



Radyolojik Tanınız Nedir?

What is Your Radiologic Diagnosis?

Hasibe Gökçe Çınar^(ID), Berna Uçan^(ID)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Etlik Şehir Hastanesi Radyoloji Kliniği, Çocuk Radyolojisi Bölümü, Ankara, Türkiye

Makale atfı: Gökçe Çınar H, Uçan B. Radyolojik tanınız nedir? J Pediatr Inf 2026;20(3):245-248.

On yaşındaki erkek hasta ayaklarının üzerine basamama, ayak bileklerinde şişlik, ateş ve halsizlik yakınmalarıyla romatoloji polikliniğine başvurdu. Hikayesinden yaklaşık üç aydır aralıklı bel ve sırt ağrısı, 38 °C'ye ulaşan ateş ve kilo kaybı olduğu öğrenildi. Öz geçmişinde sık enfeksiyon geçirme, travma veya bağ dokusu hastalığı öyküsü yoktu.

Fizik muayenede ayak bileklerinde şişlik ve hareket kısıtlılığı ile sakroiliyak bölgede hassasiyet vardı. Laboratuvar incelemelerinde lenfosit hakimiyetinde yüksek beyaz küre sayısı (11.900/mm³) saptandı. C-reaktif protein düzeyi (82.2 mg/L) ve sedimentasyon hızı (59 mm/saat) artmıştı. Hemoglobin (8.7 g/dL) ve hematokrit (%29) değerleri normalin altındaydı. Transtorasik ekokardiyografide ve transözofagial ekokardiyografide aort kapakçığında asendan aortaya uzanan yaygın vejetasyonlar ve anevrizmatik genişlemeler saptandı. Kan kültüründe üreme mevcuttu.

Antibiyoterapinin beşinci gününde hastada şiddetli karın ağrısı, bulantı ve kusma gelişti. Acil koşullarda yapılan abdominal ultrasonografi (US) incelemesinde akut apandisit, ileus veya intraabdominal apse gibi akut karın nedenlerini düşündüren sonografik bulgu saptanmadı. Devam eden yakınmalar nedeniyle gerçekleştirilen abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) ve BT anjiyografisinde, asendan aortada anevrizmatik genişlemeler ve superior mezenterik arterin distal kesimiyle ilişkili, yaklaşık 18x13 mm boyutunda, parsiyel tromboze sakküler anevrizmatik dilatasyon izlendi. Aktif kontrast dolumu gösteren lümen yaklaşık 16x12 mm boyutundaydı. Bu anevrizmanın yaklaşık 30 mm kraniyalinde, superior mezenterik

arterle ilişkili 4x3 mm boyutunda lobüle konturlu ikinci bir sakküler anevrizmatik dilatasyon daha saptandı (Şekil 1).

Hasta yatışının 10. gününde kardiyak cerrahiye alındı. Destrukte aort kapağı ve asendan aortadaki enfekte dokular eksize edilerek mekanik aort kapak replasmanı ile eş zamanlı suprakoroner asendan aort greft replasmanı uygulandı.

Kardiyak cerrahiden beş gün sonra, hastada bilinç bulanıklığı ve nöbet gelişmesi üzerine yapılan kontrastlı kranyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde, bilateral serebral hemisferlerde en büyükleri sağ temporal lobda yaklaşık 15 mm boyutunda olmak üzere kortikal-subkortikal yerleşimli, düzensiz sınırlı, periferik kontrastlanan ve santral difüzyon kısıtlayan abseler izlendi. Manyetik rezonans anjiyografide ise sağ internal karotid arter M4 segmentinde ve posterior serebral arter P4 segmentinde milimetrik boyutlu sakküler anevrizmalar mevcuttu (Şekil 2).

Hastanın takiplerinde kan kültürlerinde negatiflik ve enfamatuvar belirteçlerde gerileme saptandı. Kardiyak cerrahiden 10 gün sonra hastada şiddetli sol bacak ağrısı gelişti. Acil şartlarda yapılan renkli Doppler US'de, sol popliteal arterin orta-distal kesimiyle ilişkili, belirgin duvar yapısı izlenmeyen, geniş boyunlu ve yaklaşık 55x32 mm boyutunda psödoanevrizma saptandı. Lezyonun periferinde tromboze alan ve lümeninde karakteristik "yin-yang" (çift yönlü girdap bulgusu) akım paterni izlendi. Alt ekstremité BT anjiyografide sol popliteal fossada, popliteal arterle ilişkili 42x30 mm boyutunda sakküler anevrizmatik genişleme izlendi (Şekil 3).

Yazışma Adresi/Correspondence Address

Berna Uçan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Etlik Şehir Hastanesi
Radyoloji Kliniği, Çocuk Radyolojisi Bölümü,
Ankara, Türkiye

E-mail: drbernakahya@gmail.com

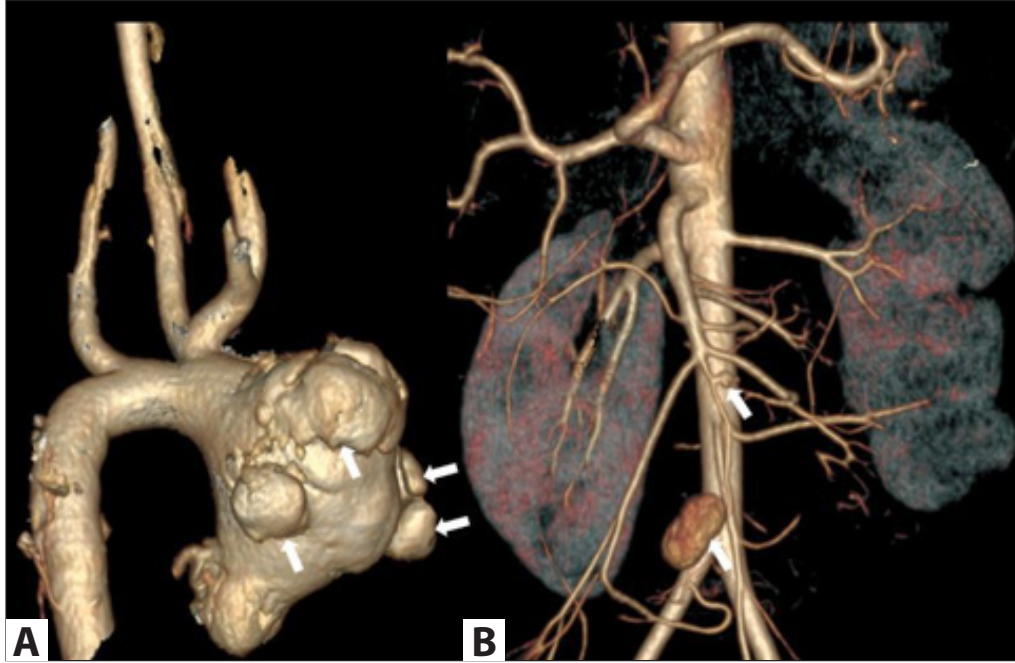
Geliş Tarihi: 06.08.2026 Kabul Tarihi: 25.08.2026

Çevrim İçi Yayın Tarihi: 12.10.2026

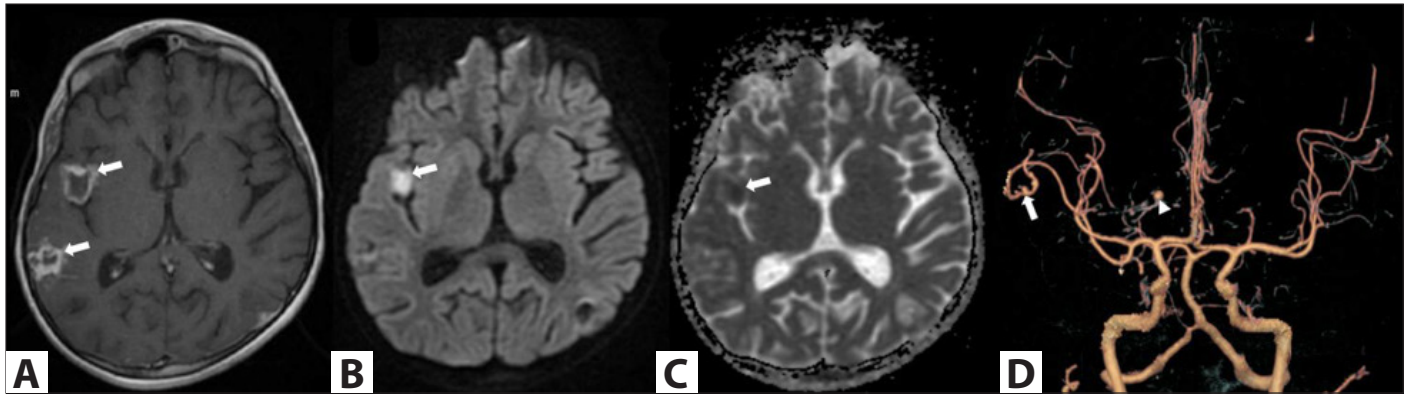
Bu eser CC BY-NC Atıf-GayriTicari Türev Eser Yaratma 4.0 Uluslararası Lisansı kapsamında lisanslanmıştır.

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 1. BT anjiyografi incelemesine ait hacimsel görüntüler. Asendan aortada genişleme ve duvarlarında da çok sayıda anevrizmatik genişleme izlenmekte (oklar) (a). Superior mezenterik arter dallarındaki anevrizmatik genişlemeler görülmekte (oklar) (b).



Şekil 2. Kranyal MRG ve MR anjiyografi incelemesi. Aksiyel T1 ağırlıklı kontrastlı kesitte sağ temporal bölgede periferik kontrastlanan düzensiz sınırlı intrakranyal abseler görülmekte (oklar) (a). Difüzyon ağırlıklı görüntüleme. ADC haritasında lezyonların santralinin difüzyon kısıtlaması göstermesi abselere ait yoğun pürülan içerikle uyumlu (oklar) (b,c). MR anjiyografiye ait hacimsel görüntüde sağda orta serebral arter M4 dalında (ok) ve posterior serebral arter P4 dalında (ok başı) sakküler anevrizmatik genişlemeler izlenmekte (d).

Hastanın öyküsü, muayene ve radyolojik bulguları eşliğinde tanınız nedir?

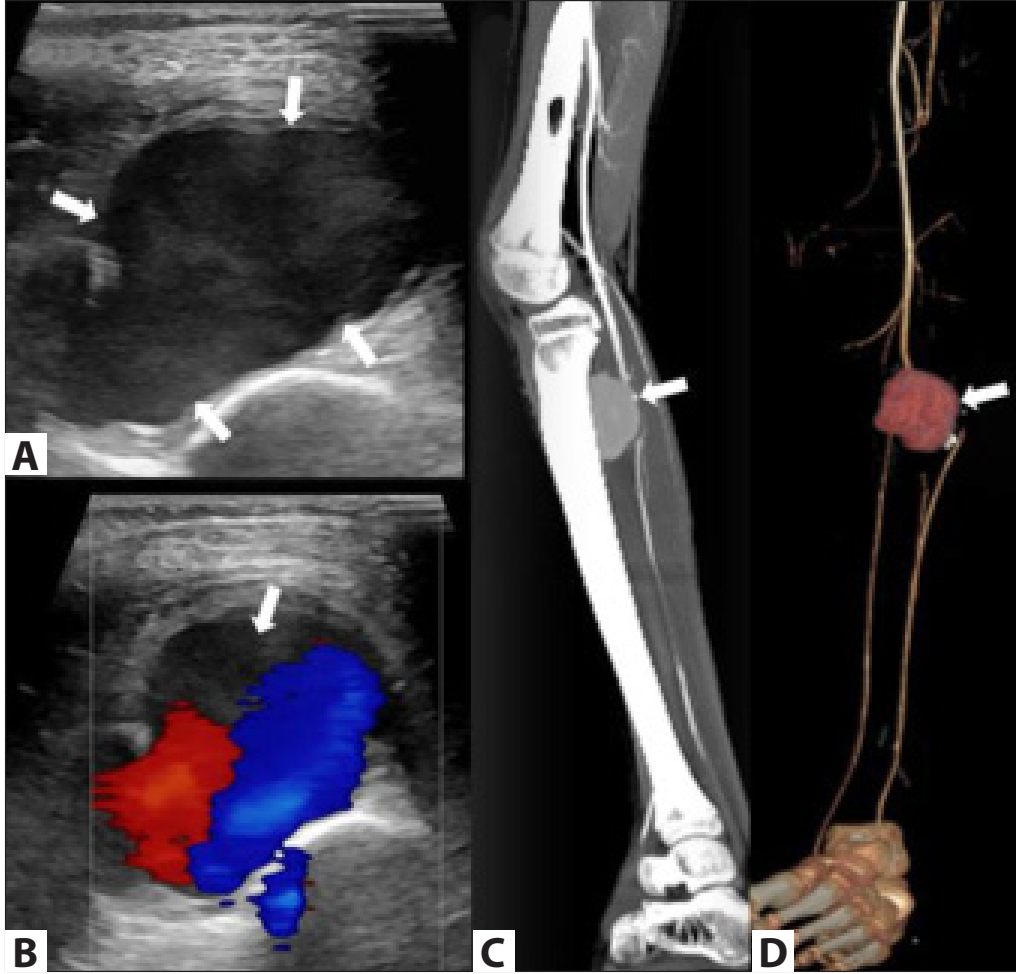
TANI: Enfektif endokardite bağlı mikotik anevrizmalar

Kısa tartışma

Mikotik anevrizma, mikroorganizmaların arter duvarına yerleşmesi sonucu gelişen enfeksiyöz bir anevrizmayı tanımlar. “Mikotik” terimi kullanılmakla birlikte, etken çoğunlukla mantar değil, *Staphylococcus* veya *Streptococcus* türleri bakterilerdir. Enfektif endokarditte kapak vejetasyonlarından kaynaklanan septik embolilerin arter duvarına ulaşması, duvar bütünlüğünün bozulmasına ve sıklıkla psödoanevrizma gelişimine neden olur. Enfekte anevrizmalar aorta başta

olmak üzere periferik, serebral ve visseral arterlerde görülebilir (1).

Enfektif endokardit çocuklarda nadir görülmekle birlikte kalp yetersizliği, sistemik embolizasyon, apse ve mikotik anevrizma gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilir. Mikotik anevrizmalar hızlı büyüme, tromboz, distal embolizasyon ve rüptür riski nedeniyle erken tanı gerektirir. Özellikle enfektif endokarditli bir hastada yeni gelişen karın veya ekstremiteler ağrısı, septik embolizasyon ve mikotik anevrizma açısından uyarıcı olmalıdır (2). Olgumuzda farklı zamanlarda gelişen karın ve sol bacak ağrısı, superior mezenterik arter ve popliteal arter yerleşimli multipl mikotik anevrizmaların klinik bulgusu olmuştur.



Şekil 3. Gri skala US incelemesinde sol popliteal arterdeki anevrizmaya ait genişleme (ok) izlenmekte (a). Renkli Doppler US'de, anevrizma içerisinde psödoanevrizma için tipik “ying-yang” bulgusu ve parsiyel tromboz (ok) görülmekte (b). BT anjiyografi maksimum yoğunluk projeksiyonu (MIP) ve hacimsel görüntülerde sol popliteal arter anevrizması izlenmekte (oklar) (c,d).

Görüntüleme, anevrizmaların saptanmasında, anatomik yayılımın belirlenmesinde ve tedavinin planlanmasında temel rol oynar. Renkli Doppler US özellikle periferik arterlerin değerlendirilmesinde kolay ulaşılabilir ve etkili bir yöntemdir. Psödoanevrizma lümenindeki çift yönlü “yin-yang” akım paterni ve boyun düzeyindeki tipik akım değişiklikleri tanıyı destekler. BT anjiyografi ise anevrizmanın boyutunu, arterle ilişkisini, mural trombüsü, distal dolaşımı ve eşlik eden diğer vasküler odakları daha yüksek uzaysal çözünürlükle değerlendirir. Enfekte anevrizmalar BT'de sıklıkla sakküler veya lobüle konturlu, düzensiz duvarlı ve parsiyel tromboze lezyonlar şeklinde görülür (3).

Superior mezenterik arter mikotik anevrizmaları oldukça nadirdir; enfektif endokarditin bilinen visseral komplikasyonlarından biridir. Karın ağrısı, bulantı ve kusma gibi özgül olmayan belirtilerle ortaya çıkabilir; rüptür gelişmesi hâlinde intra-abdominal kanama ve yüksek mortalite riski taşır (4).

Popliteal arter mikotik anevrizmaları da nadirdir ve ekstremitelerde ağrısı, şişlik, distal iskemi veya nabız kaybıyla kendini gösterebilir. Olgumuzda Doppler US'de anevrizmanın distalindeki arterlerde monofazik akım ve ayak bileği düzeyinde belirgin akım azalması saptanması, distal dolaşımın etkilendiğini göstermiştir.

Mikotik anevrizmaların tedavisinde uygun ve uzun süreli antibiyoterapi esastır. Bununla birlikte, anevrizmanın yerleşimi, büyüklüğü, klinik bulgulara yol açması, takipte büyümesi, distal dolaşımı bozması ve rüptür riski göz önünde bulundurularak cerrahi veya endovasküler tedavi uygulanabilir. Bazı küçük mikotik anevrizmalar antibiyoterapiyle gerileyebilir veya tromboze olabilir; ancak hangi lezyonların yalnızca medikal tedaviyle güvenle izlenebileceğini belirleyen standart kriterler sınırlıdır. Ayrıca kan kültürünün negatifleşmesi ve inflamatuvar belirteçlerin gerilemesi, mevcut anevrizmaların küçüleceğini veya yeni anevrizma gelişmeyeceğini kesin olarak göstermez.

Kontrol altına alınamayan enfeksiyon veya devam eden embolik komplikasyon varlığında, vejetasyonlarla birlikte persistan enfeksiyon odağının cerrahi olarak ortadan kaldırılması gerekebilir (2,4).

Olgumuzda superior mezenterik arter ve distal dallarındaki anevrizmalar yakın görüntüleme takibine alınmış; takipte boyutlarının küçüldüğü ve tromboze olduğu gözlenmiştir. Buna karşılık sol popliteal arterdeki psödoanevrizmanın semptomatik olması ve distal arteriyel dolaşımı bozması nedeniyle cerrahi tedavi uygulanmıştır. Bu bulgular, aynı hastada bulunan mikotik anevrizmaların yerleşimlerine ve klinik etkilerine göre farklı seyir gösterebileceğini ve tedavinin her lezyon için bireyselleştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bu olgu, çocukluk çağında enfektif endokardite bağlı septik embolizasyonun aynı hastada hem visseral hem de periferik arterlerde multipl mikotik anevrizmalara yol açabileceğini göstermesi bakımından dikkat çekicidir. Klinik ve laboratuvar bulgularındaki düzelme vasküler komplikasyonları tamamen dışlamadığından, takip sırasında gelişen yeni karın veya ekstremitelerdeki ağrıları dikkatle değerlendirilmelidir. Klinik şüphe du-

rumunda periferik lezyonlar için hedefe yönelik renkli Doppler US, lezyonların yaygınlığının ve tedavi sürecindeki değişimin değerlendirilmesi için ise BT anjiyografi yapılmalıdır. Semptomların tekrarlaması veya mevcut anevrizmalarda progresyon şüphesi olması durumunda kontrol BT anjiyografisi incelenmesi düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Vicent L, Luna R, Martínez-Sellés M. Pediatric infective endocarditis: A literature review. *J Clin Med* 2022;11(11):3217. <https://doi.org/10.3390/jcm11113217>
2. Mitsui K, Oda R, Lee T, Watanabe K, Nakamura T, Miyazaki R, et al. Multiple mycotic aneurysms with infective endocarditis: A case report. *J Infect Chemother* 2021;27:1513-6. <https://doi.org/10.1016/j.jiac.2021.05.014>
3. Moreno Real D, de Araujo Martins-Romeo D, Aneiros Rosón F, Díez MB. Imaging the pseudoaneurysm [scientific exhibit]. *European Congress of Radiology (ECR 2023); Vienna, Austria; 2023. Poster No: C-11691.*
4. Ferrara D, Blasio R, Trinci M, Giugliano AM, Mamone R, Argenziano G, et al. Superior mesenteric artery aneurysm in a 12-year-old patient presenting with acute abdomen: A case report. *SN Compr Clin Med* 2021;3:1440-4. <https://doi.org/10.1007/s42399-021-00934-z>