

BÖLÜM 146

KONVANSİYONEL AKCİĞER RADYOLOJİSİ

Aslıhan GÜRÜN KAYA ¹

Akın KAYA ²

Konvansiyonel akciğer radyolojisi, solunum sistemi hastalıkları başta olmak üzere göğüs duvarı, komşu yapıları ve içerdiği yapıları etkileyen hastalıkların tanısı ve ayırıcı tanısında, bu hastaların takibinde önemli bir yer tutmaktadır. Basit, ucuz ve kolay uygulanabilir bir görüntüleme yöntemi olan akciğer grafisinde tespit edilebilen bulgular ile, semptomları ya da fizik muayene bulguları çok az olan hastalarda bile erken tanıya olanak sağlanmaktadır.

Standart akciğer grafisi arka-ön (postero-anterior- PA) ve yan (lateral) grafiden oluşur (Resim 1A,B). PA akciğer grafileri rutin olarak hasta ayakta çekilir. Röntgen tüpü hastanın arkasında iken, kaset hastanın önünde yer alır. Hasta ile röntgen tüpü arasındaki mesafe 150-200 cm (genellikle 182 cm) olmalıdır. Ancak, hasta ayakta duramıyorsa hasta oturtularak ya a yatırılarak röntgen tüpünün hastanın önünde, kasetin ise hastanın arkasında olduğu ön-arka (antero-posterior - AP)

grafi çekilir. Ancak grafiler değerlendirilirken, AP grafilerde kalp ve mediasteninin daha geniş, diyafragmaların daha yukarıda, kostofrenik sinüslerin künt görülebileceği unutulmamalıdır. Ayrıca, ayakta çekilen filmlerde akciğer damarları üst zonlarda ince, alt zonlarda daha genişken, yatarak çekilen filmlerde bu fark kaybolur. Grafinin ayakta ya da yatarak çekildiğini anlamanın kolay bir yolu sol diyafragmanın altında mide hava odacığına bakmaktır. Sol diyafragmanın altında mide hava-sıvı seviyesi izleniyorsa film ayakta çekilmiştir.

PA pozisyonunda çekilen akciğer grafisinde kalbin arkası, diyafragmaların arkasında kalan alt lob kısımları, hiler bölgeler ve mediasteninin bazı kısımları yeterince görüntülenemez. Bu nedenle, PA grafilerin, yan grafiler ile birlikte değerlendirilmesinin önemi büyüktür. Ayrıca yan grafiler, PA grafide izlenen lezyonun segmental lokalizasyonunun belirlenmesine de olanak sağlar. Yan grafiler, kalbin pozisyonu nedeniyle rutin olarak hastanın sol tarafı ka-

¹ Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD., agkaya@ankara.edu.tr

² Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD., kayaakin@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Akkoca Ö, Numanoglu N. Normal Akciğer Radyolojisi. Solunum Sistemi ve Hastalıkları. (Eds). Numanoglu N. Bölüm 6: 78-88. Antip A.Ş Ankara 2001.
2. Hallifax RJ, Talwar A, Wrightson JM, Edey A, Gleeson FV. State-of-the-art: Radiological investigation of pleural disease. *Respir Med*. 2017 Mar;124:88-99. doi: 10.1016/j.rmed.2017.02.013. Epub 2017 Feb 17.
3. Marshall GB, Farnquist BA, MacGregor JH, Burrowes PW. Signs in thoracic imaging. *J Thorac Imaging* 2006; 21: 76-90.
4. Westra D., Sperber M. (2001) Conventional Chest Radiography. In: Sperber M. (eds) Radiologic Diagnosis of Chest Disease. Springer, London.
5. Osma E. Normal Radyolojik Anatomi. Solunum Sistemi Radyolojisi. (Eds). Osma E. Bölüm 4: 43-47. Nobel Tıp Kitabevleri, İzmir 2004.
6. Ödev K. Radyolojik Anatomi. Toraks Radyolojisi. (Eds). Ödev K. Bölüm 4: 39-50. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2005.
7. Bilgiç H, Taşçı C. Konvansiyonel akciğer radyolojisi. (Eds). Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A (ed). İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2010; 203-41.
8. Çiledağ A, Kaya A. Normal akciğer radyolojisi. Göğüs Hastalıkları. (Eds). Poyraz BM, Kaya A, Poyraz Tıbbi Yayıncılık, Ankara 2009: 123-30.
9. Çiledağ N, Çiledağ A. Konvansiyonel akciğer radyolojisi. Göğüs Hastalıkları Propedötik. (Eds). Karadağ M, Kaya A, Özlü T. Dünya Tıp Kitabevi, Ankara 2019: 113-20
10. Önen ZP, Acıcan T. Konsolidasyon-Atelektazi. Göğüs Hastalıkları. (Eds). Poyraz BM, Kaya A, Poyraz Tıbbi Yayıncılık, Ankara 2009: 141-45.
11. Sussmann AR, Ko JP. Understanding chest radiographic anatomy with MDCT reformations. *Clin Radiol* 2010; 65: 155-66
12. Joshua Broder. Imaging the Chest: The Chest Radiograph, (Eds). Joshua Broder, Diagnostic Imaging for the Emergency Physician, W.B. Saunders, 2011: 185-296,