

**TÜRK  
RADYOLOJİ MECMUASI**



**NİSAN - TEMMUZ, 1966**

**VOL. : 11 - SAYI : 2.3**

**NİSAN - TEMMUZ 1966**

**TÜRK RADYOLOJİ CEMİYETİ TARAFINDAN NEŞREDİLİR.**

# TÜRK RADYOLOJİ MECMUASI

ÜÇ AYDA BİR ÇIKAR

VOL. : 11 — SAYI : 2 - 3

NİSAN - TEMMUZ 1966

## İÇİNDEKİLER

- Prof. Dr. Adnan BUDARAS . . . . 3 Bronkus Kanserlerinde Erken Teşhis
- Doç. Dr. Siyami ERSEK -  
Dr. Ümit AKER - Dr. Haluk YILMAZ 15 Selektif Anjio-Kardio-Grafi
- Doç. Dr. Erdem GÖKMEN . . . . 20 Sadece Postero-Anterior. Tek Akciğer Rad-  
yografisi ile Hasta Kısmın Lokalizasyonu
- Doç. Dr. Süheyl EĞİLMEZ . . . . 40 Kliniğimizdeki Rastladığımız Habis Tonsil  
Tümörleri Hakkında
- Dr. Harold SIMON -  
Dr. Alfred C. MOON  
Tercüme : Prof. Dr. Efdal AŞAR . . 45 Pancoast Tümörünün Teşhisinde Yanılmalar
- Haberler . . . . . 49

## TÜRK RADYOLOJİ CEMİYETİ İDARE HEYETİ

BAŞKAN . . . . . : MUHTEREM GÖKMEN  
G. SEKRETER . . . . . : GÜRBÜZ AHISKALI  
MUHASEBECİ . . . . . : ALPTEKİN PEKER  
ÜYE . . . . . : ERDOĞAN ALTUĞ  
ÜYE . . . . . : NİJAD BİLGE

## İLMİ BÜRO :

Doç. Dr. Reha UZEL  
Dr. Muhlis TUZLACI

Sahibi : Türk Radyoloji Cemiyeti adına Prof. Dr. Muhterem GÖKMEN — Yazı İşleri Müdürü Dr. Saim AYKIN — Türk Radyoloji Mecmuasında çıkan yazılar, Yazı İşleri Müdürlüğünden müsaade almadan iktibas edilemez. — Sayısı 2,5 lira.  
İdarehane : Babiâli caddesi, 19/2, Cağaloğlu,  
İstanbul — Telefon : 22 00 37

## BRONKUS KANSERLERİNDE ERKEN TEŞHİS

Prof. Dr. Adnan BUDARAS

### MATERYAL VE METOD

1965 yılı içinde kliniğimizde 190 vaka

müracaat etmiş, bunların 182 si tetik-

vak'a, ilk muayene ve tetikte inoperabl

bulunmuş, 17 vakada ise ekploratif ol-

rakotomiden sonra vak'anın inoperabl ol-

duğuna karar verilmiştir. 13 vakada

cerrahi müdahale yapılmış, bunlardan 5 i

post operatif ismiama ve 8 i ise, rest tu-

mor veya recidiv yüzünden kliniğimizde

gönderilmiştir.

İlk görüşmelerinde inoperabl bulunan

152 vak'anın ancak 92 sinde palyatif

makasla radyoterapi tabik edilebilmiş,

60 nda ise hastaların durumu ve hasta-

lıklarının ilerlemiş bulunmaları yüzünden

Bütün dünyada olduğu gibi memle-

ketimizde de bronchus kanseri vak'aları

göğalmaktadır.

Hastahğa ait ilk şikâyetten itibaren

teşhis varıncaya veya teşhisten sonra

ilk tedavide başlayıncaya kadar geçen

zaman, bu hastalık için kısa olan klinik

süre içinde çok uzun olmaktadır. Bu yüz-

den hastaların küçük bir kısmında ame-

liyat kabli olabilmekte ve dolayısıyla has-

talat tedavi sanslarını kaybetmektedir-

ler.

Materiyelimiz arasında bulunan ve

tesadüfen, kitle halindeki tüberküloz a-

raştırılmalarında ortaya çıkan ve cerrahi

olarak tedavi edilmiş bulunan mbasit

vakaların bulunması, bizi bu yazıyı yaz-

mağa zorlamıştır.

### TÜRK RADYOLOJİ MECMUASI

BAHA MATBAASI - İSTANBUL, 1966  
Cağaloğlu, Servis Mesaid Sokak No. 20  
Tel. : 27 32 44

bu yardım da yapılamamıştır. Torakotomi ile inoperabl bulunan 17 vak'ının ancak 10 unu radyoterapi indikasyonu görülmüştür.

182 bronchus kanseri vak'asında, cins ve yaş dağılışı, sigaraya başlama yaşı, içilen günlük sigara miktarı ve kaç sene içildiği, hastalığın başlangıcını gösteren ilk semptom ve sonradan ilâve olan semptomlar, ilk semptomdan kliniğe müracaat edinceye kadar geçen zaman, klinik bulgular, patolojik anatomik bulgular ve diagnostiği temin etmek üzere kullanılan metodlar tablolar halinde verilmiştir. (Tablo 1 — 9).

#### TARTIŞMA

Bugünkü şartlar altında, bronchus kanserlerinin şu veya bu şekilde tedavisinden elde olunan neticelerin kötü olduğunda bütün müellifler ittifak halindedir (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 26). İlk görülüşlerinde inoperabl olan vakaların oranı % 50-90 arasında değişmektedir. (2, 4, 7, 9, 15). Ayrıca operabl olan vakalarda da elde olunan yaşama sürelerinin tatminkâr olmaktan uzak olduğu meydana (2, 7, 8, 21, 25). Bu sebeple konu üzerinde iki yönden araştırma başlamıştır:

Bunlardan biri, kendi haline bırakılan vakalarda hastalığın tabii gidişi incelenecek en çok, en az ortalama yaşama süreleri, çeşitli klinik tablo, çeşitli patolojik anatomik yapı, metastaz yapma sıklık ve yerleri ayrılarak tedavisiz yaşama süresi araştırılmıştır (1, 2, 8, 12, 16). Bu araştırmaların değeri çeşitli metod veya bunların birleşik olarak kullanılmalarıyla elde olunan neticeleri, vakaların derece (stage)lere bölünerek (5, 7, 17, 18) statistik bakımından değerlendirilmesidir.

Araştırmaların ikinci yönü daha ilginçtir. Bu günkü kötü tedavi neticelerini iza hedecek niteliktedir. 1935 senesinde M o t t r a n ve 1956 senesinde

C o l l i n s 'in (8) başladığı araştırmaların esası, radyolojik olarak primer, periferik bronchus kanserlerinin veya metastatik akciğer kanserlerinin büyüme temposuna dayanmaktadır. Kurulan hipoteze göre, 25 m $\mu$  çapında olarak kabul edilen ilk kanser hücreleri exponential kanuna göre çoğalır ve 2 cm. çapına kadar düzenli olarak büyür. Filmler üzerindeki bulgulara dayanarak, Ç a p - Z a m a n - Hastalığın başlangıcı arasındaki ilişkiler riyazi formüllere bağlanmıştır. C o l l i n s 'e göre bir akciğer kanseri: 2 sene 4 ay ile 46 sene 6 ay, G a r l a n d ve arkadaşlarına (8) göre 1,5 sene ile 25 sene arasında ve ortalama olarak 15 senede inkişaf eder. H o r o w i t z ve arkadaşlarına (13) göre ise her türlü hasta kaynaklarını ortadan kaldırdıktan sonra, bir bronchus kanserinin klinik öncesi devresinin klinik devresine göre 10 katı kadar uzun olacağı kabul edilmektedir. S p r a t t ve arkadaşları (27) bir akciğer periferik kanserinin çapı 2 cm. oluncuya kadar, adenocarcinoma'da 22,4 epidermoid carcinoma'da 7,8, İndiferansiyel carcinoma'da ise 7,5 sene geçmesinin gerektiğini ileriye sürmektedirler.

Bu araştırmalardan çıkan netice şüphesiz ki ispat edilmiş değildir. Fakat daha 1500 senelerinde A g r i c o l a isimindeki müellifin Schneeberg madenindeki işçilerde endemik olarak gördüğü (19), uzun bir süre çalıştıktan sonra ortaya çıkan ve bugün ise etiyolojisinin radyum ışınlarına bağlı olduğu bilinen bronchus kanserlerindeki 15-20 sene gibi bir latence devrinin bulunması bu hipotezi destekler mahiyettedir. Ayrıca radyobiyolojideki mutation zamanı ve iyonizan ışınlarının zararlı tesirlerinin somatik olarak ortaya çıkması için gereken 15-20 senelik gizli periodun bilinmesi karşısında bu araştırmaların ehemmiyeti küçümsenemez.

Bu bulgular, bizi, birkaç yönden aydınlatacak niteliktedir. Bronchus kanserlerinin epidemiolojisinde nox ile hasta-

lığın görülüşü arasındaki gizli devre aşağı yukarı hesaplanarak etiyolojik araştırmalar yapılabilir.

Birçok vakalarda curatif tedavi metodu olan cerrahi tedavi ile primer lezyonun kontrol altına alınmasına rağmen hastaların yakın ve uzak metastazlarla ölüme mahkûm olmalarının sebebi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, bu bakımdan, pneumectomiye geçmeden evvel, elimizdeki bütün imkânları kullanarak, gizli bir yayılmayı bulmağa doğru çalışmamız ve daha etkili araştırma metodları bulmamız gerektiğini gösterir. Meselâ P i l l e r s 'in iddialarına göre (13) bronchus kanseri vak'alarının % 50 sinde, kemik iliğinde, carcinoma hücreleri veya şüpheli hücreler görülmüştür. Preoperatif olarak, radioactif izotoplarla gizli kanser (Scanning) aynı gayeyi gütmektedir.

Nihayet, klinik öncesi ve klinik süresinin başında olmak üzere iki paragrafta toplayabileceğimiz « E r k e n T e ş h i s », pratik ehemmiyeti olan en can alacak araştırma noktasıdır.

Klinik öncesi araştırma ve erken teşhis, ancak periferik akciğer kanserinde bahis konusudur. Materyelimizde 4 vak'a bu şekilde Tüberkiloz araştırmaları arasında ortaya çıkmıştır. Hepsinde tümör ameliyatta lokalize bulunmuş ve lokal excision gibi en basit müdahaleye rağmen hepsinde bir seneden beri rest veya recidiv görülmemiştir. Kanser cemiyetlerinin polikliniklerinde veya tüberkiloz araştırmaları ile beraber çalışarak ve yahut ta bütün hastahanelerde girişile beraber sistematik şekilde, ufak boydaki akciğer ekran resimlerinin alınması ve şüpheli görülen vakaların takibi bu uygun vakaları çoğaltacaktır. S t o l o f f (28) 17 senede, bu metodla 1,61/100000 oranında brochus kanseri vakası bulmuş ve 18 vakanın 6 sında hiçbir semptom görülmemiştir. 11 i soliter nodül halinde görülmüştür.

Hastalığın, klinik devresinin başlangıcında erken teşhis ise belli başlı klinik şekillere göre değişmektedir: Ana bronchus, lobus bronchus'u veya segment bronchus'unda başlayanlar,

**Central Tip** olarak isimlendirilmektedir. Buklinik şekilde en erken teşhis aracının bronkoskopi olduğunda hiç şüphe yoktur. Çünkü, bu devrede, klinik ve radyolojik bulgular yoktur. Sadece, uzuvyetin, bronchus içindeki carcinoma yı yabancı olarak telâkki ettiği ve müdafaa refleksi olarak daöksürükle dışarıya atmağa çalıştığı görülür. Sigaranın carcinoma ile olan alakası, bizce, etiyolojide ne ziyade bu devrede mevcuttur. Uzun süren öksürükler hemen daima sigaraya bağlanır, hekim ve hastanın dikkati dağılmış olur. Öksürüğün nöbetler halinde ve arka arkaya gelmesi mühimdir. Büyük bronchus'larda başlayan carcinoma, bazı müelliflere göre tamamen, bazılarına göre ise büyük bir ekseriyetle indifferansiyel carcinomadır. (17, 19). Bu vakaların makroskopik özelliği, süratle büyümeleri, bronchus içinde infiltratif, vegetant veya ulcerovegetant şekilde olmalarıdır. Bu karakterlere göre hemoptizinin bulunması, röntgen bulguları menfi de olsa, bronkoskopi için kâfi bir sebep teşkil eder. Bronchus'un daralma ve kapanmasını gösteren klinik delillerin en mühimi, darlık yerinde inspiyum ve bilhassa expirium'un uzaması ve sert tenneffüsdür (Whizzing). Bazı hastalar kendileri bunu hisseder ve tarif ederler. Materyelimizde bu delil klinik bulgular arasında beğinci sırayı işgal etmektedir, ancak 17 vakada tespit edilmiş bulunmaktadırlar. Radyolojik olarak bronchus'un daralma ve tıkanmasına ve derecesine uymak üzere, lokal enphysema, a. pulmonalis dallarının kapanan bir yelpaze gibi birbirlerine yaklaşımları, hava azalmasına bağlı olarak kesfetin gittikçe artması ve bir bronchus dağılışına uygun olması, mediastinum'un kayması ve

azalan volum'e ait diğer delillerin ortaya çıkmasıdır (Costa aralıklarının daralması, diaphragma kubbesinin yükselişi, phrenicus efcine bağlı paralysis'ı v.b.).

Buna paralel olmak üzere de klinik olarak, yarı thorax'ın teneffüsten geri kalması, adale atrofisi, matité ve teneffüs seslerinin gittikçe azalarak kaybolması görülür.

Radyolojik olarak en erken ortaya çıkan lokal emphysemaya şahsen hiç rastlamadık. Central tiplerde bronkografinin faydalı olacağı kanısında değiliz. Buna mukabil, özel alet olarak kullanılan tomograflarla, yani ince kesidlerle, ana veya lobus broncus'larında darlığın ekseriya tespit edilebileceğini müşahade ettiğimiz gibi, yer ve uzunluğu, carina'ya olan yakınlığı gösterilebilir. Ayrıca muhtemel mediastinal metastatik adenopatileri göstermek için gerekli bir muayene metodudur.

#### Periferik Tip

Başlangıçta klinik araz ve semptom olmadığından erken teşhis, ancak ekran resimlerle yapılan taramalarda ortaya çıkar. Takip, normal ve standard radyogramlarla lezyonun büyüdüğü tespit ve thoracotomiye gönderilerek teşhise varılır. Daha büyük lezyonlarda dış konturun intizamsızlığı ayrı veya patognomik delil olarak gösterilmek istenmesine (22, 23) rağmen karakteristik değildir. İti-haplara da hatta paraziter hastalıklarda bile bu intizamsızlık görülebilir. Nitekim radyolojik olarak umblication gösteren bir kısım vakalarda lezyon, granuloma karakterini göstermiştir. Fransız müellifleri, Afrikada ekinokok kistlerinde dış kontur intizamsızlığını muntazam konturdan çok daha fazla oranda gördüklerini bildirmişlerdir. Buna mukabil, cavitation olmuşsa içinin intizamsızlığı mühimdir (10, 19). Bu boşlukların drainage bronchusları olmadığından, yani tümör erkenden bronchus'u kapaması yü-

zünden bol mayi bulunması (20), iç intizamsızlık, ve boşluğun 4 cm. den büyük oluşu, uzunlamasına olan ekseninin hilus'a değil fakat vertical bulunuşu ayrıca teşhiste mühim noktalar (19). Carcinomanın peribronchial infiltration'u bulunan vakalarda tomografi yardımcı olabileceği gibi, bronchus'un kapalılığını göstermek üzere bronkografi kullanılabılır.

Şüphesiz ki en kestirme teşhise gidiş aracı radyoskopi altında lezyonun ponction'u ile elde olunan materyelin patolojik anatomik tetkikidir. Bu metodu routine olarak kullanan büyük cerrahi kliniklerinin yanında, infection, kanamaya sebep olması veya akciğer ve plevraya dağılması ihtimalini tehlikeli bulan müellifler vardır. Bu hususun materyele istinad ettirerek aydınlatılması gerekir. Periferik carcinoma'ların juxta, retro ve prehilere diye adlandırılan şekillerinin hususiyetleri ayrıca teşhislerinin daha zor olması ve gerek kendi kütlesi gerekse metastatik adenopati yoluyla bronchus'ları dıştan kapayarak bronkoskopik materyelin elde olunmasına mani olmasından ibarettir.

Superior Sulcus da lokalize olan periferik bronchial carcinoma'lar tamamen ayrı karakter taşıdığından ayrı bir klinik tablo olarak ele alınmalıdır. Oldukça nadir görülen bu tipte erken teşhis hemen sadece kliniğe dayanır. Sinsi şekilde başlayan, gittikçe artan hecmeler halinde gelen kol ağrılarının yanında adale tonusunun azalması, kol, tenar ve hipotenar adalelerinin atrofisi uzun müddet şu veya bu sebebe bağlanarak asıl hastalık gözden kaçabilir. Radyolojik gölgeden evvel bu bölgedeki submatite ve teneffüs seslerinin azalması, ağrılarla beraber olunca ehemmiyet kazanır. Daha ilerlemiş vakalarda radyolojik görünüş tipiktir. Bilhassa arka costlardaki bir lysis teşhisi koydurmağa kâfi gelir. Thorax duvarına yakın

olan ve aynı karakterleri gösteren diğer periferik bronchus carcinomaları gibi difransiyel olan bu epidermoid carcinoma'larında seyir yavaştır. Hastalığın daha ilerki safhalarında sympathicus üzerine baskıyla Claude Bernard-Horner sendromu ortaya çıkar. İlk safhada sempatiğin taharruş devresinde mydriasis ve exophthalmus görüldüğü literatürde yazılmıştır. (9). Biz de bir vakamızda bu devreye rastlamış bulunmaktayız. Kemik harabiyetinin sadece costa'lara inhisar etmeyecek columnae vertebrales'i de içine aldığı ve hatta bu yüzden medulla spinalis basması ve felcin husule geldiği Le coeur tarafından bildirilmektedir (19).

Alveolar veya Bronchiolar carcinoma ayrı bir klinik tablodur. (14, 24). Akciğer alveollerle menşei bakımından bir ilişki olmadığı son senelerde kabul edilmiştir. Terminal bronchus'lardan başlayan bu tipin, klinik ve radyolojik özellikleri şunlardır: erkek ve kadında aynı oranda görülür. Senelerce süren yavaş bir gidışı vardır. Bronchus yoluyla aynı veya karşı akciğere yayılır. Akciğer kanserlerinin % 1.5 - 5 ini teşkil eder. Öksürük, nefes darlığı, çok bol mucoid balgam, ağrı, zayıflama, kanama mevcuttur. Muayene ile dağınık ve sebat eden raller alınır. Radyolojik olarak, çeşitli ve karakteristik olmyan bronchopneumonia, geç resolution'unu yapan pneumonia, Friedlaender pneumonisi ile kolayca karıştırılabilir. Bronchuslar açıktır. Atelectasis görülmez. Balgamın bol ve özel tipte oluşu, karışan diğer hastalıklara ait diğer belirtilerin bulunmayışı, balgamda habis tümör hücrelerinin bulunması teşhisi temin eder. Esasen pek az vakada adenomortem teşhis konulabilmektedir. Hastalığın eski iddiaların aksine Jaagsiekte denilen koyun ve keçilerdeki virutik hastalıkla alakası olmadığı anlaşılmıştır (14, 17). Materyelimiz arasında bulunan iki patolojik anatomik alveolar carcinoma diagnostisinin

bu tablo ile alakası yoktur. İkisi de, biri büyük, diğeri küçük olmak üzere iki periferik bronchus carcinomadan ibarettir.

Genel teşhis metodları yanında, routine diagnostik metodu olarak yerleştirilmiş bulunan Scalene biopsisi hakkında Gondos ve arkadaşlarının (11) %40 nispetinde müspet olduğunu yazmalarına rağmen materyelimizde yapılan 10 muayenenin sadece 2 sinde müspet bulgu elde olunabilmektedir. Cytolojik teşhisin kıymetinin sınırlı olduğunu ve ancak tecrübeli ellerde ve müspet olduğu vakalarda vakanın daha yakından takibini gerektirir mahiyette olduğunu tebarüz ettirmek isteriz (17). Metastatik adenopati veya cild altı metastazlarının biopsi ile tespiti, ancak vakanın documentation'una yarar. Erken teşhis ile ilişkisi yoktur.

Teşhis bakımından olduğu kadar, ameliyat öncesi hazırlıkları arasında, radyolojinin ve radyologun üzerine daha büyük sorumluluk ve iş düştüğü kanısındayız. Tomografi ve radyoskopi ile mediastinal adenopatilerin ortaya çıkarılması, pneumomediastinum'un mahzur olmadığı vakalarda aynı tetkiklerin yapılması, plevra ve perikardın tetkiki, V. C.S. üzerine olan bir ziyikini venografi ile ortaya çıkarılması ile lüzumsuz torakotomilerin azalacağı kanısındayız.

Muhtelif klinik-radyolojik tablolar halinde bronchus carcinomaların ayrılması gereken hastalıklar halinde dizilmesi ve ayrıca teşhis konumuz dışındadır. Bu konuda, klasik kitaplarda ve dergilerde bol yayın vardır. Pratik olarak, akciğer kanserlerinin en çok karıştırıldığı hastalıklar, sıklık sırasıyla, tüberküloz, lenfoma, mediastinal tümörler olduğunu belirtmekle yetineceğiz.

#### Ö Z E T :

1 — Bronchus kanserlerinin klinik devresi, yani hekimlerin müşahade ve tedavi ettikleri devre, hastalığın uzun o-

lan süresine göre çok kısadır. Bu bakımdan erken teşhis araştırmalarının klinik öncesi devreye kaydırılmasında zorunluk vardır.

2 — Bronchus kanseri vakalarının bütün dünyada olduğu gibi, memleketimizde de artması yüzünden, tüberkülozlu hastaların taranmasına paralel veya beraberce olmak üzere, belli bir yaşta geçmiş insan topluluklarında, ucuz olan, ufak boydaki ekran resimleriyle araştırma yapılmalı ve büyük sıhhi müesseselere müracaatlarda bu çeşit muayene mecburi olmalıdır.

3 — İl çapında kanser cemiyetleri biran evvel kurulmalı, poliklinik konsültasyon veya elde olunan dokümanları gözden geçirmek üzere teşkilatlanmalıdır.

4 — Bronchus acrcinomu şüphelenilen vakalar süratli hareketle ve mümkün olduğu kadar erken teşhise varmağa gayret etmelidir. Bu bakımdan ilgili hekimlerin, muntazama şekilde tertip edecekleri konferans ve seminerlerle hem halkı hem de diğer hekimleri uyacaklardır.

5 — Erken teşhiste, bronchus kanserlerinin çeşitli klinik tiplerinde kullanılacak araçlar değişiktir. Central tiplerde bronkoskopi, periferik tiplere ekran altında ponksiyon, superior sulcus tipinde klinik bulgular ve radyogram, alveoler tipte ise bol olan balgam materyelinde carcinoma hücreleri aranması bizi en erken teşhise götürecektir araçlardır.

6 — Erken teşhis devresini aşmış olan vakaların, ameliyat öncesi hazırlıkları arasında, vakanın inoperabl olduğunu gösteren delillerin, sistematik olarak aranması ve yeni radyolojik muayene metodlarının ortaya atılması lazımdır.

(Mediastinal metastatik adenopatilerin, radyoskopi, pneumomediastinum, iskeletin radyolojik olarak gözden geçirilmesi, radyoaktif izotoplarla en çok metastaza uğraması muhtemel olan organların gözden geçirilmesi gibi).

#### EARLY DIAGNOSIS OF BRONCHOGENIC CARCINOMA

(Summary and conclusions)

The clinical phase of bronchogenic carcinoma is too short for a time consuming detailed clinical work up. The problem of early diagnosis is of prime importance. All researches should be encouraged to cover the preclinical phase of the disease.

When there is a questionable possibility of bronchogenic carcinoma, biopsies should be taken by means of surest procedure such as bronchoscopy or needle biopsies in order to confirm or rule out the disease. In alveolar or bronchiolar carcinoma as a clinical type of the disease, clinical findings and cytological proof are important.

In superior sulcus location, clinical findings and x-ray pictures usually give the diagnosis.

The radiological check up of the possible existence of mediastinal metastatic adenopathies should be carried out with or without pneumomediastinum, routine fluoroscopy should be done to check pleural and pericardial cavities as well as the function of the diaphragm. Skeletal survey, routine scanning with radioactive isotopes of the most frequently metastatically involved organs, venographic study of the superior vena cava help to prevent many unnecessary thoracotomies.

#### Bronchus Ca.

1965 yılı, 182 vak'a  
Cins ve Yaş dağılışı

Cinsi	Vak'a sayısı	% si
Erkek	171	90,4
Kadın	11	9,6
	182	100

Yaş guruplarına düşen vak'a sayısı

30—39	40—49	50—59	60—69	70—79	80—89
8	19	73	64	17	1

En genç hastanın yaşı : 31, en yaşlı hastanın yaşı : 85

Ortalama yaş : 57

Tablo I

#### Bronchus Ca.

1965 Yılı, 140 vak'a  
(Sigara)

Sigara içen : 133

Sigara içmeyen : 7

Sigaraya başlama yaş gurupları ve hasta sayısı

1—10	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60
18	63	37	12	2	1

Kaç sene içildiği, sene gurupları ve hasta sayısı

1—10	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70
2	11	34	43	32	10	1

İçilen sigara, günde paket (20 adet) ve hasta sayısı

1/4	1/2	1+	2+	3+	4+	5+
4	11	81	26	9	1	1

Tablo II

Bronchus Ca.

1965 yılı 178 vak'a  
(İlk Syptom - Müracaat süresi)

İlk Semptomdan ilk klinik muayene arasında geçen süre (ay olarak)

Ortalama :	5,43 ay
En uzun :	24 »
En kısa :	1/2 »

Tablo III

Bronchus Ca.

1965 yılı 182 va'a

İlk symptom	Sonradan	
	Sayı	Sayı
Ağrı	72	122
Öksürük	33	136
Febris	30	31
Hemoptysis	19	89
Dyspnea	17	91
Anorexia, adynamia	14	141
Boyun ve yüz şişmesi	4	4
Zayıflama	4	135
Dysphonia	3	37
Boyunda beze	3	15
Kemik ağrısı (met.)	3	8
Hiçbir şikâyet yok	4	4

Bazı vakalard ilk symptom birden fazladır. Ağrı ekseriy lokaldır. Bazen baş, boyun, kola vurur veya abdominaldır. Yüz ve boyun şişmesi V.C.Sup.Syndromu başlangıcıdır. Zayıflama 97 vakada ayda ortalama 2.6 Kg.dır. Şikâyeti olmayan vak'alar röntgen muayenelerile ortaya çıkmıştır.

Tablo IV

Bronchus Ca.

1965 yılı, 166 vaka

Klinik Bulgular	Vak'a sayısı
Atelectasis'e bağlı fizik bulgular . . . . .	140
(Thorax daralması, matite, Ten.Ses.azalma v.b.)	
Metastatik adenopati . . . . .	32
Hepatomegalia <sup>1</sup> . . . . .	25
V.C.Sup.Syindr. . . . .	22
Daralmış bronchus bölgesinde haşin teneffüs, inspirium ve bilhassa expirium zorluğu . . . . .	17
Plexus brachialis syndromu . . . . .	6
Claude Bernard - Horner Syindr. . . . .	4
Kemik metastazı . . . . .	4
Parmak kalınlaşması . . . . .	2
Peural met. ve mayi . . . . .	4
Dimiğ metastazı . . . . .	1
Cilt altı metastazı . . . . .	1
Klinik araz olmayan (% 8) <sup>2</sup> . . . . .	12

- 1) Karaciğerin büyüdüğü vakalarda ancak 3 vakada klin. olarak metastaz tespit edilmiştir. Diğerlerinde klinik ve lab. araştırması gerekirdi.
- 2) Klinik araz vermeyen küçük ve periferik ca. vakalarıdır.

Tablo V

Bronchus Ca.

1965 yılı 156 vak'a

Radyolojik Bulgular

Sağ akciğer / Sol Akciğer = 1/1 = 78/78

Sağ akciğer	Sayı	Sol Akciğer	Sayı
Ana Bronchus . . . . .	5	Ana Bronchus . . . . .	14
Üst Lob. Bron. . . . .	54	Üst Lob. Bron. . . . .	54
Orta Lobus Bron. . . . .	13	Ling. Segm. 7	
Alt Lobus Bron. . . . .	13	Alt Lobus Bron. . . . .	11

Klinik - Radyolojik Tablolar

Central	Periferik	Superior Sulcus	Alveolar
110	42	4	Yok

Tablo VI

Bronchus Ca.

1965 yılı, 156 vak'a  
Radyolojik Bulgular

	Vak'a sayısı
Volur. Pulm. Diminutum . . . . .	120
Cavitation . . . . .	10
Akciğer içinde metastaz . . . . .	2
Hilusta metastatik adenopati . . . . .	15
Pleura met. ve Mayi . . . . .	4
Nerv. Phrenicus felci . . . . .	1
Costa infiltration'u . . . . .	20
Bronchus darlığı gerisinde infection . . . . .	114

Tablo VII

Bronchus Ca.

1965 yılı, 61 vaka  
Pat. Anat. Bulgular

	Sayı
İndiferansiye Ca. . . . .	20
Oat cell ca. . . . .	2
Küçük Hü. Ca. . . . .	1
Yuvarlak H. Ca. . . . .	1
Epidermoid Ca. . . . .	15
Adenocarcinoma . . . . .	9
Solid ca. . . . .	6
Papiller adenoca. . . . .	1
Berrak Hü. ca. . . . .	1
Alveolar Ca. . . . .	2
Mixt Tip (Mucoepidermoid ca) . . . . .	1
Cinsi belirtilmeyen . . . . .	14

Tablo VIII

Bronchus Ca.

1965 yılı, 164 vak'a

Diagnosis aracı	vak'a sayısı
Klinik bulgular, Röntgen bulguları, Bronkoskopi bulguları, operasyon bulguları	103
Thoracotomia ve Biopsi . . . . .	22
Bronkoskopi ve Biopsi . . . . .	21
Cytolojik Bulgu . . . . .	4
Kemik metastazi ile . . . . .	4
Cilt altı metastazi . . . . .	1

(1) Biopsi alınmadan yapılan bronkoskopi ve operasyon.

Tablo IX

LİTERATÜR

- Adelman, Bernard P. : Results of Radiation Therapy for Bronchogenic Carcinoma. Radiology : 59: 390-398, 1951.
- Aromovitch M., Meakins F., Place R., Kahana L. M., Groszman M. : A controlled Study of Nitrogen Mustard in Inoperable Bronchogenic Carcinoma. Cancer: 16: 1072-1079, 1963.
- Beling Ulla, Einhorn J. : Radiotherapy for Carcinoma of the Lung. Acta Radiologica 3: 281-286. 1965.
- Berkman, A. T. : 440 Bronchus ve Bronchiolar Carcinoma vak'alarının Tahlil ve Radiotherapie neticeleri üzerinde bir Etüd. İst. Üniv. Tıp. Fak. Mec. 15 : 774-781, 1952.
- Berndt H., Huber R. : Erfahrungen mit der klinischen Stadieneinteilung des Bronchial Karzinoms. Strahlentherapie 123 : 381, 391, 1964.
- Buscke F. : Roentgen Therapy of Carcinoma of the Lung. Radiology 69 : 489-493, 1957.
- Garland, L. H. : The care of Patients with Bronchial Cancer. Radiology 69 : 581 - 583, 1957.
- Garland L. H. Coulson W., Wollin E. : The Rate of Growth and Apparent Duration of Untreated Primary Bronchial Carcinoma. Cancer 16 : 694-707, 1963.
- De Ginder W. L., Lovell B. K. : Accelerated Palliative Radiation Therapy of Bronchial Carcinoma with 250 K.v.Roentgen Rays. Radiology 73 : 684-692, 1959.
- Golden R. : Konferans notları, Columbia Univ. 1949.
- Gondos B. : Pathology of Scalene Lymph nodes. Cancer 18 : 84-88, 1965.
- Guttman R. : Results of Radiotherapy in Cancer of the Lung Classified as Inoperable at Exploratory Thoracotomy. Cancer 17 : 37-41, 1964.
- Horwitz H., Wright T.L., Perry H., Barrett C. M. : Suppressive Chemotherapy in Bronchogenic carcinoma. Am. J. Roentg. 93: 615-638, 1965.
- Howells J. B., Chir B. : Alveolar Cell Carcinoma of the Lung. Clinical Radiology 15 112-122. 1954.
- Kautzsch E. : Zur Therapie des inoperablen Lungen - krebsses. Dtsch. Med. Wschr. 79 : 1655 - 1661, 1950.
- Karnofsky D. A., Golbey R. B., Pool J. L. : Preliminary Studies on the Natural History of Lung Cancer Radiology 69 : 477-488, 1957.
- Liebow A. A. : Bronchogenic Carcinoma. Armed Forces Institute of Pathology Washington D. C. 1952.



- 18 — Nickson J. J., Clifton E., Selby H. : Carcinoma of the Lung Am. J. Roentg. 77: 826-835, 1957.
- 19 — Lecoeur J. : Les maladies des bronches Vigot Freres Paris. 1950.
- 20 — Peabody J. W., Rupnik E. J., Hanner J. M. : Bronchial Carcinoma masquerading as a thin-Walled Cyst. Am. J. Roentg. 77: 1051-1054.
- 21 — Thomas C. P. : Surgical Treatment of Lung Cancer. Cerrahpaşa Hast.indeki konferansı, 1958.
- 22 — Rigler L. G., Heitzman E. R. : Planigraphy in the Differential Diagnosis of the Pulmonary Nodule (With particular Reference to the Notch Sign of Malignancy (aRdiology 65 : 692-702, 1955.
- 23 — Rigler L. G. : A New Roentgen Sign of Malignancy in the solitary Pulmonary Nodule. J.A.M.A. 157: 907, 1955.
- 24 — Schlungbaum W.: Symptomatologie und Diagnostik des peripheren Lungenkarzinoms. Dtsch. med. Woch. 84: 781-784, 1959.
- 25 — Schulz M. D. : The Results of Radiotherapy in Cancer of the Lung. Radiology 69: 494-498, 1957.
- 26 — Spjut H. J., Mateo L. E. : Recurrent and Metastatic Carcinoma in Surgically Treated Carcinoma of Lung. Cancer 18: 1462-1466, 1965.
- 27 — Sprett J. S., Spjut H. J., Roper C. L. : The Frequency Distribution of the Rate of Growth and the Estimated Duration of Primary Pulmonary Carcinoma. Cancer 16: 687-693, 1963.
- 28 — Stoloff I. L. : Incidence and Characteristics of Bronchial Cancer Detected by Photofluorography. Cancer 18: 964-969, 1965.

## SELEKTİF ANJİO-KARDİO-GRAFİ

Istanbul Göğüs Cerrahisi Merkezi  
Baştabib: Doç. Dr. Siyami ERSEK

Radyolog Doktor  
Haluk YILMAZ

Dahiliye Mütahassısı  
Doktor Ümit AKER

Kalb cerrahisinin ilerleyişi kalb hastalıklarının teşhisi bakımından daha katı ve güvenilir metotlara lüzum göstermektedir. Teşhis gurubu cerrahiye nihai teşhisi ve anatomik detayları vermek zorunluğundadır. Klinik ve direkt radyolojik teşhislere dayanan bulgular kıymet ifade etmekle beraber yeterli değildirler. Kateterizasyon bu günkü imkânlar muvacehesinde hakikaten çok değerli bir muayene metodudur. Ancak nihai teşhisde tereddüdü her zaman gideremez. Bu durumlarda son sözü Selektif anjio-kardio-grafi söylemektedir.

Selektif anjio-kardio grafi, muayenesi istenen kalp odacığı, kapağı veya vas-küler kısma göre kateteri istenen yere kadar ithal ederek yüksek basınçla verilen opak ilacın seri olarak radyografi-lerle tesbit edilmesidir.

Gerek anatomik gerek fonksiyonel durumu süperpozisyonlara meydan vermeden bu grafilerde gayet iyi incelemek mümkündür. Selektif anjio-kardio-grafi kateterizasyonu müteakip kolaylıkla yapılabileceğinden zorlukta arzetmemektedir.

Hastanemizde halen mevcut kateterizasyon ve anjio-kardio-grafi ünitesi 500 miliamper ve 150 kilovoltluk bir röntgen cihazına adapte edilmiş tek plânlı bir cihazdır. Seriograf olarak saniyede 10×12 inçlik filmlerle 2 grafi yapabilen Sanchez-Perez tipi bir cihazı kullanmaktayız. Sineradiografimiz puls sistemle çalışan saniyede 50 framlık bir kameradır. 16 mm relif olup 3000 gain lik bir imaj amplifikatörüne merbuttur. Orticon tipi yüksek hassasiyetli bir televizyon ile skopi yapıyoruz. Otomatik yüksek tazyikli

şiringamı zDr. Taweras modeli olup inc kareye 1075 libre basınç sağlayabilmektedir. Radyoloji tekniğimizi aşağıdaki grafilerde arzedeceğiz.

Yukarda vasıflarını arzettiğimiz ünite ile 2,5 senede 713 selektif anjio-kardiografi yaptık. Bu çalışmalar aşağıdaki şemada toplu olarak gösterilmiştir.

#### ŞEMA I

İstanbul göğüs cerrahisi merkezi selektif anjio-kardiografi çalışmaları:

Selektif anjio-kardiografi . . . . .	713
Seriograf ile yapılan . . . . .	428
Sineradiografi ile yapılan . . . . .	285
Sol kateterizasyonla yapılan . . . . .	472
Sağ kateterizasyonla yapılan . . . . .	241

Şemadan da anlaşılacağı üzere hastanemizde daha ziyade normal ebatlı filmlerle çalışmaktayız. Sineradiografinin daha az yapılması, adütlerde detay bakımından yetersiz olmasındandır. Konjenitalerde umumiyetle sineradiografiyi kullanıyoruz. Valvüler lezyonlarda ise normal ebatlı seriografi kullanıyoruz. Sol kalp kateterizasyonu ile yapılan anjio kardiografiye sağa nazaran daha fazladır. Müessesemizde kapak cerrahisi daha fazla yapıldığından bu farklılık doğmaktadır.

Enjeksiyon yerlerini gösteren şema aşağıdadır.

#### ŞEMA II

Enjeksiyon yerleri	
Sol ventrikül . . . . .	289
Sağ ventrikül . . . . .	164
Assandan aorta . . . . .	155
Pulmoner arter . . . . .	28
Dessandan aorta . . . . .	24
Sol atrium . . . . .	20
Sağ atrium . . . . .	19
Alt vena kava . . . . .	5
Koroner arter . . . . .	5
Koroner sinüs . . . . .	2
Üst vena kava . . . . .	1
Sağ pulmoner ven . . . . .	1

Şemadan anlaşılacağı üzere en çok enjeksiyon sol ventriküle yapılmıştır. Mitral valvinin en iyi tetkiki sol ventriküler anjio ile mümkün olmaktadır. Aort valvülünde sol ventriküler enjeksiyonla tetkik edilebilir. Bilhassa sub aortik stenoz ve aortik stenozda bu anjio ile teşhis konulabilmektedir. Sol sağ şöntlü ventriküler septal defektlerde de selektif anjio yeri sol ventriküldür. Sağ ventriküler enjeksiyonları fallot tetralojilerinde pulmoner valvüler ve enfüdübüler stenozlarda, sağ sol şöntlü ventriküler septal defektlerde bilhassa selektif olarak kullanıyoruz. Assandan aortal enjeksiyonlar bilhassa aort yetmezliklerinde yegâne enjeksiyon yeridir. Pulmoner arter enjeksiyonlarını umumiyetle pulmoner bazı tetkik için tercih ediyoruz. Dessandan aortal enjeksiyonlar aort koarktasyonları, aort anevrizmaları ve abdominal aortal lezyonların teşhisinde kullanılmaktadır. Sol atrial enjeksiyonlar sol sağ şöntlü atrial septal defektlerin teşhisinde bazen de mitral valvinin durumunu tetkik için kullanılmaktadır. Sağ atrial enjeksiyonları umumiyetle perikarditlerde kalbin hududunu tayin için kullanıyoruz. Diğer enjeksiyon yerleri daha spesifik muayenelerde kullanılmıştır.

Selektif anjiografilerde kullandığımız kateter tiplerini de bir şema ile arz ediyoruz.

#### ŞEMA III

Kullanılan Kateter tipleri	
NIH kateteri . . . . .	311
Ödman-Ledin kateteri . . . . .	249
Brockenbrough kateteri . . . . .	84
Lehmann (Ventrikülografik) . . . . .	57
Cournand kateteri . . . . .	7
Sones kateteri . . . . .	3
Ross kateteri . . . . .	2

Emniyetli bir anjio yapabilmek için kateterin ucunun kapalı olması çok faydalar sağlamaktadır. Zira penetrasyon ucu açık kateterlerle vukua gelmektedir.

Bundan başka kateter lumeninin yeteri kadar geniş olması icab eder. Dar lümenli kateterlerde basınç ne kadar yükseltirse yükseltilsin opak ilacı global olarak vermek mümkün olmaz. Gerek ucunun kapalı olması ve gerek lümen çapı bakımından en iyi kateter NIH kateteridir. Bütün sağ kateterizasyonda veya arterin disseke edildiği vakalarda kolaylıkla kullanılabilir. Lehmann'ın ventrikülografik kateteri ucunun kapalı olması ve ventriküle kolaylıkla girmesi için ucunda sivri bir kısım bulunması hasebile sol ventriküler anjiolarda tercih edilmektedir. Ancak Seldinger tekniğinde kullanılması imkânsızdır. Bu tekniğe kullanılan kateter Ödman-Ledin kateteridir ve ucu açıktır. Transseptal tekniğe sol anjio için brockenbrough tekniği kolaylıkla tatbik edilebilir. Sones kateteri koroner anjiografilerde kullanılmaktadır. Uç kısmı hususiyet arz eder.

Selektif anjio kardiografi çok faydalı bir teşhis metodu olmakla beraber komplikasyonları da mevcuttur. Ne kadar tedbirli hareket edilirse edilsin bazı komplikasyonları önlemek mümkün olamaz. Ancak bütün tedbirlerin alındığı ve bilgili elemanların yaptığı kateter ve anjilarda nisbet azalmaktadır. Biz 713 selektif anjiokardiografide gördüğümüz komplikasyonları aşağıda arz ediyoruz.

#### KOMPLİKASYONLAR

İlaça karşı allerjik reaksiyon . . . . .	10
Miyokardial penetrasyon . . . . .	14
Perikarda penetrasyon . . . . .	1
Ventriküler Fibrilasyon . . . . .	1
Atrial fibrilasyon . . . . .	1
Hipotansif reaksiyon . . . . .	1
Sinusal taşikardi . . . . .	2
Kısa süreli P-R uzaması T negatifitesi, A-V dissosiyasyon . . . . .	1

Bizim laboratuvarımızda bugüne kadar öldürücü bir komplikasyon görülmemiştir. Ancak daha büyük serilerde eks

mevcuttur. % 1 nisbetinde ölüm umumiyetle pek çok seride görülmektedir. Komplikasyonlar içinde en korkulusu muhakkak ki ventriküler fibrilasyondur. Bu bakımdan kateter ve anji laboratuvarlarında muhakkak defibrilatör bulunmalıdır.

Opak ilaca karşı allerjik reaksiyonları ayrı bir şema ile sunuyoruz.

#### ALLERJİK REAKSİYONLAR

Yalnız deri tezahüratı . . . . . Hafif . . . . .	1
Belirli . . . . .	2
Deri tezahüratı-Bulantı-Kusma . . . . .	5
Deri tezahüratı-Titre . . . . .	1
Deri tezahüratı-Kusma-Buffisür . . . . .	1
Yalnız bulantı ve kusma . . . . .	Sık

Çok yüksek miktarları (kilo başına 2,2 cc ye kadar) gayet kısa sürelerde (Azami 2 saniye) vermemize rağmen ve 15 dakika ara ile enjeksiyonları tekrarlamamıza rağmen ağır bir allerjik reaksiyon görülmedi. Kullandığımız ilaçlar o-pacoron 370 ve urografin % 76 dir. Allerjik reaksiyonlar bakımından aralarında bir fark görmedik.

Penetrasyonları kullanılan kateterin tipine ve enjeksiyon yerine göre bir şema ile arz ediyoruz.

#### PENETRASYONLAR

<b>Kateter tipine göre</b>	
Brockenbrough . . . . .	8
Ödman - Ledin (Seldinger) . . . . .	6
NIH . . . . .	1
<b>Kalp odacığına göre</b>	
Sol ventrikül . . . . .	14
Sağ ventrikül . . . . .	1

Görülmektedir ki penetrasyon oldukça sık görülen bir komplikasyondur. Bizim çalışmalarımızda sık görülemedi, sol taraf enjeksiyonların fazla olması ve bu anjiolar için ağız açık kateterlerin kullanılmasıdır. Çünkü bu tip kateterlerin ucundan büyük bir tazyikle fıskıran

(jet tarzında) ilacın penetre olması daha kolaylıkla olmaktadır. Bunlar gayet küçük lineer penetrasyonlardan geniş sahalara yayılan penetrasyonlara kadar muhtelif çapta idiler. Bir vakamızda da opak ilaç perikarda kadar yayılmıştır. Penetrasyonların hepsi selim seyirli olmuştur. Post operatif serviste devamlı olarak 24 saat kontrole alınan hastalarda bir aksidan husule gelmemiştir. Bütün vakalarda opak ilaç 24 saat zarfında elimine olmuştur.

Selektif anjio kardio grafide kullandığımız radyolojik teknik bulgularını bazı vakalarımızla birlikte arz ediyoruz.



GRAFI I

Kullanılan kateter: Ödman-Ledin  
Teknik : Seldinger  
İnj. yeri: Sol ventrikül  
İlaç: Urografin % 76... Miktar: 45 cc.  
kV: 130... mA: 300.. Zaman: 0,04 S



GRAFI II

Brockenbrough  
Sol ventrikül  
Opacoron 370... 50 cc  
130... 300... 0,04

Opak ilaç sol ventrikülü ve sol atri-yumu tamamen vizüalize etmiştir. Aorta daha az kesif olarak görülmektedir. Sol atriyum büyüktür ve aortadan daha az kesiftir. Septum sağ ventriküler enlarj-man sebebi ile arkaya itilmiştir.

Opak ilaç sol ventrikülü tamamen doldurmuştur. Aortaasandan arkus ve kısmen de dessandan aorta görülmektedir. Ventrikül diastol halindedir. Mitral valvinin ön kapağı mobildir. Arka kapak ise tam olarak açılmamıştır. Sol atri-yuma dönüş yoktur.

Teşhis : Arka kapakta mobilite azalması ile müteraf'k mikral stenozu.

Teşhis : İleri derecede mitral yetmezliği.



GRAFI III

Kateter Tekniği : Seldinger  
Kul. Kateter : Ödman - Ledin  
İnjeksiyon yeri : Aorta assandan  
Kul. İlaç : Opa 370  
kV: 130.. mA: 300.. Zaman: 0,04  
Opak ilaç bilhassa assandan aortayı tamamen doldurmuştur. Koroner arterler gayet iyi görülmektedir ve normaldir. Opak ilaç oldukça geniş bir sahada sol ventriküle geri dönmektedir.

Teşhis : Orta derecede aort yetmezliği.

GRAFI IV

Brakial arter disseksiyonu  
NIH  
Assandan aorta  
Opacoron 370  
100... 300... 0,04

Opak ilaç assandan aortayı arkusu ve dessandan aortayı doldurmuştur. Ko-



roner arterler doluş göstermektedir. Normaldir. Arkustan çıkan büyük damarlar dolmuştu. Sol subklaviannın takriben 2,5 sm altında aorta bir lineer doluş defekti göstermekte bu kısımda daralmaktadır. Bu darlığın altında aorta post stenotik bir dilatasyon arz etmektedir.

Teşhis : Aorta koarktasyonu

#### L İ T E R A T Ü R

Radiology of the heart and great vessels  
Cooley-Sloans

Diagnosis of congenital heart disease  
Kjellberg

Exitus a la cuite d'une angiographie selektive du ventricule droit (Annales de radiology cilt VIII, No: 7-8, Straube K. R. - Dotter C. T.

443 anjio-kardiografi vakası münasebeti ile: Türk tüberküloz kongresi, cilt: 7  
Dr. Halûk Yılmaz

**SADECE POSTERO-ANTERIOR, TEK AKCİĞER RADYOGRAFİSİ İLE  
HASTA KISMIN LOKALİZASYONU**

Doç. Dr. Erdem GÖRMEK

**GİRİŞ**

Bun arasında diğer hastalıkların tıbbi ve cerrahi tedavisinde büyük bir başarıya sahiptir. Hastaların tutana ile gövdeyiğinde ayrıca bulunan lokalizasyonunu görür. Cerrahi ve tıbbi tedavileri için hastaların hangi tek veya segmente ait olduğu öğrenmek amacıyla yapılan testler.

Ayrıca hastalıklarında diğerleri arasında ayrıntılı olarak, Pnömoni, tüberküloz, akciğer kanseri ve diğerleri gibi daha ayrıntılı bir tanımlama yapmaya, yani bir veya iki tek segmente ait olduğunu belirlemek amacıyla yapılan testlerdir. Bu testler hastaların hangi tek veya segmente ait olduğunu belirlemek amacıyla yapılan testlerdir. Hastaların postero, anterior, lateral ve diğer testler için yapılan çalışmaları.

Az bilinen bir tek tek veya bir tek postero-anterior akciğer filmi ile hasta kısmi lokalizasyonu belli olacaktır. Bu testler için özel olarak hazırlanmış testlerdir.

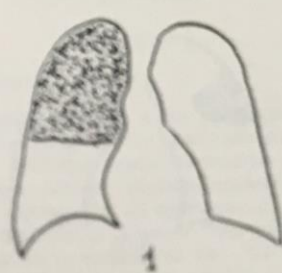
1 - Bronkopnömoni segmentleri postero-anterior akciğer filmi yapıldığında belirgin olarak görülür (Kamer).

2 - Hastanın akciğer filmi ile akciğer filmi yapıldığında belirgin olarak görülür (Kamer).

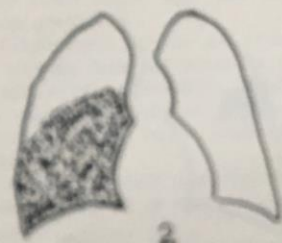
Bu testler için hastaların akciğer filmi yapıldığında belirgin olarak görülür (Kamer).

Bu testler için hastaların akciğer filmi yapıldığında belirgin olarak görülür (Kamer).

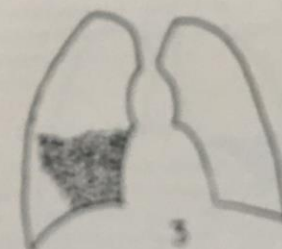
**TÜRK RADYOLOJİ DERNEĞİ**



1

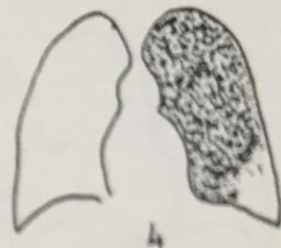


2

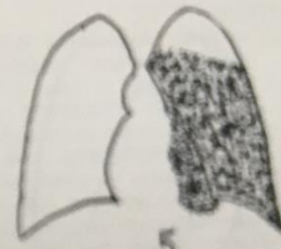


3

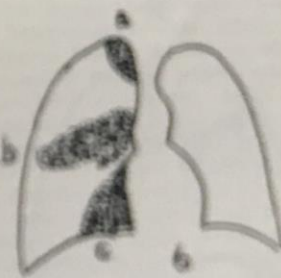
- 1 - Sağ akciğer üst lobe
- 2 - Sağ akciğer alt lobe
- 3 - Sağ akciğer alt lobe



4

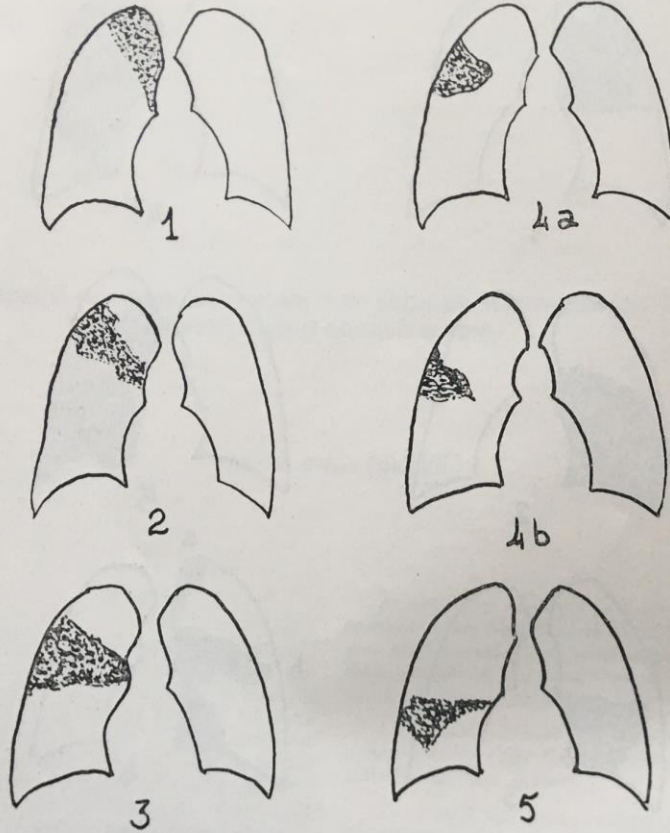


5



- 4 - Sağ akciğer alt lobe
- 5 - Sağ akciğer alt lobe
- 6 - Farklı bölge
- a - Sağ akciğer alt lobe
- b - Sağ akciğer alt lobe
- c - Sağ akciğer alt lobe

**TÜRK RADYOLOJİ DERNEĞİ**



1 — Apikal segment, S. ül  
2 — Posterior segment, Sül  
3 — Anterior segment, Sül

4 a — Posterior segment, aksiller kısım  
4 b — Anterior segment, aksiller kısım  
5 — Lateral segment, Sol

larımızda her iki usulu nasıl kullandığımızı misallerle göstereceğiz.

## K I S I M I

### Akciğer lobları

Bilindiği üzere sağda üç, solda iki lob mevcuttur. Bunlar birbirinden fissürlerle ayrılırlar. Bazan bu fissürler tam değildir. Lobların büyüklüklerindeki normal varyasyonlar da unutulmamalı.

Bazı vakalarda azigos, Dévé'nin tarif ettiği lob ve kardiak (alt ilâve lob) gibi fazla loblar bulunabilir. Bunlardan birincisi yalnız sağda, diğer ikisi her iki tarafta görülebilir.

Lokalizasyon itibarile üst loblar ve sağ orta lob önde, alt loblar ise göğüs boşluğunun arka kısmındadır. Birbiri üstüne superimpoze oldukları gibi bazı kısımları diafragma, kalp ve mediasten ile örtülüdür.

Lobların standart ciğer filmine projeksiyonu LEVHA I de ayrı ayrı gösterilmiştir.

Sol alt lobun apikal kısmının sağ alt lobun apikal kısmından yüksekte olduğunu (Mukayese, şekil 2 ve 5), kostofrenik zaviyelerin yalnız alt loblarla olduğunu (Mukayese 2 ve 5), 4 v 5 belirtiriz.

### Akciğerin segmentleri

Takip eden yapraklarda, evvela sağ ciğerin segmentleri sonra sol ciğerin yalnız sağdakilerden farklı olan segmentlerinin postero-anterior ciğer filmine projeksiyon halindeki şekillerini göreceksiniz.

Segmentlerin isimlendirilmesinde hemen hemen herkes tarafından kabul edilen Jackson ve Huber'in tasnifi kullanıldı. Bir tek istisna bazan alt lobun superior segmenti yerine apikal segmenti tabirinin kullanılmasıdır. Bilhassa sub-superior yerine subapikal kulağa daha hoş geliyor. Her iki tabir de başkaları tarafından kolaylıkla anlaşılmaktadır.

Sağda 10. solda 8 segment vardır. Subapikal ve ilâve segmentler olduğu zaman bunların sayısı artar. Normal hacimlerdeki varyasyonla ve hastalık halinde — fibröz, büzülme, amfizem, atelektazi — şekillerinin değişebileceği hattan çıkarılmamalı. Şekiller segmentlerin satih anatomisini değil, hastalık halinde ve hacmi röntgen kesafetini gösteriyor.

Şimdi segmentleri tek tek gözden geçirelim.

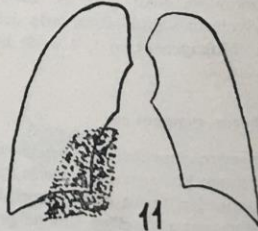
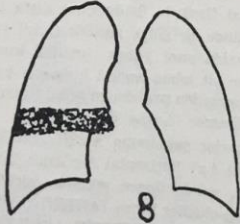
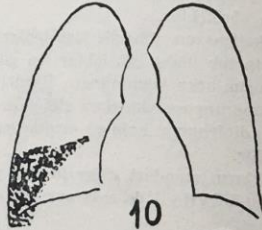
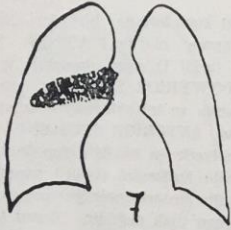
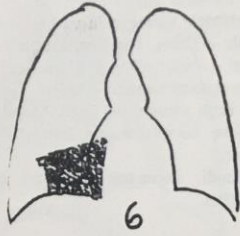
### Sağ üst lobun segmentleri

(LEVHA II)

Bazı kısımlarında birbirleri üzerine superimpoze olurlar. APIKAL SEGMENT (şekil 1) ciğer zirvesinin iç kısmını, POSTERİOR SEGMENT (şekil 2) dış kısmını ve infraklaviküler sahayı işgal eder. ANTERİOR SEGMENT (şekil 3) ekseriyetle en büyüğü olup önde sağ orta loba horizontal fissürü yapar. Bu segmentin postero-anterior projeksiyonu her zaman tipik değildir. Bazen yalnız lateral (aksiller) kısmı bazan medial kısmı konsolidasyona uğrar. Birinci halde horizontal fissürün üstünde ve dışta üçgen şeklinde bir gölge görülür (şekil 4 b) İkinci halde yani yalnız medial kısım hasta ise alt lobun apikal kısmının konsolidasyonundan projeksiyon şekli itibarile ayırt edilemez (Levha III, şekil 7).

Posterior segmentin AKSİLLER kısmı (şekil 4 a) horizontal fissürden biraz yukarda, yanda üçgen şeklinde görülür. Bazan iki aksiller kısım (ANTERİOR VE POSTERİOR SEGMENTİN AKSİLLER KISIMLARI) birleşerek ayrı bir segment yaparlar. Kramer ve Glass bunu çok evvelden tarif etmişlerse de sonradan ihmale uğramıştır. Halbuki pratikte bu segmentin konsolidasyonu oldukça sık görülür.

Sağ orta lobun segmentleri (LEVHA II ve III) LATERAL SEGMENT (Levha II, şekil 5) kaldesi horizontal fissürde ya-



6 — Medial segment, Sol

7 — Apikal (Superior) segment, Sal

8 — Subapikal segment, Sal

9 — Medial bazal segment, Sal

10 — Anterior velateral bazal segment, Sal

11 — Posterior bazal segment, Sal

tan bir üçgen şeklinde gözükür. Yan ciğer sahasındadır fakat sağ kostofrenik zaviyeyi serbest bırakır.

**MEDİAL SEGMENT** (Levha III, şekil 6) üçgen şeklindedir, iç ciğer sahasındadır. Kısmen kalp ile ve küçük bir kısmı diafragmanın en iç kısmı ile temas halindedir.

Tipik şekilleri dolayısıyla bu iki segmenti birbirinden ve arkada kalan alt lob segmentlerinden tek bir postero-anterior göğüs filmi ile ayırmak çok kolaydır.

#### Sağ alt lob segmentleri

(Levha III)

**APİKAL (SUPERİÖR) SEGMENT** (şekil 7) sağ üst lobun anterior segmentinin arkasıdır. Segmentlerin bütünü konsolidasyona uğrarsa ayırt edilmeleri güç değildir, projeksiyon şekilleri çok farklıdır. (Mukayese: Levha II şekil 3 ve Levha III şekil 7). Evvelce de bahsettiğimiz gibi SÜL anterior segmentinin yalnız medial kısmı konsolidasyona uğrarsa ayırt etme güçleşir, projeksiyon şekilleri hemen aynıdır. Elimizdeki başka bir çareden sonra bahsedeceğimiz. **SUB-APİKAL SEGMENT** (şekil 8) Yüzde elli mevcut. Besleyen bronkusu, sağ alt lob bronkusunun arka duvarından gelir. Ayırt olmadığı zaman posterior bazal segmentin bir kısmını yapar. Ufki durumda ve apikal segmentin altındadır.

**MEDİAL BAZAL SEGMENT** (şekil 9) önündeki orta lobun medial segmentinden şeklinin başkalaılığı ile ayrılır. Arkasında kalan **POSTERİÖR BAZAL SEGMENT**'ten (şekil 11) bazan ayırmak güç ise de sonuncunun büyüklüğü ve yan hududunun konveksliği ekseriyetle yardım eder.

**ANTERİÖR BAZAL** ve **LATERAL BAZAL** (şekil 10) in yalnız posteroanterior filminden ayırt edilmeleri güçtür. Bu itibarla ayrı ayrı gösterilmedi. Eğer kesafet çok yanda ise muhtemelen lateral bazal, eğer kostofrenik zaviye tam

manasile kesif değilse anterior bazaldır. Karışık vakalarda sol anterior oblik tefriki teşhisiyle yardım eder. Bir çok vakalarda bu segmentlerin merkeze uzanan ince kökleri, hastalık dolayısıyla artan kesafetlerine rağmen, filimlerde görülmez. Bunun sebebi etraftaki kahn ve hava dolu normal ciğer tabakasıdır.

#### Sol üst lobun segmentleri

(Levha IV)

Yalnız hacim, şekil ve pozisyon itibarile sağdakilerden farklı olan segmentler gösterildi.

**APİKALPOSTERİÖR SEGMENT** (şekil 12) sağdakinin aksine müşterek bronkusa sahip tek bir segmenttir. İki kısmı ayrı ayrı hastalanabilir. Ayırt etme sağdakinin aynıdır.

**ANTERİÖR SEGMENT** (şekil 13) sağdakinden farkı alt hududunun dışa ve yukarı kıvrılmasıdır. Bu itibarla arkasındaki apikal segmentle karışmaz. Sağda olduğu gibi alt hududu fissüre komşu değildir. Bu segmentle lingulanın superior segmenti arasında ancak nadiren fissür bulunur.

**LİNGULA, SUPERİÖR SEGMENT** (şekil 14) Sağ orta lobun lateral segmentine tekabül eder. Oblik olarak yukarı kıvrılır. Geniş lateral distribüsyonu alt lobun subapikal segmentinden ayırt ettirir.

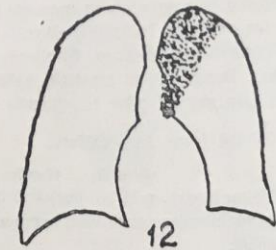
**LİNGULA, İNFERİÖR SEGMENT** (şekil 15) Sağ orta lobun medial segmentine tekabül eder ve onun gibi kalp gölgesi ile karışır.

**APİKAL (SUPERİÖR) SEGMENT** (şekil 16) sağdakine nazaran yüksek zaviyeli görülüyor.

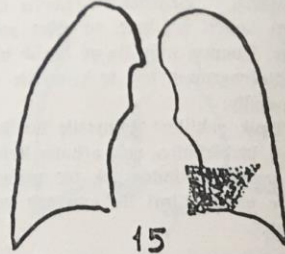
**MEDİAL BAZAL SEGMENT, ANTERİÖR BAZALIN** bir kısmıdır.

**ANTERİÖR BAZAL** ve **LATERAL BAZAL** için sağda söylenenler sol için de doğrudur.

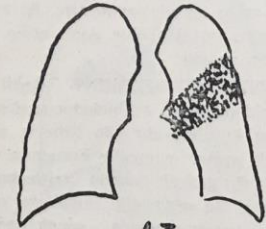
**POSTERİÖR BAZAL** (şekil 17) in postero-anterior projeksiyonda gözükmesi



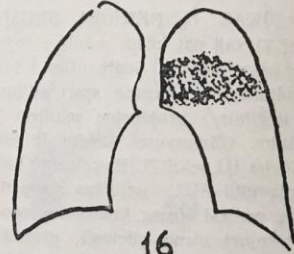
12



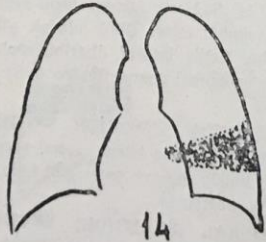
15



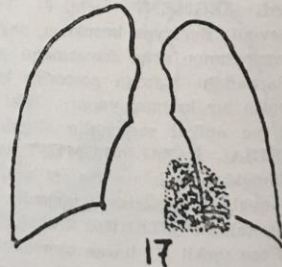
13



16



14



17

- 12 — Apikal Posterior segment, Sol ül  
 13 — Anterior segment, Sol ül  
 14 — Superior segment, Lingula Sol ül

- 15 — Inferior segment, Lingula Sol ül  
 16 — Apikal (Superior) segment, Sol al  
 17 — Posterior bazal segment, Sol al

diafragmanın yüksekliğine ve kalbin büyüklüğüne tabidir. Hacmini küçülten hastalıklarda tamamen kalbin arkasında kalır.

## KISIM II

### Birbiri ile temas halinde olan kesafetin hudutlarını kaybetmeleri fenomeni

Dünyanın her tarafında Röntgenciler tarafından kullanılan bir usuldür. Filimleri ıslak olarak tank başında kontrol ederken veya sonra okurken ve bilhassa her iki halde de ilâve filimler tavsiye edilirken bilenler tarafından muvaffakiyetle tatbik olunabilir. Her usul gibi bir kaç limitasyonu vardır. Limitasyonları öğrenmek usulün kendisini öğrenmek kadar kolay olduğundan tatbikinde bir güçlük beklenmemeli.

Şimdi basit bir iki misâl ile ve şekiller üzerinde bu fenomeni izaha girişelim. Meselâ farzedelim ki postero-anterior ciğer filminde kalbin sağ kenarı üzerine superimpoze olan bir tümör var. Acaba önde ve kalp ile temas halinde mi? yoksa arkada ve kalpden uzak mı Tarifi-mize göre önde ve kalp ile temas halinde ise kalp hududunun tümör kesafeti ile süperimpoze olması, beklenen kısmın, da görülememesi; arkada, kalpden uzak ise kalp hududunun tümör kesafetine rağmen görülebilmesi lâzımdır. (levha 5, birinci sıra).

Kalbin sol hududu üzerine gelen kesafetler de aynı şekilde ayırt edilebilir (arkada ve önde oldukları). (levha 5, ikinci sıra).

İlk misâl olarak kalbe bitişik veya kalb ile süperimpoze olan akciğer kesafetlerini aldık. Kalp gölgesi herkezde bulunduğu için, her iki akciğerin iç ve alt kısmındaki lezyonlarda ve bu kısmın mediasten tümörlerinde bu usul pek çok tatbik şekli bulur.

Çocuklar hariç bir çok gençlerde ve kâhillerin hemen hepsinde, aortanın çıkan kısmını sağda ve inen kısmını solda

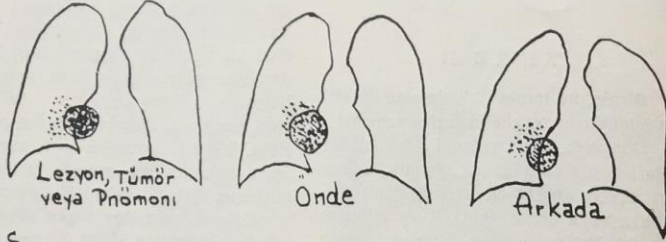
bariz birer kesafet halinde ayırt etmek mümkündür. Aortanın anatomik durumunu, çıkan aortanın önde, inen aortanın da arkada olduğunu biliyoruz. Bundan istifade ile; sağ üst iç ciğer kısmındaki bir kesafet, aortanın çıkan kısmından ayırt edilemiyorsa, önde, ayırt edilebiliyorsa, arkada demektir. Sol aorta, yani inen aorta bölgesinde bulun aksi varittir. Kesafet aortanın inen kısmından ayırt edilemiyorsa, arkada, ayırt edilebiliyorsa, öndedir. (levha 5, üçüncü sıra).

Kalp ve aortadan başka akciğer filminde görülebilen kesafetlerden biri diyafragmadır. Anatomik olarak göğüs boşluğunun zeminini arkadan öne kaplar. Ön kısmı ve bilhassa orta kısmı yüksektir. Arka kısmı gittikçe alçalarak derin olan arka sinüsü yapar. Postero-anterior göğüs filminde gözükün diyafragma kesafetinin üst hududunu vak'aların çoğunda orta kısım, bazı vak'alarda da hem orta hem ön kısım yapar. Bundan faydalanılarak, meselâ, ciğerin alt kısmında olan bir kesafet diyafragma hududundan ayırt edilemiyorsa ya ortada ya önde, eğer diyafragma hududu bariz olarak görülüyorsa arkada demektir. (levha 5, üçüncü sıra).

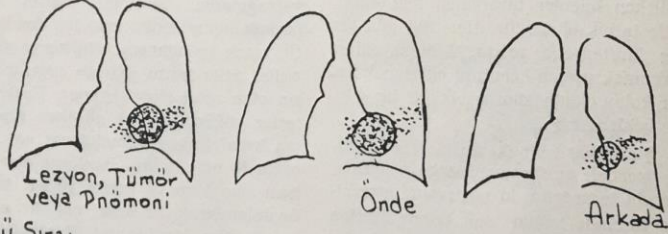
Şimdiye kadar kalp, aort ve diyafram kesafetlerinden istifade ile akciğerlerin iç ve alt kısımlarındaki lezyonların lokalizasyonunu gördük. Pulmoner arter kesafetlerinden ve hatta arka ve ön kaburgaların kemik kesafetinden de istifade ile, ciğerin üst ve dış kısmındaki lezyonların lokalizasyonunu yapmak kabilesinde de, güçlüğü dolayısıyla şimdilik bundan bahsetmiyeceğiz.

Şimdi usulün limitasyonlarından bahsedelim: Astenik tipte bazı insanlarda ve kalbin küçük olduğu vak'alarda, kalbin sağ hududu kolon vertebralardan ayrılmaz. Yine, daha evvel bahsettiğimiz gibi çocuklarda ve bazı gençlerde aorta ufak olduğundan ciğer sahaları ile hudut yapmaz. Afiizemli hastalarda diyafragmanın düz olduğunu da unutmamak lâ

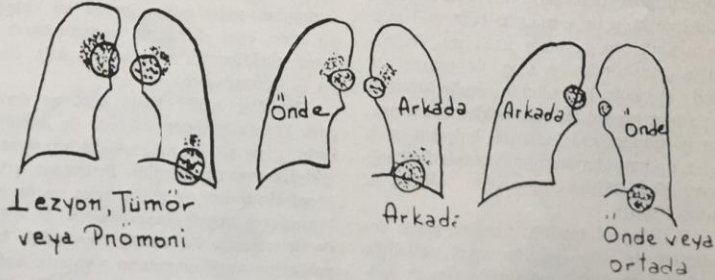
### Birinci Sıra :



### İkinci Sıra :



### Üçüncü Sıra :



Yuvarlak, muhtemel bir tümörü veya başka lezyonu, Noktalı saha, pnömonik bir infiltrasyonu temsil ediyor. Fazla tafsilât için lütfen metne bakınız.

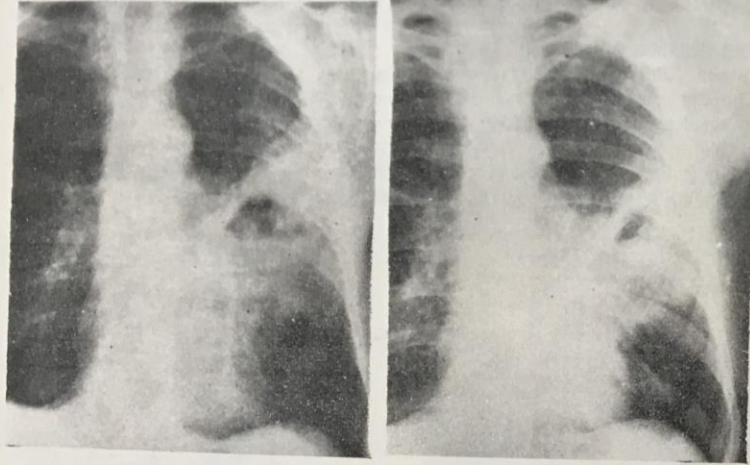
zım. Tabii bu gibi vak'alarda lezyonların doğru bir lokalizasyonu yapılamaz.

Daha mühim fakat tashihi kabil bir limitasyon, film tekniğidir. Çok yumuşak filimlerle, yani kemik kesafetinin nesiç kesafetinden ayrılmadığı filimlerle hüküm vermek güçtür. Kalbin arkasından kotların görülebileceği penatrasyonda bir film kifayet eder. Son za-

manlarda başka sebepler yüzünden tutulan ve yüksek kilovatla çekilen akciğer filimleri bu usul için de idealdir.

Tâkip eden sayfalarda. bazan segmentlerin antero-posterior ciğer filmine projeksiyon halindeki şekillerinden ifade ile, bazan da yukarda tarif edilcn usul ile, akciğer lezyonlarının tek bir postero anterior filmde lokalizasyonuna ait misâller göreceksiniz.





#### LOKALİZASYON

Projeksiyon ekleli itibarıyla lingulanın superior segmentini işgal eden bir lezyon. Altta kalan amfizem sahasına ve lezyonun kuçülmesine dikkat edilirse lingulanın hepsinin hasta olduğu düşünülabilir.

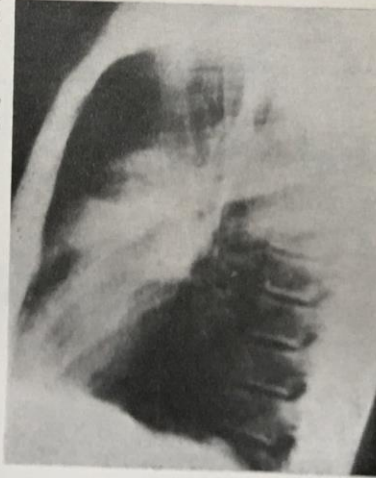
Kalp hudutları lezyonla superimpoze olan kısımda görülmüyor. Yani lezyon önde. Bu şekilde her iki usul birbirini teyid ederek lezyonun lingulada olduğu kanaatine vardırıyor.

#### Vakanın kısa hikâyesi :

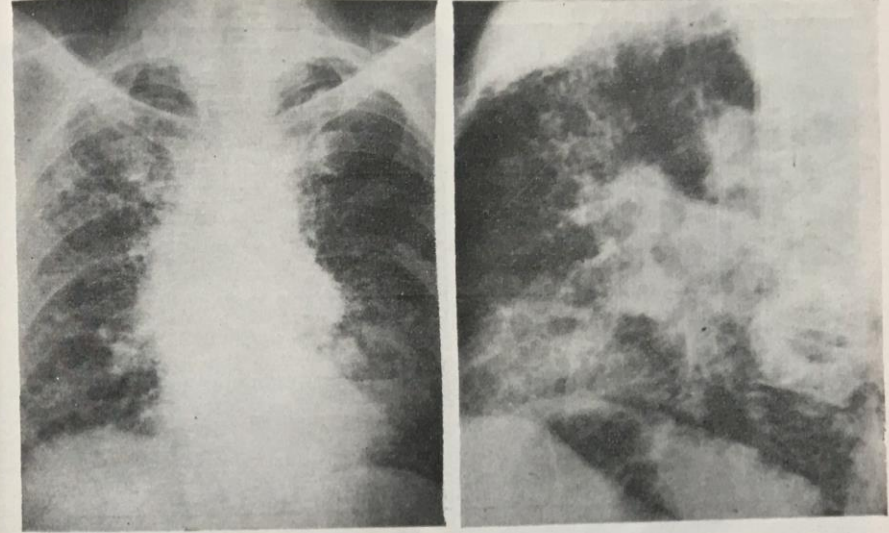
54 yaşında, erkek. Pnömoni arazlarıyla hastaneye geliyor. İki hafta antibiyotik tedavisinden sonra lezyonda bir küçülme var. Buna rağmen kanser ihtimali ortadan kaldırılamadığından ameliyat yapıldı.

#### Ameliyat bulgusu :

Bütün lingulayı işgal eden AKCİĞER APSESİ bulundu.



PA filmdeki lokalizasyonun doğru olduğunun isbatı için lateral filme lütfen (3 Numaralı resme) bakınız.



#### LOKALİZASYON

Yuvarlak, kalın cidarlı apse hiçbir segmentin projeksiyonuna benzemiyor.

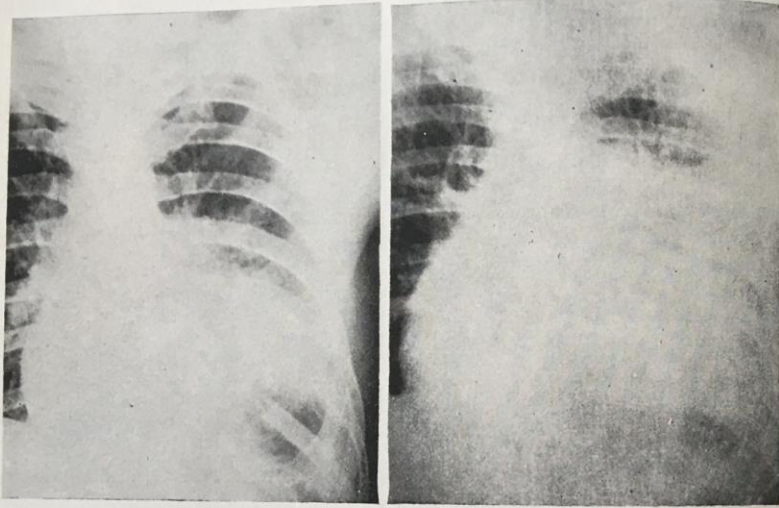
Kalbin hududu lezyonla superimpoze olduğu sahada bariz olarak görülüyor, demek ki lezyon ciğerin arka kısmında.

#### Vakanın kısa hikâyesi :

64 yaşında erkek. Uzun zamandanberi her iki ciğerde yaygın fibröz değişiklikler ve amfizem sahalari. Sol üst lobta büyük bleb var. Sol alt ciğerdeki apsenin etiolojisi meçhul fakat ciğerin diğer kısımlarındaki bulgulara göre mikrobik intibaini veriyor.

#### Ameliyat bulgusu :

Sol alt lobta skuamöz tipte AKCİĞER KANSERİ bulundu. Plevra ve lenf bezlerinde metastas bulunduğundan lobektomiden başka bir şey yapılmadı.



#### LOKALİZASYON

Projeksiyon şekli itibarile alt lobta bir lezyon. İlaveten kostofrenik zaviyesinin de hastalık alâmeti göstermesi ve kalp hududunun bariz olarak görülmesi lezyonun arka ciğer sahasında olduğunu takviye ediyor. İkinci filmde alt lobun superior segmentine de intişar var. Birinci filmde bazal segmentlerin hepsi hasta.

Lezyon arka ciğer sahasında olduğuna göre diafragma hududunun görülmesi lâzım. Diafragma altında fazla hava ol-

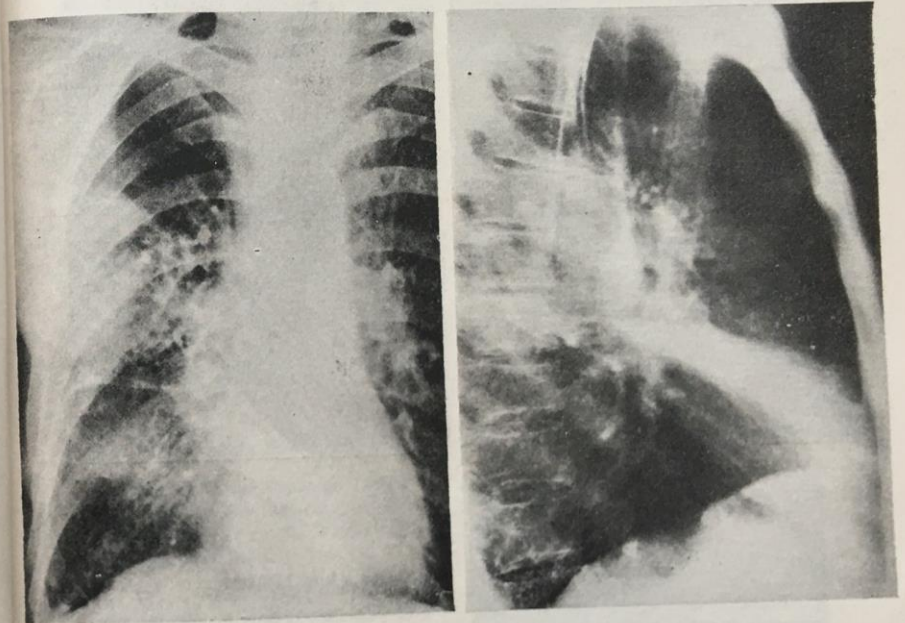
ması bu işaretin gözükmemesine mani oluyor Usulün limitasyonlarından biri.

Vakanın kısa hikâyesi :

39 yaşında erkek. Akut plöretik tipte göğüs ağrısı, hararet yükselmesi. Klinik olarak pnmoni. Birinci filminden altı gün sonra ikinci film. Birkaç gün sonra hasta öldü.

Otopsi Bulgusu :

Sol alt lopta BRONKOPNOMONİ ve miliar küçük apseler.



#### LOKALİZASYON

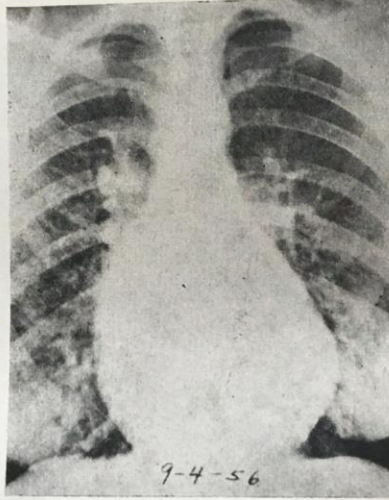
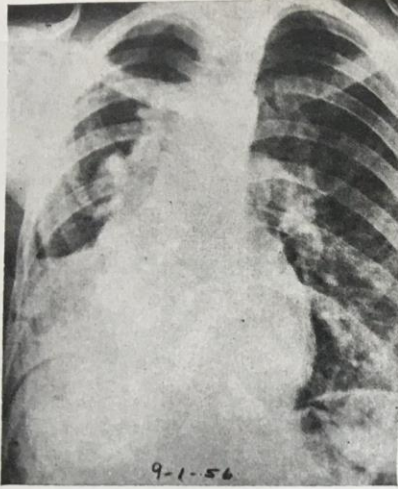
Üçgen şeklindeki kesafet, projeksiyonu itibarile, üst lobun posterior segmentinin aksiller kısmına tekabül ediyor. Kalp, aorta ve diafragma ile teması olmadığından ikinci usulden istifade edilemez.

Yukardaki lezyondan başka alt ciğer sahasında ve içte hafif bir kesafet var. Kalp hudutları kesafetin hafifliğine

rağmen o sahada iyi seçilmiyor; demek ki önde yani orta lopta bir pnmoni sahası daha var.

Vakanın kısa hikâyesi :

52 yaşında erkek. Kronik öksürük ve dolaşan tipte artrit. Daha evvel yapılan bir bronkografide iki taraflı bronşektazi bulunmuştu. Zaman zaman PNÖMONİ oluyor. Yukarda görülen pnmonik infiltrasyonlar da tamamen kayboldu.



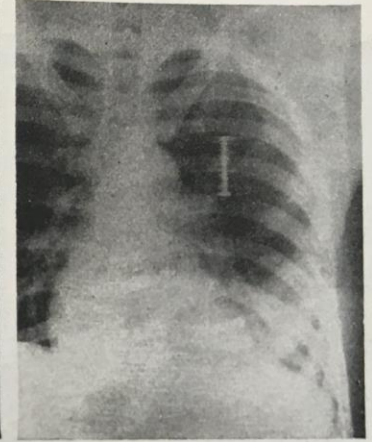
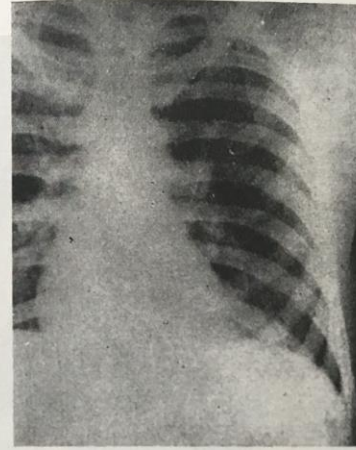
#### LOKALİZASYON

Projeksionunu itibarile sağ alt loba benzeyen kesafet. Kalp hududunun seçilebilmesi lezyonun alt lobta yani arkada olduğunu takviye ediyor.

Diafragmanın altında hava olduğundan hududu seçilemiyor. Usulun limitasyonlarından biri. Kalp hududuna kadar intişar eden bir lezyon olmasa idi usulden istifade edilemeyecekti.

#### Vakanın kısa hikâyesi :

32 yaşında kadın. Senelerden beri bilinen ve kateterle ispat edilmiş atrial septum defekti var. Peritonit arazlariyle acele hastaneye yatırılmış ve akut apandisit çıkarılmıştı. Birinci film ameliyattan 48 saat sonra, postoperatif atelektaziyi gösteriyor; 72 saat sonra ATELEKTAZI'nin tamamen temizlenmesi.



#### LOKALİZASYON

Şekil itibarile lingulanın inferior segmentine benziyor. İlâveten alt loba ait kostofrenik zaviye açık. İkinci filmde bu o kadar bariz deöil.

Kalp hududu aşikâr olarak seçilemiyor, demek ki lezyon önde. Diafragma hududu aşikâr, demek ki lezyon ya önde ya arkada.

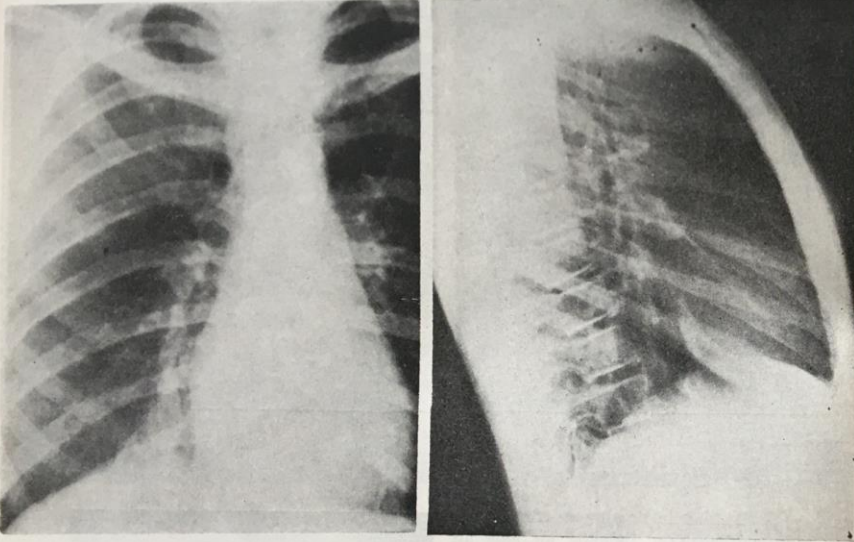
#### Netice :

Lingulanın inferior segmentinde pnomoni.

#### Vakanın kısa hikâyesi :

17 yaşında erkek. Sol göğüste akut başlayan ağrı ve hararet yükselmesi. Dinleme ile solda plöral sürtünme. Yukarki filimler 12 saat ara ile çekilmiştir. Pnomonide röntgen arazlarının geç çıktığına misal. Vaka tipik PNOMONI gibi seyretti ve bir haftada klinik şifa ile neticelendi.





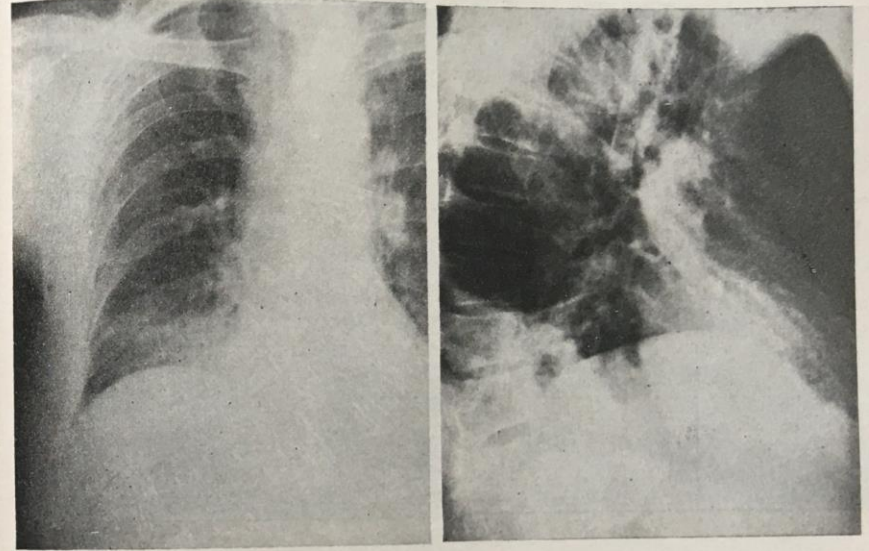
#### LOKALİZASYON

Projeksiyon şekli itibarile tipik değil. Sağ orta lobun medial segmenti veya alt lobun medial segmenti olabilir. Küçük ciğer sahalarının hastalık halleri usulun limitasyonlarından biri. Kalbe bitişik olan kısım sağlam olduğundan karar vermek güç; lâkin diafragma hudu-

du lezyonla superimpoze olan kısımda seçilemiyor, demek ki lezyon orta kısımda. Büyük bir ihtimalle sağ alt lobun medial segmenti kısmen hasta.

Vakanın kısa hikâyesi :

16 yaşında erkek. Klinikman pnömoni arazları gösteriyor. Bir haftada PNO-MONİ'de klinik ve rodyolojik kaybolma.

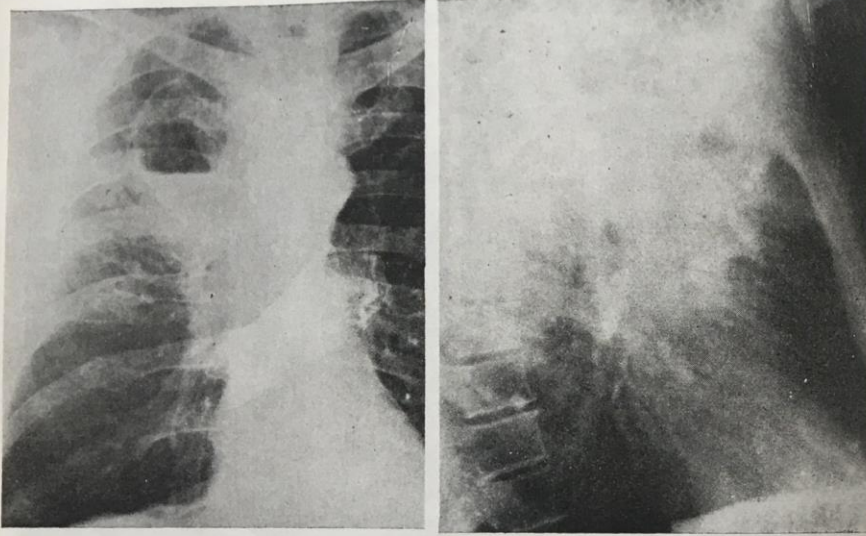


#### LOKALİZASYON

Projeksiyon şekli itibarile lezyon sağ alt lobun posterior segmentinde itibarini veriyor. Diafragma hududu gayet bariiz olarak görülüyor. demek ki arkada bir lezyon.

Vakanın kısa hikâyesi :

65 yaşında erkek. Batın ameliyatından altı gün sonra hararet yükselmesi. Filimde gözüken kesafet segmental pnömoni veya PLÖRAL MAYI; hastanın 5 gün sonra çekilen filminde büyük salâh vardı.



#### LOKALİZASYON

Projeksionunu itibarile üst lobun anterior segmentinde bir lezyon intibai alınır. O kadar tipik değil. Aortanın çıkan kısmının hududu seçilemiyor. Demek ki lezyon önde, ilk intiba takviye edilmiş oluyor.

#### Vakanın kısa hikâyesi :

64 yaşında erkek. Müphem arazlar, ve pnomoni şüphesi ile hastaneye geliyor.

#### Ameliyat bulgusu :

Sağ üst lob anterior segmentte AK-CİĞER KANSERİ ve kansere distal apse.

#### KONKLÜZYON VE HÜLASA

Misallerden anlaşılacağı üzere pratikte görülen bir çok vak'alarda tek bir postero anterior ciğer filminden akciğer lezyonlarının doğru bir lokalizasyonunu yapmak kabildir. Bilhassa lateral filmin bulunmadığı acele konsültasyon vak'alarında, konferanslarda veya hastanın umumî ahvalinin lateral filim ve daha başka ilâve filimler çekilmesine müsait olmadığı hallerde, büyük yardım sağlanır. Diğer mütehassısların röntgeniye itimadı artar. Kat'i hüküm vermeden iki noktaya dikkat etmeli: Şüpheli vak'alarda lateral ve ilâve filimler çekirtmekten çekinmemeli ve filimlerin kâfi derecede

penetran olmasının ehemmiyeti unutulmamalı.

Bilhassa filmin kıt olduğu bu zamanlarda bir çok vak'alarda postero-anterior bir tek filim üzerinde doğru bir lokalizasyon yapmakla hem hastayı ve doktorunu, hem de bizleri her gün işimize koşturan ilmi merakımızı, tatmin etmiş oluruz.

#### LİTERATÜR

- 1) KANE. J. : A. J. of Rad. : (1952) August p. 229.
- 2) FELSON, B.M.D. : Fundamentals of Chest Roentgenology. (1960).

## KLİNİĞİMİZDEKİ RASTLADIĞIMIZ HABİS TONSİL TÜMÖRLERİ HAKKINDA

Doç. Dr. Süheyl EĞİLMEZ \*

1950-1961 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Radyoloji Enstitüsü ve Kulak, Boğaz, Burun Kliniğinde görülmüş olan 158 Tonsil tümör vak'asından biopsi ile histolojik olarak teyid edilmiş olan 97 vak'a tetkik edilmiştir.

Bu 97 vak'adan 1 tanesi kliniğimizde yatmış, 21 adedi her iki klinikte ayaktan takibedilmiştir. Geri kalan 75 vak'a ise yalnız Radyoloji Enstitüsünde görülmüş ve takib edilmiştir.

Tetkik edilen vak'aların % 21,7 si yassı epitel karsinomu %1 i indeferansiye karsinom, % 1 i lenfo epitelyoma, % 21,7 si lenfo sarkom, % 43,4 ü ratikulum hücreli sarkom, % 3 ü histolojik olarak teyid edilemeyen sarkom, % 7,2 lenfo granülamatöz % 1 Schwannom olarak bulunmuştu. Bahsi geçen tebliğde

(\*) Çapa K.B.B. Kliniği Öğretim Üyesi

kliniğimizde 1950 - 1961 yılları arasında takib edilen tonsil tümörleri, Radyoloji kliniğine göre azdır. Nitekim 1961 den bu güne kadar kliniğimizde 28 tane daha tonsil tümörü takib edilmiştir. Bunlardan 7 si yatırılmış ve ameliyat edilmiştir. Şimdiki tebliğimde tonsil tümörlerinin patolojisini klinik seyri ve tedavisini gözden geçirmek istedim.

**Kesret :** Tonsil kanseri üst teneffüs yolları kanserleri arasında laryngofarenks kanserlerinden sonra 2 ci derecede sıklıkta rastlanmaktadır.

Bütün kanserlerin % 1,5-3 ünü teşkil ederler. Tonsil karsinomları en fazla 60 - 70 yaşları arasında erkekte görülürler.

Pertissianın 139 vak'alık serisinde 93 tanesi (% 67) 50-60 yaşında ve 125 i (% 90) erkekti. Lenfo sarkoma ve lenfo epi-

teliyomaların üçte biri kadında görülür. Lenfosarkoma karsinomadan daha sık olarak 30 - 40 yaşları arasında görülür.

### PATOLOJİ :

**Karsinomalar :** Tonsil kanserleri mutaden üst kutupa yakın yerden menşea alırlar ve umumiyetle ekzafitik, sathi olarak ülsere dirler, yumuşak damağa yayılmaları suprotonsiller fossadan veya ön piliye doğrudur. Bu yayılma mutadi vechile sathidir ve radioterapinin ilk günlerinde kaybolur. Arka piliye yayılma nadiren müşahade edilir, fakat glosso farengal oluğa yayılma siktir. Metastatik üst servikal ganglion daima mevcuttur ve bundan sonra bu hadiseye alt boyun ganglionları, aksilla ve mediastinum musab olur. Kan yolu ile olan uzak metastaslar laryngofarenks karsinomlarında olduğu kadar sık değildir.

### Lenfoepitelyomalar ve Retikulum hücreli Sarkomlar :

Tonsilin lenfoepitelyomaları mutadi vechile düz, çokca olarak sub müköz, ve bazan lobüle tümörlerdir. Bunlar da çok nadir gözle görünür şekilde ülsere mevcuttur. Bunlar tonsili derin olarak infiltr etmezler ve yayılmaları sathidir. İlerlemiş vak'alarda bütün tonsil boyunca sath olarak ülsere olurlar, ve her birinde ayrı bir klinik tablo bazı zaman bilateral, büyük üst boyun ganglionları sathi bulumlardır ve bunu takiben boynun ve mediastinum lenf bezlerinin müsabiyeti karsinomlardan daha hızlı olarak husule gelir. Tedavinin akim kaldığı ileri vak'alarda akciğer, karaciğer ve kemik met. daima bir kaidedir ve bunları epidermoid kanser ve lenfo sarkomlardan ayırır.

**Lenfo sarkomlar :** Tonsil'in lenfo sarkomları Submüköz olarak başlarlar ve ülsere olmadan çok büyük nisbete varırlar. Tümörün sathi yumuşak damak mukozası ile kaplıdır. Travma, tedavi

insizyonları veya biopsi tümör sahasında geniş nekrozlara sebep olan sekonder infeksiyona yol açar. Bazı zaman lenfo sarkom erken safhasında sathi olarak ülsere olur ve bu ülsere orta hatta doğru uzanarak at nalı görünümü alır. Bazı lenfo sarkomlar oldukça küçüktür ve göze enflamasyona uğramış bir tonsil manzarası verir. Ekseriya bilateral büyük bir servikal adenopati tonsilin lenfosarkomlarında en sık raslanan bulumdur.

Bütün orofarenksi kaplayan ülsere olmayan lenfo sarkomlarda neşyunemaların ilk safhasında mutadi vechile oldukça diskre üst servikal adenopatiye buluruz. Tedavi ile kontrol edilemeyen ilerlemiş lezyonlu hastalar hastahğın generalizasyonu (ki daima retroperitoneal ganglionlar istilaya uğramıştır) ile ölürlar.

### MİKROSKOPİK PATOLOJİ

**Kanserler :** Tonsil tümörlerinin bir çoğunu karsinomlar teşkil eder. Bunların büyük nisbette de oldukça indeferansiye Squamacell kanserlerdir. Büyük miktarı çok az keratinize olur veya hiç olmazlar.

**Lenfo epitelyomalar :** Histolojik olarak ayrı bir grup teşkil ederler. Bunlar akciğer, karaciğer ve kemiklere metastaz yaparlar.

**Lenfo sarkomlar :** Histolojik olarak bunlar muhtelif alt gruplara ayrılır. Fakat bu alt grupların klinikte kıymeti yoktur.

Mikroskopla teşhisler her zaman kolay olmaz, bilhassa biopsi lenf bezinden alınmışsa. Burada teşhis koymak için kliniğin büyük ehemmiyeti vardır.

### KLİNİK SEYRİ :

**Karsinomlarda :** Hafif farenks rahatsızlığı, yabancı cisim hissi, yutarken hafif ağrı, tonsil karsinomunda umumiyetle ilk semptomlardır. Bunlar hastayı doktora sevk etmeyecek kadar hafiftir.

Ağrı yalnız ilerlemiş vak'alarda mevcuttur.

Oldukça ilerlemiş vak'alarda disfaji ve aynı tarafta otaljide görülmektedir.

**Muayene:** Hastada umumiyetle ortasında ülsere saha olan büyük muntazam olmayan tonsil bulunur. Afete uğrayan tonsil endüredir ve nadiren fikse olmuştur. Tümör tonsil dışına umumiyetle ülsere olmayan ön pli veya supra tonsiller fossada sathı kabarıklıklar görülebilir.

Gonion lenf bezleri hemen daima hastalığa musab olmuştur. Bunlara ya primer lezyon ile veya ondan önce raslanabilir. Bu adenopatiler çabuk büyüyen umumiyetle fikse fakat cilde yapışık değildir. Boyunda Gonion lenfadenopatisini takip eden metastatik nodüller yalnız avanse vak'alarda görülür. Aksilla mediastinum gibi diğer lenfatik sahalar müteakiben afete iştirâk ederler.

**Lenfoepitelyomlar :** Bu tümörlerin karakteristiğini primer lezyonun çok diskre olmasından dolayı nazarı dikkati celbetmemesi teşkil eder.

Bunlar nadiren genişçe ülsere olur ve nadiren derine doğru araz verecek şekilde enfiltre olurlar. Sıkça görülen ilk semptom, çabuk büyüyen reyoner adenopatidir. Bu ganglionlar mandibul zavıyesi arkasında üst boyun ganglionlarıdır, ve umumiyetle yumuşak, fikse olmaya meyli az ve çok sık olarak komşu sahalarındaki küçük nodüller ile birleşmiş şekilde görülürler.

İlerlemiş vak'alarda uzak mesafedeki lenf bezlerine akciğer, karaciğer ve kemige metastaz nadir değildir.

**Retikulum hücreli sarkom + lenfosarkome :**

Regota'ya göre tonsil lenfosarkomları başlangıç tarzına göre üç guruba ayrılır:

1 — Birinci gurup (Obstruktif) tonsildeki tümör yutmayı ve teneffüsü güç-

leştirerek kadar büyük hacme baliğ olur. Bunda tümör ülsere olmadan çok çabuk büyür. Adenopati olmayabilir veya yalnız mandibul zavıyesinde, oldukça diskre palpabl nodül bulunabilir.

2 — İkinci grupta : Enflamatuvar bu guruptaki hastalarda hastalık seyri a-teşle müterafiktir. Hastada tekrarlayan, enfilasyonu taklit eden farenjit şikâyetleri mevcuttur. Bu vak'alarda üst servikal adenopati akut safhalarda görülebilir ve bu adenopati tam kayıp olmamakla beraber gerileyebilir. Bu vak'aları teşhis etmek ancak hastayı daimi müşahede altında tutmak ve biopsi yapmak ile kabildir.

3 — Üçüncü gurup (Erken metastaz yapan) : Nisbeten daha fazla rastlanır. Bu vak'alarda tonsil lezyonu sessizdir (Semptom vermez) bundan dolayı sıkça gözden kaçabilir. Böyle vak'alarda tonsil içinde küçük bir tümör dokusu veya glosso - epiglottik fossada sathı veyâ bulunabilir. Metastatik nodüllere ilk aynı taraf servikal lezyonlarında rastlanır ve bunlara müteakip süratle aksilla ve mediastinumdaki diğer lenf bezlerine atlarlar. Tümör çabukca geniş olarak yayılır. Maalesef hastaların bir çoğunda doktora ilk müracaatında hastalık jeneralize olmuştur.

Bu gibi jeneralize vak'alarda hastanın zayıf bünye ahvali, mediasten kompresyonu semptomu vesair, klinik tabloda ilk nazarı dikkati çeker ve tonsildeki primer fokus dikkat nazarından uzak kalabilir.

Burun boşluğu nazofarenks ve dil kökünden başlayan lenfo sarkomlarda da benzer şikâyetler mevcuttur. Jeneralize vak'alarda kat'i teşhise varmak zor, hatta imkânsızdır. Şunu da işaret etmeli ki, tonsil lenfosarkomlarından jeneralize olanlarda kemik metastazları nadirdir, ve umumiyetle lenfatik sistem afete uğramıştır. Jeneralize olan vak'aların bazılarında hususi ile çocuklarda deverana büyük miktarda neoplastik hücreler ka-

rışabilir, ve bu gibi vak'alar lösemiler ile karışabilir. Mamafih supravital boyalar ile hematolojistler bu hücreleri lösemi hücrelerinden ayırt edebilirler.

## DİAGNOS (Teşhis)

Anamnez ve klinik bulgular ile teşhise varılmaya çalışılır ise de biopsi ile teyid edilmelidir. Rontgen uzak met. için kıymetli bir yardımcı vasıttır.

Bütün lenfosarkom ve lenfoepitelyomlar da rutin halde göğüs grafisi çekilmelidir.

## Ayrırtıcı teşhis :

Yumuşak damak ve tonsil tüberkülozu adeti veçhile yabancı membranlar ile çevrili superfisyal gri ülseler ile karakterizedir. Umumiyetle akciğerde, avanse tüberkülozda bulunur.

Tonsilde sifiliz gomuna çok nadiren tesadüf edilir. Sifiliz ülseri kenarı umumiyetle zimba ile kesilmiş gibi keskin dir ve endüre değildir. Derinde başlayan parotis primer tümörleri bazı zaman orofarenksin yan duvarında deformite husule getirir ve ayrırtıcı teşhis de göz önüne alınmalıdır. Nihayet bu tümörler çok yavaş büyürler ve ülsere olmazlar.

## T E D A V İ

Her nekadar bu gün için ileri memleketlerde Tonsil habis tümörlerinde cerrahi metod tahdid edilmiş ise de bazı hallerde bu metod yine kullanılmaktadır. Umumiyetle bu bölgenin habis tümörlerinde rontgenterapi halen daha fazla kullanılan bir metod halindedir.

Umumiyetle bizde garb memleketlerindeki endikasyonlar içinde kalmayı doğru bulmaktayız şöyle ki:

Eğer tümör karsinom ise ve iyi difransiyoluşmuşsa burada cerrahi metod tercih ediyorum. Çünkü tümörler rontgene az hassastırlar ve nisbeten geç metastaz yaparlar. Biz cerrahi metodu biraz

geniş kullanmak taraftarıyız yani yalnız tonsili çıkarmakla yetinmiyoruz icabında boyundan girerek (Komando ameliyatı) Tonsil lojuna erişip radikal ameliyatlara icap ederse boyun disseksiyonuna taraftarız. Karsinom çok az difransiyoluşmuşsa bu takdirde diğer lenfo epitelyomalar lenfosarkomlar v.s. tümörler gibi vak'aları rontgenterapiye sevk ediyoruz. Çünkü bu tümörler rontgen ışınlarına çok hassastırlar ve umumiyetle çok çabuk metastaz yaparlar ve bu metastazlar da rontgen ışınına çok hassastırlar.

## P R O G N O Z

Tonsil bölgesinin tümörlerinin heyeti umumiyesinde prognoz nisbeten elverişli sayılmaktadır. Coutard yalnız dış irradiasyon ile tedavi edilen T o n s i l K a n s e r l i gelişigüzel seçilmiş 65 vak'alık bir seride 21inin (% 32) 5 sene veya daha fazla yaşadığını tebliğ etmiştir. New York Memorial hastahanesinde tedavi edilen 92 vak'alık bir seride 15 tanesi (% 17) 5 sene veya daha fazla bir zaman zarfında rontgenterapiden sonra hayatlarını devam ettirmişlerdir. Tedavide bazı vak'alarda muaffakiyetsizliğin sebebi tam dozun verilmemiş olması ve primer lezyonun metastazları ve sonradan genarileze metatazlar hastalığın survisini kısaltır ve prognozu vahimleştirir.

Neşredilen vak'aların küçük miktarında olması göz önüne alınarak I e n f o e p i t e l y o m a l a r da prognoz tayini katıyet ifade etmemektedir. Her nekadar tümör rontgen ışınına çok hassassa da genarileze olma çok elverişlidir.

Berven'in neşrettiği 13 vak'adan 8 tanesi tedaviden 5 sene sonra hayatta idiler. Walker tonsil epitelyomadan tedavi edilen 7 hastanın 6 sında pek kısa müddet takip sırasında hayatta kaldığını işaret etmektedir.

Tonsil lenfosarkomları tonsil tümörleri içinde en iyi prognoza sahip olanlardır. Rontgenterapi, boyunda

sınırlanan vak'alarda oldukça yüksek nisbette survi temin eder. Berven tonsil sarkomlu 49 vak'alık bir seride tedaviden 5 yıl sonra 12 sinin (% 24) sağ ve sıhhatte olduğunu bildirmektedir. Bizim vak'alarımızda bundan evvelki tebliğde bildirilmiştir.

#### SONUÇ

Tonsil Habis tümörlerinin histolojik sınıflandırılması ve tedavisi halen aktüel mevzular arasındadır. Kliniğimizde iyi difarensiyasyonlu tonsil tümörlerine cerrahi metodları tatbik etmekteyiz. Eğer karsinom inifarensiyasyonlu boyun metastazları multipl ise, ve diğer histolojik tip tonsil habis tümörlerinde, radyoterapiye bu gibi hastaları sevk ediyoruz.

#### Ö Z E T

Bu yazıda 1950-1961 yılı arasında Üniversite Radyoterapi kürsüsü ile beraber takip edilmiş, 22 vak'alık bir seri ve bu tarihi müteakip bu güne kadar 28 vak'alık yalnız kliniğimiz tarafından takip edilen bir seri hasta münasebeti ile tonsil habis tümörlerinin histopatolojisi tedavisi ve prognosu gözden geçirilmiştir.

#### SUMMARY

In this article a series of 28 cases of malignant tonsil tumors seen at the University of İst. Medical Faculty, E.N.T. and Radiotherapy clinics from 1950 through 1961 and another series of 22 cases seen at the above mentioned E.N.T. clinic during the period 1961 to 1966 have been presented. Concurrently, a brief review of the histopathology, treatment and prognosis of malignant tonsil tumors has been given.

#### L İ T E R A T Ü R

- 1 — Ackerman, V. L. And del Regato, J. A. : Cancer Diagnosis, Treatment and Prognosis, St Louis, 1954, the C. V. Mosby Company, pp. 362-371.
- 2 — Berven, E.G.E. : Malignant Tumors of the Tonsil; A Clinical Study With special reference to Radiological Treatment, Acta radial, supp. 11, pp. 1-285, 1931.
- 3 — Eğilmez, S., Uzel, R. : Bademcik Habis Tümörlerinde Klinik bulgular, Türk Radyoloji Mecmuası 6: 12-20, 1961.
- 4 — Harpman, Ja. : on Carcinoma of the Pterygo-mandibular raphe, J. Laryng. 78: 9-17, Jan 64.
- 5 — Leroux Robert, J.: Current therapeutic Trends and Prognosis of Tonsillar epitheliomas, Rev. Prat. 14: 2677 - 81, Jul 64.
- 6 — Martin, H.E., and Sugarbaker, E. L. : Cancer of the Tonsil, Am. J. Surg. 52 :158-196, 1941.
- 7 — Martin, H. E., and Morfit, H. M. : Cervical Lymph Node Metastasis as the First Symptom of Cancer, Surg., Gynec and Obst. 78: 133-159, 1944.
- 8 — Toker, C.: Some Observations on the Distribution of Metastatic Squamous Carcinoma within cervical lymph Nodes, Am. Surg. 157 : 419-26, March 63.
- 9 — Walker, J. H., and Schulz, M. D. : Carcinoma of the Tonsil, Radiology 49: 162-168, 1947.

#### PANCOAST TÜMÖRÜNÜN TEŞHİSİNDE YANILMALAR

#### YAZANLAR :

**Dr. Harold SİMON**

**Dr. Alfred C. MOON**

Radiology: February 1964.

Volume 82, Number 2, Pages 235-239

#### TERCÜME EDEN :

**Prof. Dr. Efdal AŞAR**

Akciğerin superior sulkus tümörlerinin (Pancoast Tümörü) erken teşhisi, şifa ve önemli derecede palyasyonu hedef tutan enerjik tedavi çalışmalarına ait yeni raporlarla büyük bir önem kazanmıştır.

#### T a r i h ç e :

Herbut ve Watson'a göre orijinal sendromu (1838) de tarif edilmiş olan bu hastalık üzerine ilk olarak geniş bir kitlenin dikkatini çeken (1924) de Pancoast olmuştur.

Tümörün karakteristik belirtilerini: toraksın yukarı bölümünde yer alması, o taraf omuz çevresinde başlayan sonra koltuk altına, skapulaya ve çok kere ulnar siniri boyunca kola doğru yayılan ağrılar, el kaslarında atrofi, ekstremitelerde şişkinlik tümörün bulunduğu tarafta enoftalmi, miyozis, ptozis ve kuruluştan ibaret olan (Horner Sendromu) teşkil eder. Akciğerin apeksinde perküsyonla matitenin tesbiti sık rastlanan bir bulgu değildir.

Radyografilerde akciğerin apikal bölgesinde çok zaman kosta veya vertebra

harabiyeti ile birlikte bulunan bir kitle görülür. Ölüm, gözle tesbit edilebilen metastazlar olmadan tümörün ağır gelişmesine husule gelir.

#### P a t o l o j i :

Herbut ve Watson (1946) da literatürü yeniden gözden geçirdikten sonra kendilerine ait olan (17) vakayı da bunlara ekliyerek, klinik belirtilere tümörün embriyolojik yapısının değil, lokalizasyonunun sebep olduğu kanısına vardıklarını açıklamışlardır.

En çok rastlanan tümör primer bronkojen karsinomalar olmakla beraber seyrek olarak plevra endotelomalarının, boyun ve tiroidin primer kanserlerinin, meme, özofagus, böbrek tümörlerinin, hatta sarkom metastazlarının, Hodgkin hastalığının, tüberkülozla granülomaların bu sendroma sebep oldukları tesbit edilmiştir.

#### T e d a v i :

Lokalizasyonu bakımından prognozu kötü olarak kabul edilen bu tümörlerde son zamanlarda şifa ve önemli derecede palyasyon sağlanmıştır.



Vakaların çoğunda doğru bir teşhisin konulmasına kadar geçen önemli süre içinde hastalığa ait semptomların bulunduğu bir gerçektir. Bu itibarla radyologlara düşen vazife; ışın tedavisine bir an evvel başlanması için; teşhis mümkün olduğu kadar erken koyabilmektir.

Radyolojik teşhiste değişik iki problemle karşılaşılabilir:

Biri : çok rastlanan tip olup bunlarda kemik harabiyeti küçük yumuşak doku kitlesi ile birlikte bulunur.

Rutin olarak yapılmakta olan akciğer radyografileri, apikal-lordotik pozisyonlar genellikle kemik harabiyetini gösteremez. Bu incelemelere alt servikal-üst dorsal vertebraların ön-arka pozisyonunda bir radyografisi eklenecek olursa, bahis konusu olan kemik harabiyetlerini kolayca tesbit etmek mümkün olur.

Diğerini de; Kemik harabiyeti bulunmayan, yalnız yumuşak doku kitlesine ait opasite gösteren ve çoğunlukla da plevra kalınlaşması diye kabul edilen vakalar teşkil eder.

Plevra kalınlaşmalarının apeksi bir külâh gibi örttüğü dikkat nazara alınacak olursa medial bölüme, hilüse doğru

yayılan opasitenin daha ziyade tümörü düşündürmesi gerekir. Bu gibi hallerde durumu aydınlatmak için en uygun olanı apikal-lordotik veya hafif oblik pozisyonundaki radyografilerdir. İcabında tomografi de yararlı olabilir.

Yaptığımız incelemelerden aldığımız sonuçlara dayanarak akciğer radyografilerinde kullanılan rutin postero-anterior projeksiyonların çok defa bu tümörleri meydana çıkaramadığını tesbit ettik. Tablo'da görüleceği üzere postero-anterior pozisyonunda ciğer radyografisi yapılmış olan (11) hastanın:

- (4) ünde patolojik bir özellik görülmemiş,  
 (3) ünde tümöre ait aşikâr belirtiler tesbit edilmiş,  
 (1) inde lezyon farkedilmemiş (atlanmış),  
 (1) inde plevrada epanşiman görülmüş,  
 (2) si de şüpheli kalmıştır.

Sonradan bunlarda yapılan özel pozisyonundaki radyografiler ve diğer radyolojik incelemeler sayesinde vakaların hepsinde patolojik lezyon gayet aşikâr bir surette tesbit edilmiştir.

#### T A B L O

#### PANCOAST TÜMÖRÜNÜN TEŞHİSİNDE RUTİN VE ÖZEL İCELEMELERİN NETİCELERİ

Vaka	Semptomların Süresi	İlk Rutin İncelemelerdeki Bulgular	Özel İncelemeler	Kemik Lezyonu
1	2 yıl	Negatif	+	+
2	8 ay	Negatif	+	+
3	2 yıl 9 ay	Atlanmış	+	+
4	3 ay	Negatif	+	0
5	4 ay	Pozitif	+	0
6	2 ay	Şüpheli bulgu	+	0
7	Tayin edilemedi	Pozitif	+	0
8	3 ay	Pozitif	+	+
9	2 ay	Şüpheli bulgu	+	+
10	1 ay	Plevral sıvı	+	0
11	6 aydan fazla	Negatif	+	+

Biz Pancoast Tümörü şüphe edilen vakalarda rutin olarak akciğerin postero-anterior, lateral, apikal-lordotik pozisyonlarda radyografilerini yapmakta ve bunlara ek olmak üzere bir de yukarı kostaları içine almak şartile alt servikal-üst dorsal bölgenin antera-posterior durumda filmini çıkartmaktayız.

Bu suretle hastaların yüzde 90'ından fazlasında doğru bir teşhisin sağlanabileceğine inanıyoruz.

Bununla beraber radyolojik bulguların negatif veya yetersiz olduğu hallerde özofagusu baryumla, apeksleri tomografi ve oblik grafilerle incelemek suretiine doğru teşhis ihtimalini yüzde 100'e yaklaştırmak mümkündür.

Vertebra harabiyeti tesbit edilen vakalarda radyoterapi bakımından yararlı olacağı düşüncesile miyelografi de yapılmaktadır.

#### V a k a T a k d i m l e r i :

**Vaka: 1.** S.A. adında 53 yaşında beyaz erkek.

İki yıldanberi önce sağ omuzunda başlayan, sonra göğsünün ön kısmına ve sağ ön-kolun ulnar bölümüne yayılmış olan ağrılardan şikâyetçi. Bu süre içinde 5 kilo kadar zayıflamış ve artritisi teşhisile semptomatik tedavi yapılmış. New England Center Hospital'e müracaatından dört hafta önce eşi kocasının sağ göz kapağındaki düşüklüğü farketmiş.

Hastanedeki fizik muayenesinde 1., 2. ve 3. dorsal sinir köklerine ait hipo ve hiperestezi ile birlikte sağda Horner Sendromu tesbit edilmiş ve Pancoast Tümörü teşhisi ile radyolojik servisine gönderilmiş olmasına rağmen rutin pozisyonunda yapılan ilk akciğer radyografisinde patolojik bir özellik bulunmamıştı.

Hastanın tekrar müracaatında radyoskopi, tomografi, dorsal vertebra grafileri, özofagusun kontrast ilaçla tetkiki yapılmış, bu sayede sağ ciğerin apeksinde bir kitle, özofagusun sağ kenarında

(1. ile 3. dorsal vertebra seviyesinde) düzensizlik ve 2. ile 3. dorsal vertebraların aynı taraftaki lateral bölümlerinde de harabiyet tesbit edilmiştir.

Pancoast Tümörü teşhisi ile radyoterapiye gönderilmiş olan bu vaka; iki yıldan fazla bir süredenberi karakteristik belirtileri olduğu halde; rutin akciğer radyografilerinin hekimleri nekadar kolaylıkla yanıtlanabileceğini göstermektedir.

**Vaka: II.** J.W. adında 48 yaşında beyaz erkek.

İki yıl dokuz aydanberi sağ omuzundaki ağrıdan şikâyetçi. Bu ağrı dirsek oynamağı içine alacak şekilde yayılan parastezi ile ulnasiniri boyunca tedricen artmış. 1961 Kasımında yapılan sağ omuz radyografisinde oynak kemiklerinde patolojik bir bulgu tesbit edilmemiş. Sonradan bu filim yeniden incelendiği vakit köşesinde kosta harabiyeti ve sağ apekte de bir kitlenin mevcudiyeti görülmüş.

1962 Eylülünde New England Center Hospital'de yapılan radyografilerde sağda 2. kosta ile 1., 2. ve 3. dorsal vertebraların korpuslerinde harabiyet tesbit edilmiş. Başlıca fizik bulgular sağ eldeki hafif bir zayıflıktan ve sağ apeksdeki matiteden ibaretti. Aşikâr Horner Sendromu yoktu.

Servikal miyelografide 1. dorsalden 4. ye kadar uzanan ekstradural bir defekt görülmüştü. Laminektomi yapıldı. Alman parçanın histolojik muayenesile vakanın bütün dokulara yayılmış endiferansiyel büyük hücreli karsinoma olduğu anlaşılmıştı.

**Vaka: III:** P.R. adında 54 yaşında beyaz erkek.

Sol omuzunda 3 aydanberi devam eden ve bazı pozisyonlarda şiddetlenen Aspirin'e geçmeyen ağrılardan şikâyetçi. 4 gündənberi de sol göz kapağında düşüklük olmuş.

Muayenesinde solda Horner Sendromu, bel kemiginde 4. den 5. dorsale ka-

dar devam eden hiperestezi, akciğer radyografisinde sol apekte küçük bir kitle, kolümna dorsalisin radyografisinde de 2. ve 3. vertebralarda harabiyet tesbit edilmişti. Servikal miyelografide, solda 2. ve 3. dorsal vertebralar seviyesinde ekstradural bir defekt görülmüştü. Laminektomi yapıldı. Gelen patoloji raporunda vakanın primer akciğer tümörü özelliklerini taşıyan epidermoid karsinoma olduğu açıklanmıştı. Hasta radyoterapiye gönderildi.

### Ö Z E T

Yazarlar, gayet iyi tanınmakta olan Pancoast Sendromunun eski bilgilerin aksine daha uzun bir klinik devresi olduğunu, vakalarının (4) ünde şikâyetlerin 6 ay, (2) sinde de 2 yıl önce başladığını işaret ettikten sonra tedavideki son gelişmelerle ilgili olarak sağlanmakta olan şifa ve palyasyonların erken teşhis sayesinde daha da artacağını açıklamışlardır.

Rutin akciğer radyografisi yapılan (11) vakanın (7) sinde hastalığın teşhis edilemediği, bunlara ayrıca yukarı dorsal vertebraların anteroposterior pozisyonunda, apikal-lordotik ve oblik pozisyonlarda da apeks radyografileri yapmak suretile vakaların hepsinde tümörün meydana çıkarılmış olduğu, (6) sırada vertebra harabiyeti, (5) inde de yalnız yumuşak dokuya ait tümör kitlesinin tesbit edildiği belirtilmiştir.

Rutin akciğer radyografilerinde kemik lezyonlarının bu kadar çok atlanmasına dikkat çekildikten sonra, baryumla özofagus incelemelerinin ve tomografilerin teşhisdeki yardımları üzerinde de durmuşlardır.

Superior sulkus tümörü şüphe edilen vakalarda teşhise yarayacak bulguların büyük bir kısmını ortaya koyabilmek için rutin akciğer radyografisine ek olarak mutlaka lordotik pozisyonunda apeks, antero-posterior pozisyonunda dorsal vertebraların radyografilerinin yapılmasını, bu suretle de durum aydınlanmadığı takdirde tamamlayıcı özel radyolojik incelemelere baş vurulmasını tavsiye etmişlerdir.

### SUMMARY

The Pancoast is a well defined syndrome that may have a longer clinical history than was previously believed. Four of the authors' 11 patients had a history of over six months, and 2 had a history of at least two years. With recent improvement in therapy, significant cure and palliation can be accomplished, and an earlier diagnosis may better the results.

With routine chest films, 7 of the 11 cases were not diagnosed. With the addition of an anteroposterior spine film and apical lordotic and oblique films of the apices, however, all were readily recognized. Six patients had bone destruction and 5 soft-tissue mass only. It was surprising how much bone destruction could be missed on a routine chest film.. Fluoroscopy and barium swallow, along with laminagrams, added to the diagnostic study.

If there is a suspicion of a superior sulcus tumor, routine chest films, an anteroposterior dorsal spine roentgenogram, and lordotic views should be the minimal examinations, and with these very few lesions will be missed. If these measures are not diagnostic, additional special studies should be performed.

### H A B E R L E R

14 Mart — 11 Haziran 1966 tarihleri arasında Radyoloji Enstitüsünde açılan döriüncü Röntgen Laborant kursuna 16 namzet iştirak etmiştir.

Büyük bir kısmı Verem Savaş Derneğine mensup olan bu öğrencilere Anatomi, Röntgen fiziği, Karanlık oda ve film çekme tekniği dersleri verilmiş ve pratikte yaptırılmıştır.

Kurs sonunda imtihanları yapılan öğrencilerden 14'ü muvaffak olmuş ve belgeleri merasimle Radiagnostik Kürsüsü mensupları tarafından verilmiştir.

### I. ci MİLLİ TÜRK RADYOLOJİ KONGRESİ İstanbul 15 - 17 Eylül 1966

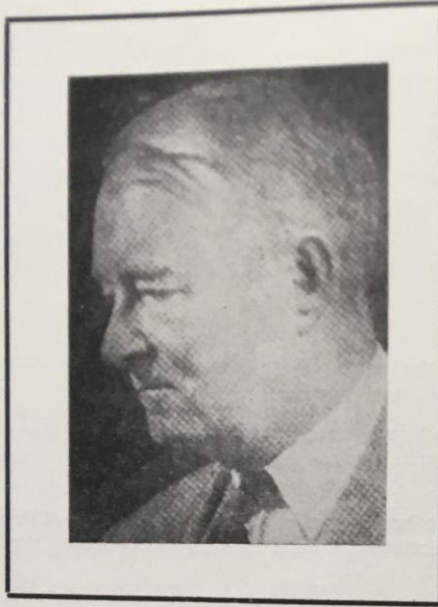
Sayın Meslekdaşımız,

Kongreye iştirak etmek veya tebliğde bulunmak isteyen meslekdaşlarımızın ilişik olarak sunulan "Biografi ve kayıt beyannamesindeki" hususları daktilo veya kitap harfi ile doldurup, kayıt ücreti olan 50 liranın (eşi ile gelecekler 65 TL.) İstanbul Yapı ve Kredi Bankası 36 No. lu hesaba yatırıldığına dair makbuz ile beraber, « Dr. Gürbüz AHISKALI Ortopedi Kliniği, Çapa - İstanbul » adresine gönderilmesi rica olunur.

Saygılarımla,  
TÜRK RADYOLOJİ CEMİYETİ  
Genel Sekreteri  
Dr. Gürbüz AHISKALI

TÜRK RADYOLOJİ MECMUASI

TÜRK RADYOLOJİ MECMUASI



Prof. Hans Rudolf Schinz

## PROF. HANS RUDOLF SCHINZ

Prof. Dr. Muhterem GÖKMEN

Uzun bir hastalıktan sonra 14 Haziran pazar günü Prof. Schinz'in vefat ettiğini teessürle öğrenmiş bulunuyoruz.

Prof. Hans Rudolf Schinz'in ufulü ile yalnız İsviçre değil, Avrupa hatta dünya Radyoloji âlemi çok kıymetli bir rüknünü kaybetti. Bütün hayatı boyunca hiç yorulmadan büyük bir dinamizm ile çalışmış olan Prof. Schinz bir kaç arkadaşı ile bütün radyodiagnostik bahislerini bir araya toplayarak kitap halinde çıkaran ilk yazar olmuştur. Son zamanlara kadar yeni yeni ilâveler ile zenginleştirdiği kitabı hâlen de bütün radyologların üç dilde müracaat ettikleri en iyi eser halindedir.

1918 de Zürich'de Kanton-Spital'deki Röntgen laboratuvarını zamanla büyütmüş bütün yenilikleri ve imkânları tatbik ederek talebesi bol bir mektep haline getirmiştir. 1950 den sonra inşa edilen büyük yeni hastahane modern radiodiagnostik ve radyoterapi merkezini kurmuştur. İlk Betatronu kurmak şerefi Schinz'e aittir.

Prof. Schinz'in en büyük hususiyetlerinden biri de Radyoloji âlemindeki yenilikleri yerlerinde bizzat giderek veya muavinlerini göndererek görmesi ve o yenilikleri memleketine getirip aynen veya kendine has pratik şekilde tatbik etmesidir.

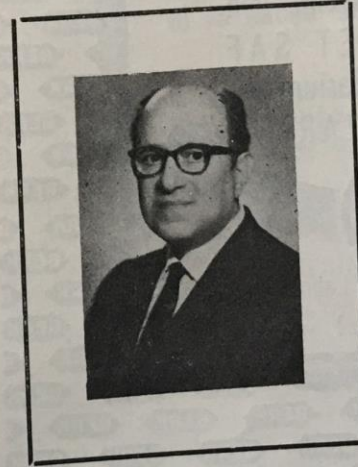
1931 de Paris'de toplanan 3.cü Enternasyonal Radyoloji kongresinde kıymetli tebliğleri ve üç lisanda verdiği konferanslarla ön plâna geçmesini bilmiş ve 4.cü kongrenin kendi memleketinde yapılmasını temin etmişti. Reisliğini yaptığı, 1934 de Zürich ve St. Moritz de toplanan 4. Enternasyonal Radyoloji kongresinin fevkalâde başarılı olmasını sağlamıştır.

1958 de bir Orta Şark seyahatinden faydalanarak İstanbul'u ziyaret etmiş ve burada kaldığı kısa bir müddet içinde gezdiği yerleri çok beğenmiş, konferans vermek üzere yaptığımız daveti kabul etmişti. 1960 mayıs için kararlaştırılan bu ziyaret 28 Nisan olayları ile iptal edilmiştir.

13 Aralık 1891 de Zürich'de dünyaya gelen Schinz'in hayat hikâyesini ve ilmi hüviyetini ancak bir kitap yazarak anlatmak kabil olur.

4 senedir emekliye ayrılmış olan Schinz, Zürich Zoologische Garten ve Zürcher Museums-gesellschaft'ın başında çalışmakta idi.

Kederli ailesine ve bütün Radyoloji âlemine baş sağlığı dileriz.



Dr. İrfan Kayra

1904 senesinde İstanbul'da doğmuş - tur. Halep Alman mektebini bitirdikten sonra İstanbul Tıbbiyesine girmiş ve 1927 de mezun olmuştur. Tortum Hükümet Tababeti ve Sıtma Mücadele Tababetinde çalıştıktan sonra, Haseki Hastanesine gelerek röntgen ihtisasına başlamıştır.

1933 senesinde röntgen mütehassısı olarak Cerrahpaşa, Trabzon, Mersin, Malatya ve Ankara hastanelerinde bulunmuştur. Beyoğlu İlk Yardım Hastahanesinden 1963 senesinde emekliye ayrılıp serbest çalışmasına devam etmiştir. Evli olup üç çocuk babasıdır. Geçirdiği bir mide ameliyatı neticesi 13.Şubat.1966 da ebediyete intikal etmiştir.