Radyolojik Tanı / *Radiologic Diagnosis*

DOI: 10.5578/ced.20260125 • *J Pediatr Inf 2026;20(1):82-84*

Bölüm Editörü: Prof. Dr. Mithat Haliloğlu

Radyolojik Tanınız Nedir?

What is Your Radiologic Diagnosis?

Gençay Karanlık(İD), Hatice Nursun Özcan(İD)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Makale atfı: Karanlık G, Özcan HN. Radyolojik tanınız nedir? J Pediatr Inf 2026;20(1):82-84.

On bir yaşındaki kız çocuğu yaklaşık 10 gündür olan halsizlik, yorgunluk, uyku hali, karın ağrısı ve 38 dereceye kadar yükselen aralıklı ateş şikayetleri ile çocuk acil servisine başvurdu. Öyküsünden iştahsızlık ve köy peyniri yeme öyküsü olduğu öğrenildi. Kusma, ishal, gece terlemesi, eklem hareket kısıtlılığı, çiğ süt içme öyküsü, hayvan teması, kilo kaybı, tüberküloz temas öyküsü, döküntü ve fotosensitivite öyküsü olmadığı, idrar yaparken yanma ya da idrarda kötü koku olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde karında bombelik ve hassasiyet fark edildi. Kosta altında karaciğer 6-7 cm, dalak 4-5 cm palpe edildi. Ateşi 37.9 °C ölçüldü. Laboratuvar testlerinde; eritosit sedimantasyon hızı= 24 mm/saat (<9 mm/saat), C-reaktif protein= 90 mg/dL (<1 mg/dL) olup yüksekti. Tam kan sayımı ve biyokimyası parametrelerinde anormal bir değer saptanmadı. İleri değerlendirme için hasta çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Periferik kan yaymasında atipik hücre görülmedi. Tüberkülin deri testi anerjik olarak değerlendirildi, idrar ve kan kültürleri, toksoplazma, sitomegalovirüs, rubella, Epstein-Barr virüs, Brucella aglütinasyonu, hepatit virüslerinin serolojisi, Leishmania gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu negatif sonuçlandı. Quantiferon testi ise pozitif sonuçlandı. Tüm abdomen ultrasonografi (US) tetkikinde hepatosplenomegali ve batın içerisinde septalar da içeren yaygın serbest sıvı saptandı. Takiben yapılan kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde, hepatosplenomegali, batın içerisinde yaygın serbest sıvı, omentumda nodüler lezyonlar ve peritonda difüz kalınlaşmalar, mezenter kökünde büyümüş lenf nodları ve kesitlere dahil akciğer bazallerinde plevral efüzyon saptandı (Şekil 1-3). Periton sıvısı girişimsel



Şekil 1. Koronal reformat kontrastlı abdomen BT görüntüsünde, karaciğer ve dalağın normalden büyük olduğu (beyaz oklar) ve batın içerisinde yaygın serbest sıvı (ok başları) izlenmekte.

Yazışma Adresi/Correspondence Address

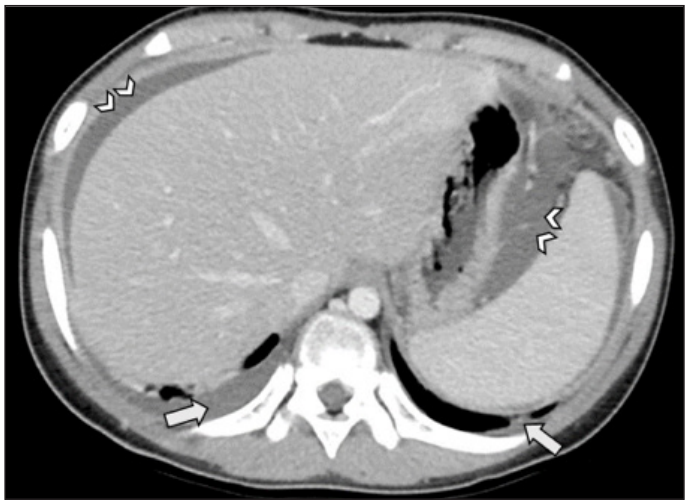
Gençay Karanlık

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Radyoloji Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye

E-mail: gencaykaranlik@gmail.com

Geliş Tarihi: 14.02.2026 **Kabul Tarihi:** 26.02.2026
Çevrim İçi Yayın Tarihi: 17.03.2026

Bu eser CC BY-NC Atıf-GayriTicari Türev Eser Yaratma 4.0 Uluslararası Lisansı kapsamında lisanslanmıştır.
Veri Paylaşım Beyanı: Bu çalışmanın bulgularını destekleyen veriler, makul talepler doğrultusunda sorumlu yazardan temin edilebilir.
©Telif Hakkı 2026 Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği. Makale metnine www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.



Şekil 2. Aksiyel kontrastlı abdomen BT kesitinde, bilateral (solda sıvama tarzında) plevral efüzyon (beyaz oklar) ile üst kadranlardaki yaygın serbest sıvı (ok başları) izlenmekte.

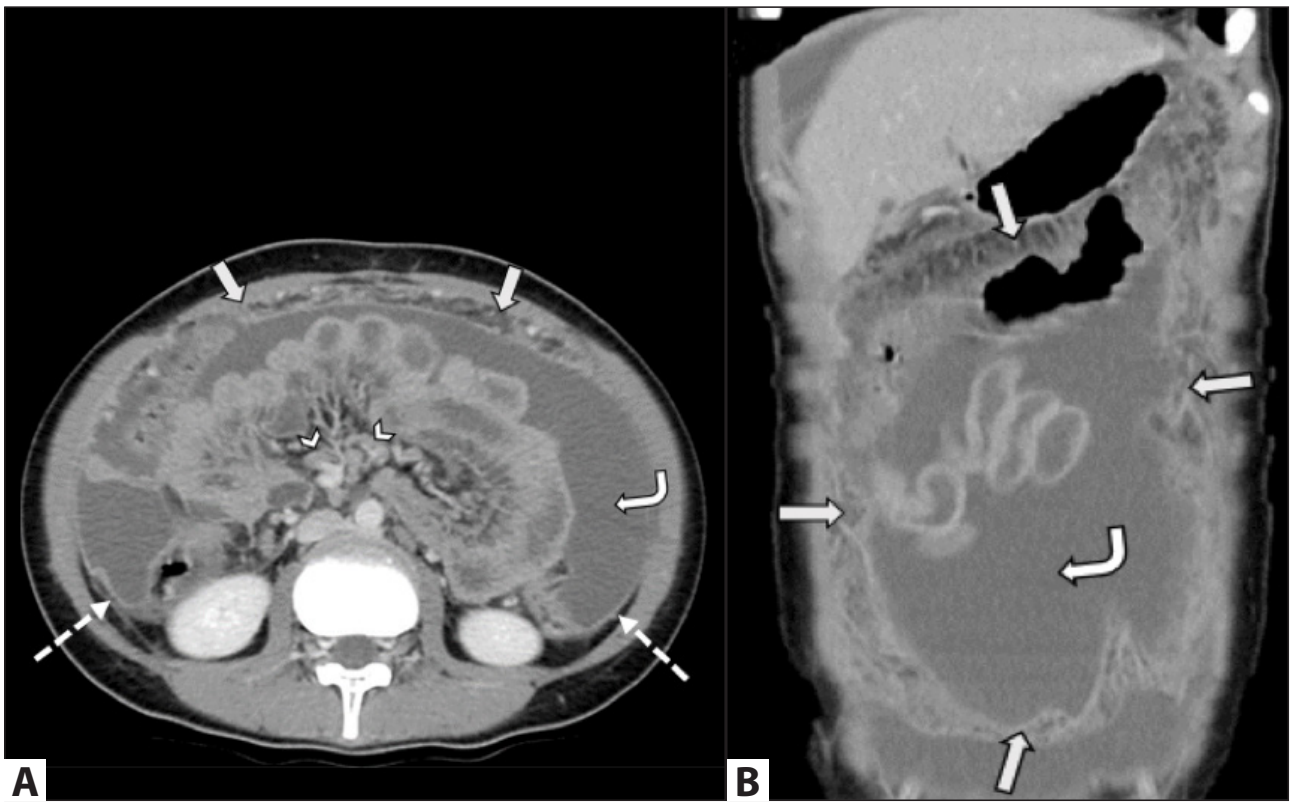
radyoloji tarafından örneklendi; sıvı proteini= 5.6 g/100 mL (<3 gr/100 mL), sıvı laktat dehidrogenaz (LDH)= 330 IU/L (<200 IU/L), sıvı LDH/serum LDH= 1.4 (<0.6), sıvı albümin/serum albümin= 0.8 (<0.5), adenozin deaminaz aktivitesi= 42 U/L (<40) saptandı, direkt bakıda %96 lenfosit hakimiyeti görüldü. Ardışık günlerde çalışılan balgam, açlık mide sıvısı, plevral efüzyon ve asit sıvısı örneklerinde histokimyasal çalışmalarda aside dirençli basil saptanmadı, kültürlerinde tüberküloz basili üremesi olmadı. Girişimsel radyoloji tarafından omentumdaki nodüler lezyonlardan tru-cut biyopsi alındı, örneklerin mikroskobik incelemesinde çok sayıda granülom varlığı rapor edildi. Hastanın öyküsü, muayene ve radyolojik bulguları eşliğinde tanınız nedir?

TANI: Tüberküloz peritoniti

Kısa tartışma

Abdominal tüberküloz, ekstrapulmoner tüberkülozun nadir bir formu olup klinik bulguları akut, kronik veya kronik zeminde akut alevlenme şeklinde olabilir. Çeşitli çalışmalarda en sık bildirilen semptomlar ateş, kilo kaybı, halsizlik ve karın ağrısıdır. Abdominal tüberküloz; primer odaktan hematojen yolla, tüberküloz basili içeren balgamın yutulmasıyla, kontamine süt veya gıda ürünlerinin tüketilmesiyle ya da komşu yapılardan doğrudan yayılımla bulaşabilir. Abdominal tüberkülozda gastrointestinal sistem, periton, lenf nodu veya solid organ tutulumu olabilir; ancak en sık tutulan bölgeler periton ve abdominal lenf nodlarıdır (1,2).

Peritoneal tüberküloz, abdominal tüberkülozun sık görülen bir alt tipidir. Peritoneal tutulumun; enfeksiyonun mezenterik lenf nodlarına (hematojen veya lenfatik yayılım sonucu)



Şekil 3. (A) Aksiyel kontrastlı abdomen BT kesitinde, omental yüzeylerdeki yaygın nodüler lezyonlar (beyaz kalın oklar), paryetal peritondaki difüz kalınlaşmalar (kesik çizgili beyaz oklar), mezenter kökündeki sayıca artmış lenf nodları (ok başları) ve yaygın asit (kıvrık beyaz ok) izlenmekte. **(B)** Koronal reformat kontrastlı abdomen BT görüntüsünde, omentumdaki nodüler lezyonlar (beyaz oklar) ve asit (kıvrık beyaz ok) izlenmekte.

ulaşıp, rüptüre olması sonrası periton boşluğuna açılmasıyla ya da komşu yapılardan seroza boyunca direkt yayılım sonucu geliştiği düşünülmektedir (1,3).

Periton sıvısında aside dirençli basillerin gösterilmesi ve kültür pozitifliği literatürde nadiren bildirilmiştir (1,3). Seksen sekiz abdominal tüberküloz olgusundan oluşan bir seride mikrobiyolojik tanı oranını %11 olarak rapor edilmiştir (4). Tanının mikrobiyolojik kriterlere dayanarak konulma olasılığı düşüktür. Peritoneal tüberküloz tanısında radyolojik incelemeler kritik bir rol oynamaktadır. Ultrasonografi ve BT tanıda en sık başvurulan görüntüleme yöntemleridir. Bilgisayarlı tomografi, peritoneal yüzeylerdeki, mezenter ve omentumdaki değişikliklerin değerlendirilmesinde US'ye kıyasla daha duyarlıdır (5).

Mezenter ve omentum tutulumu mikro (<5 mm) ya da makronodüler (>5 mm) lezyonlar veya mezenter yapraklarında, omental yüzeylerde kalınlaşma ile karakterizedir. Omental tutulumun özel bir alt tipi ise yaygın ve kaba nodüler kalınlaşmalarla seyreden "omental kek" görünümüdür ve bu durumda peritoneal karsinomatozis de ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Peritoneal tutulumda en sık bulgular difüz veya nodüler peritoneal kalınlaşmadır. Ultrasonografide 2-6 mm kalınlığında, genellikle hipoekoik peritoneal kalınlaşma ve 5 mm'den küçük nodüller saptanabilir; bu bulgular asit varlığında daha belirgin hale gelir. Bilgisayarlı tomografide düzgün kalınlaşmış peritonda belirgin kontrast tutulumu tipiktir. Asit, peritoneal tüberküloz olgularının %30-100'ünde görülmektedir (5,6). Ultrasonografi, küçük miktardaki veya loküle sıvının saptanmasında daha duyarlıdır. İnce septasyonlar, fibrin bantları ve debris içeren görünüm sık rastlanan bulgulardır. Bilgisayarlı tomografide asit sıvısı genellikle yüksek atenüasyon değerleri (25-45 Hounsfield ünitesi) gösterir; bu durum sıvının yüksek protein ve hücresel içeriğini yansıtır. Nadiren şilöz asit görülebilir ve bu durumda yağ-sıvı seviyesi saptanabilir. Tüberküloz peritonitin üç formu tanımlanmıştır: En sık görülen "ıslak" tip, yaygın veya loküle, viskoz özellikte bol miktarda asit ile karakterizedir. "Fibrotik-fiks" tipte omental kitleler, birbirine yapışmış bağırsak ansları ve mezenter tutulumu ön plandadır. "Kuru" tip ise kazeöz nodüller ve yoğun adezyonlarla seyreder (5,6).

Bizim hastamızda görüntüleme bulguları tüberküloz peritonitini telkin etmekteydi. Girişimsel radyoloji tarafından omental nodüllere yapılan tru-cut biyopside granülomların görülmesi, periton sıvısının analizi ve Quantiferon testi pozitifliği ile birlikte tanı doğrulandı. Kombine antitüberküloz tedavisi ile hastanın semptomları ve takip US tetkiklerinde radyolojik bulguları geriledi.

Kaynaklar

1. *Kılıç Ö, Somer A, Hançerli Törün S, Keser Emiroğlu M, Salman N, Salman T, et al. Assessment of 35 children with abdominal tuberculosis. Turk J Gastroenterol 2015;26:128-32. https://doi.org/10.5152/tjg.2015.6123*
2. *Wittman DH. Classification systems for peritonitis. In: Wittman DH (ed). Intra-abdominal Infections: Pathophysiology and Treatment. New York: Marcel Dekker; 1991: 43-4.*
3. *Bilgin T, Karabay A, Dolar E, Develioğlu OH. Peritoneal tuberculosis with pelvic abdominal mass, ascites and elevated CA 125 mimicking advanced ovarian carcinoma: a series of 10 cases. Int J Gynecol Cancer 2001;11:290-4. https://doi.org/10.1136/ijgc-00009577-200107000-00006*
4. *Bolukbas C, Bolukbas FF, Kendir T, Dalay RA, Akbayir N, Sokmen MH, et al. Clinical presentation of abdominal tuberculosis in HIV seronegative adults. BMC Gastroenterol 2005;5:21. https://doi.org/10.1186/1471-230X-5-21*
5. *Sinan T, Sheikh M, Ramadan S, Sahwney S, Behbehani A. CT features in abdominal tuberculosis: 20 years' experience. BMC Med Imaging 2002;2(1):3. https://doi.org/10.1186/1471-2342-2-3*
6. *Pereira JM, Madureira AJ, Vieira A, Ramos I. Abdominal tuberculosis: imaging features. Eur J Radiol 2005;55:173-80. https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2005.04.015*