

EN ZOR OLGUM



Doç. Dr. Filiz Pehlivanoglu
SBÜ Haseki Eđitim ve Arařtırma Hastanesi

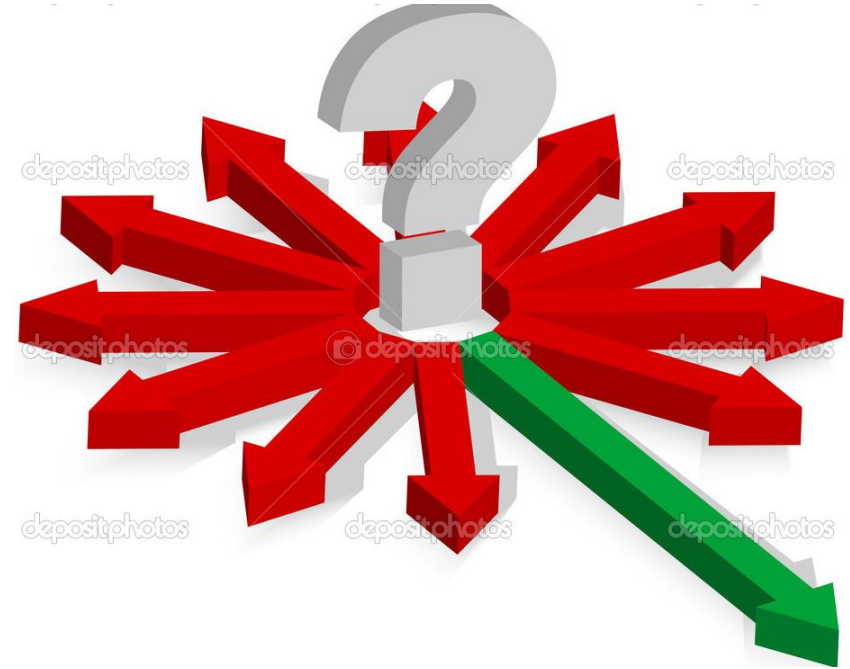
Zor Olgu Nedir?

- Tanısını koyamadığımız olgular
- Tedavisi olmayan olgular
- Beklenmeyen salgınlar
- Aylarca yatan olgular
- Mortalitesi yüksek olan olgular
- EX olan olgular
- Zor hasta kavramı



OLGU

- NE 38 yaşında kadın hasta
- Acil kırmızı alana geldi
- Şikayeti
 - nöbet geçirme
 - şuur bulanıklığı



Hikayesi

- Bir haftadır ateş şikayeti mevcut
- Gribal enf bulguları tariflemiyor
- Dün gece konuşamama ve güç kaybı olmuş
- Dış merkez acile başvurmuşlar
- Tetkiklerinde
 - WBC 6.760 /uL
 - Trombosit **69.000** /uL
 - CRP 5 mg/L
- Semptomatik tedavi verilip evine yollanmış

Hikayesi

- Sabah uyandığında yataktan kalkamamış
- İdrar kaçırmaması ve ağzında kitlenme şeklinde genaralize tonik klonik nöbet tarifliyor
- Hastanın bir haftadır koltuk altında ağırlı şişliği mevcut

Evli, 12 yaşında kızı var
Ofiste çalışıyor

Özgeçmişi

- Kronik hastalık öyküsü yok, epilepsi ve ilaç kullanımı tariflemiyor
- 2 BCG skarı var

Soygeçmişi

- Özellik yok

Fizik muayene

- Genel durum orta, kötü
- Ateş 36.6 °C, TA 80/40 mmHg
- Bilinç kapalı, non oryante, non koopere
- ES var, GKS 9
- Solunum sistemi doğal, ral ve ronkus yok
- Kalp sesleri doğal, ek ses ve üfürüm yok
- GIS ve GÜS sistem doğal
- Sol koltuk altında ele gelen mobil? Sert, yaklaşık 3-4 cm büyüklüğünde, ısı artışı olmayan LAP var

İlk geliş tetkikleri

Glukoz	185	mg/dL
Üre	25	mg/dL
Kreatinin	0.55	mg/dL
ALT	14	U/L
AST	15	U/L
GGT	28	U/L
Total protein	7.4	g/dL
Albumin	3.6	g/dL
Globulin	3.8	g/dL
LDH	176	U/L
Total Bilirubin	0.4	mg/dL
Direkt Bilirubin	0.09	mg/dL
CRP	5.53	mg/L

WBC	7.000	uL
Hemoglobin	11.5	g/dL
Hemotokrit	34.5	%
Trombosit	31.000	uL
APTT	20.2	sn
PT	12.2	sn
INR	1.02	
Beta HCG	negatif	
Anti HCV	negatif	
Anti HIV	negatif	
HBsAG	negatif	

- Acilde nöroloji tarafından difuzyon MR ve beyin BT ile 2 defa değerlendirildi
- Ancak patoloji saptanmadı
- Hematoloji tarafından periferik yayma ile değerlendirilen hastada HÜS, TTP ve DIC tablosu düşünülmeydi
- Trombositopeninin viral enfeksiyona bağlı olabileceği belirtildi

- Ense sertliği olan hasta için intrakranyal enfeksiyonlar açısından Enfeksiyon Kliniđinden konsültasyon istendi
- LP yapılmak istendi ancak trombositopeni nedeni ile yapılamadı
- Tarafımızdan interne edildi
- Ön tanısı: **Menenjit? Ensalit?**
- Seftriakson 2x2 gr ve asiklovir 10 mg/kg 8 saatte bir tedavisi başlandı

Ertesi gün

- Hastaya trombosit süspansiyonu verildi
- Trombosit 81.000 / μ L
- LP yapıldı

BOS bulguları	
BOS basıncı artmış, berrak, renksiz	
Lökosit	1 / mm^3
Eritrosit	1 / mm^3
Protein	79 mg/dL
Glukoz (BOS)	87 mg/dL
Glukoz (kan)	101 mg/dL

Klinik takip

- Hastanın ertesi gün öğleden sonra bilinci açıldı
- Kranyal MR çekildi ve normal olarak değerlendirildi
- İki gün sonra ense sertliği kayboldu
- Nöroloji konsültasyonu istendi

Nöroloji Konsültasyonu

- Hastanın çekilmiş olan kranial MR'ında parankimal patoloji saptanmamış olup hastaya **sinüs ven trombozu** yönünden (zira bos proteini yüksek **troin sendromu**?) kontrastlı kranial MR venografi tetkiki ve hemosekans kranial MR tetkiki, ayrıca nöbet öyküsü açısından EEG tetkiki önerilir.

Froin Sendromu

Froin's syndrome

- BOS proteininin arttığı (fibrinojen muhtevası) durumlarda BOS'un pıhtılaşması ve ksantokromi gelişimidir.
- Tümör ya da apse nedeni ile BOS akımı blokaja uğrar.
- Komplet blok olgularında izlenir.

- BOS kültürü üremedi
- BOS ARB negatif
- Kan kültüründe sinyal yok
- Kranyal MR venografi tetkiki ile nöroloji **sinüs ven trombozu** var diyerek hastayı almak istedi

Yüzeyel aksiller USG

Sol aksiller lojda 25x14.5 mm ve 24x14 mm boyutlarında oval şekilli patolojik LAM'lar izlendi. Ayrıca 24x8 mm boyutlarında kalın korteksli yağlı hilusu belirgin olası benign natürde LAM izlendi.

Meme USG

Her iki meme fibrokistik ekopaterndedir. Sol aksillada yaklaşık 4 cm çapında asimetric kalın korteksli bir adet lenfadenopati izlendi. Olgunun mammografi ile değerlendirilmesi ve lenf noduna yönelik histopatolojik verifikasyon önerilir.

Boyun BT

- Her iki servikal zincirde en büyüğü üst sağ juguler zincirde 11x7 mm boyutunda olmak üzere kısa aksı 1 cm'yi geçmeyen multipl lenf nodları izlendi.

Toraks BT

- Sağ akciğer üst lobda anterior segmentte subplevral alanda 3 mm çapında kalsifik sekel nodül izlenmiştir.

Tüm Batın BT

- Uterin kavitede RIA'ya ait dansite izlenmiştir.

Inguinal Yüzeyel USG

- Bilateral inguinal lojda en büyüğü 20x5 mm boyutlarında ölçülen oval şekilli yağlı hilusu belirgin birkaç adet benign reaktif lenf nodu izlenmektedir.

Özetle

- 38 yaşında kadın hasta
- Acil servise nöbet hikayesi ile bilinci kapalı geldi
- Anemi ve trombositopenisi var
- Trombosit nakli ile yapılabilen LP'de BOS'ta sadece hafif protein artışı var
- Antibiyotik ve antiviral tedavinin 24. saati olmadan bilinci açıldı
- En büyüğü aksillada olmak üzere 3 bölgede yüzeysel LAP var, batın ve akciğer temiz
- Nöroloji Kliniği de sinüs ven trombozu var diyerek hastayı almak istiyor



EEG ve Nöroloji Konsültasyonu

- EEG'de sık tekrarlayan yavaş dalga paroksizmleri mevcut
- Profilaktik olarak antiepileptik başlanması uygun olur.
- Keppra (Levetirasetam) başlandı.
- Kranyal MR venografi radyoloji raporu: Normal
- Sinüs ven trombozu yok, bir varyasyon olabilir
- Hastayı enfeksiyon kliniğinin takibi uygundur.

Yatışının 3. günü tetkikleri

Glukoz	92	mg/dL
Üre	18	mg/dL
Kreatinin	0.57	mg/dL
ALT	11	U/L
AST	10	U/L
Fe	30	
Fe bağlama	270	
Albumin	3.3	g/dL
Protein	6.5	g/dL
CRP	23	mg/dL
Sedimentasyon	58	/sa

WBC	5.200	uL
Hemoglobin	10.5	g/dL
Hemotokrit	32.2	%
Trombosit	58.000	uL
EBV VCA IGM	negatif	
Wright	negatif	
VDRL	negatif	
Heterofil antikor deneyi	negatif	
CMV IgG/ IgM	pozitif/negatif	
Toxo IgG/ IgM	pozitif/negatif	

Romatoloji konsültasyonu

- Paterji testi yapılması
- Tekrar periferik yayma, ferritin ve LAP görüntülemeleri ile hematolojiye danışılması
- Lupus antikoagülanı, antikardiyolipin IgM-IgG, beta2 glikoprotein 1 IgM-IgG gönderilmesi
- Bilateral alt ekstremitte venöz doppler usg görülmesi uygundur

Klinik

- Yatışının 7. gününde trombositleri 15.000 /uL
- Hemotoloji trombosit transferi ile birlikte eksizyonel biyopsi önerdi
- Trombositleri 48. 000 oldu
- Kreatinin değeri 2.2 mg/dl olması ile 9. günde asiklovir kesildi.
- Hasta **ajite ve deliryum tablosu** içinde

Psikiyatri konsültasyonu

yatışının 9. günü

- Şuuru açık, yönelimi kısmen yerinde bulundu.
- Daha önce psikiyatrik rahatsızlığı olmadığı aile tarafından belirtildi.
- Hastada kötülük görme, izlenme düşüncelerinin ortaya çıktığı tesbit edildi.
- Organik mental bozukluk? ön tanısıyla psikotik bulgulara yönelik norodol damla 3x5 başlanması, primer etiyoolojiye yönelik tetkik, araştırmanın devamı, gereğinde rekonsültasyonu uygundur.

Psikiyatrinin önerdiği tedaviye rağmen hastanın kliniğinde değişiklik yok.

Nöroloji konsültasyonu istendi

Nöroloji Konsültasyonu:

- Hastanın **nörolojik muayenesi** normal. Fakat huzursuz, agresif ve şüpheli düşünceleri mevcut. 2 gündür başlamış. Kraniyal BT'sinde akut patoloji yok. Levetirasetam 250 mg 2x1 alıyor. 2 gündür ilaca perseküte olduğu için içmemiş. Bir ihtimal düşük doz da olsa levetirasetama bağlı davranış değişikliği olabilir. Bu sebeple bu ayırım açısından ilacının değiştirilmesi lamictal 25 mg 2x1 başlanması ve hastanın psikiyatrik yakınmalarının bastırılması için tekrar konsülte edilmesi önerilir.

‘Levetirasetam’ yan etki

Psikiyatrik hastalıklar

Yaygın: Depresyon, düşmanca davranış/saldırganlık, **anksiyete**, insomnia, **sinirlilik/irritabilite**

Yaygın olmayan: İntihar girişimi, intihar düşüncesi, psikotik bozukluklar, **davranış bozuklukları**, **halüsinasyon**, **kızgınlık**, **konfüzyon**, **panik atak**, **duygusal labilite/ duygudurum dalgalanmaları**, **ajitasyon**

Seyrek: İntihar, **kişilik bozuklukları**, **anormal düşünceler**

Cerrahi Operasyon Notu

Sol aksiller insizyonla cilt cilt altı geçildi. Aksiller venin altından aksilla medialine kadar gidildi. Arkada **konglomere multipl lenfadenopati** palpe edildi. Aksilla diseksiyonu yapılarak 3-4 cm boyunda bir adet lenf nodu eksize edildi. Hemostaz kontrolü sonrası katlar anatomik planda kapatılarak operasyon sonlandırıldı.

Sol aksilla LAP Patolojisi

Ön tanı:

- Tüberküloz lenfadenit?
- Lenfoma?

Sonuç:

- Lenf nodunun histopatolojik incelemesinde zeminde çok sayıda plasma hücresi ve eosinofil lökosit, mikroapse odakları ve multinükleer dev hücre içeren granülom yapıları ve yer yer fibrozis izlenmiştir.
- Kazefikasyon nekrozu görülmemiştir.
- **Olguda ön planda enfeksiyöz granülomatöz lenfadenit olabileceği düşünülmüş olmakla beraber lenfoid malignite (Hodgkin lenfoma) ekarte edilememiş olup kesin tanı için ileri merkezde konsültasyonu önerilir.**

Taburculuk

- Hasta yatışının 17. gününde
- Bilinç açık ve koopere
- Psikosomatik yakınmaları geçti
- Aykırı düşünceleri yok
- Hafif baş ağrısı devam ediyor
- WBC 4.730, Hb 10.3, trombosit 81.000
- Haliyle poliklinikten takip edilmek üzere taburcu edildi
- Kesin tanısı yok

Poliklinik kontrolü

- Taburcu olduktan 4 gün sonra kontrol
- Başağrısı ve halsizlik yakınmaları var
- Hemotoji görüşü alındı

WBC	7.000	uL
Hemoglobin	10	g/dL
Hemotokrit	30.8	%
Trombosit	171.000	uL
Glukoz	86	mg/dL
Kreatinin	0,57	mg/dL
AST	18	U/L
ALT	15	U/L
CRP	1.3	mg/dL
Sedimentasyon	41	/sa

Poliklinik kontrolü

- Taburculuktan 1 ay sonra patoloji raporunu getirdi
- Trombosit 197.000 /uL
- Hb 10,3 gr/dL
- Sedimantasyon 29 mm/sa

Patoloji

İleri merkez konsültasyonu

- Patolojik tanı: apseleşen granülamatoz lenfadenit
- Morfolojik ve histokimyasal bulgular ön planda bakteriyel lenfadeniti (**Kedi Tırmığı Hastalığı**) düşündürmüştür. Malignite yönünde bulgu görülmemiştir.

Poliklinik takibi

- Patolojik tanı sonrası azitromisin tedavisi başlandı
- 5 günlük tedavi verildi
- Kontrolde müphem şikayetleri olması üzerine 5 günlük bir kür daha tedavi verildi.
- Tedaviden 1 ay sonra
 - Trombosit 233.000 /uL
 - Hb 11 gr/dL
 - Sedimentasyon 17 mm/sa



LAP Fizyopatolojisi

- Bir antijenin uyarı sonucu normal lenfositlerin ve makrofajların sayılarının artması
- Lenf bezinin kendi enfeksiyonları sonucunda inflamatuvar hücrelerin infiltrasyonu
- Lenfositlerin ve makrofajların neoplastik infiltrasyonu
- Depo hücrelerin infiltrasyonu ile büyüyebilir.

Causes of peripheral lymphadenopathy*

Cause	Examples
Infections	
Bacterial	
Localized	Streptococcal pharyngitis; skin infections; tularemia; plague; cat scratch disease; diphtheria; chancroid; rat bite fever
Generalized	Brucellosis; leptospirosis; lymphogranuloma venereum; typhoid fever
Viral	Human immunodeficiency virus; Epstein-Barr virus; herpes simplex virus; cytomegalovirus; mumps; measles; rubella; hepatitis B; dengue fever
Mycobacterial	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> ; atypical mycobacteria
Fungal	Histoplasmosis; coccidioidomycosis; cryptococcosis
Protozoal	Toxoplasmosis; Leishmaniasis
Spirochetal	Secondary syphilis; Lyme disease
Cancer	Squamous cell cancer head and neck; metastatic; lymphoma; leukemia
Lymphoproliferative	Angioimmunoblastic lymphadenopathy with dysproteinemia
	Autoimmune lymphoproliferative disease
	Rosai-Dorfman disease
	Hemophagocytic lymphohistiocytosis
Immunologic	Serum sickness; drug reactions (phenytoin)
Endocrine	Addison's disease
Miscellaneous	Sarcoidosis; lipid storage diseases; amyloidosis; histiocytosis; chronic granulomatous diseases; Castleman's disease; Kikuchi's disease; Kawasaki disease; inflammatory pseudotumor; systemic lupus erythematosus; rheumatoid arthritis; Still's disease; dermatomyositis; eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss)

* Note: This is a partial list and is not meant to be all-inclusive.

Kedi Tırmığı Hastalığı

- Genellikle lenfadenopati, hafif ateş, halsizlik, yorgunluk ve baş ağrısıyla seyreden kendini sınırlayıcı akut bir hastalıktır
- 1988 yılında klinik olarak KTH şüpheli 10 hastanın lenf nodüllerinden bir bakteri izole edilmiş ve bu bakteriye 1991 yılında *Afipia felis* adı verilmiştir
- Günümüzdeki çalışmalar ise birçok vakada etkenin *Bartonella henselae* olduğunu gösteriyor
- Ancak nadiren *A. felis*, *B. clarridgeiae* ve belki de henüz adı konmamış etkenler de hastalığa neden olabilir.

Bartonella henselae

İnsanlarda enfeksiyon oluşturmaları yönünden Bartonella cinsindeki üç tür,

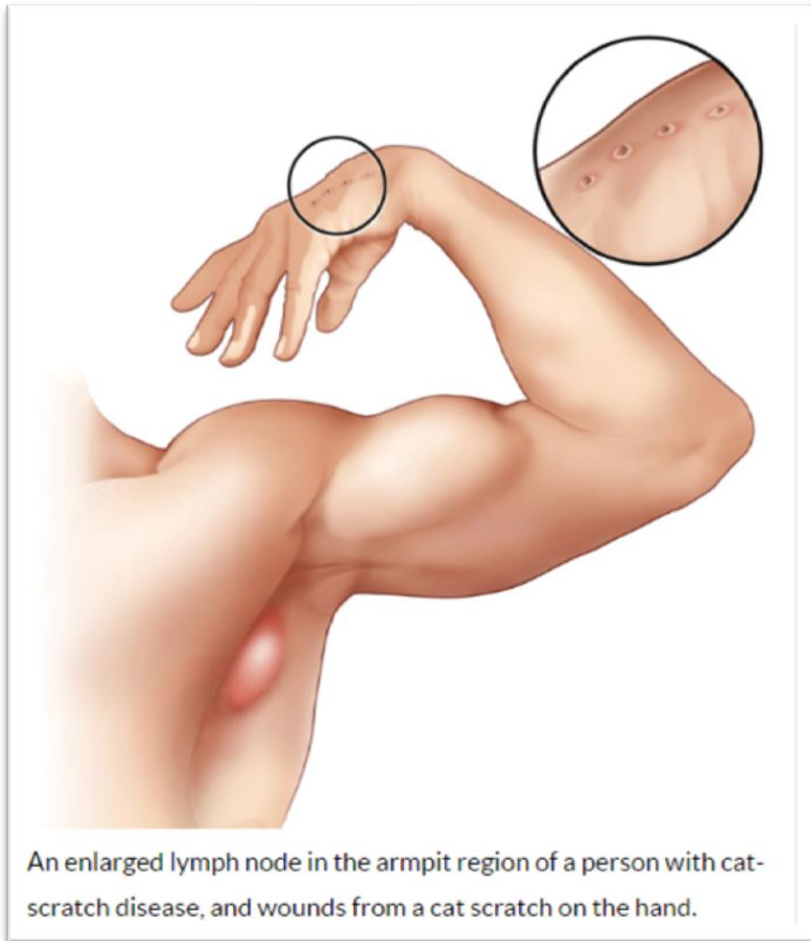
- *B.henselae*,
 - *B.quintana* ve
 - *B.basilliformis* önem taşımaktadır
-
- *B.henselae* kedi rezervuarlarında asemptomatik intraeritrositik bakteriyemi yapar
 - İnsanlarda ise kedi tırmığı hastalığı, basiller anjiomatozis, basiller peliozis, bakteriyemi, endokardit ve nörolojik bozukluklara neden olur

Patogenezi

- LAP ile lokal enfeksiyon
- Kan yolu ile yayılıp dissemine enfeksiyon
 - Neuroretinit
 - İç organ tutulumu
- Kediler doğal rezervuar
- Kedilerde intraeritrositik bakteremi yapar

Epidemiyoloji

- Genellikle sağlıklı çocukların ve genç ergenlerin hastalığı
- Nadiren immun yetmezlikli hastalarda sistemik enfeksiyon yapar
- Beyin, göz, kalp ve diğer organlar tutulabilir
- Nadir görülen bu komplikasyonlar 5 yaş altı çocuklarda ve immun yetmezlikli kişilerde görülebilir ve kombine tedavi gerektirir.



Bulaş

- Kedi ısırığı, tırmalaması
- Pire ısırığı
- Nadiren köpekle temas (muhtemelen de pire ısığı nedeni ile)
- Kediden kediye geçişte pireler önemli rol oynar
- Özellikle bir yaş altı kedilerde daha yüksek seropozitiflik vardır
- Kedilerin yaklaşık %40'ı yaşamlarının bir döneminde *B.henselae* taşır...

Klinik

- **Deri lezyonları**
- **Lenfadenit**
- Visseral organ tutulumu
- Nedeni bilinmeyen ateş (özellikle çocuklarda)
- Göz tutulumu
 - Parinaud's okuloglandüler sendromu
 - Neuroretinit
- Nörolojik tutulum
 - Ensefalopati (en yaygını)
 - Transvers miyelit
 - Radikülit
 - Serebellar ataksi

Klinik

Diğer atipik tablolar

- Hiperkalsemi
- Derin doku boyun enfeksiyonu
- Kültür negatif endokardit
- Pnömoni
- Plevral efüzyon
- Pulmoner nodül
- Septik şok
- Trombositopenik purpura

Tanı

- Serolojik testler
 - indirect fluorescence assay (IFA)
 - Enzyme immunosorbent assay (EIA)

Toplumda % 4-6 oranında seroloji pozitif
- Kültür
 - Özel koşullar gerektirir, en az 21 gün beklemek gerekir, üretmek zor
- Histopatolojik inceleme
 - Warthin Starry boyası bakteriyi gösterir
 - Ancak tanımlayıcı olmayıp klinik ile birlikte kuvvetli düşündürülebilir
- PCR... Sorunlu

Tedavi

- Genel olarak sağlıklı kişilerde tedavi gerekmez

www.cdc.gov/healthypets/diseases/cat-scratch. 2014

- Birçok hastada enfeksiyon antibiyotiksiz kademeli olarak gerileyerek semptomlar kaybolur
- %5-14 kişide dissemine enfeksiyon gelişip hayatı tehdit eden komplikasyonlar olabilir.
- Tedaviyi belirlemede invitro antibiyogram testleri etkin görünmüyor
- Literatürde küçük seriler ve olgu sunumları var

Tedavi

- Lenfadenitte:
 - Azitromisin 1. gün 500 mg, sonraki 4 gün 250 mg
- Azitromisini tolere edemeyen hastalarda
10-14 gün :
 - Klaritromisin 2x500 mg
 - Rifampisin 2x300 mg
 - Trimethoprim-sulfamethoxazole 2x1 fort tb
 - Siprofloksasin 2x500 mg

Tedavi

- Hepatosplenik hastalık ve uzamış ateş:
 - Rifampisin + azitromisin veya gentamisin
- Neuroretinit
 - Optimal tedavi bilinmiyor
 - Doksisiklin + rifampisin
- Nörolojik hastalık:
 - Doksisiklin + rifampisin 10-14 gün

Korunma İnsanlar için



- Kedi ısırıkları su ve sabunla yıkanmalı
- Küçük çocuklar ve immun yetmezlikli kişilerle birlikte yaşıyorsa kediyle oynadıktan sonra eller su ve sabunla yıkanmalı
- Bir yaş altı kedilerden hastalığın bulaş riski daha fazla
- İmmun yetmezlikli kişiler bir yaşından büyük kedileri sahiplenmeli

Korunma Kediler için



- Tırnakları kesilmeli
- Pire kontrolü için ayda bir veteriner kontrolünde ilaç kullanılmalı
- Vücudunda pire kontrolü yapılmalı
- Evde pire kontrolü yapılmalı
 - Elektrikli süpürge ile sık sık ev temizlenmeli
 - Gerekirse pire ilacı kullanılmalı
- Kediler dış ortama kontrollü salınmalı

Klimik Dergisi 2011; 24(2): 116-8.

Kedi Tırmağı Hastalığı: Olgu Sunumu

Cat-Scratch Disease: A Case Report

Pınar Korkmaz¹, Hasan Naz¹, Mustafa Naci Gücüyener², Figen Çağlan-Çevik¹, Nevil Aykın¹

¹Yunus Emre Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Eskişehir, Türkiye

²Yunus Emre Devlet Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, Eskişehir, Türkiye

34 yaşında kadın hasta

Sol supraklavikuler LAP ile Genel Cerrahi Kliniğine başvurmuş

Histopatolojik inceleme ile tanı alıyor

5 gün azitromisin tedavisi alıyor

Lenfadenopati ayırıcı tanısında öyküde kedi teması olan olgularda

KTH mutlaka düşünülmelidir.

OLGU SUNUMU

Tekrarlayan kedi tırmığı hastalığı: bir olgu sunumu

Kubilay Yapıcı¹, M. Kasım Karahocagil¹, Mustafa Kösem², Necmettin Akdeniz³, Görkem Yaman⁴

- 20 yaşında kadın hasta
- Ateş, sol kolda kızarıklık, ağrı ve şişlik var
- Biyopsi ile tanı konup klaritromisin 500 mg tb 2x1 10 gün tedavi veriliyor
- 2 yıl sonra aynı kolda krepitasyon veren kızarıklık ve şişlik oluşmuş
- 14 gün klaritromisin tedavisi ile şifa bulmuş.



Kedi Tırmığı Hastalığı Göz Tutulumunda Çeşitli Klinik Bulgular

Diverse Clinical Signs of Ocular Involvement in Cat Scratch Disease

Merih Oray*, Sumru Önal**, Aylin Koç Akbay***, İlknur Tuğal Tutkun*

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

**Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı; VKV Amerikan Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

***Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

- Çalışmaya KTH oküler tutulumu olan 10 hastanın 13 gözü dahil edildi.
- Hastalarda nöroretinit, optik nöropati, retinal infiltratlar, retinokoroidit, retinal arter dal tıkanıklığı ve endoftalmi var.
- Tüm hastalarda *Bartonella henselae* IgM ve/veya IgG pozitif
- Bu klinik tabloların ayırıcı tanısında hastaların kedi teması öyküsünün sorgulanması ve *Bartonella henselae* serolojisinin araştırılması önemlidir



Teşekkür ederim