

OLGU SUNUMU

Dr. Nihat TÜRKAN

BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK
MİKROBİYOLOJİ

24.11.2016

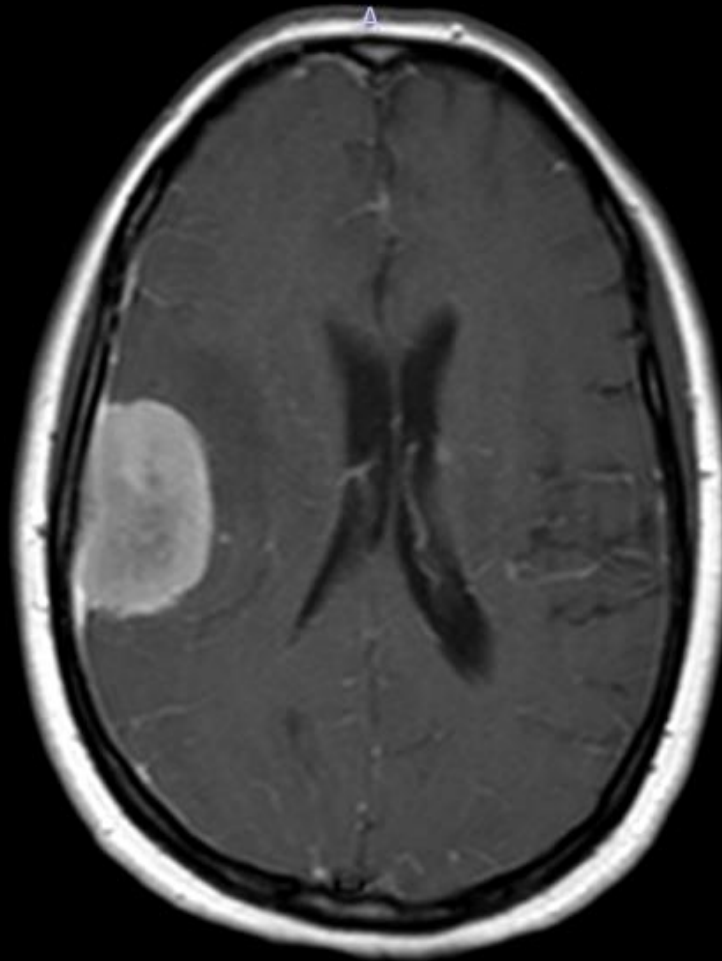
- N.Ç.
- 41 yaş, kadın
- Ev hanımı
- Torbalı
- 01.08.2016
 - Ani gelişen dilinin sol yarısında uyuşma, konuşma bozukluğu, kasılma
 - Kraniyal görüntülemelerde sağ pariyetal lobda kitle
- 09.08.2016
 - Hastanemizin beyin cerrahisi kliniğine yatış

Hasta Id: 2005181774
Cinsiyet: Kadın
Doğum Tarihi: 08.03.1976

Tetkik: BEYİN-G
Acc. No: 2852021
Tetkik Id: 804190
Tarih: 10.08.2016
Saat: 14:35:13

Seri: T1W_TSE+C
Seri No: 701
Tarih: 10.08.2016
Saat: 14:44:48
Hasta Pozisyonu: HFS
Vücut Bölgesi: BRAIN
Modalite: MR

İmaj No: 12



- Kraniyal MR;
 - Sağda frontoparietal bölgede 4x3x3.5 cm boyutlarında menenjiom ile uyumlu kitle lezyonu

Özgeçmiş

- Astım, 10 yıl
- Lumbal diskopati operasyonu, 23 yıl
- NSAİ alerjisi

Kullandığı İlaçlar

- Astım
 - ▣ Salbutamol inhaler
 - ▣ Salmeterol inhaler
- Proflaktik antiepileptik
 - ▣ Fenitoin

Beyin Cerrahisi Kliniği

- ✓ Gün içerisinde aralıklarla 38,5⁰C geçen bir haftadır devam eden ateş
- ✓ ksrk
- ✓ Hafif boğaz ağrısı

- ❖ Fizik muayene bulguları
 - Farinkste hiperemi
 - Diğer FM bulguları olağan

Beyin Cerrahisi Kliniği

- 09.08.2016
 - Beyaz küre : 3540 mm³
 - Sedimentasyon : 77 mm/saat
 - CRP : 92,8 mg/ dl (N: 0-5)
 - Hemoglobin :10,4 g/dL
 - ALT :63 U/L
 - AST :41 U/L

Beyin Cerrahisi Kliniği

- Kan ve idrar kültürlerinde üreme yok
- Bođaz kültürü: Normal bođaz florası
- Brusella tp ve lam aglütinasyon testleri: Negatif
- Anti HIV, HBsAg, Anti HCV : negatif

Beyin Cerrahisi Kliniği

- FM de farinkste olan hiperemisi nedeniyle KBB ye konsulte edilmiş.
- KBB :
 - Akut Farenjit
 - ✓ Amoksisilin/klavulonat tb 2 x1 gr
 - ✓ Tantum gargara 3 x 1

Beyin Cerrahisi Kliniği

- 12.08.2016
 - Beyaz küre : 3040 mm³
 - Sedimentasyon : 71 mm/saat
 - CRP : 56,2 mg/ dl (N: 0-5)
 - Hemoglobin :10 g/dL
 - ALT :25 U/L
 - AST :43 U/L

Beyin Cerrahisi Kliniği

- Hastanın operasyonu antibiyotik tedavisinin bitimine ertelenerek haliyle taburcu ediliyor.

- Hasta 17.08.2016 da antibiyotik tedavisi sırasında da olan ve tedavi bitmesine rağmen devam eden 38.5 °C ve üzeri ateş yüksekliği şikayeti ile polikliniğimize başvuruyor.
- Hasta ateş yüksekliği nedeni araştırılmak üzere Enfeksiyon Hastalıkları servisimize yatırılıyor.
- Yatışında ateş ve kuru öksürük dışında yakınma yok.

- İştahı normal,kilo kaybı yok.
- Sigara- alkol kullanmıyor.
- Yurtdışına ıkmamış.
- Taze süt-peynir tüketim öyküsü yok.
- Hayvancılıkla uğraşmıyor,evcil hayvanı yok.

□ FM

□ Ateş:38.5°C

□ Nabız:88 /dk

□ Tansiyon arteryel:125/75 mm/hg

□ Solunum sayısı:16/dk

□ Ense sertliği-MİB yok.

□ Hastanın gövdesinde, yaygın, ciltten kabarık olmayan, dikkatli bakılınca farkedilen kızarıklık

□ Orofarinks bakısı olağan

□ FM

- Kalp muayenesinde patolojik bulgu yok
- Batın rahat defans-rebound saptanmadı.
- KVAH -/-.
- Hepatomegali-splenomegalisi yok. Traube açık
- IR +/- skleralar non-ikterik.
- 4 ekstremitte kas gücü yerinde ve patolojik refleks saptanmadı

□ 17.8.2016

- Beyaz küre : 4210 /mm³
- Sedimentasyon : 54 /saat
- CRP : 70,8 mg/ dl (N: 0-5)
- Hemoglobin :9,7 g/dL
- ALT :21 U/L
- AST :35 U/L

	9.8.2016	12.8.2016	17.8.2016
Beyaz küre	3540/mm ³	3040/mm ³	4210/mm ³
CRP	92.8 mg/dl	56.2 mg/dl	70.8 mg/dl
Sedimantasyon	77 mm/saat	71 mm/saat	54 mm/saat
Hemoglobin	10.4 g/dl	10 g/dl	9,7 g/dl
ALT	63 U/L	25 U/L	21 U/L
AST	41 U/L	43 U/L	35 U/L

- 18.8.2016 PA/AC grafisi olağan görünümde
- Tam idrar tahlilinde anormal bulgu yok
- Hastaya, öksürük ve ateş yakınmaları olması üzerine kan ve idrar kültürleri alındıktan sonra atipik pnömoni düşünülerek moksifloksasin 1 x 400 mg başlandı

- Hastanın döküntü ve ateşi olması nedeniyle gönderilen Halk Sağlığı Laboratuvarı tetkikleri;
- ❖ Kızamık Antikoru, IgM: Negatif.
- ❖ Kızamıkçık Antioru, IgM: Negatif.

- Hastanın servisimizde gönderilen tetkiklerinde;
 - Coombslu Brucella Tüp Aglütinasyon: Negatif
 - ROSE BENGAL: Negatif
 - WRIGHT: Negatif
 - Mono Test(Tam Heterofil Antikor): Negatif
 - VDRL-RPR(Syphilis) : Negatif

- Anti HIV: 0.24(Nonreaktif)
- Anti HCV: 0.07(Nonreaktif)
- Anti CMV IGM : 0.18 (Nonreaktif)
- Anti CMV IGG: > 250.0 (Reaktif)
- Anti Toxoplasma IGG : 0.0 (Nonreaktif)

- Serbest T₃ : 3.70 pg/mL
- Serbest T₄ : 0.89 ng/dL
- TSH : 1.550 uIU/ml
- VitB12 : 254 pg/mL
- Folat : 6.68 ng/mL
- Demir : 68 mg/dl
- Ferritin : 100.5 ng/mL

- Anti LKM(IFA) : Negatif
- MPO ANCA: Negatif
- C-ANCA PR3 : Negatif
- Anti Nükleer Antikor (ANA) : Negatif
- Anti Düz Kas Antikoru (ASMA) : Negatif
- Anti Mitokondriyal Antikor (AMA): Negatif
- RF: Normal

- Hasta kardiyak vegetasyon?? Açısından kardiyojolojiye konsulte edildi.
- Ekg de sinüsal taşikardisi olan hastanın Eko sonucunda 1. derece mitral yetmezliği dışında patolojik bulgu saptanmadı.

- Hastanın anemisi olması nedeniyle periferik yayması yapıp hematolojiye danışıldı.
- PY da :% 60 PNL %40 lenfosit .Atipik hücre izlenmedi.
- Hematoloji boyun USG ile patolojik lenfadenopati saptanırsa eksizyonel biyopsi önerdi.
- Boyun USG: Normal

- Hastaya tüm batın ve torakal BT çekildi.
- ✓ Batın BT raporunda eski operasyonunda yerleştirilmiş L5-S1 düzeyindeki enstrümanlar ve endometrial kavite içerisindeki RİA dışında bulgu saptanmadı.
- ✓ Torakal BT de patoloji saptanmadı.
- ✓ Yatışında alınan kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı.

- Hastanın bir haftalık servis izleminde aralıklı ateşı devam etti
- Yapılan tetkikler sonucunda herhangi bir enfeksiyöz ve patolojik odak saptanamadı
- Gövdedeki döküntülerde gerileme olmadı

□ 22.8.2016

- Beyaz küre : 5100 mm³
- Sedimentasyon : 60 /saat
- CRP : 65 mg/ dl (N: 0-5)
- Hemoglobin : 9,8 g/dL
- ALT : 27 U/L
- AST : 39 U/L



SANTRAL ATEŞ ???

Santral ateş

- Santral sinir sisteminden, özellikle hipotalamustan kaynaklanan ateş.
- Santral ateş de nedeni bilinmeyen ateştir.
- Bu ateş türünün özelliği atipik seyirli oluşudur. Santral sinir sisteminde kanama, iskemi, tümör, enfeksiyon, nörodejenaratif,nörometabolik hastalıklar santral ateş nedeni olabilir.
- Santral ateş tanısı konmadan önce ateşin nedeni olabilecek enfeksiyon, kollajen,vasküler ve malign hastalıklar araştırılmalıdır.

Pyrogenic cytokine interleukin-6 expression by a chordoid meningioma in an adult with a systemic inflammatory syndrome

Case report and review of the literature

**LUCA DENARO, M.D., FEDERICO DI ROCCO, M.D., MARCO GESSI, M.D.,
LIBERO LAURIOLA, M.D., LIVERANA LAURETTI, M.D., ROBERTO PALLINI, M.D.,
EDUARDO FERNANDEZ, M.D., AND GIULIO MAIRA, M.D.**

Departments of Neurosurgery and Pathology, Catholic University School of Medicine, Rome, Italy

✓ Chordoid meningioma is a rare meningotheial tumor characterized by chordoma-like histological features with lymphoplasmacellular infiltration. This tumor is often seen in children, but not in adults, with a systemic inflammatory syndrome (iron-resistant microcytic anemia and/or dysgammaglobulinemia) and very rarely with a persistent moderate hyperthermia.

In the present report the authors describe a temporal chordoid meningioma in a 30-year-old woman who presented with fever, headache, and a serological inflammatory syndrome. The clinical symptomatology, **chiefly the fever, disappeared immediately after removal of the tumor.** To the authors' knowledge, only one similar patient with such clinical presentation and response to surgery has been mentioned in the literature. Interestingly, at immunohistochemical examination, the neoplasm showed focal positivity for the pyrogenic cytokine interleukin-6. The capacity of the tumor to produce this pyrogenic cytokine could explain both the patient's clinical presentation and her response to the surgical management.

Intraventricular chordoid meningioma in a child: fever of unknown origin, clinical course, and response to treatment


Case report

AJIT NAMBIAR, M.D.,³ ASHOK PILLAI, M.D., D.N.B.(NS),¹ CHIRAG PARMAR, D.N.B.(PATH),²
AND DILIP PANIKAR, M.CH.¹

¹Department of Neurosurgery, Amrita College of Medicine, Kochi, Kerala; ²Department of Pathology, N M Virani Wockhardt Hospital, Rajkot, Gujarat, India; and ³Division of Pathology, King Faisal University, Al Hofuf, Saudi Arabia

The authors present the case of an 11-year-old boy with an intraventricular chordoid meningioma, which is a rare presentation of prolonged fever of unknown origin due to a rare tumor in a rare location. The fever resolved after excision of the lesion. Subsequent imaging revealed recurrence at 1 year. After a repeat excision and fractionated radiotherapy, the patient has remained disease free 5 years after the first surgery. Very few cases of intraventricular chordoid meningioma have been reported to date. The pathological features and clinical course are described. A review of the literature describing management options for this tumor type, recently found to have a higher recurrence rate, is described herein.

(<http://thejns.org/doi/abs/10.3171/2012.9.PEDS11398>)

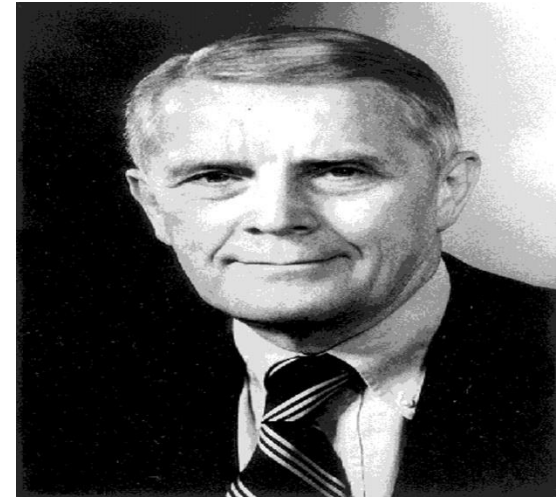


NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞ (NBA)

Nedeni bilinmeyen ateş

- İlk olarak 1961 yılında Petersdorf ve Beeson
 - Ateşin 3 haftadan uzun sürmesi
 - Ateş yüksekliğinin çeşitli ölçümlerde 38.3⁰C den yüksek bulunması
 - Hastanede yatırılarak yapılan bir haftalık incelemede tanı konulamaması

Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of INFECTIOUS DISEASES 2015



Nedeni bilinmeyen ateş

- Durack ve Street 1991
 - ▣ Klasik NBA
 - ▣ Nötropenik NBA
 - ▣ Nozokomiyal NBA
 - ▣ HIV ile ilişkili NBA

Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of INFECTIOUS DISEASES 2015



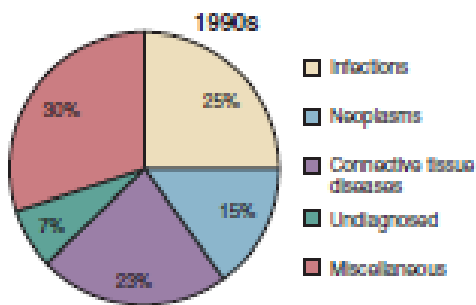
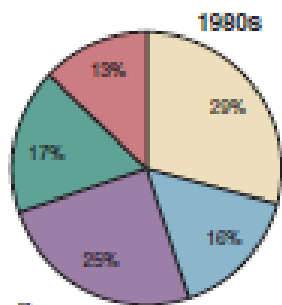
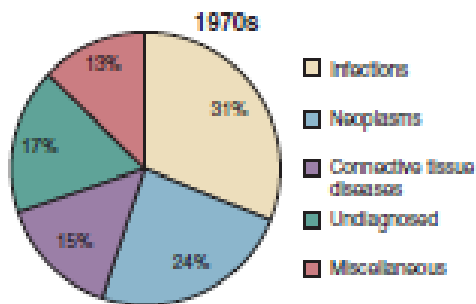
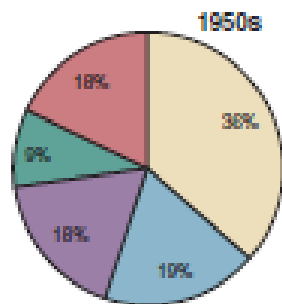
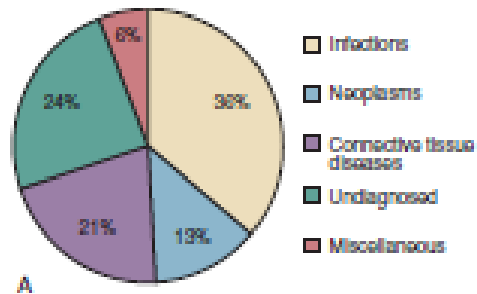
TABLE 56-1 Summary of Definitions and Major Features of the Four Subtypes of Fever of Unknown Origin (FUO)

	CLASSIC FUO	NOSOCOMIAL (HEALTH CARE-ASSOCIATED) FUO	NEUTROPENIC (IMMUNE-DEFICIENT) FUO	HIV-RELATED FUO
Definition	>38.3° C (100.9° F), >3 wk, >2 visits or 3 days in hospital	>38.3° C (100.9° F), >3 days, not present or incubating on admission	>38.3° C (100.9° F), >3 days, negative cultures after 48 hr	>38.3° C (100.9° F), >3 wk for outpatients, >3 days for inpatients, HIV infection confirmed
Patient Location	Community, clinic, or hospital	Acute care hospital	Hospital or clinic	Community, clinic, or hospital
Leading Causes	Cancer, infections, inflammatory conditions, undiagnosed, habitual hyperthermia	Health care-associated infections, postoperative complications, drug fever	Majority due to infections, but cause documented in only 40%-60%	HIV (primary infection), typical and atypical mycobacteria, CMV, lymphomas, toxoplasmosis, cryptococcosis, IRIS
History Emphasis	Travel, contacts, animal and insect exposure, medications, immunizations, family history, cardiac valve disorder	Operations and procedures, devices, anatomic considerations, drug treatment	Stage of chemotherapy, drugs administered, underlying immunosuppressive disorder	Drugs, exposures, risk factors, travel, contacts, stage of HIV infection
Examination Emphasis	Fundi, oropharynx, temporal artery, abdomen, lymph nodes, spleen, joints, skin, nails, genitalia, rectum or prostate, lower limb deep veins	Wounds, drains, devices, sinuses, urine	Skin folds, IV sites, lungs, perianal area	Mouth, sinuses, skin, lymph nodes, eyes, lungs, perianal area
Investigation Emphasis	Imaging, biopsies, sedimentation rate, skin tests	Imaging, bacterial cultures	CXR, bacterial cultures	Blood and lymphocyte count; serologic tests; CXR; stool examination; biopsies of lung, bone marrow, and liver for cultures and cytologic tests; brain imaging
Management	Observation, outpatient temperature chart, investigations, avoidance of empirical drug treatments	Depends on situation	Antimicrobial treatment protocols	Antiviral and antimicrobial protocols, vaccines, revision of treatment regimens, good nutrition
Time Course of Disease	Months	Weeks	Days	Weeks to months
Tempo of Investigation	Weeks	Days	Hours	Days to weeks

CMV, cytomegalovirus; CXR, chest radiograph; HIV, human immunodeficiency virus; IRIS, immune reconstitution inflammatory syndrome; IV, intravenous.
 Modified from Durack DT. Fever of unknown origin. In: Mackowiak PA, ed. Fever. Basic Mechanisms and Management. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997: 237-249.

Klasik NBA

- 38,3⁰ C nin üstünde ateş
- 3 haftadan uzun süren hastalık ve ateş öyküsü,
- 2 den fazla poliklinik kontrolü
- Hastanede 3 günde ateş tanısının konulamaması

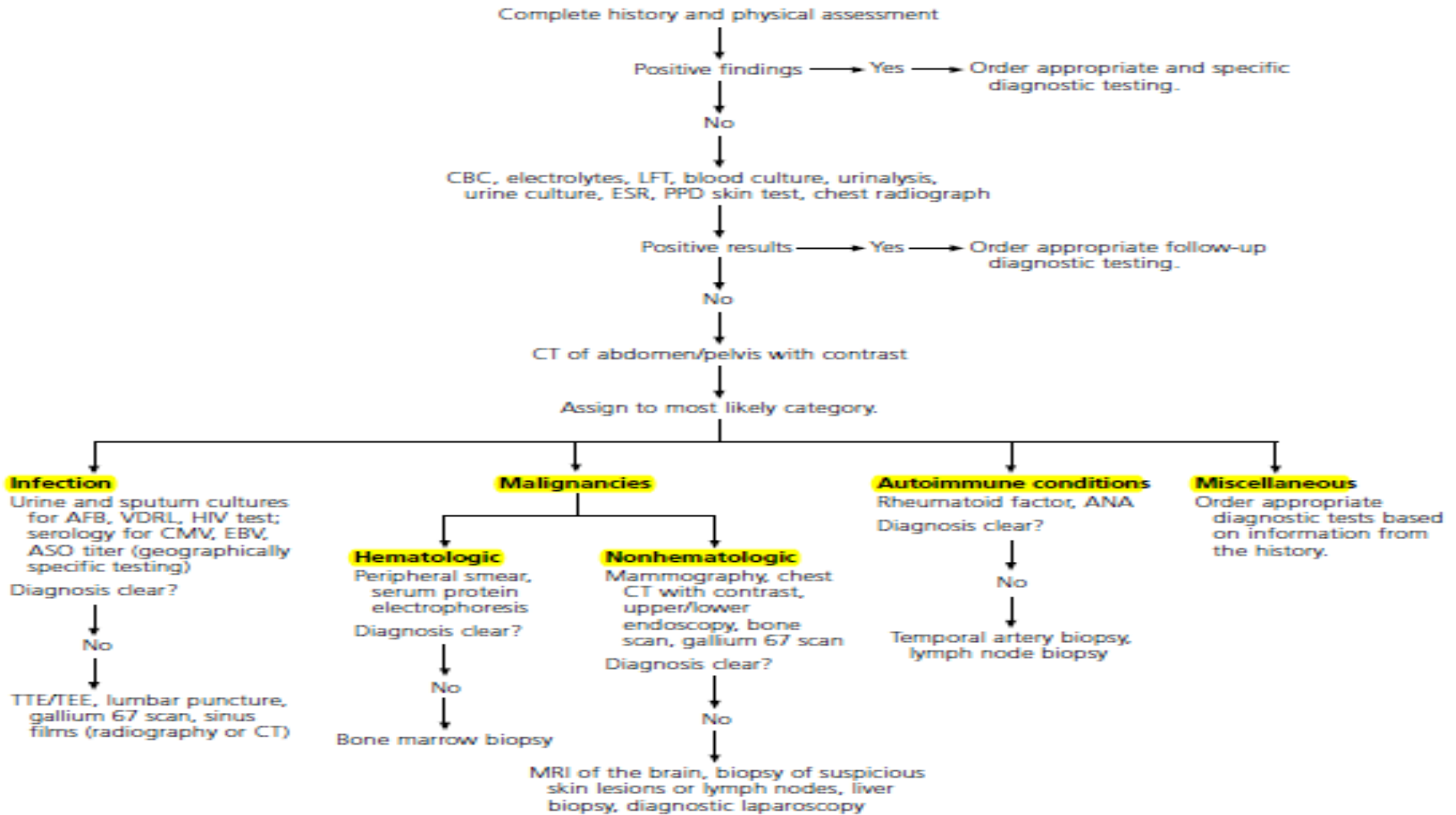


B

Table 1. Causes of FUO in cases in whom it could be determined.

Causes of FUO	N (%)
Infectious diseases	403 (47.0)
Collagen vascular diseases	137 (15.9)
Oncological diseases	126 (14.7)
Other diseases	53 (6.1)
Reason of fever could not be determined	138 (16.1)
Total	857

Diagnosis of Fever of Unknown Origin

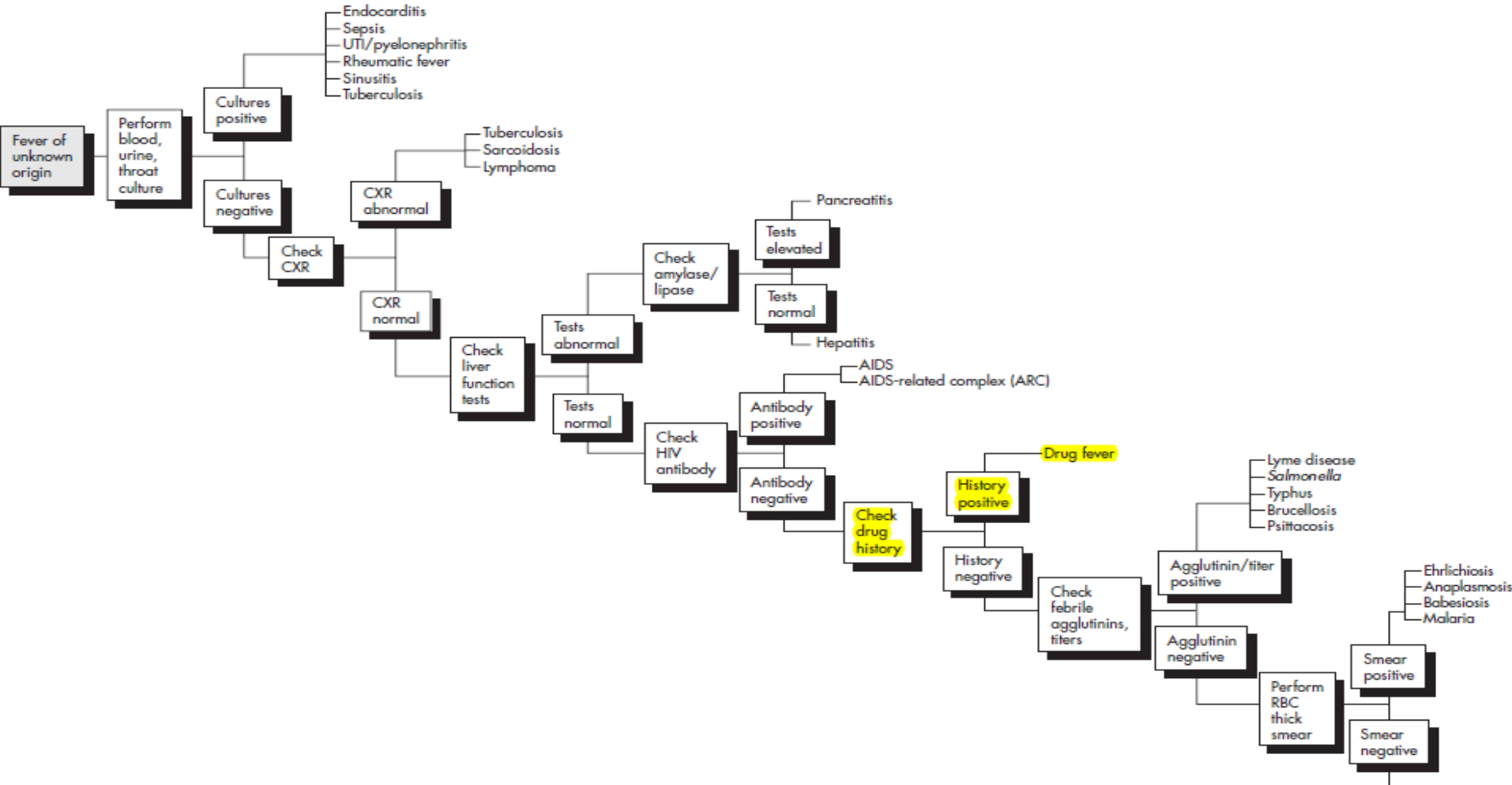


NBA Tanıya Yaklaşım

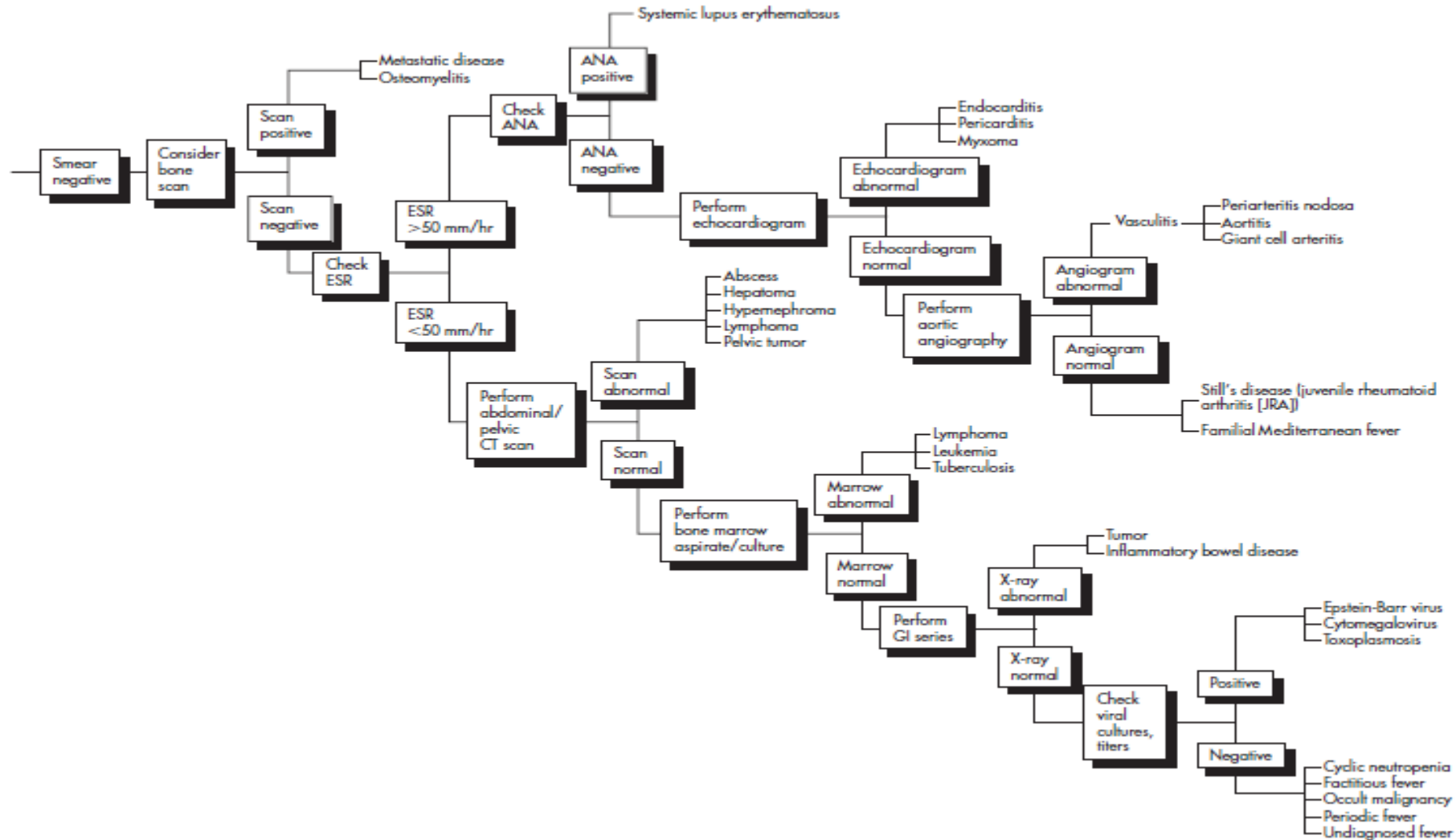
- 1.Basamak:
 - ▣ Anamnez, fizik muayene ve kan sayımı, sedimentasyon, CRP, biyokimya, kan ve diğer kültürler
 - ▣ Epidemiyolojik önemi olan testler: sıtma, bruselloz v.b.
 - ▣ PPD
 - ▣ Akciğer grafisi, batin ultrasonografisi
- 2.Basamak:
 - ▣ Enfeksiyöz nedenlere yönelik testler: mikobakteri kültürleri, viral seroloji v.b.
 - ▣ Onkoloji değerlendirme: Tomografik tarama, gaitada gizli kan bakısı
 - ▣ Romatolojik değerlendirme : ANA RF. ANCA v.b.

- 3.Basamak:Biopsi ve endoskopiler
 - Lumbar ponksiyon
 - Lenf nodu biopsisi
 - Temporal arter biopsisi v.b.
- 4.Basamak:
 - Tanısal laparotomi
 - Ampirik anti Tbc tedavisi
 - Ampirik steroid
 - İzlem

NBA Yaklaşımı



Modified from Healey PM: *Common medical diagnosis: an algorithmic approach*, ed 3, Philadelphia, 2000, Saunders.





İL AÇ ATEŞİ ???

Box 2. Commonly used medications that can cause fever of unknown origin

Antimicrobial agents

Carbapenems
Cephalosporins
Minocycline HCl
Nitrofurantoin
Penicillins
Rifampin
Sulfonamides

Anticonvulsants

Barbiturates
Carbamazepine
Phenytoin

Antihistamines

Cardiovascular drugs

Hydralazine HCl
Procainamide HCl
Quinidine

Histamine₂ blockers

Cimetidine
Ranitidine HCl

Iodides

Herbal remedies

Nonsteroidal anti-inflammatory drugs

Ibuprofen
Sulindac

Phenothiazines

Salicylates

Table 2. Drugs Implicated in Causing a Fever

Most common

penicillins
cephalosporins
sulfas
vancomycin
streptomycin⁶⁴
methyldopa

phenytoin
iodides⁶⁵
isoniazid
quinidine
procainamide

Less common

allopurinol⁵¹
antihistamines⁶⁶
azathioprine⁶⁷
barbiturates⁶⁸
bleomycin^{69,70}
carbamazepine⁷¹
cimetidine⁷²
cisplatin⁷³
clofibrate⁷⁴
colistimethate⁷⁵
diazoxide⁷⁶
folic acid⁷⁷

hydralazine⁵¹
hydroxyurea⁷⁸
ibuprofen⁷⁹
6-mercaptopurine⁸⁰
nitrofurantoin⁵¹
para-aminosalicylic acid⁸¹
pentazocine⁸²
procarbazine⁸³
propylthiouracil⁸⁴
sulindac⁸⁵
streptozocin⁸⁶
triamterene⁸⁷

Hypersensitivity and dose related side effects of phenytoin mimicking critical illness

Lalitha V. Pillai, Dhananjay P. Ambike, S. M. K. Hussainy, Sunil Vishwasrao, Satish Pataskar, Maruti M. Gaikwad

Abstract

Objective: To describe phenytoin-induced rare hypersensitivity and dose related reactions, emphasizing the importance of early omission of drug to achieve clinical improvement. **Design:** Case series and review of literature. **Setting:** Tertiary level medical intensive care unit. **Patients:** Three cases, two of whom had hypersensitivity reactions and the third had drug-induced dyskinesia. **Intervention:** Omission of phenytoin and corticosteroid therapy in two cases. **Results:** Improvement and discharge. **Conclusion:** A high index of suspicion of drug-induced complications is necessary especially when multiple drugs are being administered to critically ill patients.

Key Words: Phenytoin, skin lesion, allergic alveolitis, dyskinesia, Phenytoin hypersensitivity syndrome (PHS)

PHENYTOIN-INDUCED DRUG REACTION WITH EOSINOPHILIA AND SYSTEMIC SYMPTOMS (DRESS) SYNDROME: A CASE REPORT FROM THE EMERGENCY DEPARTMENT

Lindsay L. Oelze, MD* and M. Tyson Pillow, MD*†

*Baylor College of Medicine, Houston, Texas and †Department of Medicine, Section of Emergency Medicine, Ben Taub General Hospital, Houston, Texas

Reprint Address: Lindsay L. Oelze, MD, Department of Medicine, Section of Emergency Medicine, Ben Taub General Hospital, 1504 Taub Loop, EM Academic Offices, Houston, TX 77030

- Döküntünün gerilememesi ve ateş yüksekliğinin devam etmesi nedeniyle hasta Nöroloji ve Dermatoloji kliniklerine danışıldı
 - ✓ Nöroloji kliniği fenitoinin kademeli olarak kesilebileceğini belirtti.
 - ✓ Dermatoloji kliniği deri döküntülerinin ilaç reaksiyonu ile uyumlu olduğunu belirtti.
 - ✓ Hastanın antiepileptik tedavisi fenitoinden levatirasetama kademeli olarak değiştirildi.
 - ✓ Fenitoin dozu azaltılarak kesildi

- Fenitoin tedavisi kesilen hastanın takiplerinde ateş yüksekliği geriledi.
- Ampirik olarak başlanan moksifloksasin kesildi.
- Servisimizde 5 gün daha izlenen hastanın döküntüleri 3. gün tamamen kayboldu, CRP değeri geriledi ve bu süreçte ateşini olmadı

- Hastanın 5 günlük takibi sonrası görülen kan değerlerinde CRP:3.6 WBC:5780 AST:21 ALT:30
- Hasta operasyon açısından Beyin Cerrahisi kliniği tarafından tekrar konsulte edildi ve 29.08.2016 da Beyin Cerrahisi kliniğine devredildi.



Teşekkürler.....