

NAZOKOMİYAL BAKTERİYEL MENENJİT OLGUSU

Dr. Bahar KANDEMİR

NEÜ Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

- Önceden hastalık öyküsü olmayan 40 yaşında erkek hasta travma sonrası subaraknoid kanama hikayesi ile hastanemiz reanimasyon ünitesine yatırıldı.



- Yaygın subaraknoid kanama
- Pnömoşefali
- Sağ temporal çökme fraktürü
- Subdural hematoma

Reanimasyon ünitesinde hasta mekanik ventilatöre bağlanarak EVD takıldı



- Fizik muayene; nabız: 98/dak, vücut ısı: 36.9 °C ve arteryal kan basıncı 120/85 mmHg
BOS görünümü: Hemorajik
- Kraniyal tomografi: Subaraknoid hemoraji ve pnömosefalus



- Rutin laboratuvar testleri:

WBC: 21040 hücre / mm³

C-reaktif protein 70,2 mg /L

Prokalsitonin 1.625 ng/ml.



- BOS görünümü birkaç gün sonra berraklaştı. EVD çekildi.
- Hasta reanimasyon ünitesinde takip edilirken, ventilatörle ilişkili pnömoni gelişti ve geniş spektrumlu antibiyotikler kullanıldı.
- Hidrosefali nedeniyle yeniden EVD takıldı.



- BOS görünümü 38. günde bulanıklaştı.
- Fizik muayene; nabız; 124/dakika, vücut ısı; 38.9 °C; arteriyel kan basıncı 120/85 mmHg.
- Rutin laboratuvar testleri;
WBC: 8720 hücre/mm³,
C-reaktif protein 36,8 mg/L
Prokalsitonin 0,06 ng / ml



- BOS mikroskopisi: 88hc/mm³ (%75 lenfosit, %25 parçalı)
- BOS biyokimyası: protein seviyesi 96 mg/dL, glikoz düzeyi 50 mg/dL, klor düzeyi 124mEq/L
- Bos Gram boyama: Gram negatif basiller
Hastaya meropenem tedavisi (3x2 gram/gün) başlandı ve EVD çıkarıldı



- BOS kültüründe *Providencia stuartii* izole edildi
- Mikroorganizma, ampisilin, amoksilin / klavulanik asit, seftriakson, sefiksim, sefuroksim, seftazidim, sefotaksim, siprofloksasin, trimetoprim-sülfametoksazol, aztreonam, tetrasiklin, piperacillin-tazobaktam, amikasin, netilmisin, ertapenem, meropenem ve imipenem'e duyarlıydı



- Hastaya 21 gün Meropenem tedavisi verildi
- Kontrol BOS mikroskopisi: Hücre görülmedi
- BOS biyokimyası: Protein, glikoz ve klor seviyeleri normal
- BOS kültürü: Üreme yok



- Santral sinir sisteminin nozokomiyal enfeksiyonları, nöroşirürjik prosedürlerin, penetran kafa travmasının ve sistemik enfeksiyonların ciddi bir komplikasyonudur.
- EVD ile ilişkili enfeksiyonlar% 2 ila% 27 arasında değişir



- Kateterizasyon süresinin uzun olması (> 11 gün)
- EVD kullanım sıklığı
- İntraventriküler hemoraji ve yerleştirme tekniği enfeksiyon için başlıca risk faktörleridir



EVD ile ilişkili menenjit

- Azalmış BOS glukoz
- Artmış BOS proteini
- BOS'ta pleositoz
- Pozitif BOS kültürü veya Gram boyaması
- Ateş, menenjizm, bilinç düzeyinin azalması, fotofobi ve fonofobi gibi klinik bulgular varlığında **katetere bağlı ventrikülomeningit** düşünülmelidir.



Nazokomiyal BOS infeksiyonları:

- *S. epidermidis* ve *S.aureus* en sık görülen patojenler
- *E. Faecalis*
- Enterobacteriaceae, Pseudomonas ve Acinetobacter



- Mantarların neden olduğu nozokomiyal BOS enfeksiyonları nadir

Geniş spektrumlu antimikrobiyal terapi ve immunsupresyon fungal EVD ile ilişkili enfeksiyonlar için ana risk faktörleri



- Uygun antimikrobiyal tedavinin gecikme olmadan başlanması tedavinin en önemli parçası
- Kullanılan antimikrobiyal ajan BOS'a iyi nüfuz etmeli



- *Providencia stuartii* kaynaklı nazokomiyal enfeksiyonların insidansı düşük
- *Providencia stuartii* nin neden olduğu menenjit de nadir görülen bir klinik durum

