



VAKA SUNUMU

Dr Hüseyin Bilgin

Marmara Üniversitesi Pendik EAH

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

- N.O
- 37 yaşında
- Kadın
- Evli
- Bir çocuklu
- İstanbul'da yaşıyor



- **Şikayet:**

- Halsizlik



- **Hikaye:**

- Temmuz 2013: AML M5 tanısı
- Cilt tutulumu var
- 11.09.13: İdarubisin + sitarabin ile indüksiyon
- 09.10.13: yüksek doz sitozin-arabinozid ile idame tedavisi için yatış

- **Özgeçmiş:** özellik yok
- **Soygeçmiş:** özellik yok
- **Sürekli kullandığı ilaç** yok

04.10.13

Servise yatış

9.10.13

Yüksek doz Ara-C

18.10.13

Nötropeni

25.10.13

Nötropenik ateş

- Kan kültürü: AmpC pozitif *Enterobacter spp*
- Kateter kültürü: Metisilin dirençli *S.epidermidis* üremesi

25.10.13

Antibiyoterapi

- Piperasilin tazobaktam ve daptomisin
- Teikoplanin ile kateter lock tedavis

4.11.13

Taburculuk

11.11.13

Kontrol kemik iliđi biyopsisinde nüks

28.11.13

İkinci yatış

- Hasta yatışında nötropenik

29.11.13

**Fludarabin + yüksek doz Ara-C + Idarubisin +
G-CSF (*FLAG-IDA*)**

- Anti-fungal profilaksi Posakonazol 3x200 mg *po* başlandı

5.12.13

Karın ağrısı

- Şiddetli sağ alt kadrın karın ağrısı
- Batın BT çekildi

- **Problem:**
 - Kemoterapinin 5.gününde şiddetli karın ağrısı
 - Ateş yok
 - Bulantı, kusma yok
 - İshal yok, kabızlık var, gaz çıkışı var

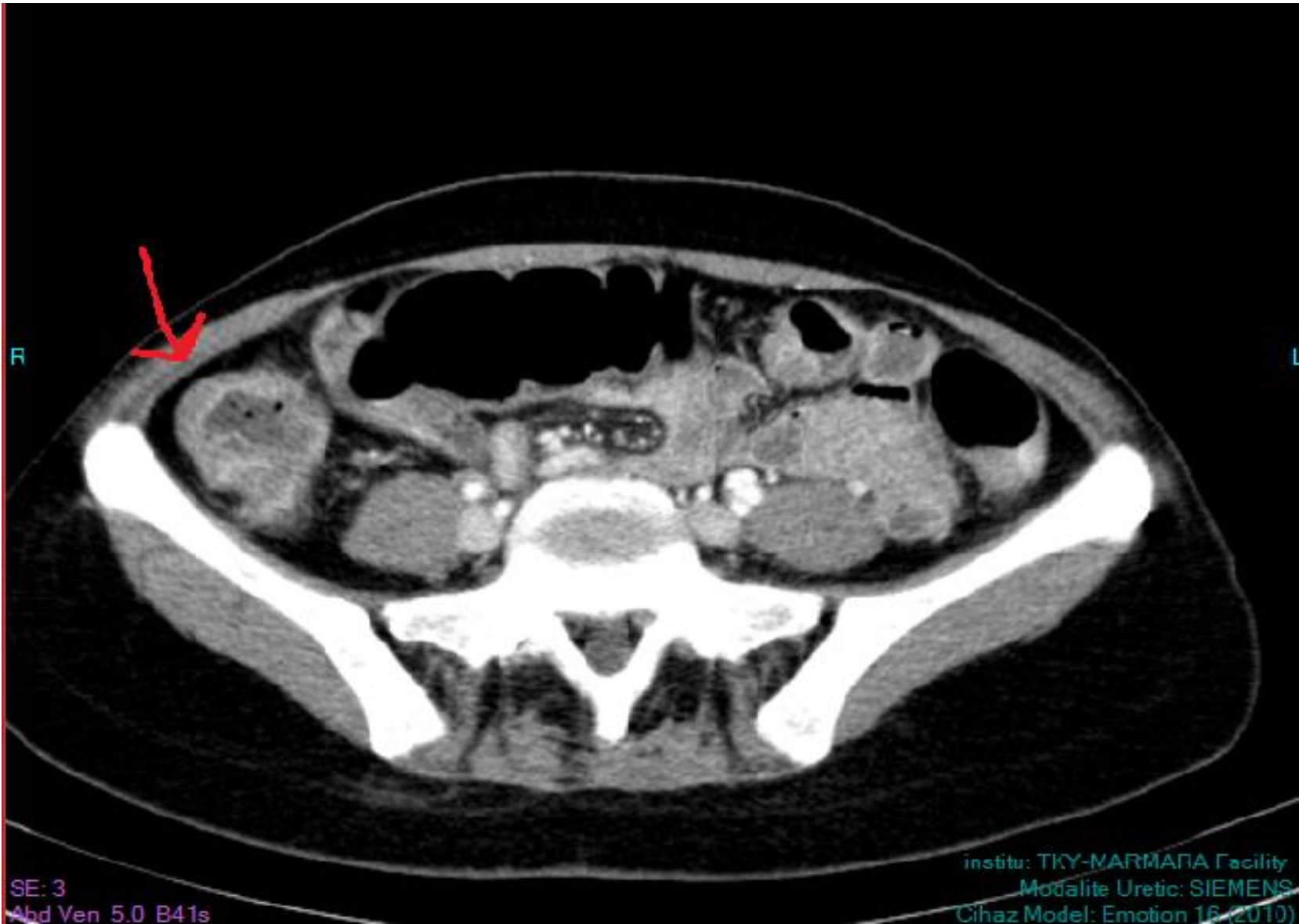


Karın ağrısı:

- Sağ alt kadranda lokalize
- Sıkıştırıcı karakterde
- Aralıksız devam ediyor

Fizik Muayene:

- Vital bulgular normal
- Barsak sesleri normoaktif
- **Defans** var, rebound yok,



15.12.2013

5.12.13 Batın BT çekildi

- Çıkan kolonda süpheli duvar kalınlaşması, tifilit?

5.12.13 Antibiyoterapi

- Tifilit ön tanısı ile Sefepim 3x2 gr IV ve Metronidazol 3x500 mg *po* başlandı

7.12.13 Karın ağrısı devam ediyor.

- Sefepim kesildi, Meropenem 3x2 gr IV başlandı

8.12.13 Karın ağrısı geriledi

- Meropenem 7. gününde
- Halen hasta yatmaktadır

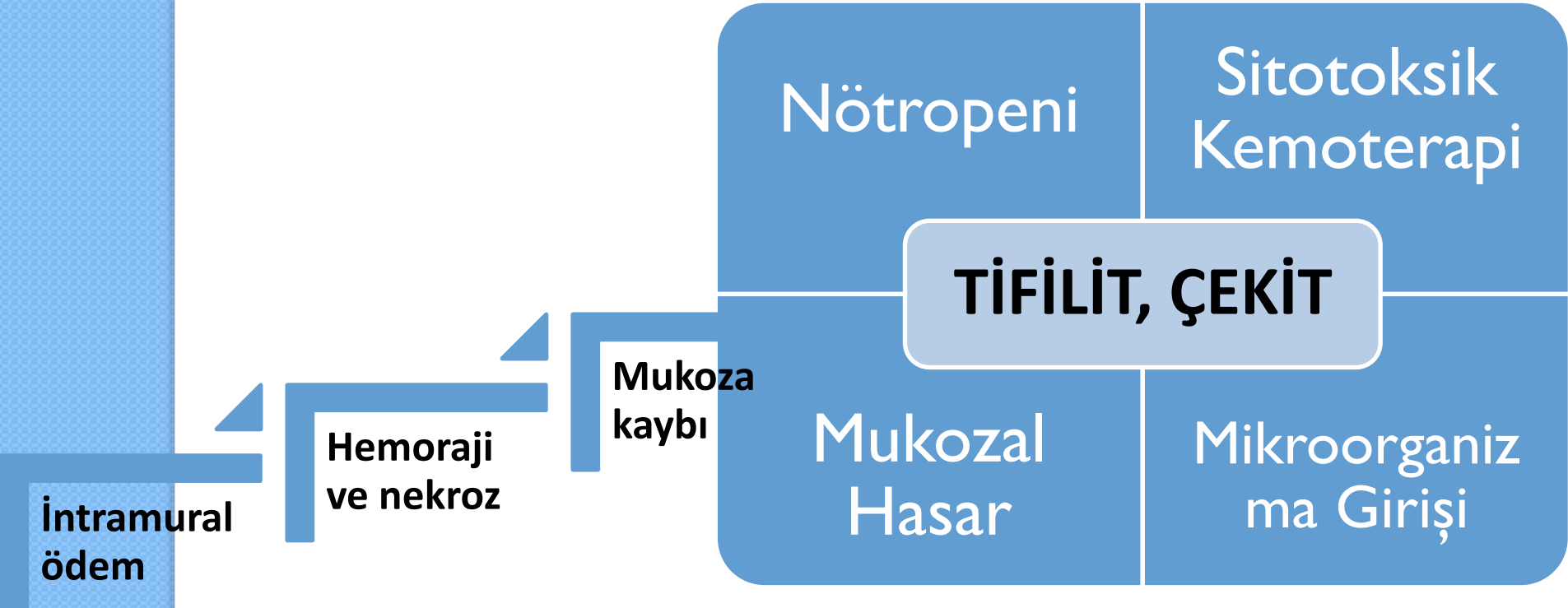
TEŐEKKÜRLER

Dr Hüseyin Bilgin
husambilginer@gmail.com

TİFİLİT

Tanım:

- Özellikle nütropenik hastalarda
- Hayatı tehdit eden nekrotizan enterokolit



KLİNİK

Sitotoksik kemoterapiden 10-14 gün sonra;

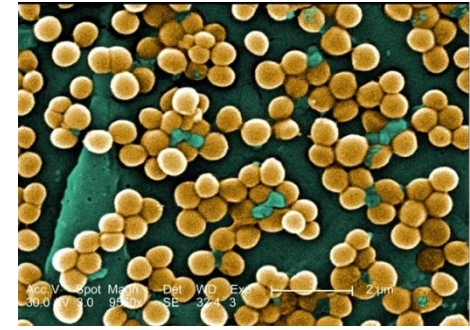
- Nötrofil sayısı < 500 hc/mL
- Karın ağrısı
 - Sağ alt kadran
- Ateş

Var ise şüphelen

- Bulantı,kusma,
- Abdominal distansiyon,
- Kanlı/sulu ishal eşlik edebilir
- Mortalite %40-50



ETKENLER



- Çeşitli bakteriyel ve/veya fungal mikroorganizmalar ;
 - Gram negatif basiller
 - Gram pozitif koklar
 - Anaeroblar (örn; *Clostridium septicum*)
 - Kandida suşları
- Sıklıkla polimikrobiyal
- Bakteriyemi veya fungemi yaygın (*Pseudomonas* veya *kandida*)

TANI

- Bilgisayarlı tomografi (BT) veya ultrason
 - BT de yanlış negatiflik daha az
- Hava sıvı seviyesi,
- Dilate, distande çekum
- Difüz çekum duvar kalınlaşması
- İntramural ödem, hava veya hemoraji

AYIRICI TANI

Ayırıcı tanı BT ile yapılmalı
Baryumlu enema kullanılmamalı;
Perforasyon riski !!

- Apandisit
- Appendiks apsesi
- Pseudomembranous kolit
- İskemik kolit
- Ogilvie's syndrome (*kolonik pseudo-obstruction*)

Britio D, Emerg Med 1998;32-98; Kirkpatrick ID, Radiology 2003; 226:668; Cronin CG, Clin Radiol 2009 ; 64:729

TEDAVİ (IDSA 2010)



- Peritonit, perforasyon veya ciddi kanama vs ile komplike değilse;
 - Barsak dinlendirme
 - Nazogastrik sonda
 - IV hidrasyon
 - Geniş spektrumlu antibiyotik
- Gram negatifler ve anaerob bakteriler en sık;
 - Tekli piperacillin-tazobaktam veya
 - Tekli karbapenem veya
 - Anti-pseudomonal sefalosporin + metronidazole

TEDAVİ



Pseudomembranous kolit dışlanamamışsa;

- *C. difficile* yi kapsamak için antibiyotik ekle

Barsak duvarından fungemi ve fungal invazyon olabilir.

Geniş spektrumlu antibiyotiğe rağmen >72 saat ateş devam etmesi durumunda;

- Antifungal: Vorikonazol veya Amfoterisin B (flukonazol dirençli kandida ve aspergillus kapsanmalı)

Rutin antifungal veya vankomisin eklemek

- Zayıf kanıt

Ne zaman cerrahi?

- **Sepsis, kanama veya iskemik kolon** tablosu gelişmesi durumunda cerrahi düşünölmeli.

