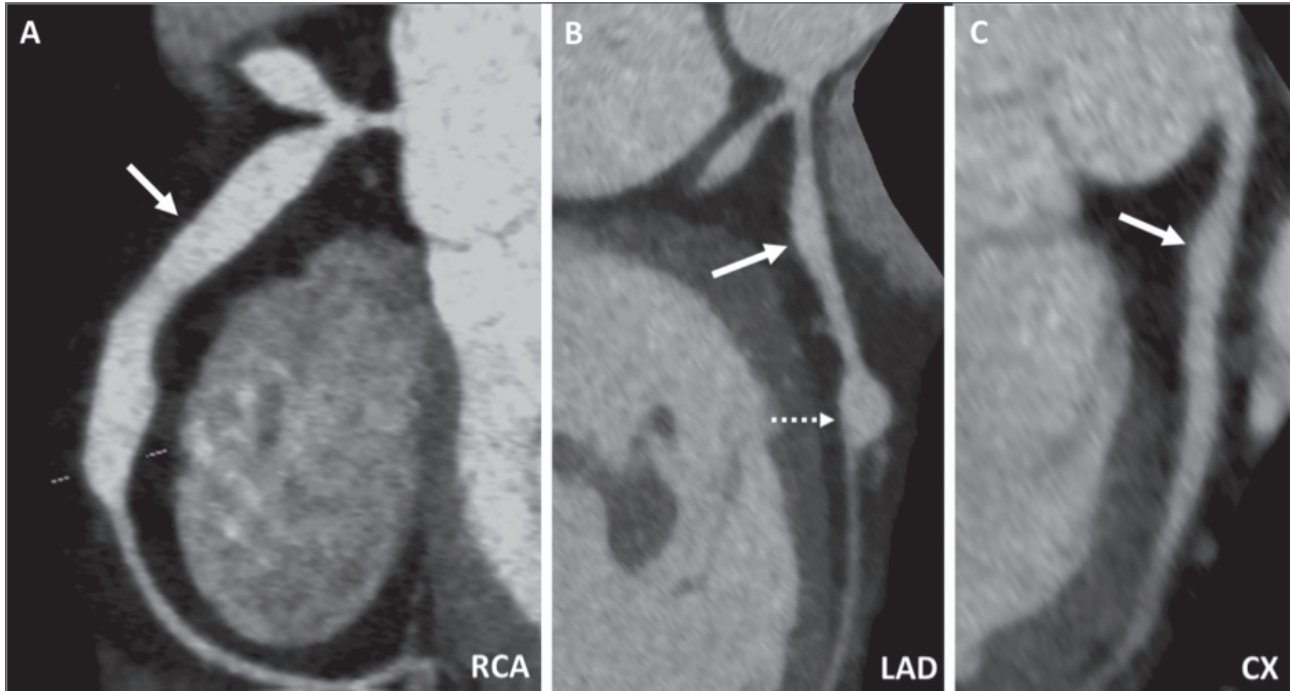
Kabul Tarihi: 21.02.2021

Çevrimiçi Yayın Tarihi: 02.04.2021

©Telif Hakkı 2021 Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği.
Makale metnine www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.



Resim 2. Multiplanar rekonstrüksiyonla elde edilen koroner arter görüntüleri.



Resim 3. 6 ay sonraki koroner BTA tetkiki. Multiplanar rekonstrüksiyonla elde edilen koroner arter görüntüleri.

arteryel duvarın zayıflamasına ve subakut dönemde koroner arterlerde ektazi ve anevrizma gelişimine sebep olur. Koroner arter anevrizmalarının yaklaşık %50'si 1-2 yıl içinde kendiliğinden geriler (2). Ancak koroner arter çapları normale dönse de, lezyonların fibrozisle iyileşmesi, endotel disfonksiyonu, trombüsler ve myointimal proliferasyon ilerleyici koroner arter darlıklarına ve erken ateroskleroz gelişimine yol açabilir (3-5). Ekokardiyografi ilk basamak tanı yöntemidir, operatör bağımlı oluşu, koroner arterlerin distal kesimlerinin optimal değerlen-

dirilememesi ve çocuk büyüdükçe koroner arterlerin değerlendirilmesinin güçleşmesi yöntemin dezavantajlarıdır (5,6). Tanıda altın standart yöntem invaziv koroner anjiyografidir. Ancak son dönemde çok kesitli BT teknolojisindeki gelişmeler daha kısa zamanda, düşük radyasyon dozuyla non-invaziv değerlendirmeye olanak sağlamaktadır. En sık görülen koroner BTA bulguları, koroner arterlerde ektazi, anevrizma, anevrizmatik segmentler içerisinde trombüsler ya da darlıklardır. Geç dönemde kalsifikasyonlar da eşlik edebilir. Kawasaki has-

talığında koroner arter darlığı, koroner arter anevrizmalarının tromboze olması, myokard iskemisi/enfarktüsü önde gelen morbidite-mortalite nedenlerindedir (5,6). Bu nedenle hastaların görüntüleme takibi hasta yönetiminde ve olası komplikasyonların önlenmesinde önemli yere sahiptir.

Kaynaklar

1. Kawasaki T, Kosaki F, Okawa S, Shigematsu I, Yanagawa H. A new infantile acute febrile mucocutaneous lymph node syndrome (MLNS) prevailing in Japan. *Pediatrics* 1974;54:271-76. [\[CrossRef\]](#)
2. Akagi T, Rose V, Benson LN, Newman A, Freedom RM. Outcome of coronary artery aneurysms after Kawasaki disease. *J Pediatr* 1992;121:689-94. [\[CrossRef\]](#)
3. Dietz SM, Tacke CE, Kuipers IM, Wiegman A, de Winter RJ, Burns JC, et al. Cardiovascular imaging in children and adults following Kawasaki disease. *Insights Imaging* 2015;6:697-705. [\[CrossRef\]](#)
4. Suzuki A, Yamagishi M, Kimura K, Sugiyama H, Arakaki Y, Kamiya T, et al. Functional behavior and morphology of the coronary artery wall in patients with Kawasaki disease assessed by intravascular ultrasound. *J Am Coll Cardiol* 1996;27:291-6. [\[CrossRef\]](#)
5. Mavrogeni S, Papadopoulos G, Karanasios E, Cokkinos DV. How to image Kawasaki disease: a validation of different imaging techniques. *Int J Cardiol* 2008;124:27-31. [\[CrossRef\]](#)
6. Goh YG, Ong CC, Tan G, Liang CR, Soomar SM, Terence Lim CW, et al. Coronary manifestations of Kawasaki Disease in computed tomography coronary angiography. *J Cardiovasc Comput Tomogr* 2018;12(4):275-80. [\[CrossRef\]](#)