



Radyolojik Tanınız Nedir?

What is Your Radiologic Diagnosis?

Derya Bako (ID)

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Çocuk Radyolojisi Bilim Dalı, Samsun, Türkiye

Makale atfı: Bako D. Radyolojik tanınız nedir? J Pediatr Inf 2026;20(2):158-160.

İki aylık erkek bebek, batin orta hattında, doğumu takiben ikinci haftadan bu yana yavaş büyüyen şişlik nedeniyle pediatri polikliniğine getirildi. Aile; ateş, kusma, ishal ya da beslenme güçlüğü bildirmedi. Bebeğin zamanında, spontan vajinal yolla doğduğu, perinatal dönemin sorunsuz geçtiği öğrenildi. Umbilikal venöz veya arteriyel kateterizasyon, omfalit ya da abdominal girişim öyküsü yoktu. Vital bulgular normaldi. Fizik muayenede küçük umbilikal herni mevcuttu; karın derisinde eritem, ödem veya renk değişikliği yoktu ancak palpasyonla şişliği olan bölgede belirgin hassasiyet mevcuttu. Diğer sistemik bulgular normaldi. Laboratuvar incelemesinde nötrofil hakimiyetiyle birlikte lökositoz (BK: 20.000/mm³) ve C-reaktif

protein (CRP) yüksekliği (55mg/L) saptandı; diğer parametreler normal sınırlardaydı.

Abdominal ultrasonografi (US) incelemesinde; orta hat ve sol paramedyan alanda, sol hepatik lobun ön yüzüyle ön karın duvarı arasında, falsiform ligaman seyri boyunca uzanan, 57 × 35 mm boyutunda lezyon saptandı. Lezyon çevresinde yoğun ekojenite artışı mevcuttu. Renkli Doppler incelemede lezyonun periferinde ve santralinde, lineer bir bileşen boyunca yoğun kanlanma vardı (Şekil 1). Lezyonun falsiform ligaman seyriyle örtüşen lokalizasyonu ve çevresel yoğun ekojenite artışı enfeksiyöz bir süreci ön planda düşündürmekle birlikte, ayrıntılı değerlendirme ve falsiform



Şekil 1. Olgunun başvuru gününde elde edilen abdominal US görüntüleri. (A). Sagittal düzlemdeki görüntüde, umbilikus düzeyinden karaciğer anterioruna uzanan falsiform ligaman trasesinde (ok başları) kitle benzeri görünüm izlenmekte (oklar). (B). Aksiyel düzlemdeki gri skala US görüntüsünde lezyonun heterojen ekojeniteli ve düzgün sınırlı olduğu görülmekte. (C). Renkli Doppler incelemesinde lezyonun periferinde ve santralinde lineer bir bileşen boyunca yoğun kanlanma izlenmekte.

Yazışma Adresi/Correspondence Address

Derya Bako

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Radyoloji Anabilim Dalı, Çocuk Radyolojisi Bilim Dalı,
Samsun, Türkiye

E-mail: deryabakokeskin@gmail.com

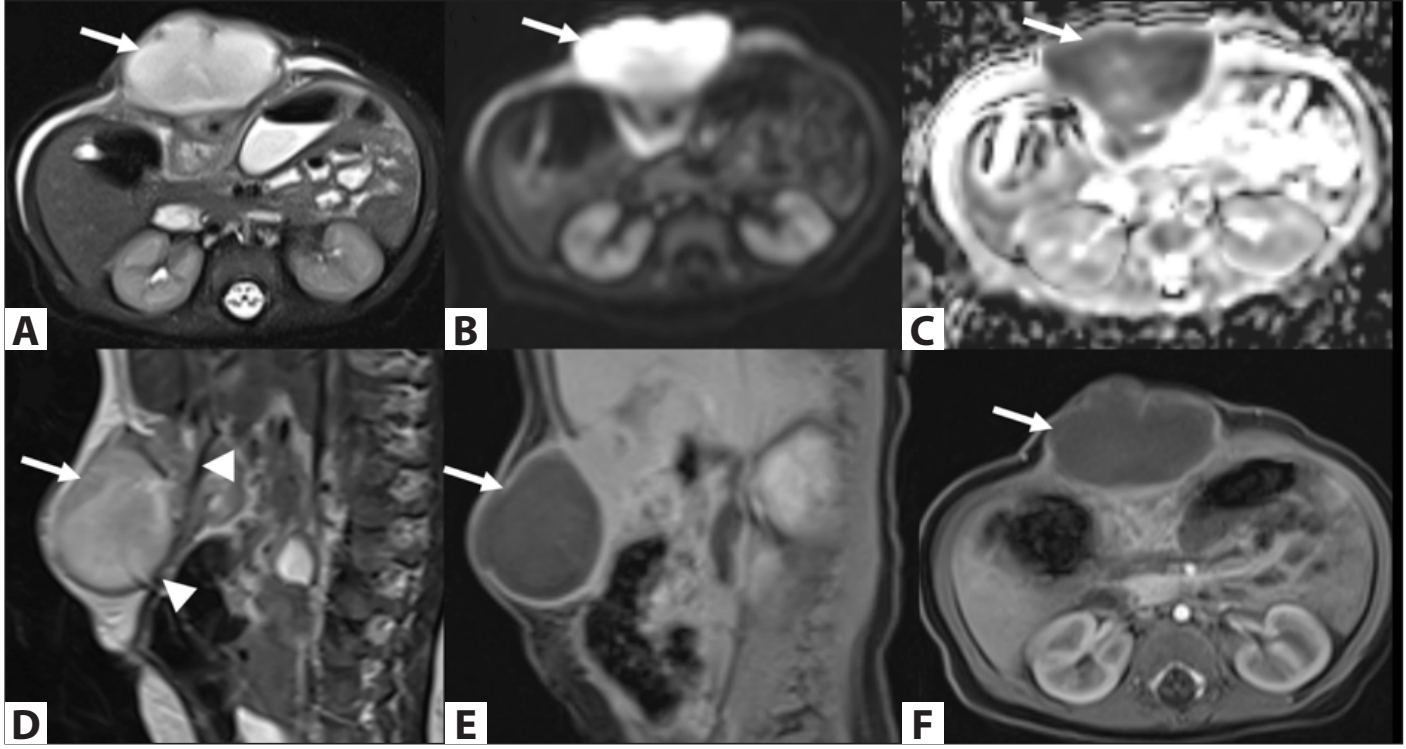
Geliş Tarihi: 13.04.2026 Kabul Tarihi: 15.05.2026

Çevrim İçi Yayın Tarihi: 01.07.2026

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. Manyetik rezonans görüntüleme incelemesi. (A). Aksiyel T2 ağırlıklı kesitte karaciğerin ön yüzeyi ile karın ön duvarı arasında belirgin hiperintens lezyon izleniyor (ok). (B). Difüzyon ağırlıklı görüntüleme ve (C). ADC haritasında lezyonun difüzyon kısıtladığı izlenmekte olup bu bulgu yoğun pürülan içerikle uyumlu. (D). Sagittal T2 ağırlıklı görüntüde lezyonun posteriorunda hipointens sinyal özelliğinde ligamentum teres (ok başları) seçilmekte. (E). Sagittal ve (F). aksiyel düzlemlerde elde edilen T1 ağırlıklı yağ baskılı kontrastlı görüntülerde lezyonun periferik kontrast tuttuğu görülmekte (ok).

ligaman kökenli diğer nedenlerin dışlanması amacıyla manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkiki planlandı.

Başvurudan beş gün sonra sedasyon eşliğinde gerçekleştirilen abdominal MRG’de karaciğerin ön yüzeyi ile karın ön duvarı arasında, falsiform ligamanın beklenen seyri boyunca uzanım gösteren, orta hat yerleşimli, iyi sınırlı bir lezyon saptandı. Santral bölümü, likefikasyonla uyumluydu. Periferik zon, granülasyon dokusu ve reaktif enflamatuvar duvarla uyumlu ara sinyal özelliklerindedi. Falsiform ligamanın inferior serbest kenarındaki ligamentum teresin normalden kalın, hipointens lineer yapı olarak seçilmesi ise ligaman tutulumunu desteklemekteydi (Şekil 2). Falsiform ligaman çevresinde yağlı dokuda kirlenme ve T2 sinyal artışı mevcuttu. Karın ön duvarında kas planları anteriorunda sıvı birikimi sürece eşlik etmekteydi. Komşu hepatik parankimde patolojik kontrast tutulumu, intrahepatik abse uzanımı ya da portal ven trombozu saptanmadı.

Hastanın öyküsü, muayene ve radyolojik bulguları eşliğinde tanınız nedir?

TANI: Falsiform ligaman absesi

Kısa tartışma

Falsiform ligaman, karın ön duvarından karaciğerin visseral yüzeyine uzanan orak biçiminde bir peritoneal kıvrımdır. Serbest inferior kenarında ligamentum teres hepatis (oblitere umbilikal ven) yer almakta olup içerisinde küçük

paraumbilikal damarlar, yağ dokusu ve aberran safra kanalları da bulunabilir (1). Umbilikal venöz sistemle olan bu yakın anatomik ilişki, falsiform ligamanı özellikle yenidoğan ve bebeklerde potansiyel bir enfeksiyon yayılım yolu haline getirmektedir.

Falsiform ligaman absesi, son derece nadir görülen bir klinik tablodur. Bildirilen pediatrik olguların büyük çoğunluğu umbilikal venöz kateterizasyon, omfalit veya intraabdominal cerrahi ile ilişkilidir; ancak belirlenebilen bir predispozan faktör saptanmayan sporadik olgular da tanımlanmıştır (2-4). Doğru radyolojik karakterizasyon hem tanı hem de tedavi planlaması açısından önem taşır.

Görüntüleme, tanı sürecinin her aşamasında belirleyici rol üstlenmektedir. Ultrasonografi; kolay erişilebilir olması, iyonize radyasyon içermemesi ve gerçek zamanlı görüntülemeye imkan sunması nedeniyle ilk tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Ancak olgumuzda da görüldüğü üzere, enfeksiyonun erken döneminde US bulguları solid neoplazileri taklit edebilir. Bu durumda MRG; üstün yumuşak doku kontrast çözünürlüğü ve çok düzlemli görüntüleme kapasitesiyle hastalığın anatomik yayılımını net biçimde ortaya koymakta, alternatif tanıların dışlanmasında kritik rol oynamaktadır.

Falsiform ligaman absesinin ayırıcı tanısında; falsiform ligaman kökenli primer kitleler, hepatik abse, inkarsere omental herni, lenfatik malformasyon ve karın ön duvarı hematomu

akılda bulundurulmalıdır. Ultrasonografi ve MRG bulguları birlikte değerlendirildiğinde lezyonun ilerleyen aşamada kistik özellik kazanmış olması ve periferik halkasal kontrast tutulumu göstermesi, solid kitleleri güvenle dışlamıştır. Hepatik abse, lezyonun sol hepatik loba yakın konumu nedeniyle en önemli ayırıcı tanıyı oluşturmakla birlikte; MRG'de patolojinin falsiform ligamana sınırlı kalması ve komşu hepatik parankimin sağlam olması bu tanıyı ekarte ettirmiştir. İnkarser omental herni ise MRG'de omentum yağ dokusuna özgü sinyal karakteristiğinin izlenmemesi, fıtık kesesi ve bağırsak anslarına ait bulguların bulunmamasıyla lezyonun falsiform ligaman seyriyle tam örtüşmesi nedeniyle dışlanmıştır. Karın ön duvarı hematomu; travma veya koagülopati öyküsünün yokluğu, MRG'de hemoraji ile uyumlu sinyal özelliklerinin gözlenmemesi ve tabloya eşlik eden lökositoz ile yüksek CRP nedeniyle dışlanmıştır. Lenfatik malformasyonlar ise genellikle multiloküler yapıda olup enfekte olmadıkça difüzyon kısıtlaması ve enflamatuvar klinik tablo sergilemezler.

Sunulan olguda klinik seyrin sinsi ve yavaş ilerlediği, bir aylık semptom süresine karşın çocuğun afebril kaldığı dikkat çekmektedir. Bu durum, özellikle sepsisin klasik bulgularını yansıtamayan bebeklerde tanının gecikebileceğine işaret etmesi bakımından önem taşımaktadır. Tanı gecikmesi; hepatik abse, peritonit ve sepsis gibi ciddi komplikasyonlara

zemin hazırlayabileceğinden radyolojik değerlendirme yalnızca tanısal amaçla değil, komplikasyonların erken önlenmesi ve yayılımın ayrıntılı biçimde belirlenmesi açısından da vazgeçilmezdir.

Olgumuzda çocuk cerrahi bölümü tarafından minimal invaziv yaklaşımla abse drenajı uygulandı ve eş zamanlı antibiyoterapi başlandı. Abse kültüründe *Staphylococcus aureus* üredi. Klinik ve laboratuvar bulgularının tam olarak gerilediği görüldükten sonra falsiform ligaman eksizyonu gerçekleştirilerek bebek sağlıklı taburcu edildi.

Kaynaklar

1. Garbar V, Newton BW. Anatomy, abdomen and pelvis: Falciform ligament. StatPearls [Internet]: StatPearls Publishing; 2023.
2. Moon SB, Lee HW, Park KW, Jung SE. Falciform ligament abscess after omphalitis: report of a case. J Korean Med Sci 2010;25:1090. <https://doi.org/10.3346/jkms.2010.25.7.1090>
3. Pratap A, Tiwari A, Anchal N, Agrawal CS, Shreshtha P, Shakya VC. Falciform ligament abscess with portal pyemia in a newborn. J Pediatr Surg 2006;41:1473-5. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2006.04.011>
4. Kumar PM, Kotaiah MT, Keerthi G, Reddy V. Falciform ligament abscess Causing Acute abdomen: Unveiling the enigma with review of literature. J Indian Assoc Pediatr Surg 2025;30:41-5. https://doi.org/10.4103/jiaps.jiaps_135_24