

Acil servis ve yoğun bakım gibi kritik hasta yönetimi yapılan merkezlerde ateş, genel durum bozukluğu, nefes darlığı, öksürük balgam şikayeti sık gözlenmektedir. Hastalara anamnez, fizik muayene ve akciğer direk grafisi ile tanı konulmaktadır. Ancak Leuppe ve arkadaşlarının yaptığı çalışma göstermektedir ki anamnez tanı koymaya %41 etkili iken fizik muayeneye olan oskültasyon ile bu oran %40 olarak göze çarpmaktadır. Ek tanı yöntemlerinden akciğer grafisi Liu ve arkadaşlarının çalışmasında tanı için %77 değerliliğe sahiptir. Özellikle yaşlı, dehidrate, bağışıklık sistemi baskılanan hastalarda ve yatar pozisyonda akciğer grafisi bulguları tanı koymada yetersiz kalmaktadır. Altın standart tanı yöntemi olan akciğer tomografisi radyasyon maruziyeti, kritik hastalara uygulamada zorluğu, maliyeti gibi nedenlerle seçilmiş hastalarda tercih edilmektedir. Bu bilgiler göz önüne alındığında özellikle kritik hasta bakım alanları için yeni tanı aracı arayışına gidilmiştir. Lichteinstein ile başlayan akciğer ultrasonu giderek özelleşmiş ve tanımlamalar netleşmiştir. Kolay uygulanabilirliği, tekrar edilebilirliği, radyasyon riski olmayışı ile avantajlı görünmektedir. Çalışmalarda akciğer ultrasonun alveolar sendrom tanısı koymada uygulanabilirliğine vurgu yapmakta ve sensitivitesi %95 olarak görülmektedir.

ENDİKASYONLAR

Alveolar sendrom tanımı konsolidasyon ile eş kullanılmaktadır. Konsolidasyon alveolün hava içeriğinin yerine sıvı dolması olarak tanımlanabilir. Akciğer konsolidasyonu oluşturan patolojiler;

- Pnömoni
- Atelektazi
- Fokal infarkt
- Pulmoner kontüzyon olarak tanımlanır

Bu bölümde alveolar sendrom başlığında birleşen pnömoni ve atelektaziden bahsedilecektir. Alveolar sendrom başlığında yer alan kontüzyon ve laserasyon travma, fokal infarkt ise emboli bölümünde anlatılmıştır.

TEKNİK

Prob tercihi

Alveolar sendrom tanısı için görel olarak derin doku değerlendirmesi yapılacağı için düşük frekanslı prob (mikrokonveks, konveks, sektör) tercih edilir (**Resim 6.1**). Mikrokonveks veya sektör prob kot aralıklarından görüntülemeyi kolaylaştıracağından tercih edilebilir (**Resim 6.2**).

¹ Öğr. Gör. Dr. Özge CAN, Ege Üniversitesi Acil Tıp AD. ozgece83@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Leuppi Jdieterle T, Koch G. Diagnostic value of lung auscultation in an emergency room setting:Swiss medical weekly:135 2005; 35-36:520-4.
2. Dietrich CF, Mathis G, Cui X ve arkadaşları Ultrasound Of The Pleurae And Lungs Ultrasound in Med. & Biol. 2015;41:351-365.
3. Irwin Z, Coom JO Advances in Point-of-Care Thoracic Ultrasound Emerg Med Clin Am 2016;34:151-157.
4. Lichtenstein DA Lung Ultrasound in Critically ill Annals of Intensive Care 2014, 4:1.
5. Shrestha GS, Weeratunga D, Baker K Point-of-Care Lung Ultrasound in Critically ill Patients Clinical Trials, 2018; 13: 15-26.
6. Lichtenstein DA Lung Ultrasound in Critically III Med Ultrasound 2009;17(3):125-142.
7. Turner JP, Dankoff Thoracic Ultrasound Emerg Med Clin N Am 2012;30: 451-473.
8. Lichtenstein DA, Meziere G, Seitz J The Dynamic Air Bronchogram A Lung Ultrasound Sign of Alveolar Consolidation Ruling Out Atelectasis Chest 2009; 135:1421-1425.
9. Lichtenstein DA, Lascos N, PTin N, Meziere G The 'lung Pulse2: an early ultrasound sign of complete atelectasis Intensive Care Med 2003;29:2187-2192.
10. Lichtenstein DA, Meziere G Ultrasound diagnosis of atelectasis International Journal of Intensive Care 2005;12(2):88-93.
11. Chichra A, Makaryus M, Chaudhri P ve arkadaşları Ultrasound for the Pulmonary Consultant Clin Med Insights Circ Respir Pulm Med. 2016; 10: 1-9.
12. Lin F, Chou C, Chang S Differentiating Pyopneumothorax and Peripheral Lung Abscess: Chest Ultrasonography Am J Med Sci 2004;327(6):330-335.