

MEDİASTEN PATOLOJİLERİNDE BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİNİN DEĞERİ Value of computed tomography in mediastinal abnormalities

Mahmut Çelik¹, Mustafa Güleç², İsmet Tolu³, Nevzat Özcan⁴,
Reşat Kervancıoğlu⁵, Cemal Kahraman⁶

Özet: Bilgisayarlı tomografi (BT) ünitesine mediastinal patoloji düşünülerek gönderilen 55 olgunun 45'inde diğer tanı yöntemleri ile de tanı konuldu. On olguda BT tanısı dışında tanı konulamadı. Kırkbeş olgunun 44'ünde BT ile lezyon tespit edildi (% 97,8). Bir olguda tespit edilemedi (% 2,2). Olgulardan birinde yanlış tanı kondu (%2,2). Sekiz olguda belirtilen iki ihtimali tanıdan biri doğru bulundu (% 17,7). En sık tespit edilen patoloji lenfadenomegaliydi (LAM) (% 42,8). Bunlar lenfoma, bronkojenik karsinom, sarkoidoz ve tüberküloza bağlı idi. Diğer patolojiler retrosternal tiroid kitelleri (% 12,7), aort anevrizması (% 10,9), özofagus tümörü (% 5,5), perikardiyal effüzyon (% 3,6), nörojenik tümör (% 3,6), vena kava süperior obstrüksiyonu (% 3,6), vertebra tüberkülozu (% 3,6) ve beş değişik patolojiden birer (1,8) olguydu.

Anahtar Kelimeler: BT, Mediasten

Mediasten çok sayıda ve farklı patolojinin görüldüğü anatomik bir bölgedir. Patolojilerinin tanısında konvansiyonel radyolojik incelemeler, mediastinoskopi, eksploratris torakotomi gibi yöntemler uygulanmaktadır.

Konvansiyonel radyolojik incelemelerin yetersiz kalması, mediastinoskopinin sınırlı kullanımı nedeniyle, mediastinal patolojili olguların çoğunluğuna tanı ve tedavi amacıyla torakotomi uygulanmaktadır (1).

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ
Radyodiyagnostik. Uzm.Dr.¹, Prof.Dr.², Doç.Dr.³, Y.Doç.Dr.⁴,
Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi. Doç.Dr.⁶.
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
Radyodiyagnostik. Y.Doç.Dr.⁵.

Geliş tarihi: 25 Kasım 1993

Summary: Fiftyfive patients considered to be mediastinal pathology were referred to CT unit. Diagnosis of the mediastinal pathology had been made in 45 of the cases by other diagnostic methods. In ten patients, diagnosis was made only by CT. The lesion was detected in 44 of the 45 cases by CT (97,8 %). In one of the 45 patients CT was unsuccessful in diagnosis. The diagnosis was incorrect in 1 patient (2,2 %), and one of the two alternative diagnosis was present in 8 patients (17.7 %). Lymph node enlargement was found to be the most common mediastinal pathology (41,8 %). Lymph node enlargement was due to lymphoma, bronchogenic carcinoma, sarcoidosis and tuberculosis. The others were thyroid masses (12,7 %), aortic aneurysm (10,9 %), esophageal lesions (5,5 %), pericardial effusions (3,6 %), neurogenic tumors (3,6 %), superior vena caval obstruction, vertebral tuberculosis (3,6 %) and one from each of the five other pathologies

Key Word: CT, Mediastinum

Diyagnostik radyoloji son 10 yılda çok önemli gelişmeler göstermiştir. Magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) yöntemleri kesitsel anatomiyi detaylı bir şekilde ortaya koymakta ve dokuların birbirlerine olan süperpozisyonlarını ortadan kaldırmaktadır. Dansitometrik çalışmalarla dokuların internal yapılarını değerlendirmek mümkün olmaktadır. Kontrast zenginleştirme yöntemleri ile de vasküler yapıları ve bunlara ait patolojileri ayırmak, diğer patolojilerde de kontrast tutma özelliklerine göre tanıya ulaşmak yüksek oranda sağlanabilmektedir. Ayrıca bronş ve özofagus tümörleri, Hodgkin hastalığı gibi patolojilerde de etkin bir evreleme yapılabildiği değişik çalışmalarla gösterilmiştir (2,3).

Biz de mediastinal patolojilerde BT'nin değerini tespit etmek amacı ile bu çalışmayı planladık.

MATERYAL VE METOD

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiyagnostik Anabilim Dalında 1992-1993 tarihleri arasında parankimal veya mediastinal patoloji düşünülerek toraks BT'leri istenen olgulardan mediastinal patoloji tespit edilen 55 olgu çalışma kapsamına alındı. Bu olgulardan 13'ünde aynı zamanda akciğer parankim patolojisi de izlendi.

Çalışmamızdaki olguların en küçüğü 3 günlük, en büyüğü 85 yaşında olup, yaş ortalaması 43,2 yıldı. Olguların 38'i erkek, 17'si kadındı (Tablo I). Kadın-erkek oranı 1/2,2' dir.

BT incelemelerinde olgulara hiçbir hazırlık yapılmadı. Rutin olarak 1-2 ml/kg intravenöz kontrast madde uygulanarak 10 mm'lik kesitler alındı. Kullandığımız BT 3. Jenerasyon Toshiba 600 XT cihazı olup 120 KV, 110 MA, 1,2 sn'de incelemeler yapıldı.

Patoloji tespit edilen olgularımızın klinik, laboratuvar, cerrahi ve patoloji sonuçları takip edildi.

BULGULAR

Çalışmamızda tespit ettiğimiz patolojiler tablo II'de gösterilmektedir.

En sık tespit ettiğimiz patoloji, lenfadenomegali (LAM) lerdir (23/55). LAM'ler tüm olguların % 41,8'ini oluşturmaktadır. LAM'ler 7 olguda Hodgkin hastalığı ve Nonhodgkin lenfomaya aitti (Resim 1, 2). Yedi olguda LAM ile birlikte akciğer tümörü tespit edildi (Resim 3). Üç olguda sarkoidoz, iki olguda tüberküloz tanısı kondu. Klinik ve BT olarak akciğer tümörü düşünülen iki olguda ve BT'de sarkoidoz düşündüğümüz iki olguda tanı konulamadı.

LAM'lerin değerlendirilmesinde 10 mm'ye kadar olanlar patolojik kabul edilmedi ve çalışma kapsamına alınmadı. 10 mm üzerinde LAM bulunan 23 olgunun 6'sında, 10-20 mm arasında birbirlerinden ayrı ölçülebilen lenf nodları izlendi. Onyedii olgumuzda lenf nodları 20 mm'nin üzerinde idi. Bunlardan bir kısmı birbirleriyle birleşerek yumak

yapmış, küçük lenf bezleri izlenimi veriyordu. Fakat ayrı ayrı ölçmek mümkün olmadığı için, tamamı tek lezyon olarak değerlendirildi.

Yedi olguda tiroid patolojisi tespit edildi. Bunlardan üçü diffüz guatr, üçü nodüler guatr, biri tiroid karsinomu idi. Bu olguların altısına ultrasonografi, ikisine sintigrafi uygulandı ve bulgularımızla uyumlu bulundu. Tiroid karsinomlu olgu cerrahi olarak doğrulandı.

Üçü dissekan anevrizma olmak üzere altı aort anevrizması bulundu. İki olguda ekokardiografi, bir olguda torakotomi uygulanarak tanılarımız doğrulandı. Üç olguda ise BT kesin tanı kabul edildi (Resim 4).

Özofagus tümörü olarak değerlendirdiğimiz üç olgunun ikisinde patoloji skuamoz hücreli karsinomdu. Üç olgumuzda baryumlu özofagus grafisi ile tümör bulguları izlendi. Bir olguda endoskopik patolojik inceleme yapılmadı.

Histopatolojik olarak nörojenik tümör tanısı alan iki olgumuzun bir'inde BT ile de aynı tanı kondu. Diğer olguda tümör çevresindeki hematoma, akciğerde atelettazi ve plevral effüzyon nedeniyle kitle maskelendiği için BT ile tespit edilemedi (Resim 5).

Vertebral destrüksiyon, plevral yumuşak doku ve abse görünümü olan iki olgumuzda BT ile vertebra tüberkülozu düşünüldü ve cerrahi-histopatolojik olarak doğrulandı.

BT ile tespit ettiğimiz bir bronkojenik kist, bir timik kist, bir perikardiyal kist olgumuz mevcut olup (Resim 6), bronkojenik ve perikardiyal kistler cerrahi olarak doğrulandı. Timik kist olgumuz kistik timoma tanısı aldı (Resim 7).

Vena kava süperiorda tromboz tespit edilen iki olgumuzda vena kavografi ile bu tanı doğrulandı.

Mediastinal genişleme nedeniyle kitleden şüphelenilen obez bir olguda mediastinal ve diyafragmatik yağ miktarı çok fazla idi. Lipomatozis olarak değerlendirdiğimiz bu olguda BT tanısı kesin kabul edilerek başka inceleme yapılmadı.

İki olguda perikardiyal effüzyon tespit edildi. Ultrasonografi ve ekokardiografi ile doğrulandı. Beş olgumuzda da aort anevrizması, tüberküloz, lenfoma gibi patolojiler yanında perikardiyal effüzyon izlendi.

Özofagus alt kısmında lümen genişlemesi ve duvar kalınlığında artma izlenen bir olguda hiatal herniasyon düşünüldü. Baryumlu özofagus grafisi ile bu tanı doğrulandı.

Sağ hilusta kitle düşünülen bir olguda dinamik BT ile bu yapının pulmoner arter olduğu belirlendi. Bir olguda BT'de sol ventrikül anevrizması tespit edildi ve ekokardiografi ile doğrulandı.

Sağ tiroid lobundan retrosternal mesafeye uzanım gösteren yumuşak doku kiteli bir olguda klinik

bulgularla birlikte paratroid adenomu düşünüldü. Cerrahi - histopatolojik olarak doğrulandı.

Tablo I. Olguların yaş ve cins gruplarına göre dağılımı

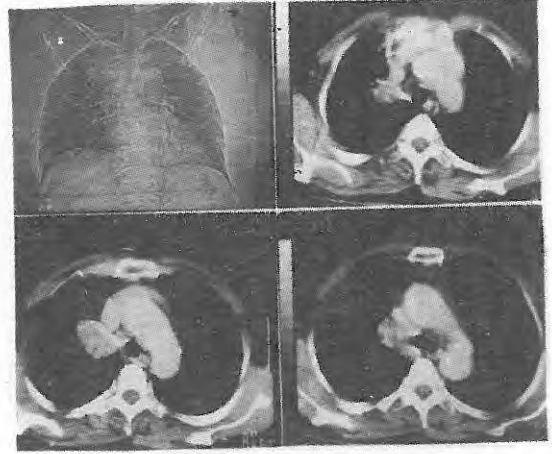
Yaş grubu	Erkek	Kadın	Toplam	%
0-09	2	2	4	7.3
10-19	6	3	9	16.3
20-29	3	-	3	5.5
30-39	3	1	4	7.3
40-49	6	1	7	12.7
50-59	8	6	14	25.4
60+	10	4	14	25.4
Toplam	38	17	55	100.0

Tablo II. Olgularımızın patolojilerine göre dağılımı

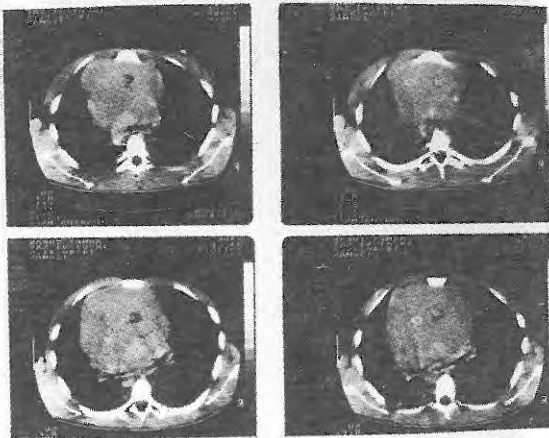
Patoloji	BT olgusu	Diğer tanı yöntemleri
Lenfadenomegali	23	19
Retrosternal troid kitlesi	7	7
Aort anevrizması	6	3
Özofagus tümörü	3	3
Vertebra tüberkülozu	2	2
Vena kava superior trombozu	2	2
Perikardiyal effüzyon	2	2
Nörojenik tümör*	1	2
Bronkojenik kist	1	1
Timik kist	1	-
Perikardiyal kist	1	1
Mediastinal lipomatozis	1	-
Hiatal herni	1	1
Pulmoner arter dilatasyonu	1	-
Sol ventrikül anevrizması	1	1
Paratroid adenomu	1	1
Mediastinal Tm ve kistleri taklit eden lezyonlar	-	-
* BT ile tespit edemediğimiz olgu	1	-
Toplam	55	45



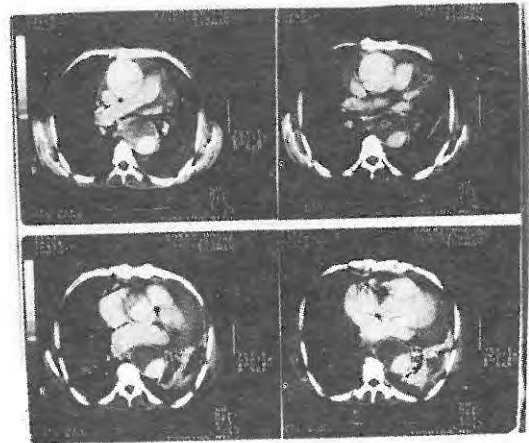
Resim 1. BT'de ön ve orta mediastende santral kısımları hipodens multipl mediastinal LAM (Tüberküloz)



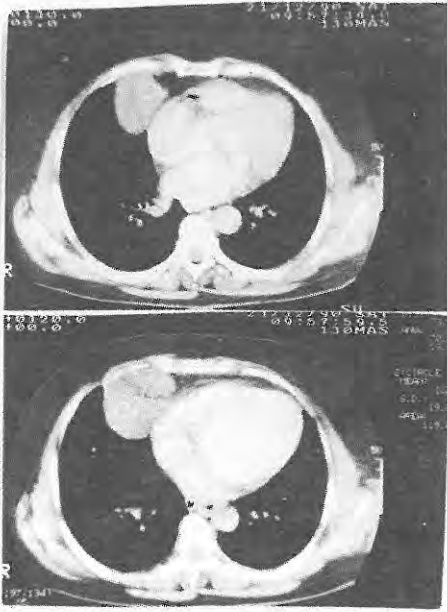
Resim 3. BT'de sağ hiler bölgede santral yerleşimli tümöral kitle ve pretrakeal LAM



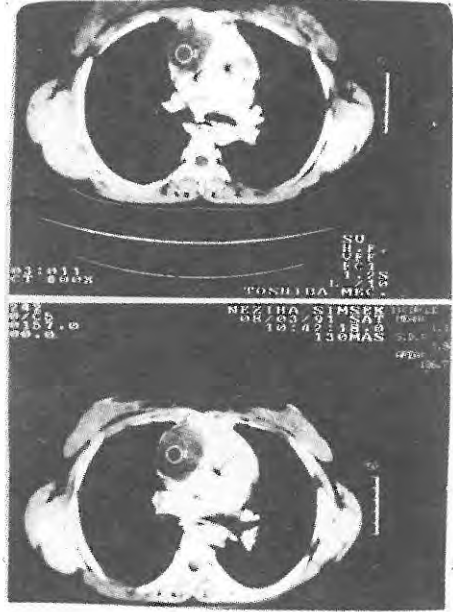
Resim 2. BT'de ön ve orta mediastende geniş kitle lezyonu ve içerisinde düşük dansiteli alanlar (Nonhodgkin Lenfoma)



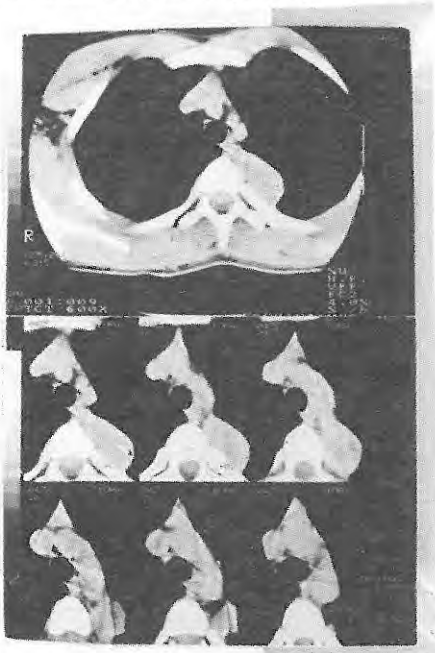
Resim 4. BT'de assenden aorta, arkus aorta ve dessenden aortada dissekan anevrizma. Assenden aortada yalnız lümen kısmen kontrastlanmıştır. Birlikte perikardiyal ve plevral mayi de izlenmektedir.



Resim 5. Sağ anterior kardiyofrenik sinüste düzgün konturlu kistik kitle (perikardiyal kist)



Resim 7. Timus lokalizasyonunda kistik kitle lezyonu (Kistik timoma).



Resim 6. Sol paravertebral düzgün konturlu kalsifikasyon içeren kitle lezyonu (Ganglionörinoma)

TARTIŞMA

Mediastinal patolojilerde konvansiyonel radyolojik inceleme yöntemleri ilk ve en fazla kullanılmakla birlikte olguların çoğunda tanıda yetersiz kalmaktadır. Son yıllara kadar tanıya ulaşmak için sıkça torakotomi yapılmaktaydı. BT tanı alanına girmesiyle hızlı bir ilerleme göstermiş ve kullanım sahaları gittikçe genişleyerek mediasten incelenmesinde de en ileri yöntemlerden biri olmuştur.

Literatürde BT'nin değişik mediasten lezyonlarında doğru tanı oranı % 88-100 bulunmuştur (3, 4). Çalışmamızda tanısı konulan 45 olgudan 44'ü BT ile tespit edilmiştir. Bir olgu BT ile tespit edilememiştir. Sekiz olguda ön tanımız iki tanedir. Bunlardan bir tanesi doğrulanmıştır. Bir olguda ise lezyon BT ile görülmekle birlikte tanımız yanlışti. Buna göre çalışmamızda BT'nin sensitivitesi % 97.8, spesifitesi % 80, yanlış tanı % 2.2, yanlış negatif tanı % 2.2 bulunmuştur.

BT mediastinal lenf nodüllerinin görüntülenmesinde en değerli radyolojik yöntem olup, 1 cm üzerindeki lenf bezlerini tespit etmek kolaydır. Fakat LAM etyolojisi hakkında her zaman kesin konuşulamamaktadır. Lenf bezlerinin lokalizasyonu, yaygınlığı, akciğer parankimi ve organ bulguları ile tanıya gidilebilmektedir (5).

LAM'lerin en önemli sebebi lenfomadır. Hodgkin hastalığında mediastinal tutulum % 67, Nonhodgkin lenfomada % 43'tür (6).

LAM'lerin tespiti ile özellikle Hodgkin hastalığında evreleme yaparak tedavi planlamasını sağlamak BT'nin önemli endikasyonundan birisidir (7,8). Lenfomalarda LAM'ler özellikle orta ve ön mediastende izlenirler. Hodgkin hastalığında internal mammarian, prevasküler ve paratrakeal lenf nodları, Nonhodgkin lenfomada posterior mediastinal nodlar daha fazla tutulmaktadır (8).

Çalışmamızda lenfoma tanısı konulan 8 olgumuzdan 7'si histopatolojik olarak doğrulandı. Bunlardan 5'i Nonhodgkin, 2'si Hodgkin lenfoma idi. Yanlış tanı alan bir olgumuzda multipl prevasküler, paratrakeal ve karinal LAM mevcuttu. Abdominal US'de multipl paraaortik LAM izlenmişti. Bu olgumuz da basit tespit edilerek tüberküloz tanısı aldı. Çalışmamızdaki lenfoma yüzdesi % 15.5 bulundu.

Nonhodgkin lenfomalı beş olgumuzun üçünde multipl LAM mevcuttu. İkisinde ise içerisinde yer yer kistik alanlar içeren orta ve ön mediasteni dolduran geniş lobüle kitle izlendi. Bu olgulardan birinde arka mediastinal LAM tespit edildi.

İki Hodgkinli olgumuzun birine servikal lenf bezi biyopsisi ile tanı konuldu. Evreleme için BT istenen olgumuzda mediastinal LAM'ler tespit edildi ve Moss'un (5) evreleme kriterlerine göre evre II olarak yorumlandı.

Lenfomalarda hilus tutulumu yaklaşık % 12'dir. Sarkoidozdan ayırıcı tanıda önemli bir özelliktir (6,8). Hiler tutulumsuz Sarkoidoz olmaz (9). Lenfoma tanısı alan olgularımızdan birinde orta ve ön mediastinal LAM'ler ile birlikte belirgin hiler LAM'de izlendi.

Sarkoidoz mediastinal LAM sebepleri arasında ön planda gelmektedir. Hiler simetrik LAM mevcuttur. Pulmoner parankim bulguları tanıda yardımcıdır. Olguların % 5'de tek taraflı tutulum ve nadiren yumurta kabuğu şeklinde kalsifikasyon izlenir. Anterior mediastinal tutulum nadirdir (9). Çalışmamızda hiler LAM'lı yedi olgu izlendi. Bunlardan üçü sarkoidoz, biri lenfoma tanısı aldı. Patolojik tanısı kesinleşmeyen iki olguda da belirgin hiler LAM ve parankim bulguları ile sarkoidoz düşünüldü, lenfoma da dışlanmadı.

Metastatik mediastinal LAM'lerin başında bronkojenik karsinom gelmektedir. Küçük hücreli anaplastik tip mediastinal lenf bezi tutulumunun en sık görüldüğü tiptir. Bazen akciğer parankiminde lezyon farkedilmeden hiler LAM belirgin hale gelmektedir. Çoğunlukla tek taraflı tutulum izlenir (7). Çalışmamızda BT'de akciğer tümörü ve metastatik mediastinal LAM tanısı koyduğumuz dokuz olgumuz mevcut olup, bunlardan yedisi patolojik olarak akciğer tümörü tanısı aldı. İki olguda patolojik tanı konulamadı. Olgularımızın altısı epidermoid karsinom, biri adenokarsinom idi. Altısında tümör tarafında, üçünde yaygın LAM izlendi.

LAM'ler yüksek derecede malign tümör metastazlarında santral nekroza bağlı olarak hipodens görülebilir veya tamamen kistik olabilir (6). Olgularımızda bu görünüm izlenmedi.

Tüberküloz tanısı alan iki olgumuzdan birinde akciğerde yaygın infiltrasyon, plevral ve perikardiyal effüzyon nedeniyle BT'de tüberküloz ve lenfoma düşünüldü. Laboratuvar bulgularıyla tüberküloz olduğu kesinleşti. Diğer olgumuzda BT olarak lenfoma düşünüldü. Laboratuvar incelemelerle tüberküloz tanısı konuldu.

Retrosternal tiroid kitlelerin BT bulguları; kitlenin boyundaki tiroid dokusu ile devamlılığı, sınırlarının belirginliği, yüksek dansiteli oluşu, sıklıkla fokal kalsifikasyonların bulunması ve kontrast artımının uzun süre devam etmesidir (2).

Çalışmamızda yedi olguda retrosternal tiroid kitesi tespit edildi, üçü homojen yapıda, üçünde ise kistik alanlar mevcut olup, heterojen yapıda idi. Bu altı olguda boyundaki tiroid dokusu ile ilişki iz-

lendi. Fokal kalsifikasyon izlenmedi. Diğer olgumuz ise tiroid karsinomu tanısı alarak opere olmuştu. Boynun sağ kısmından sağ paratrakeal hat boyunca toraks içine uzanan heterojen yapıdaki bu kitle, komşu mediastinal yapılara infiltrate idi. Nüks tiroid karsinomu olarak değerlendirildi. Akciğerde de metastatik oluşumlar izlendi.

Retrosternal tiroid kitlelerinde BT ile konan tanı diğer tanı yöntemleriyle doğrulandı. BT'nin duyarlılık oranı % 100 bulundu.

Aort anevrizmalarının tanısında dinamik BT incelemesinin önemi büyüktür. Doğru tanı oranı % 95-100 arasındadır. Aort anevrizmasının fusiform, sakküler, dissekan anevrizma gibi tipleri vardır. Fusiform anevrizmada aort çapında artış, bazı olgularda duvar kalsifikasyonu ve içinde trombus izlenir. Dissekan anevrizmalarda intimal flep ve çift lümenin tespiti önemlidir. Yalancı lümen bazen opasifiye olurken, bazen trombus nedeniyle hipodens kalır (3, 10).

Çalışmamızda üçü dissekan anevrizma olmak üzere altı aort anevrizması tespit edildi. Fusiform anevrizmalarda aort çapı 48 mm'den yukarı idi ve birinde yaygın duvar kalsifikasyonu izlendi. Bu olgularda BT tanısı kesin tanı kabul edilip, başka tetkik yapılmadı.

İkisi tip II, biri tip I dissekan anevrizma olarak değerlendirdiğimiz üç olguda aort çapı 65 mm'nin üzerinde bulundu. İntimal flep ve çift lümen olguların hepsinde izlendi. Bir olguda yalancı lümen proksimalde kısmen opasifiye oldu.

BT özofagus patolojilerinin tesbitinde duyarlıdır. Fakat ilk inceleme yöntemi değildir. Özellikle tümörlü olaylarda BT patolojinin çevre ile ilişkisi ve yaygınlığını tespit etmek amacı ile sıklıkla kullanılmaktadır. Özofagus duvar kalınlığı 6 mm üzeri patolojik kabul edilmektedir. Duvarların birbiri ile temasta ve lümenin kapalı olduğu durumlarda duvar kalınlaşması görünümü yanıltıcıdır, 5-20 mm kalınlık nonspesifiktir, tümöral, fibrotik, vasküler ve inflamatuvar patolojilerde görülebilir. Yirmi mm'nin üzerindeki duvar kalınlaşması tümöral olgulara özgüdür. Özofagus tümörlerinde BT'de görülen bulgu; çoğunlukla ekzantrik yerleşimli fokal

duvar kalınlaşması ve lümen daralmasıdır (11).

Çalışmamızda üç özofagus tümörü tespit edildi. Bunlardan ikisine ilk olarak BT ile tanı konuldu. Diğer bir olguda tanı önceden konulmuştu ve evreleme açısından BT planlanmıştı. Üç olgumuzda da özofagus duvar kalınlığı 20 mm'nin üzerinde idi ve çevre yapılara invazyon mevcuttu. Evre üç olarak değerlendirildi.

En sık görülen perikardiyal patolojiler effüzyon ve kistlerdir. Perikardiyal effüzyonlar BT'de kolayca tespit edilir, fakat nonspesifiklerdir (7).

Çalışmamız kapsamında yedi olguda perikardiyal effüzyon tespit edildi. İki olguda sadece perikardiyal effüzyon, beş olguda ise başka patolojilerle birlikte effüzyon izlendi. Bunlardan ikisinde dissekan aort anevrizması, birinde akciğer tüberkülozu, birinde vena kava süperior ve sağ atriumda trombus mevcuttu. Perikardiyal effüzyonlar diğer tetkiklerle doğrulandı. Fakat BT ile effüzyona sebep olan patoloji hakkında kesin konuşulamadı.

Perikardiyal kistler çoğunlukla sağda olmak üzere anterior kardiyodiyafrazmatik sinüs kenarında lokalizedir. BT'de kalp sınırı ile devam eden homojen kistik yapılar olarak görülür (7).

Çalışmamızda sağ anterior kardiofrenik sinüste, 6 cm çapında, düzgün korturlu homojen lezyon perikardiyal kist olarak değerlendirildi ve tanı cerrahi-histopatolojik olarak doğrulandı.

Vena Kava Süperior obstrüksiyonu en sık mediasteni tutan malign tümörlerde görülmektedir. Çalışmamızda BT'de Vena Kava Süperior trombozu olarak tanımladığımız iki olgu mevcuttur. Bu olgulardan birinde BT'de Vena Kava Süperior 32 mm genişlikte ve heterojen dansitede izlendi. Vena Kavografide Vena Kava Süperior tamamen tıkalı olup, yaygın kollateral venler görülmekteydi.

Diğer olgumuzda BT'de Vena Kava Süperior ve sağ atrium içinde hipodens alanlar, perikardiyal ve plevral mayi izlendi. Vena kavografide kısmi tıkanıklık tespit edildi. Cerrahi girişim ile tanımlanmış doğrulandı.

Paravertebral apseler çoğunlukla vertebra tüberkülozuna bağlıdır. Tipik BT bulguları, vertebra korpusunda düzensiz sınırlı litik alanlar, apse çevresinde kapsul opaklaşmasıdır (1).

İki olgumuzda birden çok vertebrada sınırları belirsiz litik alanlarla birlikte paravertebral yumuşak doku kitlesi BT ile vertebra tüberkülozu olarak değerlendirildi. BT ile konan tanı, cerrahi-histopatolojik olarak doğrulandı.

Nörojenik tümörler posterior mediastende paravertebral yerleşimde, düzgün kenarlı kalsifiye olabilen, kontrast tutmayan tümörlerdir (11).

İki nörojenik tümürlü olgumuzun birinde Postero-Anterior (PA) akciğer grafisinde üst mediastende solda şüpheli genişleme izlendi ve tiroide ait patoloji düşünöldü. USG ile tiroid normal izlendi. BT tetkikinde posterior mediastende sol paravertebral yerleşimli, düzgün konturlu, kontrastlanmayan, kalsifikasyon içeren kitle tespit edildi. Nörojenik tümör olarak değerlendirilen olgu histopatolojik olarak ganglionörinoma tanısı aldı.

Diğer olgumuzda PA akciğer grafisinde sağ hemitoraksta havalanma izlenmedi. Akciğerde kitle ön tanısı ile BT istenen olguda sağ akciğerde atelektazi ve yaygın plevral effüzyon izlendi. Kitle tespit edilmedi. Cerrahi girişim uygulanan olguda sağ paravertebral kitle, çevresinde hematoma, plevral effüzyon ve atelektazi tesbit edildi. Kitlenin histopatolojik incelenmesi paraganglioma tanısı aldı. BT kesitlerinin retrospektif değerlendirilmesinde kitlenin izlendiği ancak çevresindeki hematoma, atelektazi ve plevral effüzyon nedeniyle maskelendiği ve dansitesinin atelektazik doku ile aynı olması nedeniyle ayırım yapılamadığı kanaatine varıldı.

Timik kistler genellikle gençlerde görölen, belirli bir duvarı olmayan, düzgün konturlu kistik yapılarıdır (7). Basit kistler çok seyrek. Daha sık karşılaşılan kistik timomadan ayırımı zordur. Klinik ve radyografik olarak sarkoidoz düşünölen bir olguda BT ile timus lokalizasyonunda belirgin duvarı olmayan, homojen, düzgün konturlu kistik yapı timik kist olarak değerlendirildi. Cerrahi-histopatolojik olarak kistik timoma tanısı aldı.

Bronkojenik kistler genellikle orta mediastende lokalize, homojen, ince ve düzgün kenarlı kitlelerdir. BT'de kistik yapıların tanımı kolay olmakla birlikte tipini ayırmak her zaman kolay olmamaktadır. Ancak lokalizasyonu, özofagusla, vertebrayla ve bronşla olan irtibatı tanı koymada yardımcıdır (7). Çalışmamızda posterior mediastende, solda ana bronşla irtibatlı kistik bir lezyon tespit edildi. Bronkojenik kistle hidatik kist düşünöldü. Cerrahi-histopatolojik olarak bronkojenik kist tanısı aldı.

Lipomatozis mediastende belirgin kontur ihtiva etmeyen yağ birimidir. Özellikle üst mediastende olmak üzere yaygın yağ dansitesi izlenir (4). Çalışmamızda PA akciğer grafisinde üst mediastende genişleme nedeniyle kitle düşünölen bir olguda yaygın yağ değerleri tespit edilip lipomatozis tanısı kondu. BT tanısı kesin kabul edilen olguya başka inceleme yapılmadı.

Paratiroid adenomları tiroid dokusundan kapsülle ayrılmış, hipodens, düzgün konturlu, nadiren kalsifikasyon gösteren, homojen hafif kontrast tutan yumuşak doku kitleleridir. Tiroid nodülleriyle karıştırılabilir, fakat genellikle hormonal aktif oldukları için tanıları kolaydır (2). Bir olgumuzdaki sağ tiroid lobundan belirgin sınırlarla ayrılan hipodens yumuşak doku kitlesi paratiroid adenomu olarak değerlendirildi, tanı cerrahi histopatolojik olarak doğrulandı.

Aort anevrizmalarında, retrosternal tiroid kitlelerinde, özofagus tümörlerinin tespitinde ve evlendirilmesinde % 100 doğru tanı konması, LAM'lerin, kistik kitlelerin ve perikardiyal effüzyonların görüntülenmesinde etkili bir teknik olması, dansite ölçümleri ile olgulardaki küçük kalsifikasyon ve kistik alanların görüntülenmesi, diğer tanı yöntemleri ile tanı konulamayan olgularda patolojinin tespiti ve ihtimali tanımlarla klinik tanıya katkıda bulunması, mediastende patolojiye sebep olan akciğer parankim lezyonlarının da kolayca tespit edilebilmesi, kontrast madde zenginleştirme yöntemleri ile özellikle vasküler yapıları ve bunlara ait patolojileri ayırabilmesi, diğer patolojilerde de kontrast madde tutma özelliğine göre yüksek oranda tanıya ulaşılması, kolay uygulanması ve noninvaziv yöntem olması nedeni ile mediastinal patolojiden şüphelenilen olgularda BT incelemesinin gerektiği sonucuna varıldı.

KAYNAKLAR

1. Erzen C, Eryılmaz M, Cila A. Toraks duvarı patolojilerinde Bilgisayarlı Tomografi. *Rad-yoloji Dergisi* 1989; 2: 108-112.
2. Benjamin B, Ellis K, Richard PG. Computed Tomography of intrathoracic Goiters. *AJR* 1983; 140:455-460.
3. Dudkerk M, Overbosch E, Dee P. CT Recognition of Acute Aortic Dissection. *AJR* 1983; 141:671-676.
4. Webb WR. Diseases of the Mediastinum. In: Putman CE, Ravin CE (eds) *Diagnostic imaging*. Saunders, Philadelphia 1988, pp 456-476.
5. Gamsu G. Computed Tomography of the Mediastinum In: Moss AA, Gamsu G, Genant HK (eds). *Computed Tomography of the body* Saunders Co, Philadelphia 1983, pp 195-269.
6. Hopper DK, Diehl FL, Cale BA, et al. Time significance of necrotic mediastinal lymph nodes on CT in patient with newly diagnosed Hodgkin Disease. *AJR* 1990; 155: 267-270.
7. Glazer SH, Siegel MJ, Sagel SS. Low attenuation mediastinal masses on CT. *AJR* 1989; 152:1173-1177.
8. North LB, Libshitz HI, Lorgian JG. Thoracic lymphoma. *Rad Clin North Am* 1990;28:745-761.
9. Brauner MW, Lenoir S, Greiner P, et al. Pulmonary sarcoidosis: CT assesment of lesion reversibility. *Radiology* 1992; 182: 349-354.
10. Thorsen MK, San Drett MA, Lawson TL, Foley WD. Dissecting aortic aneurysms: Accuracy of computed tomographic diagnosis. *Radiology* 1983; 148: 773-777.
11. Reining JW, Stanley JH, Seabel SI. CT evaluation of thickened esophageal walls. *AJR* 1983; 140: 931-934.