



Radyolojik Tanınız Nedir?

What is Your Radiologic Diagnosis?

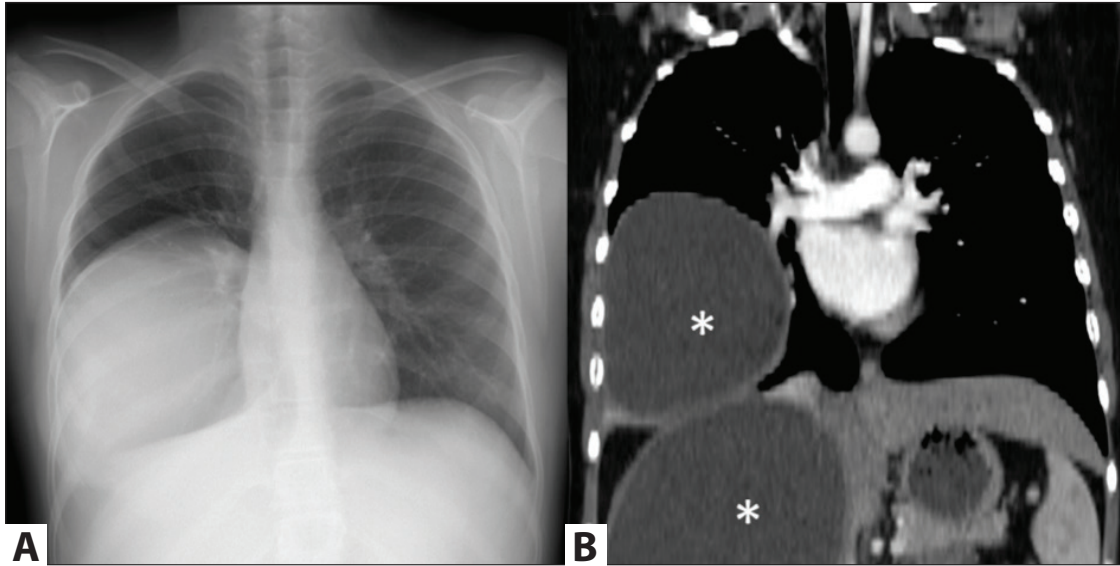
Gözde Özer (ID), Mithat Haliloğlu (ID)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Pediatrik Radyoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Makale atfı: Özer G, Haliloğlu M. Radyolojik tanınız nedir? J Pediatr Inf 2022;16(2):126-128.

On dört yaşındaki kız hasta, üç aydır devam eden halsizlik, bulantı ve nefes almakta güçlük şikayetiyle aile hekimine başvuruyor. Fizik muayenesinde sağ akciğerde solunum seslerinin azaldığı saptanıyor ve hasta bir üst merkeze yönlendiriliyor. Hastanemizin çocuk hastalıkları polikliniğinde yapılan fizik muayenesinde sağ akciğerde solunum seslerinin azaldığı ve sağ akciğer apeksinde raller saptanıyor. Akciğer grafisinde, sağ akciğer orta ve alt zonda, sağ hemidiyafram konturünü

silen büyük opasite gösteriliyor (Şekil 1A). Bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde sağ akciğer alt lobda ve karaciğer sağ lobda kalın duvarlı kistik lezyonlar saptanıyor (yıldız) (Şekil 1B) ve kist hidatik lezyonları olarak değerlendiriliyor. Karaciğer sağ lobda saptanan lezyona girişimsel radyoloji tarafından perkütan drenaj/ablasyon uygulanıyor ve kontrol manyetik rezonans inceleme, ayrılmış germinatif membrana işaret ediyor (Şekil 2). Sağ akciğerde saptanan lezyon cerrahi olarak



Şekil 1. Posteroanterior akciğer grafisi (A) ve toraks BT (B) koronal reformat görüntüleri.

Yazışma Adresi / Correspondence Address

Gözde Özer

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

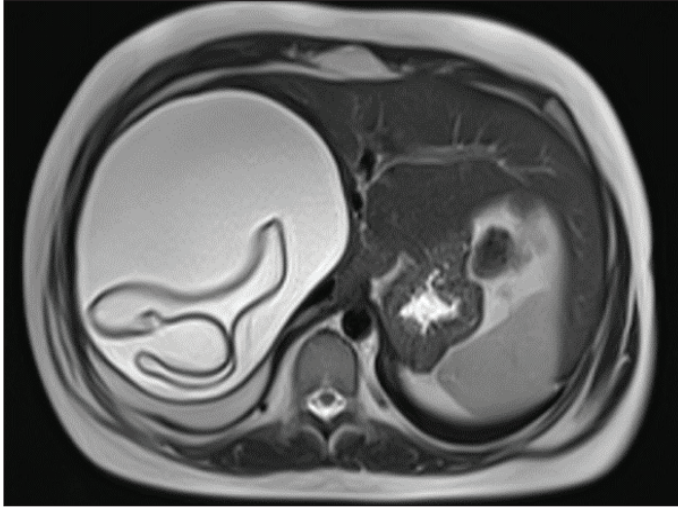
E-mail: gozdetufan@gmail.com

Geliş Tarihi: 05.05.2022

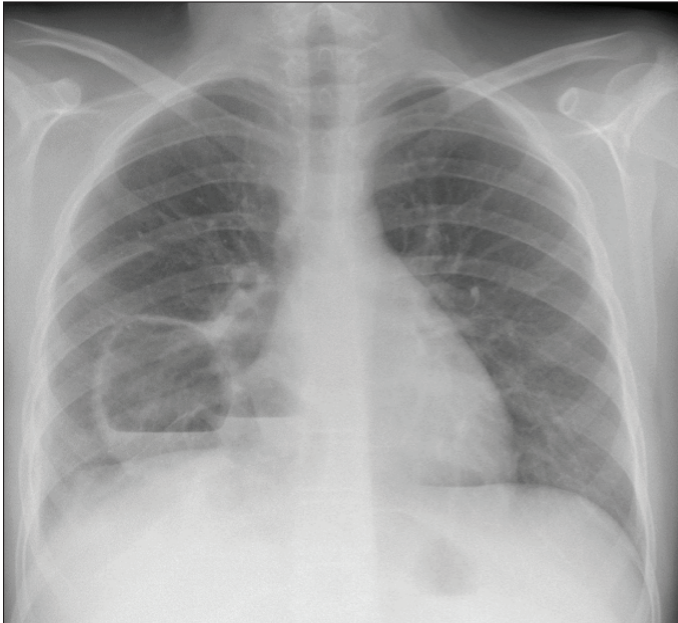
Kabul Tarihi: 23.05.2022

Çevrimiçi Yayın Tarihi: 30.06.2022

©Telif Hakkı 2022 Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği.
Makale metnine www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.



Şekil 2. Transvers planda T2-ağırlıklı MRG kesiti.



Şekil 3. Posteroanterior akciğer grafisi.

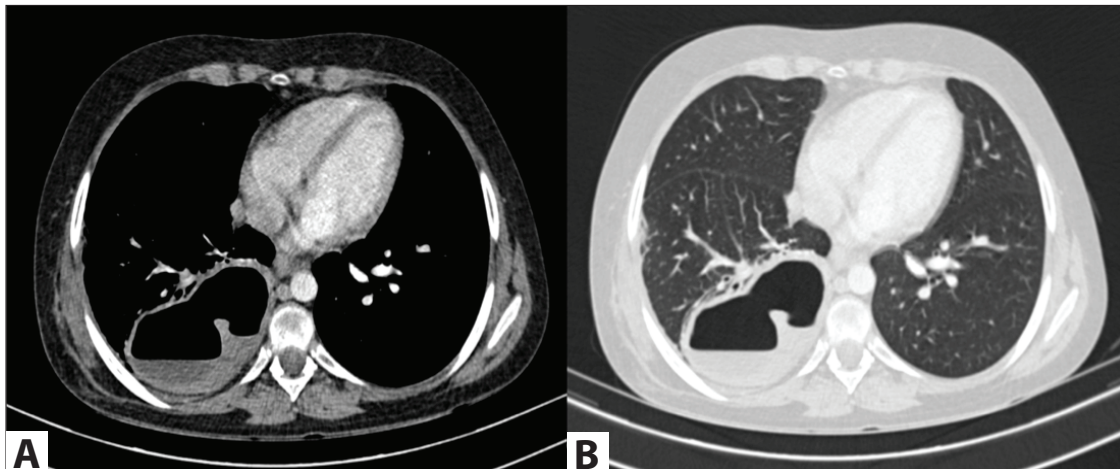
çıkartılıyor. Ameliyat sonrası bulguları normal olan hasta alben-dazol tedavisine devam edilmesine karar verilerek taburcu ediliyor. Ameliyat sonrası ikinci ayda ateş ve öksürük şikayetleriyle hastanemizin çocuk acil polikliniğine başvuruyor. Fizik muayenesinde sağ akciğerde solunum seslerinin azaldığı ve karaciğerin kosta altında 4 cm ele geldiği saptanıyor. Başvuru sırasında nabız 158 atım/dakika, vücut sıcaklığı 37.7°C ölçülen hastanın diğer vital bulguları normal saptanıyor. Laboratuvar tetkiklerinde C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızında artış (CRP= 46.5 mg/dL, ESR= 34 mm/saat) ve lökositoz (Lökosit= $17.7 \times 10^3/\mu\text{L}$) saptanıyor. Akciğer grafisinde sağ alt zonda içerisinde hava-sıvı seviyelenmeleri görülen, bilobüle kaviter lezyon görülüyor (Şekil 3). Toraks BT tetkikinde sağ akciğer alt lobda kontrastlanan kalın duvarlı izlenen, içerisinde hava-sıvı seviyelenmesi bulunan koleksiyon saptanıyor (Şekil 4). Akciğer grafisi ve toraks BT kesitleri verilen hastada bu bulgular eşliğinde tanınız nedir?

TANI: Akciğer Kist Hidatiği Nedeniyle Yapılan Operasyon Lokalizasyonunda Postoperatif Apse

Kısa Tartışma

Kist hidatik, *Echinococcus granulosus* ile meydana gelen ve Türkiye için halen endemik olan paraziter bir enfeksiyon hastalığıdır. Vücutta her organı tutabilir; en sık karaciğerde, ikinci sıklıkla akciğerde enfeksiyona neden olur. Literatürde %10-20 sıklıkla karaciğer ve akciğerin eş zamanlı tutulumu bildirilmiştir (1). Akciğerin basılanabilir yapısından dolayı kist hidatik lezyonları büyük boyutlara ulaşabilir; buna rağmen hastalar çoğunlukla asemptomatiktir. Büyük boyutlu lezyonlar göğüs ağrısı, dispne, öksürük, ateş, hemoptizi gibi semptomlarla kendini gösterebilir (2). Kist rüptürü, anafilaksi, komşu anatomik yapılara bası, kistin enfeksiyonu, intrabronşiyal perforasyon ya da pnömotoraks gibi komplikasyonlar gelişebilir (2).

Asemptomatik lezyonların ve komplikasyonların tanısında radyoloji önemli rol oynar. Akciğer kist hidatiğinin değerlendirilmesinde akciğer grafisi ve toraks BT kullanılır. Komplike olmayan lezyonlar akciğer grafisinde düzgün sınırlı, su dansi-



Şekil 4. Mediasten penceresi (A) ve parankim penceresinde (B) transvers planda toraks BT kesitleri.

tesinde nodüler opasiteler şeklinde görülür (3). Komplike kist hidatik lezyonlarında bulgular değişkendir. Kistin bronşiyol duvarını erode etmesi sonucu perikist ve delamine membran arasında hava girer, grafide "menisküs işareti" görülür. Kist kavitesine hava girmeye devam ederse endokist ve perikist tamamen ayrılır, kollabe endokist "nilüfer işareti" oluşturur (3). Toraks BT'de nonkomplike lezyonlar, kontrastlanan duvar yapısı görülen kistler şeklinde gözlemlenebilir. Ayrılmış membranlar ya da kız veziküller BT ile saptanabilir. Çocuk hastalarda kistin içeriğinin değerlendirilmesinde ultrasonografi de sıklıkla kullanılır. Akciğer lezyonlarında, karaciğerdeki lezyonların aksine kalsifikasyon oldukça nadirdir (3).

Akciğer kist hidatiğinde ilk tedavi seçeneği çoğunlukla cerrahidir (4). Cerrahiye bağlı en sık komplikasyonlar uzamış hava kaçağı, pnömoni, ampiyem ve yara yeri enfeksiyonlarıdır (5). Daha az sıklıkla nüks kist hidatik lezyonu ve akciğer absesi de görülebilir (6). Cerrahi komplikasyonların ayırıcı tanısında, semptomların ve laboratuvar bulgularının yanı sıra radyolojik görüntüleme de faydalıdır. Ampiyem ya da abse varlığında, uygun antibiyoterpinin yanı sıra görüntüleme eşliğinde örnekleme ve drenaj da yapılabilir. Daha az sıklıkla komplikasyonların tedavisinde tekrar cerrahi ihtiyacı olmaktadır (6).

Kaynaklar

1. Celik M, Senol C, Keles M, Halezeroglu S, Urek S, Hacıbrahimoglu G, et al. Surgical treatment of pulmonary hydatid disease in children: Report of 122 cases. *J Pediatr Surg* 2000;35:1710-3. [\[CrossRef\]](#)
2. Kuzucu A, Soysal O, Ozgel M, Yologlu S. Complicated hydatid cysts of the lung: Clinical and therapeutic issues. *Ann Thorac Surg* 2004;77:1200-4. [\[CrossRef\]](#)
3. Polat P, Kantarci M, Alper F, Suma S, Koruyucu MB, Okur A. Hydatid disease from head to toe. *Radiographics* 2003;23:475-537. [\[CrossRef\]](#)
4. Velasco-Tirado V, Alonso-Sardón M, Lopez-Bernus A, Romero-Alegria Á, Burguillo FJ, Muro A, et al. Medical treatment of cystic echinococcosis: Systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis* 2018;18:306. [\[CrossRef\]](#)
5. Usluer O, Ceylan KC, Kaya S, Sevinc S, Gursoy S. Surgical management of pulmonary hydatid cysts: Is size an important prognostic indicator? *Tex Heart Inst J* 2010;37:429-34.
6. Tullu MS, Lahiri KR, Kumar S, Oak SN. Minimal access therapy in pediatric pulmonary hydatid cysts. *Pediatr Pulmonol* 2005;40:92-5. [\[CrossRef\]](#)