Radyolojik Tanı/ *Radiologic Diagnosis*

DOI: 10.5578/ced.20219917 • *J Pediatr Inf 2021;15(1):70-72*

Bölüm Editörü: Prof. Dr. Mithat Haliloğlu

Radyolojik Tanınız Nedir?

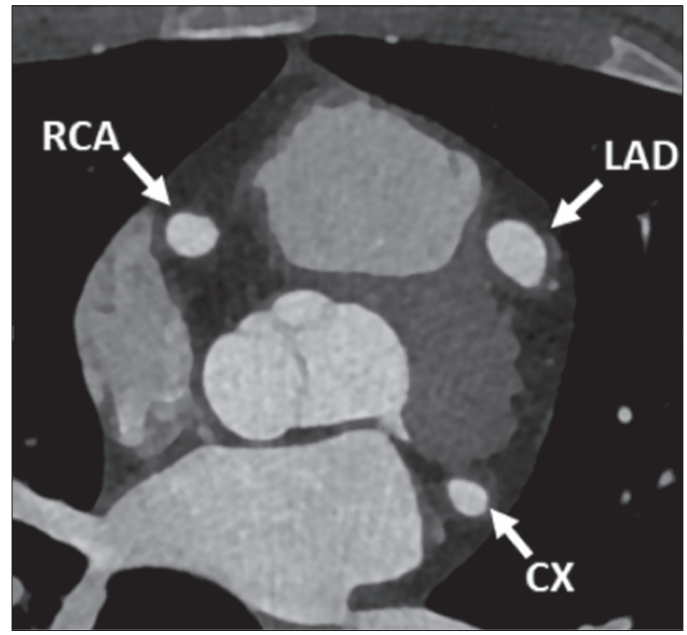
What is Your Radiologic Diagnosis?

Selin Ardalı Düzgün[1] (İD), Tuncay Hazırolan[1] (İD)

[1] *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye*

Makale atıfı: 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 eklemin-de ağrı ve vücutta yaygın kas ağrısının olduğu öğreniliyor. Eş-lik 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 hipotan-sif 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) tet-kikinde sağ koroner arter (RCA), sol anterior desendan arter (LAD) ve sirkumfleks arterde (CX) fuziform anevrizmatik ge-nişlemeler (beyaz oklar) (Resim 1,2) ve sol anterior desendan arterde sakküler anevrizma saptanıyor (kesintili ok) (Resim 2). Hastanın koroner BTA tetkikine göre tanınız nedir?



Resim 1. Aksiyel kontrastlı koroner BTA kesiti.

TANI: Kawasaki Hastalığı

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

Kısa Tartışma

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

Yazışma Adresi / Correspondence Address

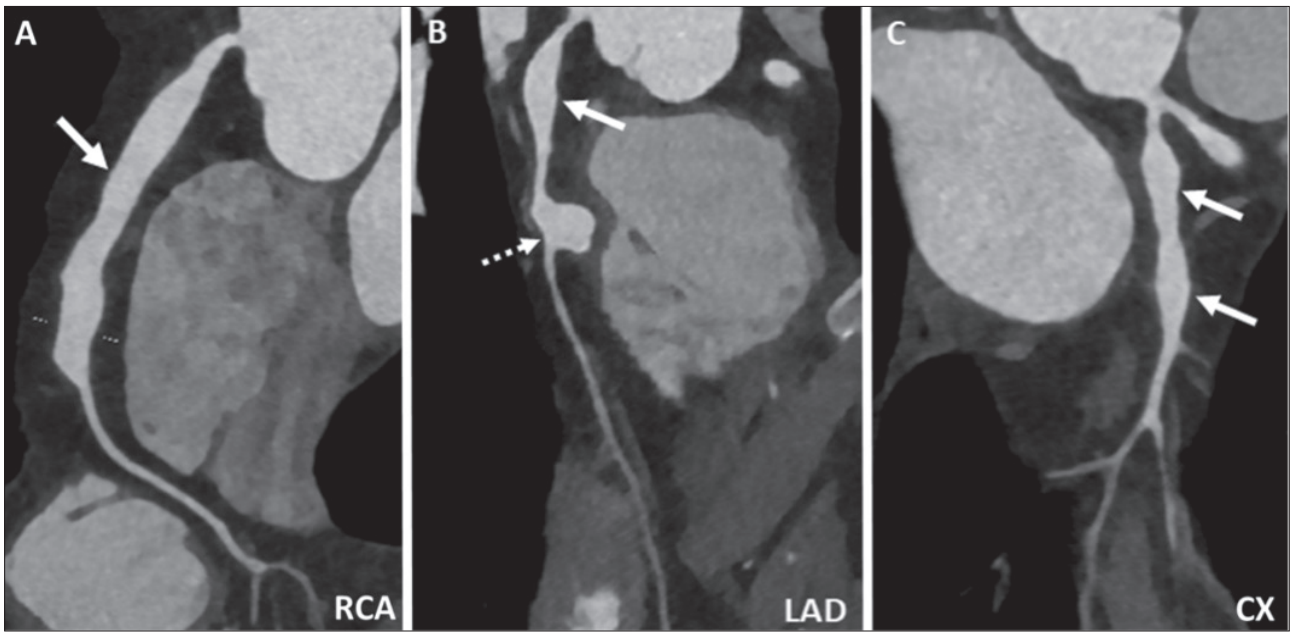
Selin Ardalı Düzgün

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

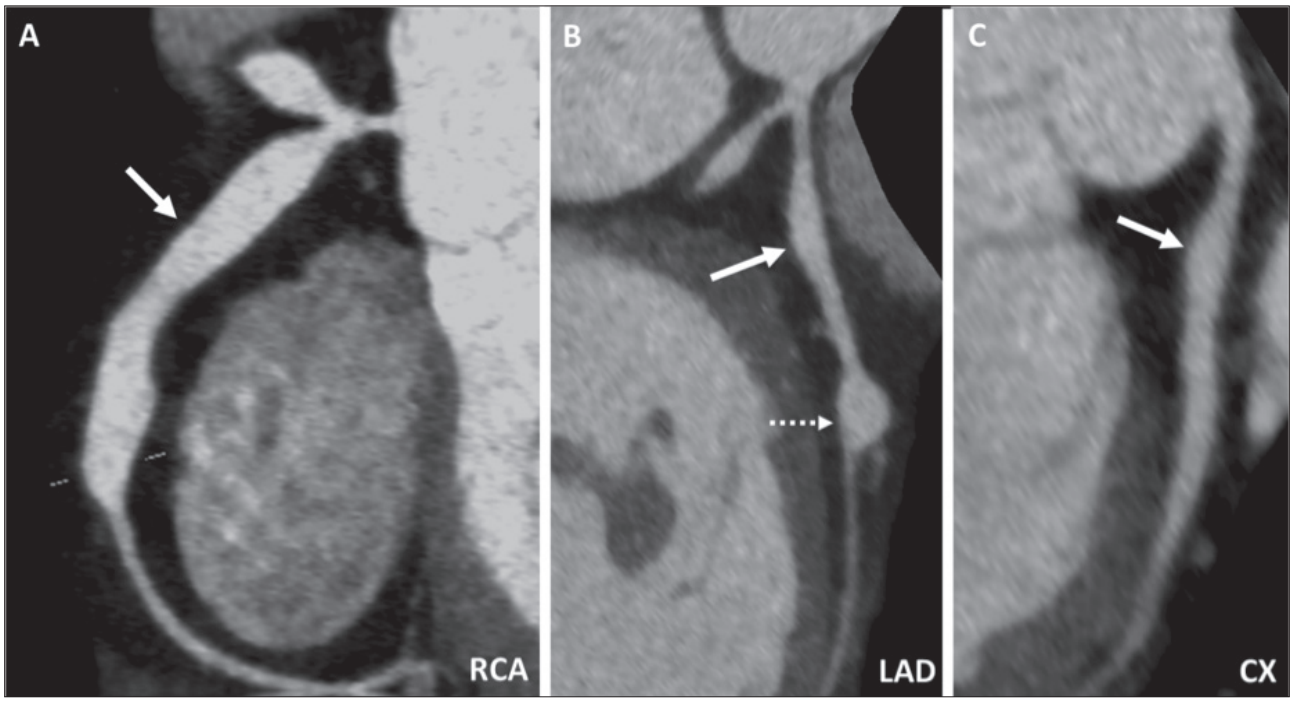
E-mail: selin.ardali@gmail.com

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 değerlendirilememesi 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 nedenlerindendir (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]***