

TRD

100. Yılı

45

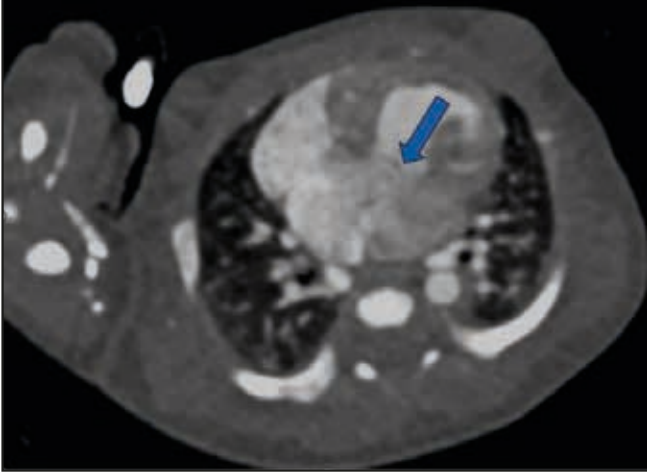
ULUSAL RADYOLOJİ KONGRESİ
TÜRKRAD 2024

12-16 KASIM 2024

Pine Beach Kongre Merkezi, Belek-Antalya



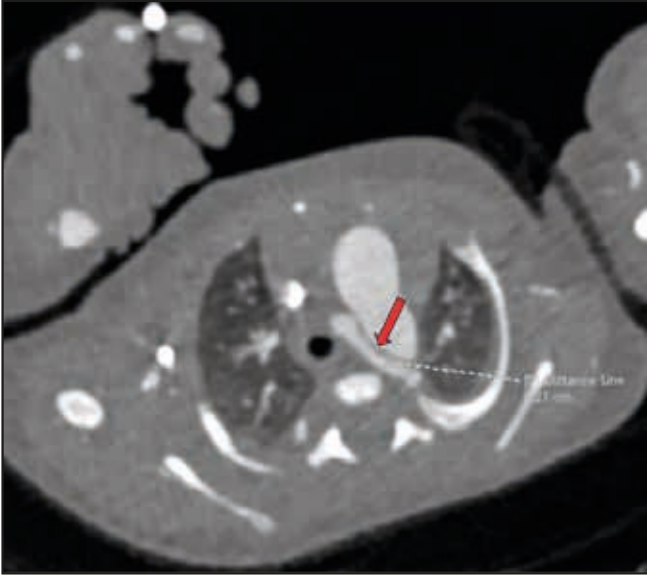
BİLDİRİ KİTABI



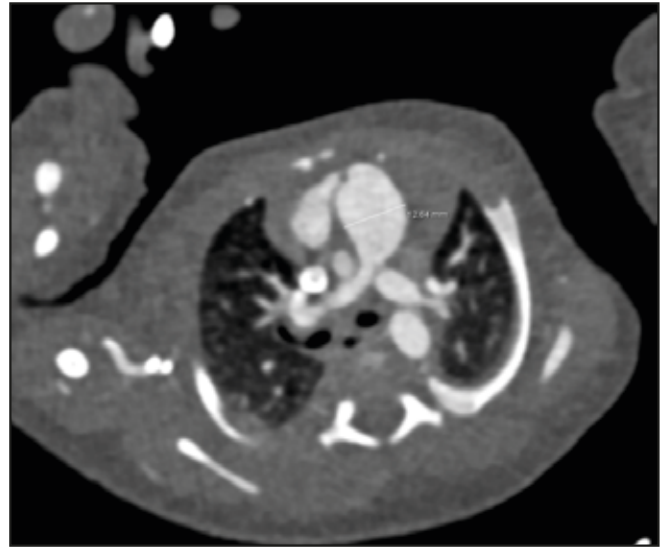
Resim. Atrium ve ventrikül arasında izlenen tek kapak mavi okla gösteriliyor



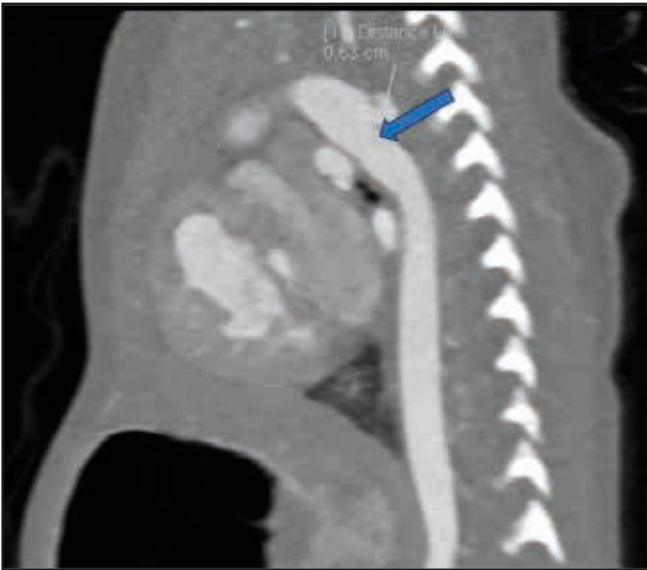
Resim. Sagittal reformat görüntülerde inen aorta ile subklavian arter arasındaki defekt izlenmekte



Resim. Aksiyel görüntülerde hipoplazik arkus aorta kırmızı okla gösterilmekte



Resim. Aksiyel görüntülerde geniş pulmoner arter görülüyor



Resim. Sagittal reformat BT görüntülerde geniş bir patent duktus arteriozus(mavi ok) izlenmekte

Acil Radyoloji

PS-055

EŞ VE PARTNER ŞİDDETİ MAĞDURLARININ RADYOLOJİK BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Burcu Mert¹, Emre Emekli¹, Ümit Şimşek², Bahadır Saka²

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

Giriş: Eş ve partner şiddeti (EPŞ), insan hakları problemi olmasının yanında temel bir halk sağlığı sorunudur. EPŞ mevcut veya eski bir partner tarafından psikolojik, fiziksel veya cinsel saldırıya maruz kalma olarak tanımlanmaktadır. EPŞ mağdurları farklı sebeplerden dolayı yaşadıklarını açıklamakta çekinebilmektedirler. Bu nedenle EPŞ maruz kalan hastalarda radyolojik olarak bazı bulguların varlığının tespit edilmesi potansiyel olarak bu hastalarda erken müdahale şansını artırabilir. Bu nedenle bu çalışmada EPŞ nedeniyle başvuran

hastaların demografik, travma ve radyolojik özelliklerini değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Etik kurul onayı Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulundan alınmıştır (Karar No: 26). Çalışmaya 01.01.2010-31.12.2023 yılları arasında hastanemiz Adli Tıp bölümüne başvuran ve partner şiddeti gördüğünü ifade eden hastalar dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların cinsiyet, yaş gibi demografik verileri kaydedildi. Hasta dosyalarından travmanın vücudun hangi bölgesine alındığı, hastalardan istenilen herhangi radyolojik görüntümenin varlığı kaydedildi. Bu görüntüler tekrar radyolojide dört ve sekiz yıllık tecrübeye sahip iki radyolog tarafından değerlendirildi. Görüntülerdeki patolojik bulgular kaydedildi.

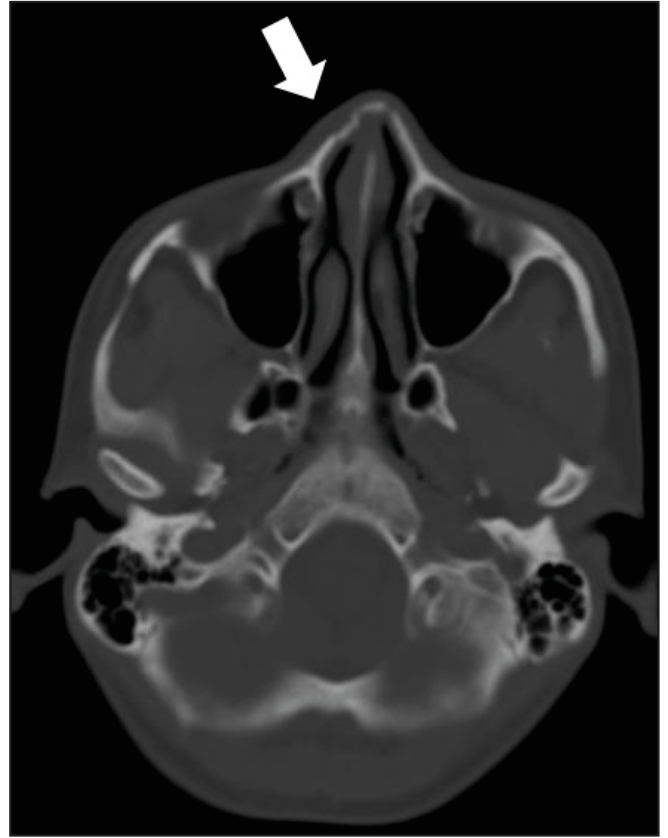
Bulgular: Çalışmada belirlenen tarih aralığında 179 hastaya ulaşıldı. Hastalardan 117'sinin 120 başvurusunda radyolojik görüntülemesi mevcuttu. Bir hasta iki kez, bir hasta ise üç kez partner şiddeti ile hastaneye başvurmuştu. Hastaların hepsi kadındı. Yaş ortalaması $38,21 \pm 13,81$ yıldır. 120 başvurunun 50'sinde radyolojik görüntüleme patolojik bulgu saptandı. Hastaların travma şekil, radyolojik modalitesi ve travma bölgesi verileri Tablo 1' de özetlenmiştir. En sık görülen bulgu 17 hastada nazal kemik fraktürüydü. Radyolojik görüntüler vücut bölümleri açısından değerlendirildiğinde en fazla kranial travma bulguları saptandı (n=44). Sistem bazlı değerlendirildiğinde en çok kas-iskelet sistemini ilgilendiren yumuşak doku hematomları ve kemik fraktürleri tespit edildi (n=56). Bulgular Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Literatürde EPŞ için en sık travma şekli bu çalışma ile benzer şekilde %81,90 hastada künt travma olarak bildirilmektedir. Aynı çalışmada hastaların %76,7'sinin baş-boyun bölgesine travma aldığı ifade edilmiştir (1). Radyolojik olarak değerlendirmelerde de en sık bulgunun %88 fasial yaralanmalar olduğu ve bunların %56'sına fraktürleri eşlik ettiği ifade edilmiştir (2). Ek olarak acil servise fasial travma nedeni ile başvuran hastaların yarısından fazlasının EPŞ'ne maruz kaldığını ifade eden çalışmalar mevcuttur. En sık travmanın yüzün orta hattında meydana geldiğini bunun neticesinde de en sık nazal kemik, zigomatik kompleks ve mandibulada fraktür saptandığı ifade edilmektedir (2,3). Diğer sık travmaya maruz kalan bölge olarak ise üst ekstremiterler ifade edilmektedir (4). Bu çalışmada benzer şekilde en sık bulgu nazal kemik fraktürü ve en sık travma kranial travmalar olarak tespit edilmiştir. EPŞ kurbanları şiddeti bildirmeden hastanelere tedavi için başvurabilmektedirler. Global bir sorun olan EPŞ bildirmeme durumunun utanma, ekonomik bağımlılık, tekrar şiddete maruz kalma korkusu ve adalet güvenmeme gibi çeşitli nedenleri olabilmektedir (3,5). Benzer travma özelliklerini tanımlamak ve EPŞ hastalarını tespit etmek önemlidir. Radyologlar, hastaların görüntüleme çalışmalarındaki yaygın yaralanma özelliklerini ve dağılımlarını tanıyarak, IPV'nin teşhis edilmesine yardımcı olabilirler.

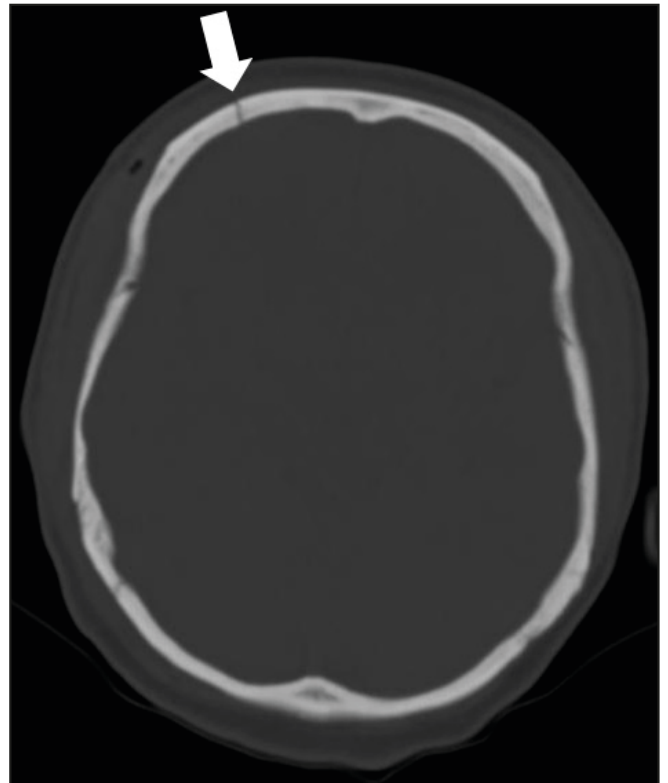
Anahtar Kelimeler: travma, eş şiddeti, partner şiddeti

Kaynaklar

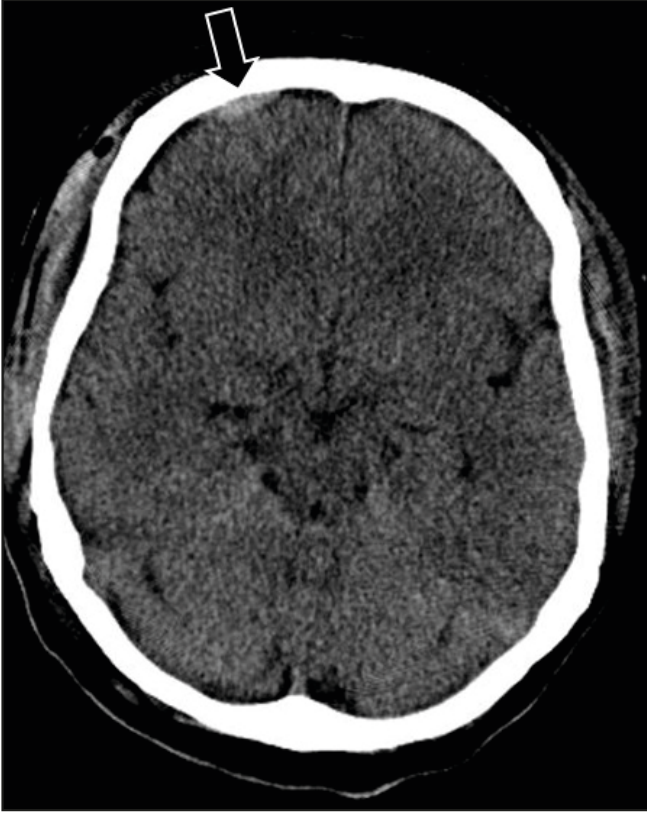
1. Kavak N, Kavak RP, Özdemir M, Sever M, Ertan N, Suner A. A 10-year retrospective analysis of intimate partner violence patients in the emergency department. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2022;28(6):796-804.
2. Arosarena OA, Fritsch TA, Hsueh Y, Aynehchi B, Haug R. Maxillofacial injuries and violence against women. *Arch Facial Plast Surg.* 2009;11(1):48-52.
3. Alessandrino F, Keraliya A, Lebovic J, Mitchell Dyer GS, Harris MB, Tornetta P 3rd, Boland GWL, Seltzer SE, Khurana B. Intimate Partner Violence: A Primer for Radiologists to Make the "Invisible" Visible. *Radiographics.* 2020;40(7):2080-2097.
4. Park H, Gujrathi R, Gosangi B, Thomas R, Cai T, Chen I, Bay C, Hassan N, Boland G, Kohane I, Seltzer S, Rexrode K, Khurana B. Longitudinal imaging history in early identification of intimate partner violence. *Eur Radiol.* 2022;32(4):2824-2836.
5. Overstreet NM, Quinn DM. The Intimate Partner Violence Stigmatization Model and Barriers to Help-Seeking. *Basic Appl Soc Psych.* 2013;35(1):109-122.



Resim 1. 48 yaşındaki kadın hastada nazal kemikte deplese fraktür hatları izlenmektedir.



Resim 2A. Kemik penceresi aksiyel kesitlerde frontal kemikte non-deplese fraktür hattı izlenmektedir.



Resim 2B. Parankim penceresinde fraktür hattı seviyesinde epidural kanama ile uyumlu görünüm mevcuttur.

Tablo 1. Hastaların travma şekli, radyolojik tetkiki ve travma bölgesi

	Görüntüleme Bulgu Olan (n=50)	Görüntüleme Bulgusu Olmayan (n=70)
Yaş (yıl)	38,66 ± 16,31	37,89 ± 11,81
Travma Şekli		
Darp	45 (%90)	70 (%100)
Kesici yaralanma	5 (%10)	0
Çekilen Tetkik		
Bilgisayarlı tomografi	49 (%98)	47 (%67,14)
Direkt grafi	19 (%38)	37 (%52,86)
Travma bölgesi		
Baş-boyun	31 (%62)	43 (%61,43)
Toraks	3 (%6)	7 (%10)
Abdomen	1 (%2)	3 (%4,29)
Üst Ekstremit	6 (%12)	18 (%25,71)
Alt Ekstremit	1 (%2)	5 (%7,14)
Çoklu travma	13 (%26)	6 (8,57)

Tablo 2. Hastaların radyolojik görüntüleme bulguları

Kranial Travması Bulguları	
Sefal Hematom	13 (%26)
Nazal Fraktür	
Deplese	11 (%22)
Non-Deplese	6 (%12)
Maksillar Sinüs Fraktürü	
Deplese	4 (%8)
Non-Deplese	1 (%2)
Orbita Duvar Fraktürü	
Deplese	3 (%6)
Non-Deplese	1 (%2)
Zigomatik Ark Fraktürü (deplese)	1 (%2)
Frontal Kemik Fraktürü (nondeplese)	1 (%2)
Oksipital Kemik Fraktürü (deplese)	1 (%2)
Epidural Kanama (frontal)	2 (%4)
Ekstremit Travması Bulguları	
Yumuşak Doku Hematomu	3 (%6)
Ulna Fraktürü (deplese)	4 (%8)
Falanks Fraktürü (nondeplese)	2 (%4)
Tibia Fraktürü (nondeplese)	1 (%2)
Radial Arter Kesisi	2 (%4)
Uylukta Vasküler Kesi	1 (%2)
Diğer Bulgular	
Sternokleidomastoid Kası Kesisi	1 (%2)
Meme Kesi	1 (%2)
Yumuşak Doku Kesileri	2 (%4)
Transvers Proçe Fraktürü (deplese)	1 (%2)

Meme Radyolojisi

PS-056

RESİMLERLE BİR KONU: MEME KANSERİNDE ANATOMİK SINIFLAMA

Merve Öztürk Baran, Asiye Topcu, Nuray Voyvoda, Cihan Akgül Özmen

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği

Giriş ve Amaç: Meme kanserinde temel prognostik faktörler boyut, histopatolojik grade ve lenf nodu tutulumudur. Bir diğer prognostik faktör ise immünohistokimyasal belirteçler olarak kabul edilmektedir. Ancak bu belirteçler tümörün gerçek davranışını büyük ölçüde yansıtmamaktadır. Bu nedenle Dr. Tabar tarafından 3. jenerasyon prognostik belirteç olarak “görüntüleme belirteçleri” tanımlanmıştır [1]. Bu sunumda anatomik kökeni göz önünde bulundurularak yapılan radyolojik sınıflama görüntüler eşliğinde anlatılacaktır.

Olgular: Meme kanseri anatomik olarak üç farklı dokudan gelişebilmektedir. Bunlar terminal duktal lobüler unit (TDLU), majör laktiferöz duktus ve mezenşimal kök hücrelerdir. Bu üç kanser grubu farklı klinik, histopatolojik, mamografik bulgulara ve farklı sağ kalım oranlarına sahiptir [2]. Prognostik bir gösterge olarak kullanımı meme kanserinin tedavisinde önemi giderek artmaktadır.

1. Terminal duktal lobüler unitlerden gelişen kanser memenin asiner adenokarsinomu (AAB) adını alır. Meme kanserlerinin %70 i AAB dir. AAB nin invaziv ve in-situ olmak üzere iki çeşidi vardır.

1a. İn-situ AABler TDLU lardan gelişmeleri sebebiyle mamografik incelemelerde unifokal veya multifokal “powdery” (ince toz) şeklinde kalsifikasyonlar (Resim 1) ve “crushed stone” (ezilmiş taş) benzeri kalsifikasyonlar (Resim 2) olarak karşımıza çıkar.

1b. İnvaziv AAB ler MG incelemelerdeki kitlenin kontur özelliğine göre spiküle veya oval kitleler olarak ikiye ayrılır (Resim 3).

2. Memenin duktal adenokarsinomu (DAB), majör laktiferöz dokulardan gelişir ve %25 oranında görülür. Klasik patolojik sınıflamada yanlış olarak “DCIS” olarak raporlanmaktadır. Bu raporlamada hasta surveyinde yüksek beklenti oluşmaktadır. Ancak DAB kötü