

TRD

100. Yılı

45

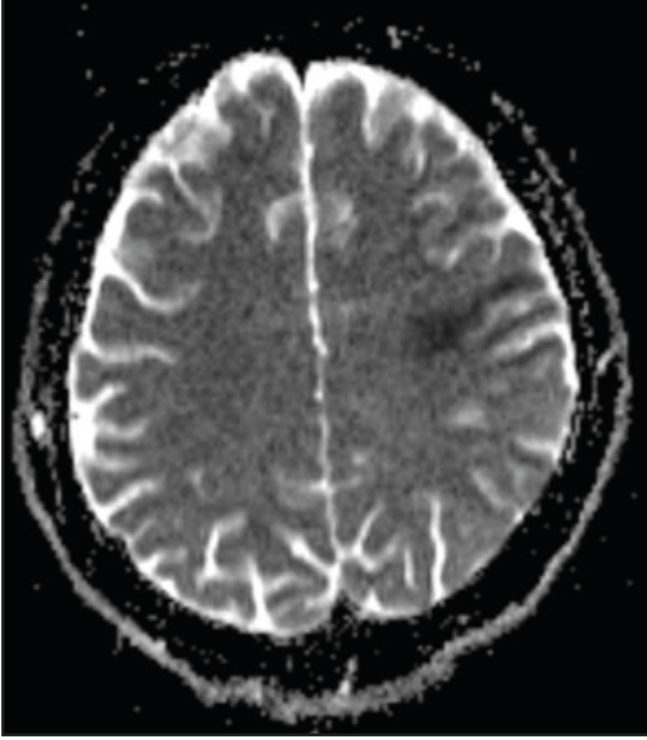
ULUSAL RADYOLOJİ KONGRESİ
TÜRKRAD 2024

12-16 KASIM 2024

Pine Beach Kongre Merkezi, Belek-Antalya



BİLDİRİ KİTABI



Resim 3. ADC haritasında sol MCA sulama alanında akut enfarkt mevcut

Acil Radyoloji

PS-471

ORBİTAL TRAVMADA GÖZDEN KAÇACAK BİR TANI: TUZAK KAPISI KIRIĞI

Ahmet Topak, Emre Emekli, Fatih Alp Sığanık, Esad Furkan Torun

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Orbital tuzak kapısı (trapdoor) kırığı, intraorbital basıncın ani geçici artışından kaynaklanır. Deplase olan kırık hattı, basınç artışı ortadan kalkınca orijinal konumuna geri döner. Bu sırada ekstrakonal yağ dokusu veya inferior rektus kası kırık hattında sıkışsa tuzak kapısı kırığı adını alır (1). Bu olgu sunumunda 9 yaşında bir çocukta travmaya bağlı gelişen tuzak kapısı kırığını Bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntüleri ile sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: Araç içi trafik kazası sonrası acil servise getirilen 9 yaşındaki çocuk hastanın muayenesinde sol üst göz kapağında lacerasyon izlendi. Göz hareketlerinde sol gözde dışa bakışta kısıtlılık ve dışa bakış sırasında çift görme saptandı. Bir kez de kusması olan hastaya kafa travmasına yönelik beyin, servikal ve orbita BT tetkikleri çalışıldı. Beyin-servikal ve orbita BT'lerinde koronal ve sagittal reformat görüntülerde sol orbita tabanında blow-out kırığı izlendi (Resim 1, 2, 3, 4). Görüntülerde intraorbital yağ dokunun ve inferior rektus kasının bir kısmının kırık hattında sıkıştığı dikkati çekti (Resim 1, 2, 3, 4). Bulgular orbital tuzak kapısı kırığı olarak yorumlandı. Hasta plastik cerrahi ve göz hastalıkları tarafından operasyona alındı. Tuzaklanan dokular serbestlendikten sonra orbita tabanına fleksible emilebilir plak yerleştirildi.

Tartışma: Orbital tuzak kapısı kırıkları, mekanizmasına göre 2'ye ayrılır: lineer tip kırık ve menteşe tipi kırık (2). Lineer kırıkta; inferior rektus kası veya periorbital yağ dokusu kırık parçanın deplase olduğu bölgeye prolabe olur. Daha sonra kırık olan parça orijinal konumuna döner ve intraorbital dokular arada sıkışarak gözyaşı görünümü oluşturur. Menteşe tipinde ise kırık düzeyindeki kemik parçanın yer değiştirmesi minimal düzeydedir. Oluşan bu minimal açıklık sallanan kapının menteşesi görevi görür ve intaorbital yapılar burada sıkışabi-

lir. BT'de kırık bulguları belirsiz olup inferior rektus kasının seyirindeki ufak bir değişiklik menteşe tipi tuzak kapısı kırığı için tek ipucu olabilir. Bu durum en iyi sagittal reformat görüntülerde değerlendirilir (3). Bizim hastamızda lineer tip kırık ve gözyaşı işareti mevcuttu.

Kırığın mekanizması kemik elastikiyeti ile doğrudan ilişkili olduğu için bu kırıklar çoğunlukla çocuklarda ve genç erişkinlerde ortaya çıkar (4). Hastaların kliniğinde burada sıkışan doku ile ilişkili semptomlar olur. Eğer inferior rektus kası ya da komşuluğundaki bağ dokusu sıkışsa, kas tam olarak kasılamaz. Aşağı ve yukarı bakışta kısıtlılık ile çift görme semptomları ortaya çıkar. Aşağı bakış kısıtlılığı kasın kendi fonksiyonunu yapamamasından dolayıdır. Yukarı bakış kısıtlılığı ise sıkışan kasın, göz küresinin karşı yönde dönmesine direnç oluşturmaya bağlıdır. Çoğu zaman kırığın karşı yönündeki kısıtlılık daha dikkat çekici olur (5). Bizim hastamızda da karşı yönde, yani yukarı bakışta kısıtlılık ve çift görme şikayetleri mevcuttu.

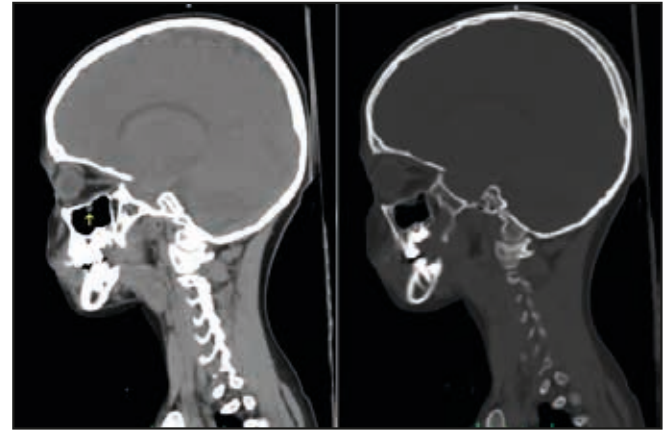
Bu hastaların tedavisinde sıkışan dokuların nekroza gitmemesi için erken cerrahi yapılması önemlidir. Bunun için uygun zamanlama acil olarak veya en geç 48 saat içinde operasyonun yapılmasıdır. Aksi halde gecikmiş cerrahiler sonrası kalıcı kas disfonksiyonu ve kalıcı çift görme oranı daha yüksektir (6).

Sonuç: Orbital tuzak kapısı kırıkları, kırık belirgin deplase olmadığı için kolaylıkla gözden kaçabilir. Hastanın görme semptomlarını bilmek bu kırıklar için uyarıcı olmalı ve görüntüler daha dikkatli değerlendirilmelidir. Sagittal reformat görüntülerde inferior rektus kasının seyirini değerlendirmek ve koronal reformat görüntülerde karşı taraf rektus kası ile karşılaştırmak bu kırıkları saptamada yardımcı olacaktır.

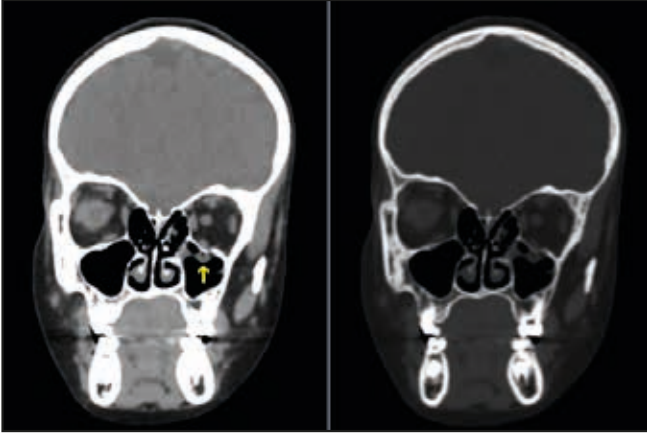
Anahtar Kelimeler: Blow-out kırığı, tuzak kapısı kırığı, bilgisayarlı tomografi, orbital travma.

Kaynaklar

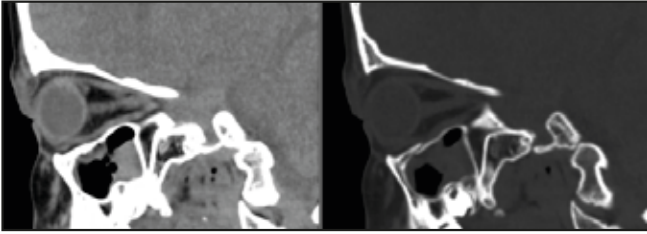
- Phan LT, Jordan Piluek W, McCulley TJ. Orbital trapdoor fractures. Saudi J Ophthalmol. 2012 Jul;26(3):277-82.
- Gerbino G, Rocca F, Bianchi FA, Zavattero E. Surgical management of orbital trapdoor fracture in a pediatric population. J Oral Maxillofac Surg. 2010 Jun;68(6):1310-6.
- Al-Qattan MM, Al-Qattan YM. "Trap Door" Orbital Floor Fractures in Adults: Are They Different from Pediatric Fractures? Plast Reconstr Surg Glob Open. 2021 Apr 15;9(4):e3537.
- Kwon JH, Moon JH, Kwon MS, Cho JH. The differences of blowout fracture of the inferior orbital wall between children and adults. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Aug;131(8):723-7.
- Silverman N, Spindle J, Tang SX, Wu A, Hong BK, Shore JW, Wester S, Levin F, Connor M, Burt B, Nakra T, Shepler T, Hink E, El-Sawy T, Shinder R. Orbital floor fracture with entrapment: Imaging and clinical correlations in 45 cases. Orbit. 2017 Oct;36(5):331-336.
- Su Y, Shen Q, Bi X, Lin M, Fan X. Delayed surgical treatment of orbital trapdoor fracture in paediatric patients. Br J Ophthalmol. 2019 Apr;103(4):523-526.



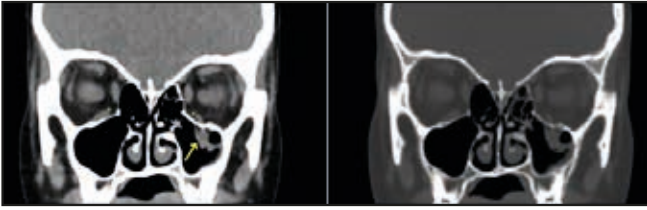
Resim 1. Sagittal beyin-servikal BT görüntüsünde orbita tabanındaki fraktür hattı ve buradan maksiller sinüs içerisine protrüde olan intraorbital yağ dokunun oluşturduğu gözyaşı işareti izleniyor (sarı ok).



Resim 2. Koronal beyin-servikal BT görüntüsünde orbita tabanındaki fraktür hattı ve buradan protrüde olan intraorbital yağ dokunun oluşturduğu gözyaşı işareti izleniyor (sarı ok). Sol inferior rektus kasının lateral kısmının fraktür bölgesinde sıkışmasına dikkat ediniz.



Resim 3. Sagittal orbita BT görüntüsünde orbita tabanındaki fraktür hattından protrüde olup maksiller sinüs içerisine sıkışan intraorbital yağ doku daha net görülüyor.



Resim 4. Koronal orbita BT görüntüsünde sol orbita tabanındaki kırık hattı ve maksiller sinüs içerisine protrüde olarak gözyaşı görünümü oluşturan intraorbital yağ doku daha net görülüyor (sarı ok). Sol inferior rektus kasının lateral kısmının fraktür bölgesinde sıkışmasına ve sağ taraftaki normal inferior rektus kasına dikkat ediniz (sarı yıldızlar).

Baş-Boyun Radyolojisi

PS-472

PAROTİS BEZİNİN ÇOK NADİR GÖRÜLEN PRİMER MALİGN NEOPLAZMI: PAROTİS ANJİOSARKOMU

Tanju Arslan¹, Özlem Demircioğlu¹, Zeliha Leyla Cinel², Ali Cemal Yumuşakhuylu³, Beste Melek Atasoy⁴

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bölümü

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Bölümü

⁴Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Bölümü

Giriş ve Amaç: Anjiosarkom damar duvar endotelinden kaynaklanan ve en sık yumuşak dokuda görülen malign bir tümördür. Parotis kaynaklı anjiosarkom ise çok nadir görülmektedir. Bu yazıdaki amacımız nadir görülen parotis anjiosarkomu hastamızın Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) bulgularını sunmaktır.

Olgu Sunumu: 85 yaşında erkek hasta, şubat 2024 tarihinde sağ retro-auriküler bölgede yara şikayeti ile hastaneye başvurmuştur. Hastaya uygulanan topikal tedavilerden, hastanın fayda görmeme-

si, lezyonun boyutunda artış olması ve melanositik özellik gelişmesi üzerine, hastaya kliniğimizde kontrastlı yüz ve boyun MRG tetkikleri yapılmıştır.

Mevcut MRG'sinde; sağ parotis lojundan auriküler ve retro-auriküler bölgeye uzanan, 5x6x6 cm boyutlu, düzensiz konturlu, T1A görüntülerde kas planlarına göre izointens-hafif hiperintens, T2A görüntülerde hiperintens, difüzyon ağırlıklı görüntülerde (DAG) difüzyon kısıtlaması gösteren, İVKM enjeksiyonu sonrası heterojen ve yoğun kontrast tutan ve içerisinde kontrastlanmayan kistik alanlar barındıran, malign karakterde yumuşak doku kitlesi saptanmıştır (Resim1 - 4). Hastaya yapılan biyopsi sonucu tanı; parotis glandi kaynaklı anjiosarkom olarak bildirilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Primer parotis anjiosarkomu oldukça nadir görülmesi nedeniyle, literatürde parotis anjiosarkomunun MRG bulgularına dair sadece bir kaç vaka bulunmaktadır. Literatürdeki diğer vakalarda olduğu gibi bizim vakamızda spesifik bir radyolojik bulgu bulunmamakla birlikte, lezyondaki çok hızlı progresyonla, radyolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde ayıncı tanıda anjiosarkom düşünülmüştür.

Maria Kurazova ve ark, 66 yaşında, radyoterapi öyküsü bulunmayan, kadın hastada, primer parotis anjiosarkomu tanımlamış olup, bizim vakamıza benzer şekilde lezyonun hızlı progresyon gösterdiğini belirtmişlerdir. Bizim hastamızda da bilinen radyoterapi öyküsü bulunmuyordu (1).

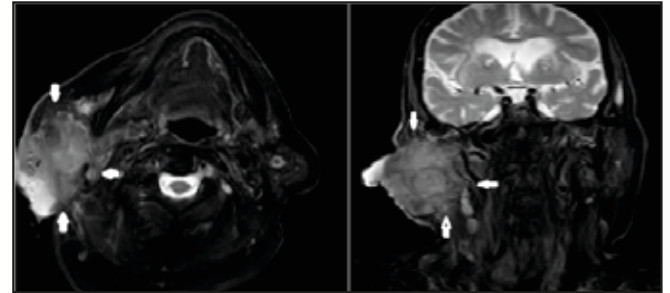
Shokouh Taghiopur Zahri ve ark, 66 yaşında servikal lenf nodu metastazı ile tespit edilen vakalarında, bizim vakamızdan farklı olarak parotis glandında kistik alanların baskın olduğu bir lezyon tariflemişlerdir (2).

Sonuç olarak; Parotiste, MRG de, çok hızlı progresyon gösteren, kistik açıklıkları bulunan, malign özellikte kitle saptandığında oldukça nadir görülmekle birlikte anjiosarkom ayıncı tanıda yer almaktadır.

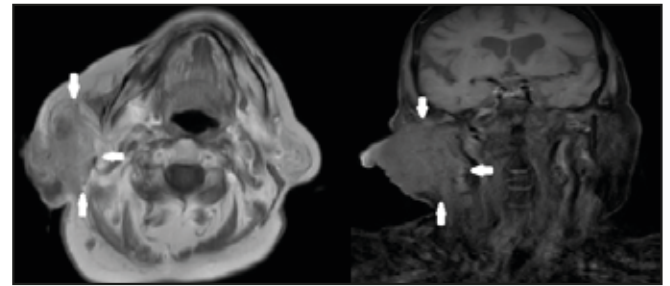
Anahtar Kelimeler: parotis malign tümör, anjiosarkom, patoloji, yaş

Kaynaklar

1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S175611751000025X?via%3Dihub>
2. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://ijp.iranpath.org/article_705550_4dba71e9834e7076602bd5c41ba10963.pdf



Resim 1A-B. aksiyal ve koronal plandaki T2A STIR görüntülerde; sağ parotid boşluktan, karotid boşluğa, cilt altı yağ planları ve cilde uzanımı bulunan, düzensiz sınırlı, kistik komponenti olan heterojen hiperintens lezyon



Resim 2A-B. pre-kontrast yağ baskısız aksiyel T1A ve yağ baskılı koronal T1A incelemelerde sağ parotid boşluğunu dolduran kitle