

# Sağ - Ön Kardiofrenik Açı Opasiteleri

Ercan TUNCEL\*  
Metec CENGİZ\*\*  
İ. Ayhan ÖZDEMİR\*\*\*

## ÖZET

*Sağ-ön kardiofrenik açıda yer kaplayan, tümü ameliyat edilmiş değişik yapıda 5 olgu sunulmuştur. Bunlar plöroperikardial yağ yastığı, Morgagni hernisi, plöroperikardial kist, perikart hidatid kisti ve orta lobun ön-iç kesiminde yerleşmiş hidatid kisttir. Hidatid kistler dışındakiler bu bölgede sık görüldüğü bilinen patolojilerdir. Ülkemiz gibi ekinokokkozun endemik görüldüğü bölgelerde ise hidatid kist, ayrıca tanıda her zaman düşünülmelidir.*

## SUMMARY

### Right-Anterior Cardiofrenic Angle Shadows

*5 cases with right-anterior cardiofrenic angle shadows were presented. All cases were operated. These were pleuropericardial fat pad, omental hernia through the foramen of Morgagni, pleuropericardial cyst, pericardial hidatid cyst, and a hidatid cyst located in the middle lobe. All of them, except hidatid cyst, are often seen in right-anterior cardiofrenic angle. But hidatid cyst should be born in mind at the endemic areas of echinococcosis.*

Sağ-ön kardiofrenik açıda yer kaplayan lezyonların başında bu bölgede normalde bulunan plöroperikardial yağ yastığının büyük boyutlara ulaşması gelir<sup>1</sup>. Şişmanlarda görülen bu lezyon, asimetrik olmakla birlikte hemen her zaman iki taraflıdır. Bunun dışında plevral yapraklardan, plevral boşluktan, mediastinal plevra ile perikart arasından, perikart veya miyokartdan, komşu akciğerden, diyafrag-

\* Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Radyoloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

\*\* Yard. Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. GKDC Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

\*\*\* Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. GKDC Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

madan veya diyafragma altından çıkan birçok patoloji bu bölgede opak görünüme neden olabilir. Sık görülenleri, plöroperikardial yağ yastığı, Morgagni hernisi ve plöroperikardial kisttir<sup>1</sup>. Uzun saplı timoma gibi patolojiler de bu bölgeye kadar uzanabilir<sup>2</sup>.

Bu çalışmada, sık görülen olgu örneklerinden başka 2 hidatid kist olgusu sunulmuş ve ekinokokkozun endemik olduğu yörelerde, sağ-ön kardiofrenik açı opasitelerinin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmaları gereği vurgulanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız 1978-1981 yılları arasında fakültemiz GKDC birimi tarafından ameliyat edilmiş, sağ-ön kardiofrenik açıda yer kaplayan lezyonu bulunan 5 olguyu kapsamaktadır. Retrospektif olarak olguların iki yönlü göğüs röntgenogramları incelenmiştir.

## BULGULAR

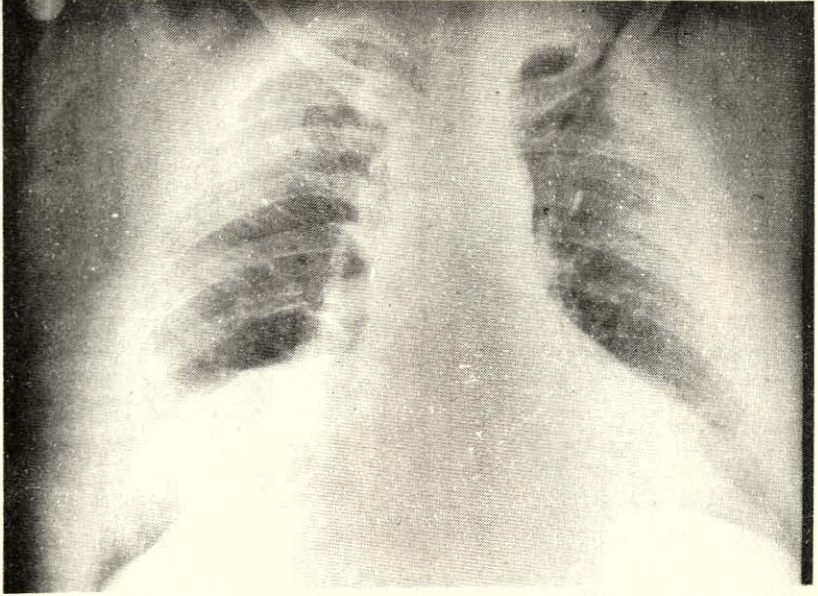
Olgularımızın göğüs röntgenogramlarındaki bulgular Tablo I de özet olarak sunulmuştur.

Tablo: I  
Olgularımızın Röntgentanı Bulguları

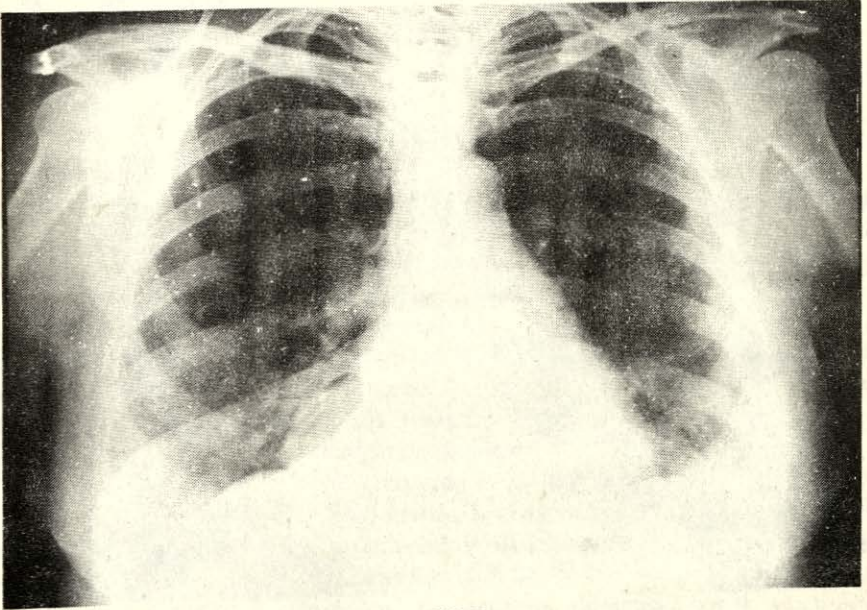
Olgular	Röntgentanı Bulguları	Tanı
1. S.Y., 52Y, K	10x8 cm çapında, kenar keskinliği belirgin olmayan kitle	Plöroperikardial yağ yastığı
2. P.D., 55Y, K	5x5 çapında, kenar keskinliği belirgin olmayan kitle	Morgagni hernisi
3.Z.Ç., 55Y, K	Kalp kenarında başlayıp toraks duvarına doğru gittikçe kalınlığı azalan, keskin kenarlı, 3 cm. kalınlığındaki kitle	Plöroperikardial kist
4. O.Y., 8Y, E	5x5 cm çapında keskin kenarlı kitle	Perikart hidatid kisti
5. Ü.Y., 25Y, K	10x9 cm. çapında, keskin kenarlı kitle	Orta lobda hidatid kist.

Olgularımızın ortak özellikleri tümünün asemptomatik olmaları veya özel bir semptomatoloji göstermemeleri idi. Plöroperikardial yağ yastığı bulunan olgu ileri derecede şişmandı ve sol kardiofrenik açıda kalp konturunu silen, yağ yastığı olarak yorumlanabilecek daha küçük bir opasite görülüyordu (Şekil 1). Morgagni hernisinde (Şekil 2), 3x3 cm lik bir defektten sadece omentum yağ dokusunun göğüs boşluğuna geçtiği görüldü. Plöroperikardial kist (şekil 3), ince bir sapla perikarda bağlı idi. Kistin içi berrak bir sıvı ile doluydu ve kist boşluğu ile perikart boşluğunun ilişkisi yoktu. Kist diyafragma üzerinde dışa, toraks duvarına kadar uzanıyordu. Perikart hidatid kistinde (Şekil 4), perikarda yapışık olan kistin perikart boş-

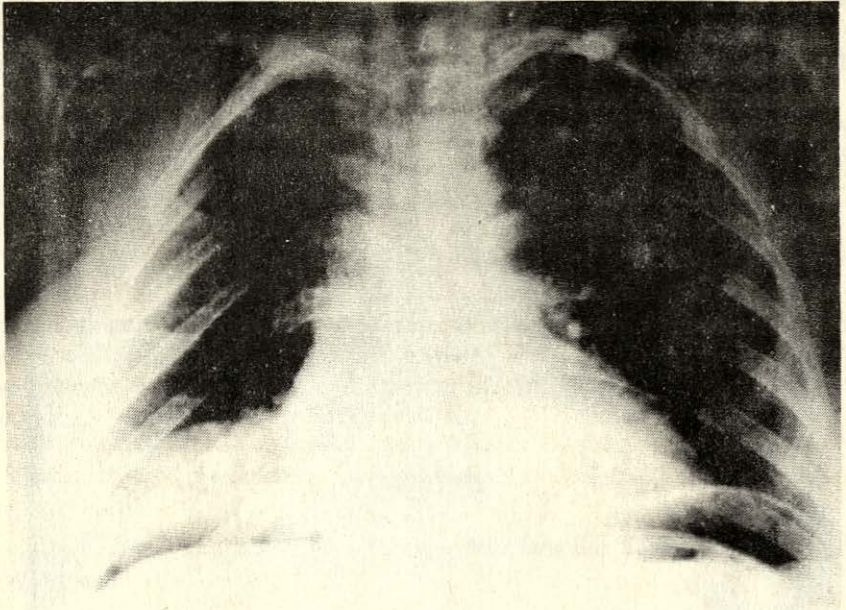




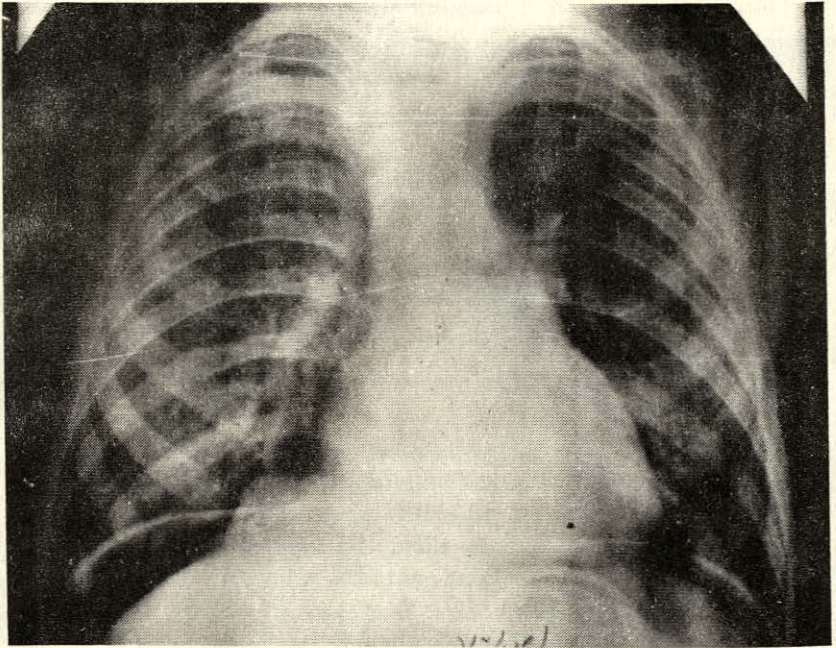
**Şekil: 1**  
*Plöro-perikardial yağ yastığı*



**Şekil: 2**  
*Morgagni hernisi*



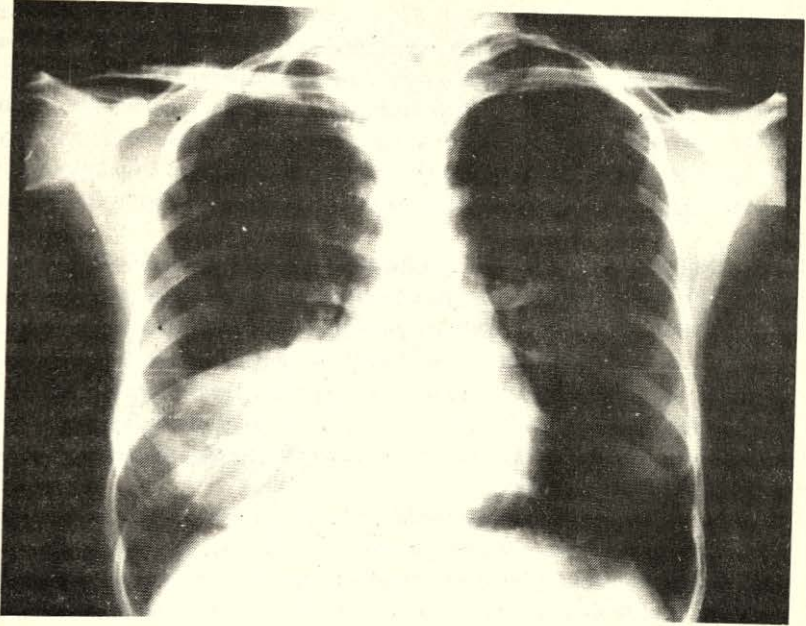
Şekil: 3  
Pleuro-perikardial kist



Şekil: 4  
Perikart hidatid kisti



luğu ile bir ilgisi yoktu. Orta loba yerleşen hidatid kist olgusunda (Şekil 5) ise kist, orta lobun ön-iç kenarında visseral plevra altından başlıyordu.



Şekil: 5  
Orta lobda hidatid kist

## TARTIŞMA

Sağ-ön kardiofrenik açı opasitelerinin ortak özelliği komşu kalp ve diyafragma kenarını silmeleridir. Arka-ön göğüs röntgenogramında bu bölgeye süperpoze olan ve kalp kenarını silmeyen toraks içi lezyonların, yan röntgenogramlarda daha arka kesimlerde yerleşmiş oldukları görülür.

Sağ-ön kardiofrenik açıda sık görülen patolojiler plöroperikardial yağ yastığı, Morgagni hernisi ve plöroperikardial kisttir<sup>1-2</sup>. Bunların dışında atipik yerleşimdeki birçok patoloji benzer görünüm oluşturabilir. Örneğin uzun saplı bir timomanın bu bölgede benzer görünüm yaptığı bildirilmiştir<sup>2</sup>. Çalışmamızdaki hidatid kistler de bu şekilde atipik lokalizasyon gösteren patolojilerdir.

Normalde piknik tip şişman şahıslarda kardiofrenik açılarda küçük boyutlarda gözlenebilen plöroperikardial yağ yastığı, aşırı şişmanlarda büyük boyutlara ulaşabilir. Hemen daima iki taraflı ve asimetriktir. Bizim olgumuzda da sol tarafta kalp konturunu silen daha küçük bir opasitenin varlığı bu tanımlamaya uymaktadır.

Morgagni hernileri diyafragmanın ön tarafında, sternumun her iki yanındaki foramenlerden genellikle omentumun ve bazen de mide, kolon gibi içi boş organların göğüs boşluğuna geçmesi ile ortaya çıkarlar. Genellikle asemptomatiktir<sup>3</sup>. Sol



taraftaki açıklık perikartla örtüldüğünden herniasyon daima sağ taraftadır. Çoğunlukla properitoneal veya omental yağ geçtiği için, görüntü plöroperikardial yağ yastığına çok benzer. Bizim olgumuzda olduğu gibi karşı taraf kardiofrenik açının normal olması ayrıncı tanıda gözönünde tutulması gerekli bir özelliktir.

Plöroperikardial kist konjenitaldir. Sık görülmez<sup>4</sup>. Embriyoda perikardiumun şekillenme sürecinde sölomik kavitenin torasik kesiminin olağan dışı bölünmesi sonucu gelişir<sup>2</sup>. "Paraperikardial sölomik kist" olarak da isimlendirilir. Çoğunlukla sağ kostofrenik açıda yerleşirler. Bir kısmı bir sapla perikarda bağlanmışdır. İçlerinde berrak bir sıvı vardır. Genellikle 3-8 cm boyutlarındadır. Saplı olanlardan bazılan toraks duvarına uzanacak kadar büyük olabilir. Çoğunun perikart boşluğu ile ilişkisi yoktur. Bizim olgumuz sapı, şekli, büyüklüğü ve içeriği bakımından bu tanılamaya uymaktadır.

Perikart hidatid kisti çok nadir görülür. Ekinokokkozun endemik olduğu yerlerde bile perikardial yerleşim çok seyrek<sup>5,6</sup>. Yavuzer ve arkadaşları<sup>4</sup>, 1000 olguluk hidatid kist serilerinde 2 perikart yerleşimi saptamışlardır. Bizim olgumuzda hidatid kist perikarda yapıştı ve perikart boşluğu ile bir ilişkisi yoktu. Olgumuzda hastanın yaşı, asemptomatik olması ve lezyonun keskin kenarlı olması, ekinokokkozisin ülkemizde endemik olması ile birlikte değerlendirildiğinde hidatid kisti düşündürülebilir. Ancak bu lokalizasyonun çok nadir olması nedeniyle, genellikle ameliyat öncesi tanı olası değildir.

Orta lobun ön-iç kesiminde periferde yerleşen hidatid kistler, sağ-ön kardiofrenik açı opasiteleri şeklinde görünüm verebilirler. Olgumuzda olduğu gibi, bu kesimde yerleşmiş keskin kenarlı homojen büyük bir opasite, hastanın yaşı ve asemptomatik oluşu ile birlikte değerlendirildiğinde, ekinokokkozisin endemik olduğu yörelerde daima hidatid kist tanısını düşündürmelidir.

Sağ-ön kardiofrenik açıda yer kaplayan lezyonlardan plöroperikardial yağ yastığı ve sadece yağ içeren Morgagni hernisinde, kenar keskinliklerinin ve opasitelerinin diğer lezyonlara göre az olmasının ayrıncı tanı ölçütü olduğu bildirilmiştir<sup>2</sup>. Bizim olgularımızda da kenar keskinliği diğer patolojilere göre daha azdır. Ancak yoğunluk farkı saptayamadık. Kanımızca yoğunluk, lezyonların yapısı ile olduğu kadar kalınlıkları ile de ilgili bir olaydır. Bu nedenle, yoğunluk, ancak eşit kalınlıkta iki lezyonun ayrıncı tanısında bir ölçüt olabilir.

Sağ-ön kardiofrenik açıda yer kaplayan lezyonların ayrıncı tanısında iki yönlü göğüs röntgenogramı, Trendelenburg pozisyonunda çekilen göğüs röntgenogramı, pnömotoraks ve pnömoperituan dan sonra elde edilen röntgenogramlar kullanılabilir. Plöroperikardial kistler Trendelenburg pozisyonunda hareket ederler<sup>2</sup>. Pnömotoraks yapılarak lezyonun akciğerle ilgisi saptanabilir. Pnömoperituan ise Morgagni hernisi gibi patolojilerin diyafragma altı ile ilişkilerini ortaya koyar. Omentumun hemiyeye olduğu Morgagni hernilerinde, kolon tetkikinde transvers kolonun yukarı doğru ters "V" görünümü alması önemli bir tanı ölçütüdür<sup>7,8</sup>.

## KAYNAKLAR

1. FRAISER, R.G., PARE, J.A.P.: Diagnosis of Diseases of the Chest, Saunders, Philadelphia, 1970, p. 1193.

2. RABIN, C.B., BARON, M.G.: Radiology of the Chest, 2. ed., William and Wilkins, Baltimore, 1980, p. 555-558.
3. SCHWARTZ, S.I.: Principles of Surgery, 3. ed., McGraw-Hill Book Co., New York, 1979, p. 1117.
4. PUGATCH, R.D., BRAVER, J.H., RABBINS, A.H., FALING, J.: CT Diagnosis of pericardial cysts AJR, 131: 515-516, 1978.
5. KOCAOĞLU, H., TELLİ, A., BİLKAY, Ö.: Kardio perikardik kist hidatidlerde cerrahi tedavi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14: 681, 1975.
6. YAVUZER, Ş., ULUS, T., AKAY, H., AKALIN, H., ÖZEK, A.: Pulmoner venöz obstrüksiyona neden olan primer perikardial hidatid kist, Mavi Bülten, 9: 417, 1977.
7. FELSON, B.: Chest Roentgenology, Saunders, Philadelphia, 1973, p. 440.
8. SUTTON, D.: A Textbook of Radiology and Imaging, 3. ed., Churchill Livingstone Edinburg, 1980, p. 675.

Doç. Dr. Ercan TUNCEL  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Radyoloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi  
BURSA