

KLİMİK 2018

BÜYÜK VİZİT

OLGU SUNUMU

Dr. Meliha Çağla SÖNMEZER

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
Ankara



Olgu



- Erkek, 40 yaşında, bekar, aşçı
- Ocak 2017
- Ateş,
- baş ağrısı,
- bulantı-kusma



Hikaye/Özgeçmiş



Kuveyt dönüşü 5.günde,
İlk önce 39° C ateş, sonrasında baş
ağrısı ve bulantı-kusma



5 yıldır Tip 1 DM, OAD-insülin



Fizik Muayene



Ateş: 39.2 °C,
Nabız: 112/dk,
TA: 100/70 mmHg



Ense sertliği, Kernig Brudzenski
negatif

Diğer sistem muayeneleri doğal



Ön Tanılarımız ?

- ❖ SSS enfeksiyonu
- ❖ Sıtma
- ❖ MERS-Co enf.



Centers for Disease Control and Prevention
CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™



Travelers' Health

Home

Destinations (245)

Kuwait

[CDC](#) > [Home](#) > [Destinations \(245\)](#)

Health Information for Travelers to Kuwait

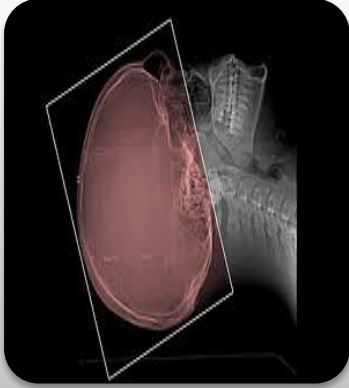
Traveler View



Ne yapalım ?

- ❖ Hikayeyi tekrar gözden geçir
- ❖ Rutin lab. tetkikleri
- ❖ Göz dibi incelemesi
- ❖ Kranial Tomografi
- ❖ Lomber ponksiyon
- ❖ Kan kültürü





Göz dibi incelemesi normal
Kranial Tomografi: Patoloji yok



Laboratuvar Bulguları- 0.gün

- ❖ **Lökosit: 16500/mm³, (% 95 PMNL)**
- ❖ **Hgb: 16.6 gr /dl,**
- ❖ **Trombosit: 238,000/mm³**
- ❖ **ESH: 4 mm/saat**
- ❖ **CRP: 234. 4 mg/dl (27.9 mg/L)**
- ❖ **Kanama profili:**
 - ❖ **PTZ: 14. 7 sn (INR: 1.2)**
 - ❖ **aPTT:32.1 sn**

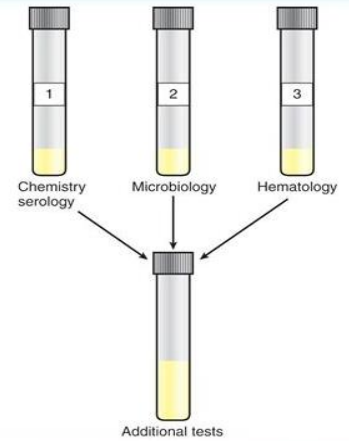


Laboratuvar Bulguları- 0.gün

- ❖ **Glukoz: 318 mg/dl**
- ❖ **Üre / Cre : 34 /1.2 mg/dl**
- ❖ **GFR: 90 mL/ dk/1.73 m²**
- ❖ **AST/ ALT : 91/ 134 U/L**
- ❖ **ALP /GGT: 91/207 U/L**
- ❖ **CK /LDH: 123 /300 U/L**
- ❖ **T.prot./alb.: 6/ 3.6 g/dl**
- ❖ **T. bil. / D.bil: 1.5 /0.7mg/dl**
- ❖ **Na⁺ / K⁺ : 130 /4.2 mmol /L**
- ❖ **Cl⁻ / Ca⁺ : 92 /9.1 mmol /L**



BOS incelemesi



Basınç: Yüksek

Makroskobi: Bulanık

Mikroskobi:

- **80 / mm³(%90 PMNL)**

- **140 eritrosit /mm³**



Biyokimya:

Protein: **1163** mg/dl

Glukoz: **87** mg/dl (EZKŞ: **181** mg/dl)

Laktat: **9.7** mg/dl ;Klor: **114** mmol/L



İlk Yaklaşım

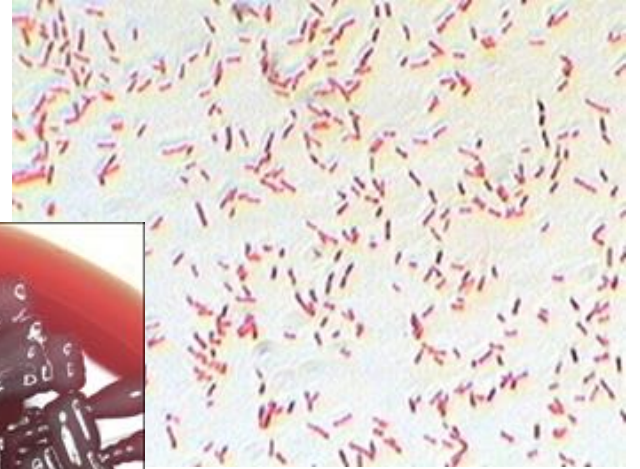


SSS enfeksiyonu ön tanısı ile
Seftriakson+ Asiklovir



2. gün

❖ Ateşi devam ediyor



3. gün

❖	Antibiyogram	Duyarlı	Dirençli
❖	Amikasin	√	
	Ampisilin		√
	Aztreonam	√	
	Sefepim	√	
	Seftazidim	√	
	Seftriakson	√	
	Meropenem	√	
	Siprofloksasin	√	



Ne yapalım?

❖ Tedavi değişikliği ?

Meropenem tedavisine geçildi

❖ Ek laboratuvar testleri ?

KCFT yüksekliği
Diyabet kontrolü ?

❖ Görüntüleme?

Abdomen- Renal USG
Kranial MR



Laboratuvar- 5. gün

❖ HBsAg: (-), Anti-HBs: (+), Anti-HBc Total: (-)

❖ Anti-HAV Total: (+)

❖ Anti- HCV: (-)

❖ Anti- HIV: (-)

❖ VDRL (-), TPHA (-),

❖ TORCH paneli: Ig G (+)

❖ Ekinokok İHA : (-)

HbA1c: 118 mmol/mol

Tedavi revizyonu

TİT: +++ protein/ ++ keton



Takip

- ❖ Yatışının 5. ; Meropenem tedavisinin 2. günü
- ❖ Ateşi yok
- ❖ Baş ağrısı, B-K yakınmaları geriledi
- ❖ Sağ hipokondriumda ağrı
 - ❖ FM: Hassasiyet (+), rebound, defans yok
- ❖ Kan şekeri regülasyonu
 - ❖ Kısa ve uzun etkili insülin
- ❖ KCFT yüksekliği devam ediyor



Takip

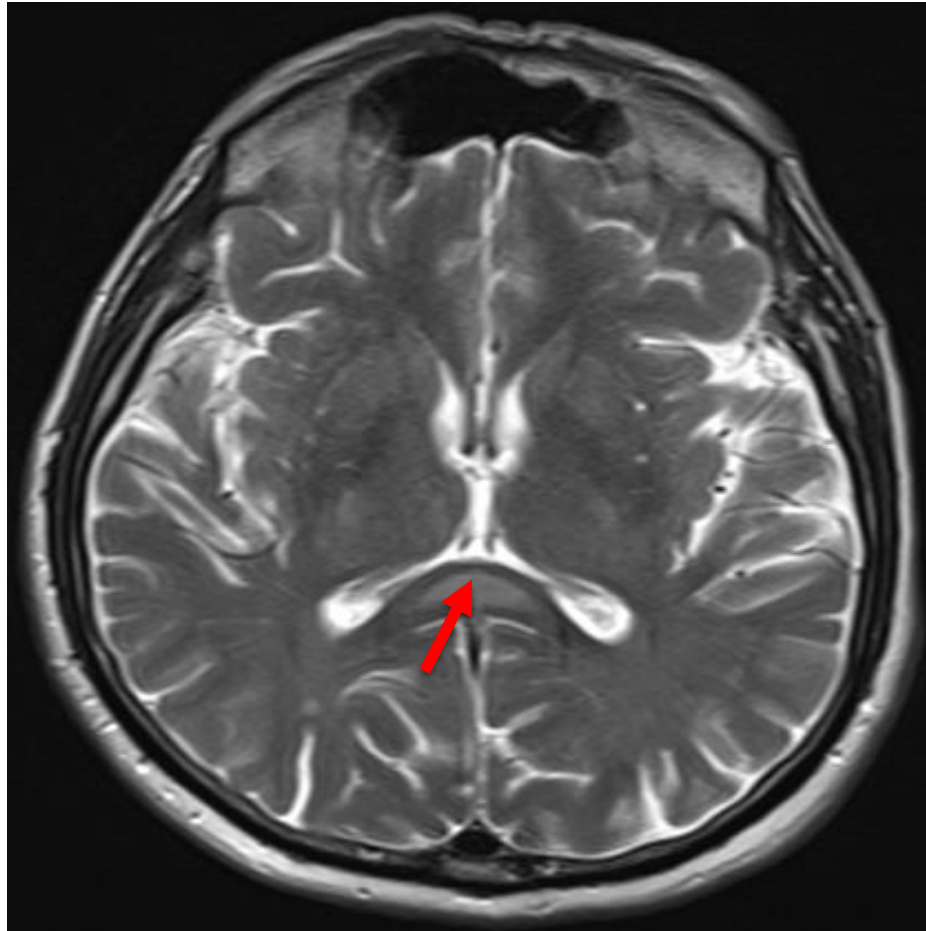
	0. gün	5. gün	7. gün
Glukoz (mg/dl)	318	139	130
WBC (/ mm ³)	16500	13700	8700
CRP (mg/dl)	27.9	23.3	11.2
AST (IU/L)	91	98	46
ALT (IU/L)	134	146	82
GGT (IU/L)	207	210	126
T. Bilurubin (mg/dl)	1.5	1.9	1.6
Na ⁺ / K ⁺ : mmol /L	130 /4.2	136/5	136/ 4.8
PTZ (sn)	14.7	15.2	12.1



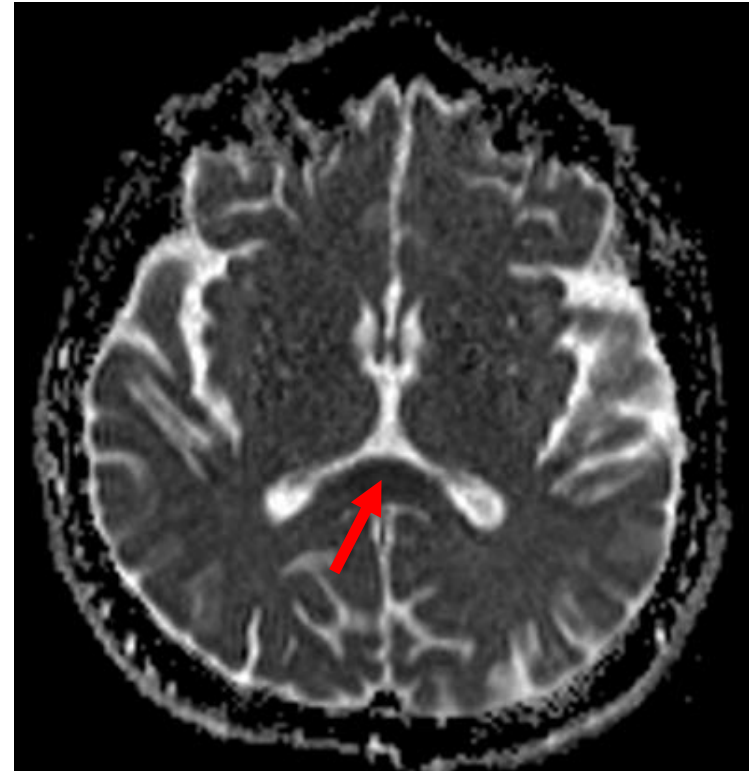
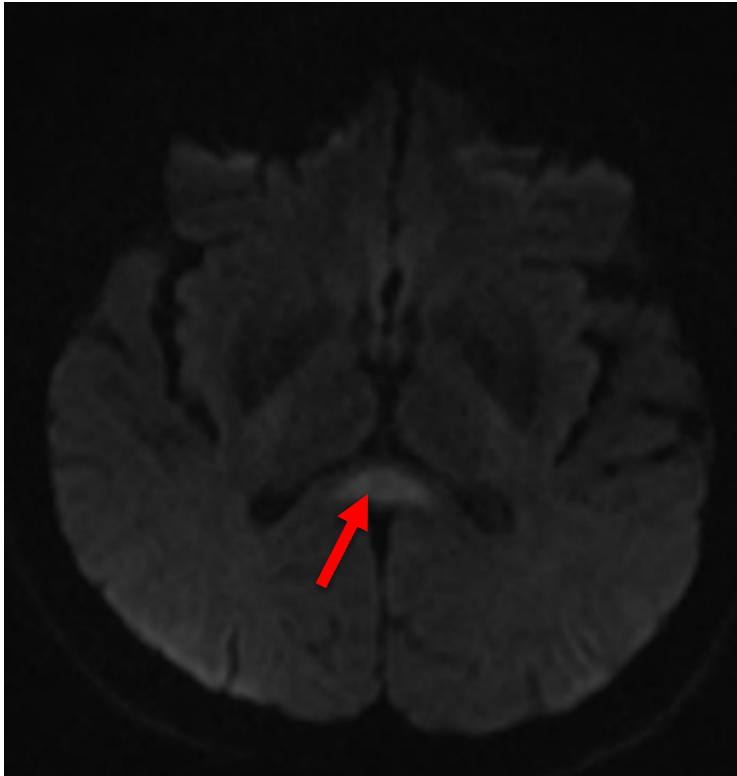
❖ Ateşinin devam etmesi nedeniyle yatışının 3. günü planlanan Kranial MR raporlandı



Kranial MR



Kranial MR



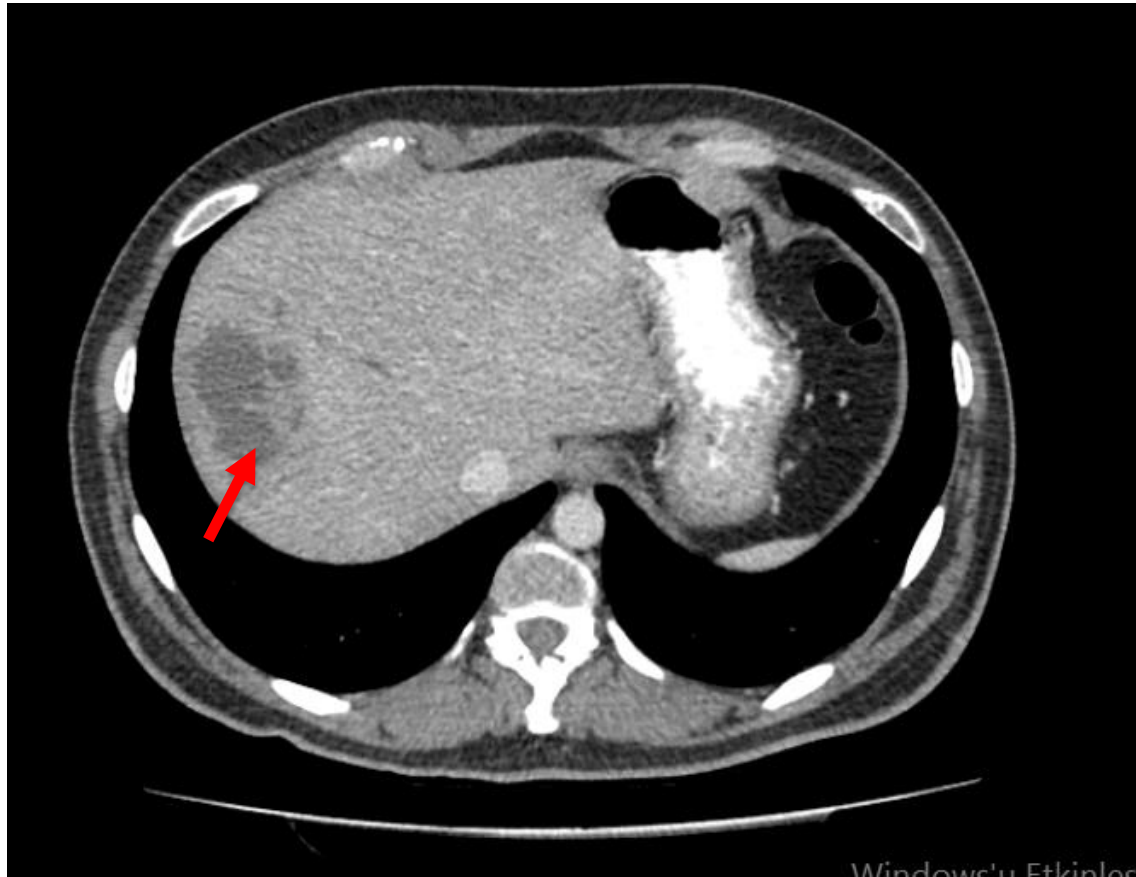
Abdomen USG

❖ Karaciğer

- ❖ Sağ lob uzun boyutu 16.5- Hepatomegali
- ❖ Grade I steatoz
- ❖ **Sağ lob posterosuperior segmentte 42x32 mm multiple septalı hipoekoik lezyon**
- ❖ Safra kesesi, pankreas, dalak, böbrekler, mesanede patoloji yok



Abdomen MR



TANI

İnvaziv Karaciğer Absesi Sendromu



Plan

- ❖ Abse drenajı
- ❖ Püy kültürü:
 - ❖ *Klebsiella pneumoniae*
 - ❖ Antibiyotik duyarlılık paterni aynı

Antibiyotik dekalasyonu ?

Seftriakson tedavisine dekalasyon

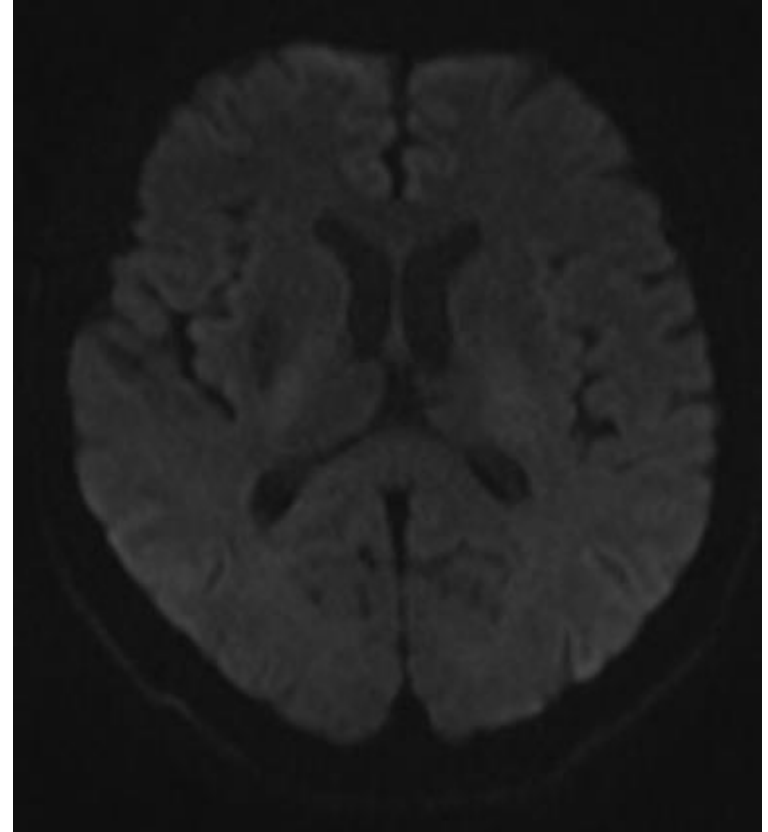
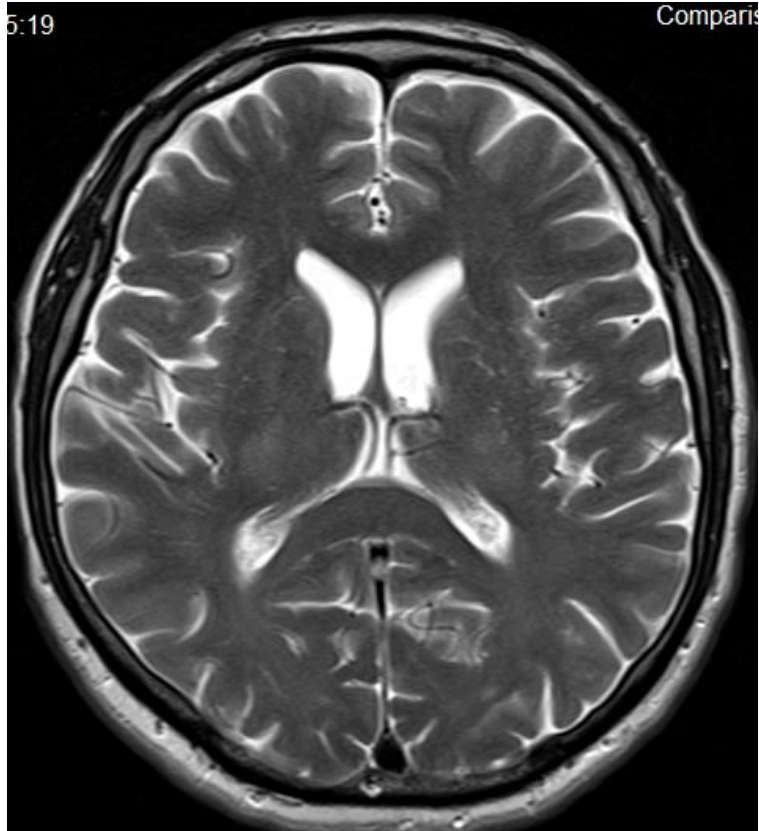


Klinik Seyir

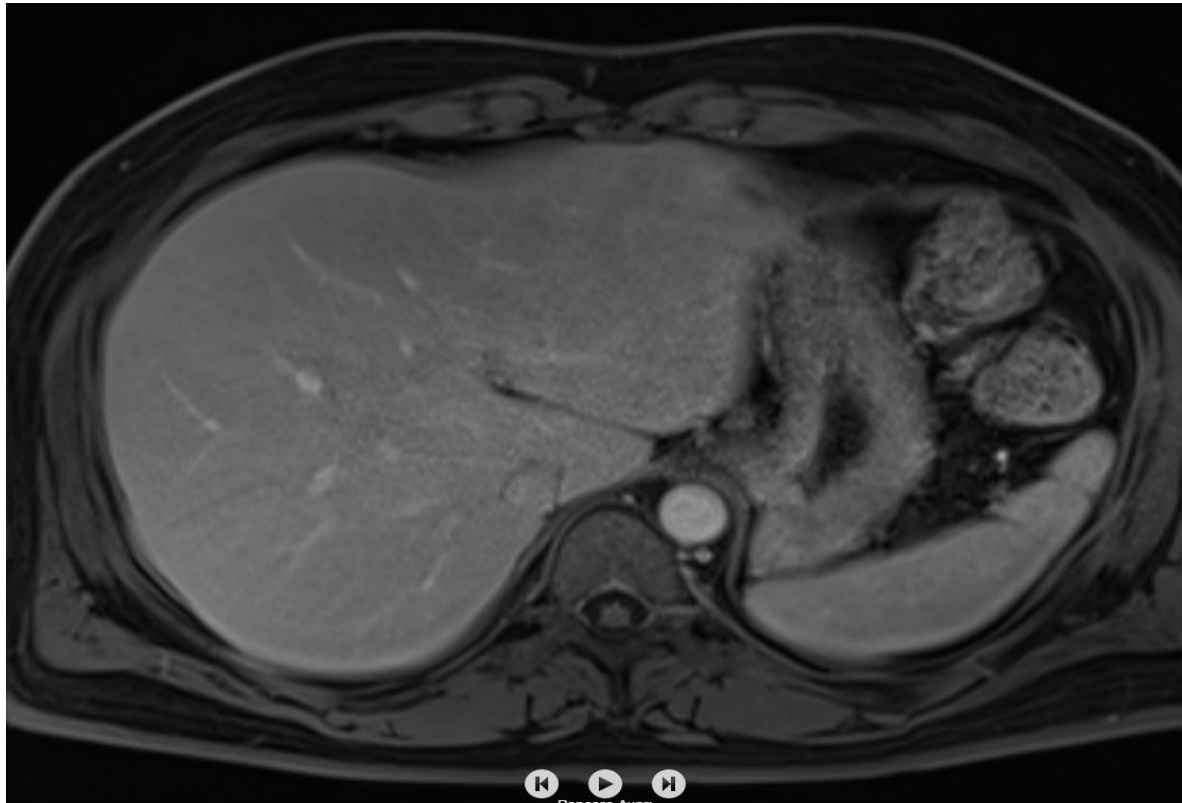
- ❖ Kan şekeri kontrolü sağlandı
- ❖ KCFT yüksekliği geriledi
- ❖ Kontrol Kranial MR ve Abdomen MR
 - ❖ patoloji yok
- ❖ Yatışının 42. gününde şifa ile taburcu



Kranial MR- Kontrol



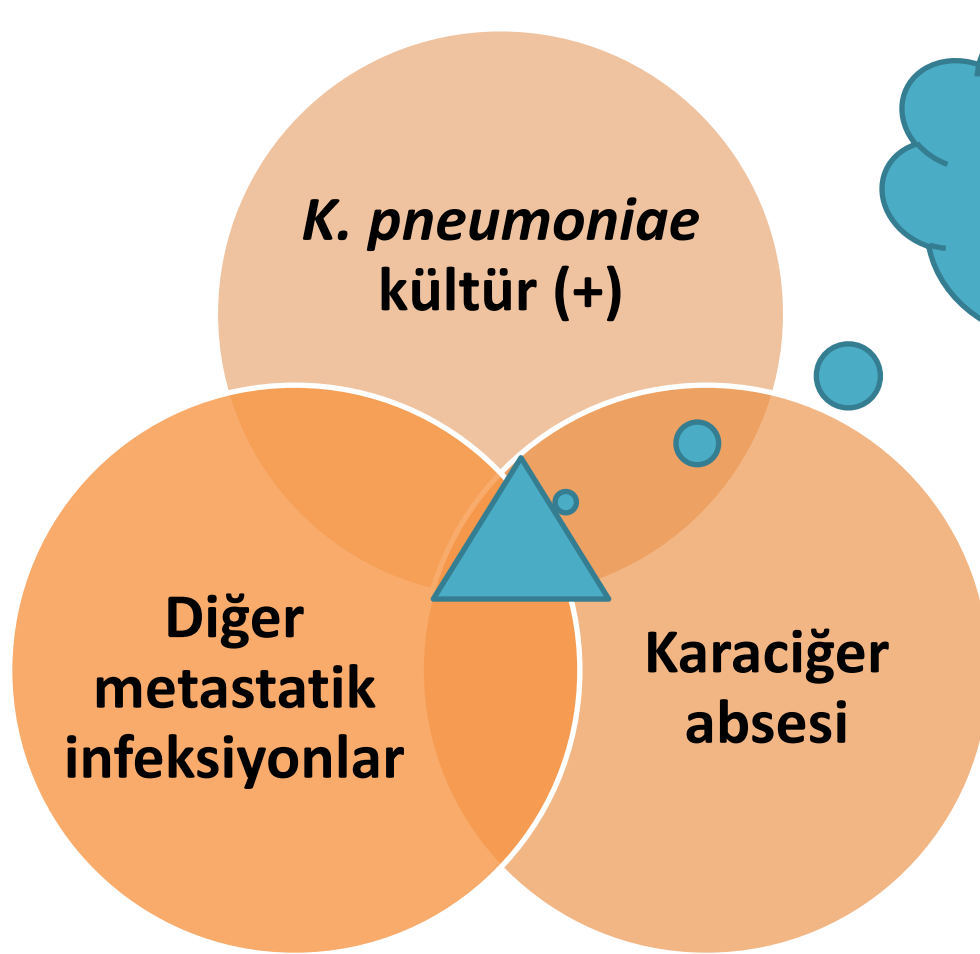
Abdomen MR-Kontrol



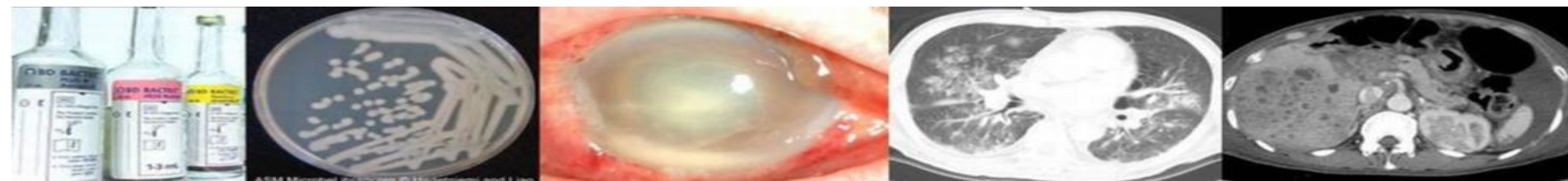
İnvaziv Karaciğer Absesi Sendromu

TANIM





İnvaziv
Karaciğer
Absesi
Sendromu



Epidemiyoloji

- ❖ İlk kez Tayvan'da (1986)

- ❖ Doğu Asya Ülkelerinde, sonra Avrupa ülkelerinde

- ❖ Toplum kaynaklı *K. pneumoniae* (tek etken)

- ❖ Metastatik infeksiyonlar (%13)

- ❖ **Endoftalmit, Menenjit**, akciğer absesi, miyozit, bursit, renal abse, beyin absesi, spondilit, osteomyelit, Dalak absesi, psoas absesi, nekrotizan fasiit



Patogenez

- ❖ DM- major risk faktörü
 - ❖ Patogenez ??
 - ❖ K1/K2 serotip- nötrofil fagozitoz boz.
 - ❖ Piyojenik (polimikrobiyal) / İKAS (*K.pneumonia*)
 - ❖ %5 / %30



Risk Faktörleri

- ❖ DM
- ❖ Yağlı karaciğer,
- ❖ Etnik yapı- K1-K2 serotipler ile intestinal kolonizasyon,
- ❖ Alkolizm,
- ❖ Son 1 ay içinde AB (ampisilin/amoksisilin) kul.
- ❖ magA ve rmpA gen pozitif izolatlar



Klinik ve Lab. Bulguları

- ❖ Ateş
- ❖ Sağ hipokondriak hassasiyet
- ❖ Bulantı-kusma, ishal, karın ağrısı
- ❖ Lökositoz
- ❖ AST/ALT/ALP/ bilirubin yüksekliği
- ❖ BT/MR bulguları daha net
 - ❖ Solid , ince duvarlı, tromboflebit sık



Tedavi

Cerrahi drenaj
+
Sistemik AB



Geçici Korpus Kallozum Spleniumu Lezyonu



Epidemiyoloji

- ❖ Nadir görülür
 - ❖ enfeksiyonlar, AIDS ilişkili demans
 - ❖ antiepileptikler, epilepsi
 - ❖ iskemi,
 - ❖ lenfoma,
 - ❖ multiple skleroz gibi birçok nedene bağlı
- ❖ Lezyonun geçici özelliği ile diğer klinik ve laboratuvar bulguları enfeksiyöz patolojilerin diğer sebeplerden ayırt edilmesini sağlar.
- ❖ T2A imajlarda fokal, oval şekilli, yüksek sinyal intensitesi göstermesi ve periyodik bir zaman sonra tamamen kaybolması lezyonun tipik özelliğidir.



Patogeneze

- ❖ ensefalit/ensefalopati
- ❖ difüzyon kısıtlaması
- ❖ Patogeneze?
 - ❖ klinik ve bulguların hızla düzelmesi biyopsi gerekliliğini önlemekte ve histopatolojik korelasyon yapılamamakta



Tanı

- ❖ MR erken dönemde saptanmasında oldukça duyarlı
- ❖ Ancak bu lokalizasyon ve lezyonların radyolojik özellikleri spesifik olmadığından
 - ❖ klinik, laboratuvar bulguları ve kısa süreli MR kontrolü ayırıcı tanıda yardımcıdır.



TEŞEKKÜRLER

