

Poster Olgu Sunumları-III

Prof. Dr. Gökhan Aygün

Doç. Dr. Birgül Mete



Sunum Planı

- Klasikler
- Acil Enfeksiyonlar
- Yeniden
- Parazitler
- Mantarlar
- Yine-Yeni Bakteriler
- Nadir Etkenler
- Antibiyoterapinin/ilaçların zorlukları
- Şefin seçimi

KLASİKLER



Nörobruselloz olgusu

Sibel Kuyugöz Gülbudak

Şırnak Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Şırnak

GİRİŞ
Brus
düş

OLG
18 y
deg
late
mg
ven
(be
glik
100
bul
haf
haf

- 18 yaş, erkek
- Hayvancılıkla uğraşıyor
- 1 hafta önce **baş ağrısı, konuşmada yavaşlama, bilinç değişikliği, nöbet** yakınmalarıyla Nöroloji kliniğine başvuru
- **Ateş** gelişmesi üzerine Enfeksiyon konsültasyonu
- BOS----lökosit: 30/mm³(%100 lenfosit), protein: 65 mg/dL, glukoz: 23 mg/dl (kan şekeri 106 mg/dl)
- BOS kültüründe **Brucella spp.** üremesi(+), Wright: 1/1280 (+)

SONUÇ

Nörobrusellozda belirti ve bulgular nonspesifik olduğundan tanı zor olabilir. Bu olguda olduğu gibi nörolojik hastalıklarla karışabileceği gibi brucella dışı bakteriyel menenjitlerle de karışabileceğinden endemik bölgelerde brucella akılda tutulmalıdır.

Kronik menenjit ile takip edilen bir nörobruselloz olgusu

Nazlıdeniz Doğan, Gözde Çetinkaya, Şerife Barçın Öztürk

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Aydın

- 33 yaş, erkek
- Hayvancılıkla uğraşıyor
- 1 hafta önce baş ağrısı, titreme, kasılma, bilinç bulanıklığı, ajitasyon
- Yatışın sadece ilk günü ateş
- BOS----lökosit: 320 /mm³ (%90'ı lenfosit)
protein: 165 mg/dL, glukoz: 33 mg/dl (kan şekeri 133 mg/dl)
- Kan kültüründe *Brucella* spp. üremesi(+)
- Serum Wright: 1/10.240 (+), BOS Wright 1/1280 (+)

zincir reaksiyonunun varlığına bağlıdır. Nörobruselloz tedavisinin süresi ve içeriği konusunda fikir birliği yoktur ancak doksisisiklin+rifampisin+TMP-SMZ veya seftriakson kombinasyonlarından bir tanesinin üç ile altı ay arasında kullanılabileceği yönünde bilgiler bulunmaktadır. Biz olgumuza **altı ay süreyle TMP-SMZ, rifampisin ve doksisisiklin kombinasyonu** tedavisini planladık. Sonuç olarak ülkemiz gibi brusellozun endemik olduğu bölgelerde SSS infeksiyonlu hastalarda *Brucella* türlerinin de olası etkenler arasında düşünmeliyiz. Atipik menenjit tablosu ile gelen ve standart menenjit tedavisine cevap alınamayan hastaların ayırıcı tanısında nörobruselloz mutlaka akılda tutulmalıdır.

Nörobruselloz: İki Olgu

Mehmet Samet Demirel, Sebnem Eren Gök, Elif Ciftci, Ciğdem Kader, Avse Erbay

- 40 yaş, erkek, çiftçi
- 2 aydır **yürüme güçlüğü, denge bozukluğu, bacaklarda uyuşma ve kasılma**
- 1 yıldır halsizlik, yorgunluk, her iki kulaktan işitme kaybı
- **10 ay önce bruselloz geçirmiş ve 2 hafta tedavi almış**
- Orta derecede **bilateral sensörinöral işitme kaybı** (tedavi ile düzelme)
- Serum Wright: 1/2560 (+), BOS Wright 1/1280 (+)

OLGU 2: 34 yaşında erkek hasta, veteriner hekim, bir aydır devam eden uykusuzluk, kulak çınlaması, baş dönmesi, baş ağrısı, dört ekstremitelerde parmak uçlarında uyuşma ve karıncalanma şikayetleriyle başvurdu. Bruselloz sebebiyle 3 yıl önce ve 5 ay önce tedavi

- 34 yaş, erkek, veteriner
- 1 aydır uykusuzluk, **kulak çınlaması**, baş dönmesi, baş ağrısı, tüm ekstremitelerde parmak uçlarında uyuşma ve karıncalanma
- Son 2 aydır uykusuzluk ve sinirlilik hali---**hafif depresyon**
- **3 yıl ve 5 ay önce bruselloz öyküsü**
- Serum Wright: 1/1280 (+), **BOS Wright 1/20 (+)**
- Tedavi (6 ay) ile tamamen düzelme

Parapareziyle seyreden bir nörobruselloz olgusu

Pınar Korkmaz¹, Fatma Akkoyun Arıkan², Duru Mıstanoğlu Özatağ¹, Muhammet Alperen Bardakçı², Fatma Yaman³, Cemile Uyar¹,
Halil Aslan¹, Oğuz Evlice¹, Öznur Ak¹

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Nöroloji Kliniği

³Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

- 28 yaş, erkek, hayvancılık öyküsü
- 1,5 yıl önce başlayan **bel ağrısı, yürüme güçlüğü, sol tarafta uyuşma**
- 9 ay önce **idrar ve gaita yapmada zorlanma ve işitme güçlüğü**
- Nöroloji kliniği tarafından yatırılmış
- Spinal MR'da yaygın **leptomenengial ve T5-6 da kontrastlanma**
- **Konuşma hafif dizartrik**, alt ekstremitte distal 2/5, proksimal 1/5 **paraparezik**
- **Polinöropati** ön tanısı
- BOS----lökosit: 40/mm³(%100 lenfosit)
protein: 199 mg/dL, glukoz: 18 mg/dl (kan şekeri 89 mg/dl)
- **BOS kültüründe *Brucella* spp. üremesi(+)**----Enfeksiyon konsültasyonu
- Tedavi altında

Sonuç
gerekli testler kan ve BOS'ta yapılmıştır.

Brusellozu Taklit Eden Akut Lösemi Olgusu

Salih Emre

Kahta Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Adıyaman

- AMAÇ
Bruselloz
taklit et
üzerine

- OLGU
18 yaş
olmaya
sonuçla
başvuru
30,5 mg
görüntü
tanıları
po olan
etti. En
bulgu g
Tedavin
Yapılan p
konuldu. Hasta hematolojiye devredildi. Kan kültürlerinde üreme olmadı.

- 18 yaş, erkek, taze peynir tüketimi
- 20 gündür devam eden ateş, halsizlik, eklem ağrıları
- **Hepatosplenomegali, Wright aglütinasyon testi 1/160 (+)**
- **AST: 78 U/L, LDH: 1230 U/L, CRP: 30,5 mg/dl (0-0,5)**
- Hgb: 12 g/dl, PLT: 112000 /mm³
- **Nötrofil: 800/mm³, LDH yükseliyor, Brusella tedavisine yanıt yok**
- Hematoloji konsültasyonu: **periferik yaymada blastlar, ALL tanısı**

- SONUÇ

Özgün olmayan belirtilerle seyreden bruselloz hastaları klinik ve laboratuvar değerleriyle birlikte değerlendirilmeli, standart tedaviye yanıt vermeyen hastalar farklı tanılar açısından dikkatli incelenmelidir.

İmmün Trombositopeni ile Seyreden Bir Bruselloz Olgusu

Bariş Manavlı, Oğuzhan Dilek, Havva Tünay, Neşe Demirtürk

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

- 37 yaş, erkek
- **Diş eti kanaması, idrarda kanama ve vücutta peteşiler ile Acile başvuru**
- 1 aydır iştahsızlık, gece terlemesi ve kilo kaybı
- WBC: 10.000/mm³, Hb 7,2 gr/dl, PLT: **1000/mm³**, BT'de yaygın reaktif LAP
- Hematoloji **İTP** ön tanısıyla steroid başlıyor, yanıt yok
- **Enfeksiyon konsültasyonu; taze süt tüketimi**
- **Rose-bengal (+), Wright (+), kan kültürü (-)**
- **Kemik iliği biyopsisinde granülomlar**
- Bruselloza bağlı immün trombositopeni, antibiyoterapi ve IVIG'e yanıt

extr... yapıtı tespit edildi. Bir haftalık tedavi sonrasında klinik ve laboratuvar düzelmenin saptanmasının ardından hastanın tedavisinin 3 aya tamamlanması planlandı ve poliklinik kontrolüne gelmesi önerilerek taburcu edildi.

Sonuç

Brusellozis tüm sistemleri etkileyen farklı klinik bulgularla seyreden bir hastalıktır. Ateş sıkça karşılaşılan tipik semptomdur ve ateşin olmadığı vakalarda tanı karmaşıklığı olabilir. Hematolojik bulgulara da neden olabilen brusellozisin immün trombositopeni yapabileceği göz önünde bulundurulmalıdır ve endemik olan bölgelerde ön tanılarda mutlaka akılda tutulmalıdır.

Nadir Görülen Bruselloz Olgusu: Karaciğer Apsesi

Emine Coşkun, Nurefşan Aydeniz, Türkan Tüzün, Hüseyin Turgut

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Denizli

- 28 yaş, erkek, mezbahane çalışanı
- 1 aydır **bel ağrısı, 39°C ateş ve halsizlik**
- **KCFT’te yükseklik (6 kat)**, bilirubin yüksekliği nedeniyle hepatit ön tanısı
- **Brusella coombs aglutinasyonu 1/320 titrede pozitif ve kan kültüründe *Brucella* spp. üremesi**
- Rifampisin+doksisiklin+gentamisin **tedavisine rağmen ateş, KCFT yüksekliği**, batın üst kadranda ağrı ve muayenede hepatomegali
- **Kontrastlı MR’da hepatosplenomegali ve en büyüğü 13 mm boyutta multiple apse odakları**

Bruselloz, zoonoz ve endemik olan bruselloz tüm sistemleri tutabilmektedir. Osteoartiküler, genitouriner, kardiyovasküler, nörolojik, hematolojik ve gastrointestinal sistem tutulumları görülebilmektedir. Ciddi sonuçlara neden olan karaciğer absesi brusellozda nadir görülen bir komplikasyondur. Tanıda gecikmeyle artan komplikasyonlar nedeniyle ateş, eklem ağrısı, gece terlemesi olan, hepatit ve apse şüphesi olan hastalarda bruselloz ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Mezenterik lenfadenitle başvuran bir Bruselloz olgusu

Oruç Numan Gökçe¹, Serhat Karaayvaz², Safiye Bilge Güçlü Kayta³, Taylan Önder³, Sevil Alkan³

¹Çanakkale On sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

²Çanakkale Ezine Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

³Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Bruselloz her türlü hastalığı taklit etme özelliğinde olan ülkemiz için endemik bir zoonozdur. Bu sunumda, mezenterik lenfadenitle seyreden bir bruselloz olgusunun literatüre kazandırılması amaçlandı.

- 65 yaş, kadın, köyde yaşıyor
- **1 aydır karın ağrısı, gece terlemesi, kabızlık**
- Genel durum orta, şuur açık, ateş: 37,8 °C, bağırsak sesleri azalmış, **batında tüm kadrarlarda yaygın hassasiyet**
- **Lökosit: 3200/mm³, hemoglobin: 9,2 g/dl, sedimentasyon: 92 mm/saat**
- BT'de **mezenterik lenfadenopatiler** ve çekum-çıkan kolonda şüpheli duvar kalınlaşma
- Alt-üst GİS endoskopileri normal, **Rose Bengal ve Wright ve tetkikleri negatif**
- **Takiplerde ateş olunca kan kültürü alınıyor, *Brucella* spp. üremesi (+)**
- Tedavi ile klinik ve LAP geriliyor

Sonuç: Bruselloz endemik bölgelerde mezenterik lenfadenit ve karın ağrısı etyolojisinde de mutlaka düşünülmelidir.

Endemik Bölgelerde Nadir Bir Protez İnfeksiyonu Etkeni: Brusella

Pınar Ünveren¹, Derya Seyman¹, Cengiz Aldemir²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Antalya

- 75 yaş, kadın, 5 yıl önce sağ total diz protezi operasyonu öyküsü
- **Protez enfeksiyonu kliniği**
- Ponksiyonla alınan sıvıda üreme yok
- **İntraoperatif alınan kültürde *Brucella* spp. üremesi (+)**
- 3 ay bruselloz tedavisi sonrası 1. yılda nüks yok

mm³, sedimentasyon hızı 52 mm/h olan hastanın eklem sıvı kültürlerinde üreme olmadı. tedavinin 2. gününde protezi çıkarılıp antibiyotikli spacer konuldu. İntraoperatif alınan kültürde *Brucella* spp. üremesi üzerine doksisisiklin 2x100 mg tb ve rifampisin 1x600

- 61 yaş, kadın, **1 yıl içinde akut bruselloz tanısıyla 2 kez yeterli süre tedavi öyküsü**
- **Tedavi bitiminden 4 ay sonra tekrar ateş, üşüme, titreme, halsizlik, terleme**
- **14 yıl önce bilateral kalça protez öyküsü**
- **Brucella tüp aglütinasyon 1/80 (+) ,CAPT 1/640 (+)**
- Endokardit ve spondilodiskit saptanmıyor
- **Kalçada ağrı yok**
- BT'de sol kalçada **protez komşuluğunda quadriceps femoris kası düzeyinde 24x16 mm ve 27x20 mm apse** ve sakroiliak eklemlerde **sakroileit**
- İntraoperatif protez etrafında pürülan görünüm olan hastanın kültüründe üreme yok
- 3 ay bruselloz tedavisi sonrası 4. yılda nüks yok

Resim 1: İntrooperatif pürülan protez görünümü



Total Artroplasti Uygulanan Dizde Brusella Protez Enfeksiyonu

Cemile Uyar¹, Pınar Korkmaz¹, Turan Cihan Dülgeroğlu², Özlem Genç³, Öznur Ak¹, Duru Mıstanoglu Özatağ¹, Halil Aslan¹, Oğuz Evlice¹

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ortopedi Kliniği

³Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Enfeksiyon, total diz protezi uygulamalarının önemli bir komplikasyonudur ve ciddi bir morbiditeye sahiptir. *Brucella* spp, protezli eklem enfeksiyonunun nadir bir sebebidir. Biz de burada total diz protezi uygulananlarda ileriye doğru olan *Brucella* enfeksiyonu olgusu sunmayı amaçladık.

- 67 yaş, erkek, **2 yıl önce sağ total diz protezi operasyonu** öyküsü
- **Sağ dizde şişme, sintigrafide protezde gevşeme?**
- **Ponksiyonla alınan sıvıda *Brucella* spp. üremesi (+)**
- *Brucella* aglütinasyon testinde >1/640 pozitiflik
- Ortopedi tarafından tek aşamada protez revizyonu, implant çıkarma, spacer uygulama ve geniş debridman işlemi yapılıyor
- Hastanın operasyon sırasında alınan eklem sıvısında üreme yok (tedavi altında)

Sonuç: Ülkemizde endemik olması nedeniyle *Brucella* enfeksiyonları kemik eklem enfeksiyonları ayırıcı tanısında her zaman akılda tutulmalıdır.

Bruselloz tedavisinden fayda gören düşük titreli brusella spondilodiskit olgusu

İrem Asena Doğan, Emre Bayhan, Sonay Arslan, Muhammed Fatih Karaşın, Birsen Mutlu
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

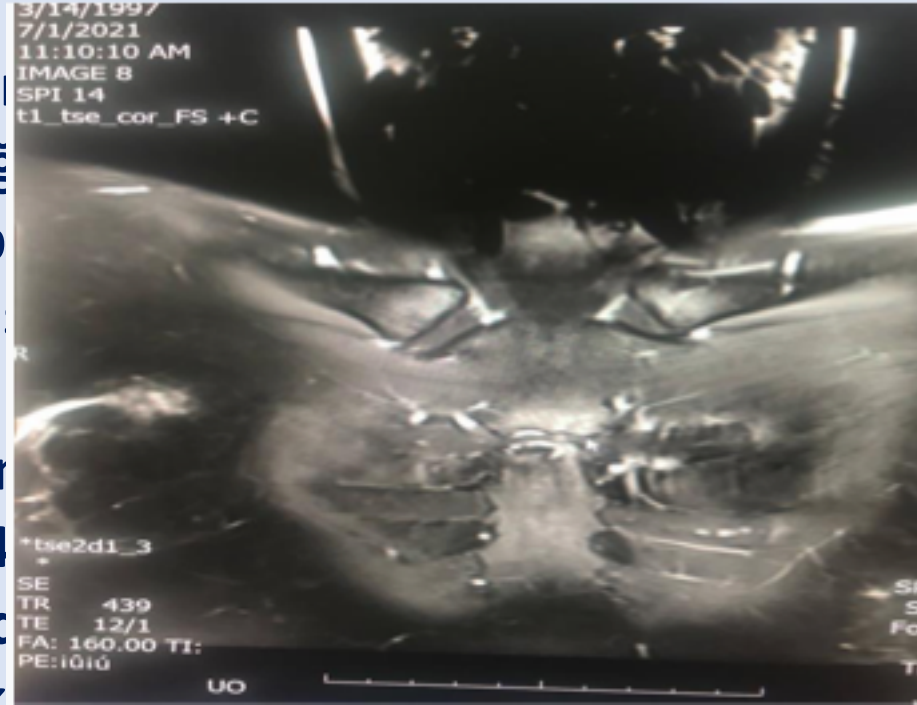
- 71 yaş, erkek, taze süt peynir tüketimi (+)
- 1 aydır bel ağrısı, iştahsızlık, halsizlik, gece terlemesi
- **Lomber MR'da L3-L4 vertebra seviyesinde spondilodiskit, sağ psoas kasında 2 adet 7 mm çapta erken dönem apse**
- **Rose bengal (-), Brucella Coombs 1/40 (+), Wright 1/40 (+)**
- Tutulum gösteren bölgeden yapılan **biyopsinin kültüründe üreme yok, Tüberküloz PZR ve kültürü negatif**
- **Kontrol Wright 1/40 (+), Brucella Coombs 1/80 (+)**
- **Brusella tedavisi ile klinik bulgular geriliyor**

TARTIŞMA:Bruselloz birçok sistemi etkilemektedir ve tanı karmaşası olmaktadır.Erken tanı konmuş brusellozun tedavisinde uzun süreli ve kombine antibiyotik kullanımı önemlidir.Bu olguda, ana semptomları güçsüzlük,iştahsızlık olan ve erken dönemde serolojik testleri negatif olup,sonrasında düşük titrede olan ancak brusella tedavisine yanıt aldığımız bir vakayı sunduk. Bruselloz ülkemizde endemik olarak görülmekte olduğundan seroloji titresinde düşüklük olsa da anamnez ve kliniği uyumlu hastalarda bruselloz olabilmektedir.

Brusellozun daha önce bildirilmemiş periferik tutulumu: Manubriosternal Artrit

Ümit Rezzukoğlu
ASV Yaşam Hastanesi

- 23 yaş, kadın
- 1 haftadır göğüs ağrısı
- **Sternumda lokal ağrı**
- **Rose Bengal testi pozitif**
- Rifampisin ve doksisiklinle tedaviye başlandı, ağrı gerilemiyor
- 3 hafta streptomisinle tedavi
- **Toplam tedavinin 4. haftasında**
- **Wright 1/160 titred**
- Tedaviye **ko-trimoksazol ekleniyor**, klinik bulgular geriliyor, Brusella aglutinasyon testi negatif



Manubriosternal eklemden artrit
ne rağmen klinik bulgular
(
r, MR'da değişiklik yok,
Brusella aglutinasyon testi negatif

Akut bruselloz ve Q ateşi ko-infeksiyonu olgusu

Merve Sayar, Faruk Karakeçili, Umut Devrim Binay, Orçun Barkay, Betül Sümer
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Erzincan

- 35 yaş, erkek, kasap, daha önce bruselloz geçirmemiş
- **7 haftadır ateş, kemik-eklem ağrıları ve halsizlik, hepatomegali, tüm vücutta yaygın makülopapüler, basmakla solan döküntü**
- Brusella **Rose-Bengal**, standart ve coombs'lu tüp aglütinasyonu negatif
- **Diğer serolojik testler negatif**
Anti-HIV, VDRL-RPR, EBV VCA-IgM, *Rickettsia conori* IgM-IgG,
Parvovirüs IgM, *Toxoplasma* IgM, CMV IgM, RF, Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Virüs (KKKAV)
- BT'de **hepatomegali** dışında patolojik bulgu yok, EKO'da vejetasyon yok
- **Kan kültüründe *Brucella* spp. üremesi (+)**
- **Daha önce istenilen *Coxiella burnetti* IFA II IgM:1/48 ve IgG:1/256**

Sonuç: Akut Bruselloz ve Q Ateşi ko-infeksiyonu sık rastlanan bir tablo olmayıp, ateş, döküntü ve kemik-eklem ağrılarıyla başvuran hastalarda her iki hastalık da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken dönemde Q ateşinin tanınması, hastalığın kronikleşmesinin önlenmesine ve kardiyak komplikasyonlarının gelişmesine engel olacaktır. Aynı durum bruselloz için de geçerlidir.



➤ Tüberküloz

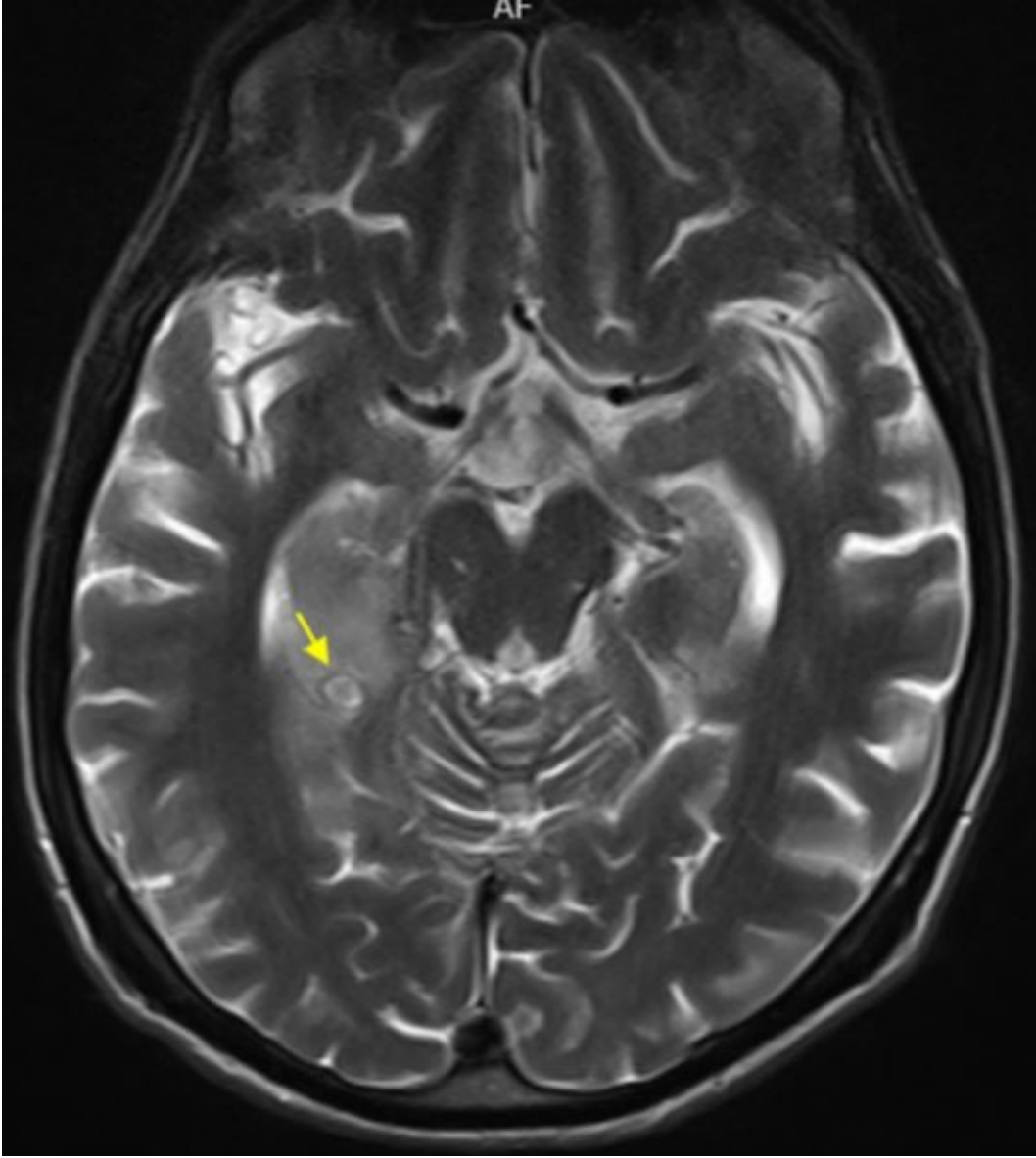
Pulmoner Tüberküloz nedeniyle tedavi altında olan ve nöbet ile gelen hastada HIV ve Tüberküloz Menenjitisi birlikteliği

Ünsal Bağın¹, Aybegüm Özşahin¹, Esat Kaba², Uğur Kostakoğlu¹, Ayşe Ertürk¹, İlknur Esen Yıldız¹

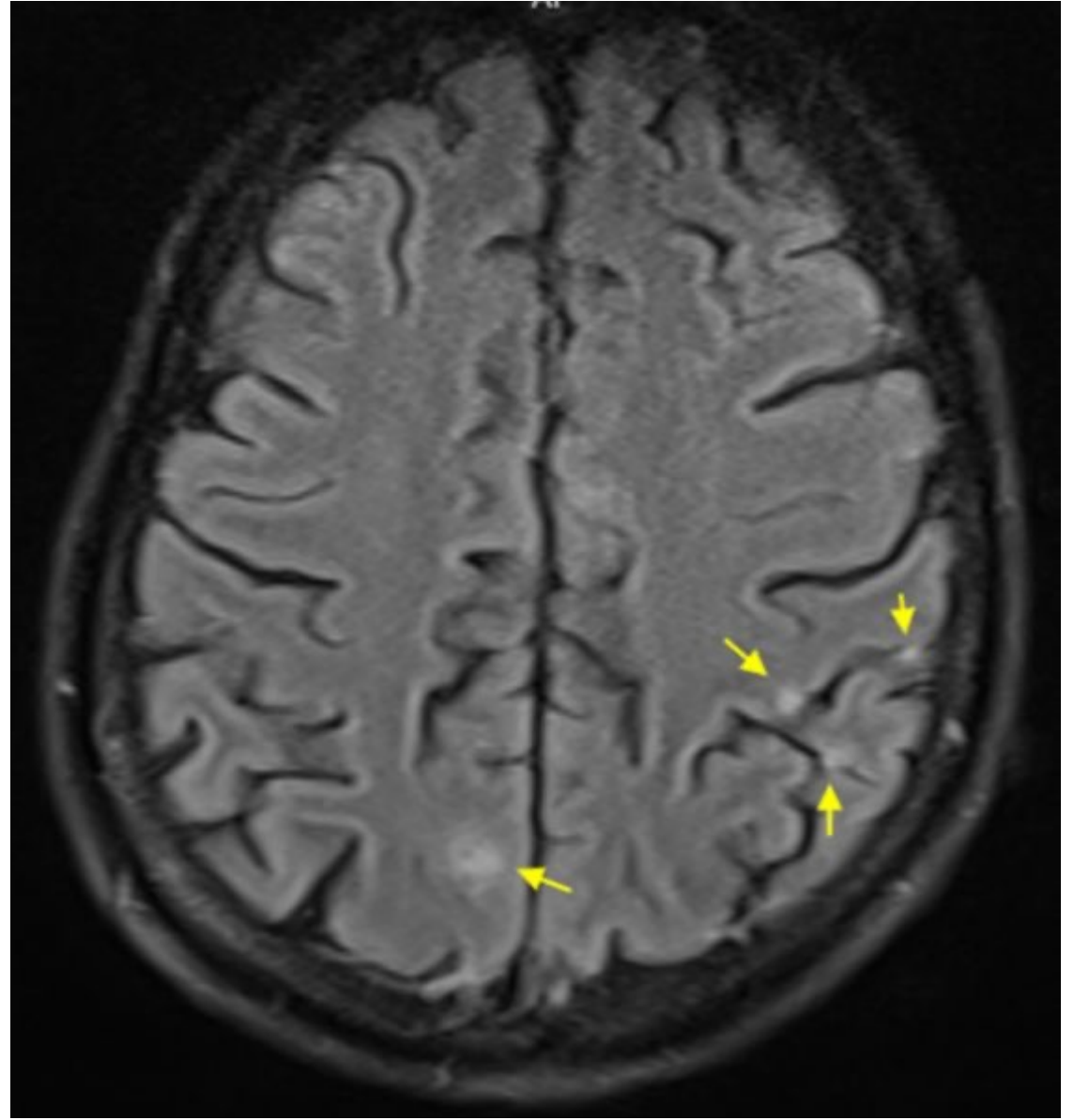
¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Rize

- 49 yaş, erkek
- **Jeneralize nöbet** ile acil servise başvuru
- 6 ay önce dış merkezde **pulmoner TB tanısı aldığı, anti-TB tedavisini son 2 aydır düzenli kullandığı** öğreniliyor
- Bilinç **konfüze, kaşektik**
- BOS----**lökosit: 0/mm³, protein: 138 mg/dL, glukoz: 70 mg/dl** (kan şekeri 100 mg/dl)
- Kontrastlı Beyin MR'da posterior **hipokampal bölgede tüberkülom, multipl parankimal nodüler** lezyonlar
- Anti-TB tedavisine 0,4 mg/kg/gün deksametazon ekleniyor
- **Anti-HIV testi (+), HIV RNA:2122478 IU/ml, CD4:39 hücre/mm³**



posterior hipokampal bölgede tüberküлом

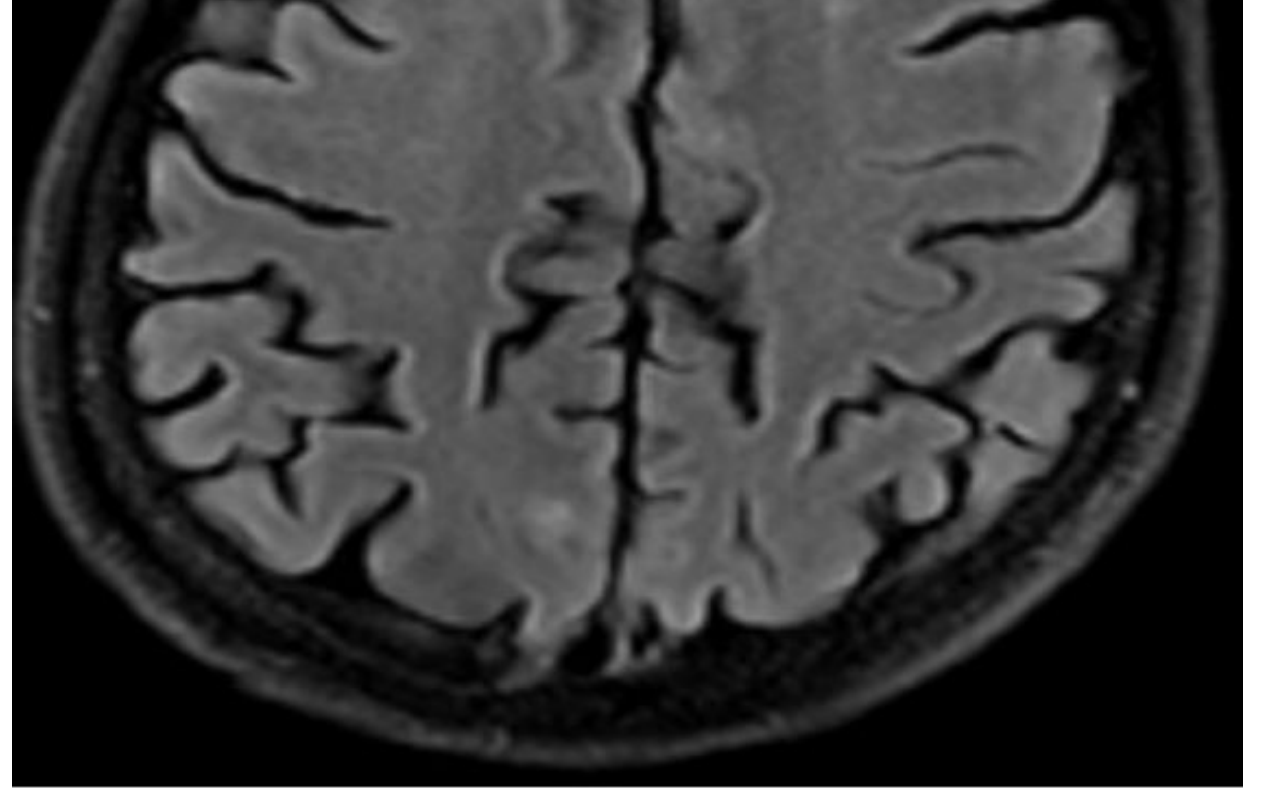


multipl parakimal nodüler lezyon

- Anti-TB tedavisinin 2. ayında ART başlanıyor
- ART'nin 8. günü nefes darlığı ve hipoksi saptanıyor
- Toraks BT'e bilateral yaygın infiltrasyon ----**PCP?İRİS?**
- TMP-SXT ve metilprednozolona geçiliyor



bilateral yaygın infiltrasyon



multipl parakimal nodüler lezyonların tedavi sonrası regrese görünümü

Pansitopeni Ayırıcı Tanısında Miliyer Tüberküloz Olgusu ve Tedavi Yönetimi

Özlem Akdoğan¹, Tayyip Biçici¹, Derya Yapar¹, Nihal Aydemir², Sengül Üçer¹, Nurcan Baykam¹

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Çorum

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji, Çorum

- 80 yaş, kadın
- **Halsizlik, eklem ağrısı, poliüri**
- **Böbrek fonksiyon bozukluğu, hiperkalsemi, pansitopeni**----Multiple miyelom ön tanısı ile kemik iliği biyopsisi
- **Kemik iliği biyopsisinde ARB (+), TB PZR (+)**
- Lökosit: 2229/mm³, Hb:7,1 g/dL, PLT:102.000 mm³, kreatinin 1,6 mg/dl
- Toraks BT'de miliyer tutulum yok
- **10. günde ilaçlara bağlı hepatotoksisite (8-10 kat)** geliyor, ilaçlar yeniden başlandığında tekrardan hepatotoksite gelişince ilaçlar tek tek başlanıyor.
- Tedavinin 1. ayında pansitopeni düzeliyor

başvurabileceği akılda bulundurulmalıdır. Tüberküloz tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri iyi bilinmeli ve olgular yakından takip edilmelidir. Hasta uyumu ile birlikte hasta yakınlarının da ilaç yan etkileri ve ilaç kullanımı konusunda eğitimi önemlidir. İlaç direnci açısından da kesilen ilaçların yeniden başlanması aşamasında tüberküloz rehberlerinin önerilerine dikkatle uyulmalıdır.

Transvers Miyelitin Eşlik Ettiği Tüberküloz Menenjit Olgu Sunumu

Ülkiye Yetim, Elif Zelal Çiftçi, Recep Tekin
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

- 40 yaş, kadın
- **Baş ağrısı, ateş, bilinç durumunda değişiklik**
- **Ense sertliği (+), bilateral alt ekstremitelerde kas gücü 3/5, solda düşük ayak**
- BOS---- açılış basıncı 180 mmH₂O, lökosit: 250/mm³ (>%80 lenfosit), protein:154 mg/dl, glukoz 36 mg/dl (kan glukozu 95 mg/dl)
- Lökosit: 21300/mm³, sedimentasyon: 36 mm/s
- **BOS'ta Rose-bengal (-), menenjit-ensefalit paneli (-), ARB (-) tüberküloz PZR (-), tüberküloz kültürü (-)**

antitüberküloz tedavisi tamamlanarak ikili antitüberküloz tedavisine geçildi. Metilprednizolon azaltılarak kesildi. Hidrosefali bulguları devam eden hasta EVD ile takip ediliyor.

Sonuç: Meningoensefalit ön tanısı ile takip edilen ve tedavi yanıtı alınamayan hastalarda ayırıcı tanıda TM düşünülmelidir. TM 'inde nadir de olsa transvers miyelitin eşlik edeceği akılda tutulmalıdır.

- **Kraniyal MR:**
 - pons ve mezensefalon seviyesinde **piamaterde hafif kontrastlanma**
 - supratentoryal ventriküler sistemde **hidrosefalik genişleme**
- Dörtlü anti-TB ve metilprednizolon altında **idrar ve gaita inkontinansı** gelişen ve spinal tutulum izlenen hastaya **transvers miyelit** ön tanısı ile 3 gün pulse steroid başlanıyor
- **Tedavi altında bilinç durumunda kötüleşme**----kontrastsız kraniyal BT'de hidrosefali bulgularında artış olması üzerine **ventriküler drenaj kateteri** takılıyor
- 2 aylık takiplerinde bilinci açılıyor, sfinkter fonksiyonları normale dönüyor



Malignite Tanısı ile Takip Edilen Genitoüriner Tüberküloz Olgusu

Elif Eşcan¹, Nevin İnce¹, Yasemin Çakır²

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

²Sağlık Bakanlığı Ağrı Doğubayazıt Dr. Yaşar Eryılmaz Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ağrı

- 33 yaş, kadın
- 15 gündür karın ağrısı, şişkinlik, kusma, kilo kaybı, ateş, gece terlemesi
- **Batın BT: pelviste 10 cm olan serbest mayi, büyük omentum düzeyinde; periton ve mezenterde milimetrik nodüller, kalınlaşmalar ve yoğunluk artışları izlenmektedir (peritonit? metastaz?)**
- **CA-125 >1000**
- Malignite ön tanısı ile opere edilip **TAH+BSO + total omentektomi +pelvik lenf diseksiyonu**
- **Patoloji: nekrotizan granülomatöz inflamasyon** öncelikle tüberküloz enfeksiyonu ile uyumlu.
Uterus serozal yüzeyi, her iki over yüzeyi, tuboovaryan bölge, periton örneklerinin tamamı ve omentumda yaygın olarak; lenf nodlarının bir kısmında nekroz ve langhans tipi dev hücreler içeren granülomlar
- **Abdomen USG:** Mesane sağ superolateral komşuluğunda 58x46 mm içerisinde ekojen septa bulunan kistik lezyon
- Tedavi ile lezyon geriliyor

Tüberküloz Servisit: Olgu Sunumu

Cihan Semet

Bursa İnegöl Devlet Hastanesi

Amaç:

Serviks tüberkülozu (TB) nadir görülmektedir. Erken teşhis, ürogenital sistem hasarını ve infertiliteyi önler. Genital TB genellikle

- 61 yaş, kadın
- 6 aydır **düzensiz vajinal kanama, akıntı ve vulvada şişlik**
- Servisksten polip eksizyonu
- **Servikal polip biyopsisi: granülom merkezlerinde yer yer fibrinoid/kazeifikasyon nekrozu ayırımı yapılamayan nekroz**
- **Eşi 35 yıl önce pulmoner TB nedeni ile tedavi görmüş, PPD:15 mm**
- **Smear testi malignite yönünden negatif**
- Rose bengal ve brusella aglutinasyonları ve RPR-VDRL, Tularemi MAT, Toksoplazma IgM ve IgG negatif
- 4'lü anti-TB tedavisi başlanıyor

mikobakteri izolasyonu olmasına rağmen, vakaların üçte biri kültür negatiftir, bu nedenle diğer granümatöz servisit nedenleri ekarte edilirse tipik granülomun varlığı tanı için yeterlidir. Olgumuzda kazeifiye granülamatöz nekrozun olması, PPD'nin 15 mm olması, TB temas öyküsü olması ve diğer granülamatöz hastalık yapan etkenlerin serolojik yöntemlerle ve smear testi ile de malignitenin ekarte edilmesi nedeniyle primer serviks TB tanısı konulmuştur.

Bartonellozis mi ? Tüberküloz mu ? Koenfeksiyon mu ?

Ahmet Alacüçük, Lütfiye Mülazımoğlu Durmuşoğlu
Marmara Üniversitesi - Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- 64 yaş, kadın, HT, KBY
- 5 ay önce gelişen **multipl servikal lenfadenopati**
- Bir kez **insizyon ile drene edildiği** ve **1 haftalık antibiyotik kullanımına rağmen geçmediği** öğreniliyor
- Haziran 2020'de **servikal lenf nodu eksizyonu**
- **Patoloji: süpüratif nekrotizan granülomatoz lenfadenit, kedi tırmalaması hastalığı ile uyumlu**
- Sorgulamada ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, ailede tüberküloz öyküsü yok
- **Bahçesinde çok sayıda kedisi var**
- Lenf nodu örneklemesinde tüberküloz çalışılmamış, hasta tekrar biyopsi istemiyor
- ***Bartonella henselae* IgG 1/64 titrede pozitif** olması ve biyopsi sonucunun bartonelloz ile uyumlu olması üzerine hastaya **azitromisin** başlanıyor
- **1 hafta sonra yakınmalarda azalma yok----lenf nodu biyopsisi**
- **Lenf nodu biyopsisinde ARB (-), Tüberküloz PZR (-)**
- **Mikobakteri kültüründe 21. günde *M. tuberculosis complex* üremesi (+)**
- Anti-TB tedavi ile yakınmalarda tamamen gerileme





Göz tutulumu ile başvuran bir nörosifiliz olgusu

Özlem Öztekin, Ayşe Büyükdemirci, Sami Kınıklı

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara

OLGU

Yirmi iki yaşında erkek hasta, 1 haftadır olan bilateral görme problemi ile Ulucanlar Göz Hastanesi'ne başvurdu. ~~Göz geçmişinde bilinen bir hastalığı yoktu. Burada yapılan tetkiklerinde sifiliz (Treponema pallidum ELISA~~

- 22 yaş, erkek
- 1 haftadır **bilateral görme problemi** ile Göz Hastanesi'ne başvuru
- Sifiliz ELISA IgM+IgG (+), TPHA testi 1/160 (+) olması üzerine hasta nörosifiliz ön tanısı ile Enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatış
- **Serum VDRL (-), sifiliz ELISA IgM+IgG (+), TPHA 1/160 (+), Anti-HIV (-)**
- BOS----**lökosit: 60/mm³**, yeni eritrosit 10/mm³, eski eritrosit yok
BOS glukoza 61 mg/dl, LDH 13 IU/L, **protein 286 mg/dl**, laktat 1,7 mg/dl
- **BOS VDRL (-)**
- BOS kültüründe üreme (-), BOS'da viral ve bakteriyel multipleks PZR (-)
- **Göz bölümü tarafından göz tutulumu nörosifilize bağlı göz tutulumu olarak değerlendiriliyor**
- **Kontrastlı kraniyal MR'da patolojik bulgu yok**
- Hastaya kristalize penisilin tedavisinin 7. gününde göz bölümü önerilerince prednol 48 mg tedavisi başlanıyor, kristalize penisilin tedavisi 14 günde tamamlanıyor

Her iki gözde görme kaybı ile başvuran sifiliz olgusu

Sevil Alkan, Anıl Akça, Taylan Önder, Safiye Bilge Güçlü Kayta, Servan Vurucu, Cihan Yüksel
Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç:

Sifiliz çok farklı klinik tutulumlara neden olabilmektedir. Göz tutulumu da bu tutulumlardan birisi olup, bulgu ve semptomlar çok değişken olabilir. Bilateral görme kaybı ile başvuran bu olguya eşlik eden sifiliz farklı klinik tutulumlara neden olan göz bulguları ile

- 54 yaş, kadın, RA
- Her iki gözde görme kaybı ile Göz Hastalıkları polikliniğine başvuru.
- **Bilateral uveit, fungal retinit** ön tanıları ile Göz Hastalıkları servisine yatış, intravitreal vorikonazol
- **Enfeksiyon konsültasyonu:** RA nedeniyle deksametazon, sertolizumab, öncesinde metilprednizolon ve metotreksat da kullandığı, ek olarak latent tüberküloz açısından dış merkezde izoniazid profilaksisi başlandığı öğreniliyor
- Bir buçuk aydır sağ gözde ve 4 gündür sol gözde görme kaybı

tutulumu varlığı ve eşlik eden HIV enfeksiyonu açısından da değerlendirme gerekmektedir.

- Yaklaşık **3 aydır palmo-plantar lezyonları ve cilt döküntüleri** olan hastanın dermatoloji başvurusunda biyopsi alındığı ve **fotokontakt dermatit** olarak yorumlandığı öğreniliyor
- **Saç dökülmesi, denge kaybı ve unutkanlık**
- Muayenede **alopesi ve el tırnaklarında şekil bozukluğu** mevcut
- WBC:17400/mm³, Nötrofil:16160/mm³, Anti HIV, CMV, Toksoplasma serolojileri negatif
- **Ön tanı:** sekonder sifiliz, nörosifiliz
- **VDRL(+), Kantitatif VDRL 1/160 (+), TPHA >1/1280 (+)**



Hastanın el-ayak tabanındaki döküntüleri ve alopesi universalis.

ACİL ENFEKSİYONLAR

➤ Endokardit

Akut bakteriyel menenjitile karışan bir infektif endokardit olgusu

Sena İstanbullu, Sami Kınıklı, Salih Cesur, Esra Kaya Kılıç, Ayşe Büyükdemirci, Gülşah Gelişigüzel
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- 56 yaş, kadın
- Genel durumda kötüleşme, **bilinçte bozulma, yakınlarını tanıyamama, bulantı ve kusma ile dış merkezden ensefalit** ön tanısı ile acil servise başvuru
- Fizik muayenede; ateşi 36,5°C, bilinç bulanıklığı ve oryantasyon bozukluğu mevcut
- **Lökosit:19.750 /mm³, CRP: 290 mg/L, Kre: 1,6 mg/dl, GFR: 36ml/dk**
- **BOS----**1280 lökosit/mm³, 16 eski eritrosit
- Seftriakson+ asiklovir +ampisilin
- **Kraniyal MR:** Her iki oksipital lobda kortikal ve subkortikal alanlarda **akut/subakut enfarkt**
- **EEG: ensefalitle uyumlu**
- BOS kültürü (-), BOS'da viral ve bakteriyel PZR (-).
- **Kan kültüründe MSSA üremesi**
- EKO 'da şüpheli vejetasyon ---**transözefagial EKO'sunda** mitral kapak anterior leaflette **1,2x0,6 cm** çapında vejetasyon
- Sefazolin ile 4 hafta sonrasında iyileşme

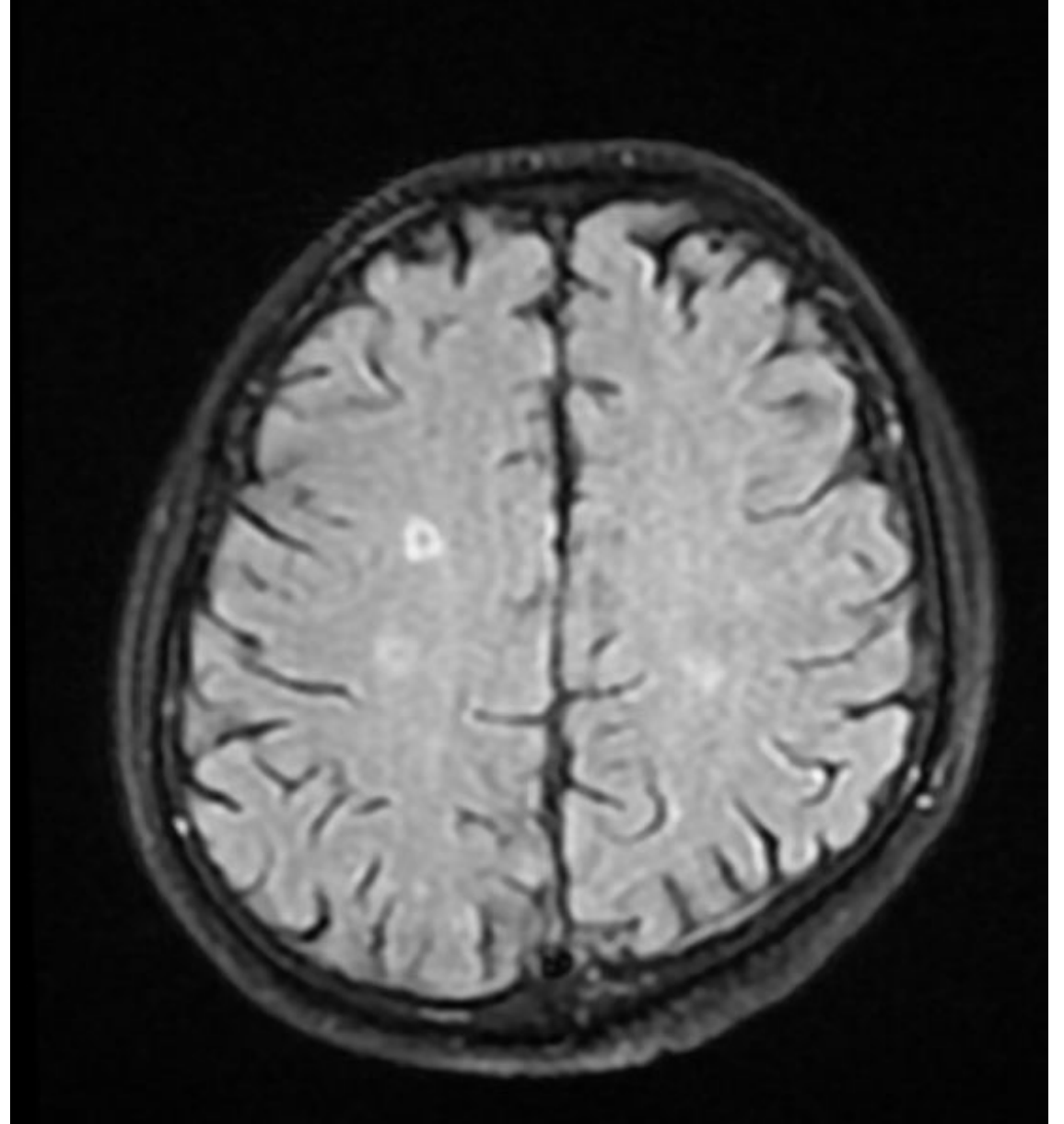
Çoklu Metastatik Enfeksiyon Odağı Olan Bir İnfektif Endokardit Olgusu

Gülsüm Uzuğ, Esra Nur Karadoğan, Lütfiye Nilsun Altunal, Ayşe Serra Özel
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

- 50 yaş, erkek
- **7-10 gün önce başlayan sol kalça ağrısı, genel durumu orta, bilinci uykuya meyilli, GKS:14, sklera ve cildi ikterik, akciğerlerde ral**
- WBC:23390/uL % 92 PMNL, CRP: 290 mg/L, PCT: 0,8 ng/m, ESR: 56 mm/s, ALT: 65, U/L, AST: 66 U/L, total bilirubin: 6,6 mg/dL, direkt bilirubin: 1,8 mg/dL TİT: 43 lökosit, nitrit (+)
- **Kraniyal BT: subaraknoid kanama**
- **Kontrastlı toraks ve batin BT: sağ akciğer apikalde 2 cm infiltratif alan, splenomegali**
- Ampirik meropenem
- **Takibinde 39 derece ateş ve nöbet geçiren hastada ve GKS 9'a geriliyor ve ekstremitelerin palmar yüzeyinde mor renkli ağrısız döküntüler**
- **Kraniyal MR: 4-5 adet kontrastlanan lezyon**

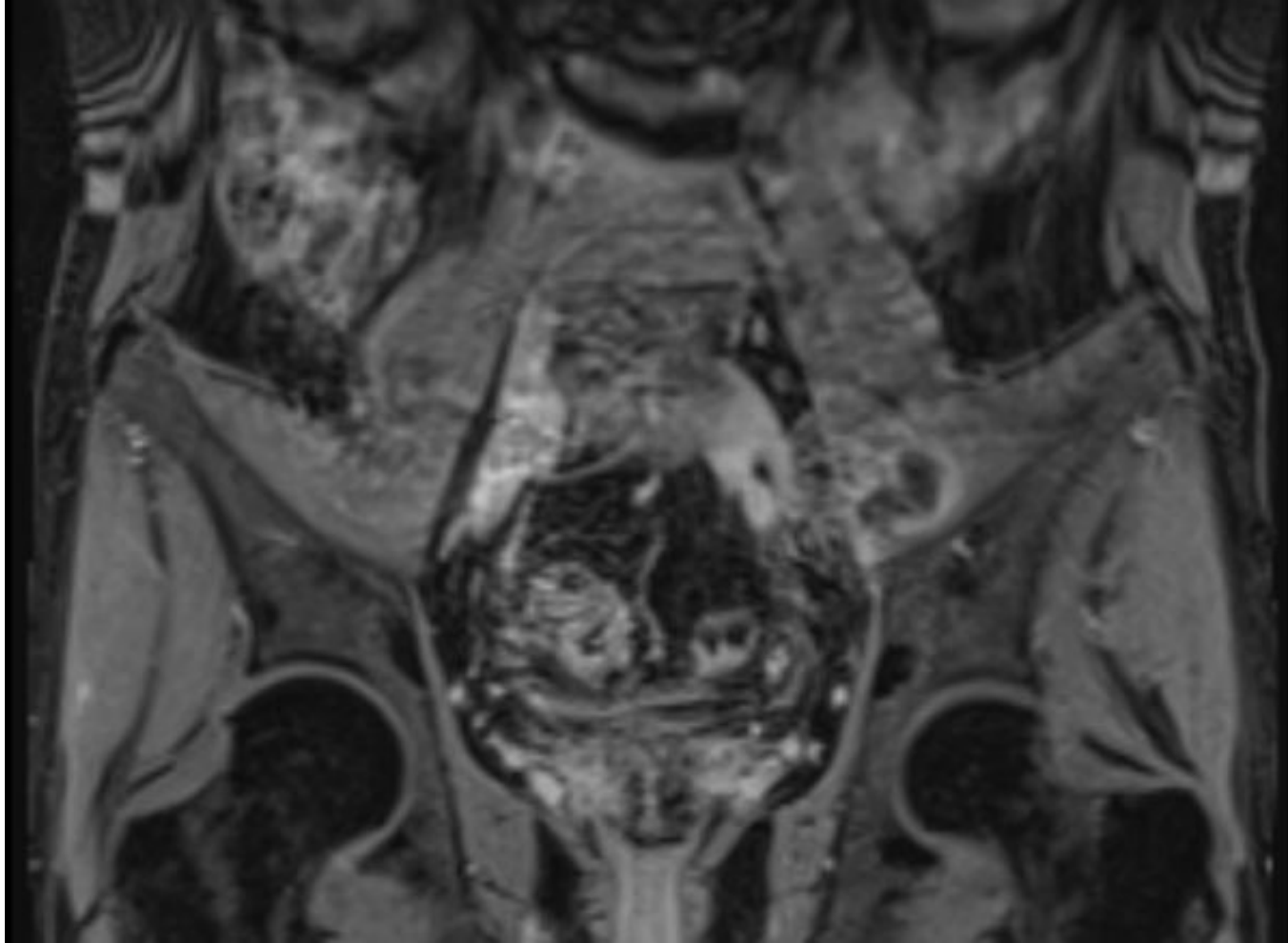


janeway



septik emboli

- **Kan ve idrar kültürlerinde MSSA üremesi (+)**
- **TÖE:** mitral yetmezlik ve mitral kapakta vejetasyon?
- Tedavinin 7. gününe kadar kan kültüründe üreme
- **Kontrastlı torakolomber ve batin MR:** Spinal MR'ında **spondilit ve sol sakroileit, sol psoas kası içinde çevresi kontrastlanan 4,5 cm hematom?**, sol femur başında ödem
- Hematom? ile uyumlu lezyonun anatomik lokalizasyon nedeniyle drenajı yapılamıyor
- **TÖE tekrarında vejetasyon yok, tedavinin 4. haftasında kraniyal MR tekrarında lezyonlar gerilemiş**
- Kan kültür negatifliğinden itibaren 6 hafta sefazolin ve vankomisin
- **Parenteral tedavi sonunda kontrol batin ve spinal MR'da psoas kasında hematom - apse bulgusu yok**
- Sefalekssin 2X1 gr olarak 6 hafta daha devam



psoas hematoma



spondylitis

Mortal Seyirli Toplumdan Edinilmiş MRSA Endokarditi Olgusu

Rüveyda Korkmazer¹, Nejla Yılmaz Göcen¹, Birsen Tunalı², Begüm Şahin¹, Pınar Gürkaynak¹

¹Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- 67 yaş, erkek, DM, HT
- **Ateş yüksekliği, oral alımda azalma**
- Hastanın gelişinde alınan iki set kan kültüründe **MRSA üremesi**---vankomisin
- **EKO: aort kapakta 1,2x0,8 cm vejetasyon**
- MRSA şusunun **vankomisin MİK düzeyi >2 µg/ml** -----5.gününde **daptomisin +sefazolin**
- Takiplerde ateş yanıtı var, tedavinin 8.gününden itibaren mikrobiyolojik eradikasyon sağlanıyor
- **Böbrek yetmezliği, bilincinde bozulma geliyor**
- **Difüzyon kraniyal MR: emboli**
- **Kontrol EKO: vejetasyon boyutunun 0,6x0,6 cm**
- Takiplerde nozokomiyal enfeksiyonlar
- **Tedavi süresi 8 haftaya tamamlandıktan sonra hastanın klinik durumunda bozulma, hipotansiyon ve solunum sıkıntısı geliyor**
- **Kontrol EKO: aort kapaktaki vejetasyon boyutu 1,3x0,7 cm**
- **Kapak cerrahisi**
- **İntraoperatif gönderilen kapak kültüründe üreme yok**
- Postoperatif takipleri sırasında dekompanseasyon ve solunum sıkıntısı---exitus

Komplikasyondan tanıya infektif endokardit olgu sunumu

Melike Nur Kültür, İnci Yılmaz Nakir, Filiz Pehlivanoglu, Gönül Şengöz

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

- 62 yaş erkek, DM, **4 yıldır sık İYE**
- 1 haftadır **idrar yaparken yanma, ateş**
- Kan ve idrar kültürleri alındıktan sonra **ampirik ertapenem** tedavisi
- Yatışının ertesi günü hastanın **ajitasyonu ve bilinç bulanıklığı**----ampirik menenjit tedavisi
- **BOS:** protein yüksekliği dışında bir bulgu yok
- **GKS'de ani düşme nedeniyle YBÜ'de takip**
- **Kan kültürlerinde MRSA remesi**
- **Acil TTE:** kitle ve **vejetasyon** yok
- Kardiyak muayenesinde **frm** yok
- Vankomisin MIC $\leq 1 \mu\text{g/ml}$ ---vankomisin
- **Sol st ekstremitedeki kas gücü 1/5, sol alt ekstremitte kas gücü 3-4/5**
- **Difüzyon MR:** Sağda kortikal, sol hemisferde multipl **difüzyon kısıtlılığı alanları**
- BT'de MR'daki lezyonla uyumlu **hipodens alan**
- **TE:** aort kapakta **1*2 cm boyutunda labil kitle ve aort yetmezliği**
- **Acil aort kapak replasmanı** ----operasyon sonrası vankomisin tedavisi 6 haftaya tamamlanıyor

➤ Nekrotizan Fasiit

İmmünsüpresif Zemini Olmayan Hastada Nekrotizan Fasiit olgusu

Merve Çağlar Özer, Gülsüm Uzuğ, İklima Özdoğan, Lütfiye Nilsun Altunal, Mehtap Aydın
SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- 66 yaş, erkek, kalp yetmezliği, 3 yıl önce koroner by-pass nedeniyle sağ bacadan greft operasyonu
- 2 gündür artan sağ bacakta **hiperemi, ödem, ısı artışı, bulantı, kusma, ateş**
- Travma öyküsü yok, tinea pedisi mevcut
- **Daptomisin başlanıyor**
- Ertesi gün kontrol tetkiklerinde **kreatinin 2,44 mg/dL'ye CRP 338 mg/L+ trombopeni**
- Bacakta klinik olarak **progresyon** olması üzerine---daptomisin ve ertapenem

gelişmiştir. Nadir görülen bu enfeksiyon hızlı ilerlemektedir ve geç tanıda mortalite oranları yüksektir. Klinik olarak, şiddetli ağrı ve sistemik toksisite varlığında NF düşünülmelidir.

- Takiplerinde genel durumu kötüleşiyor, bilinci letarjik, **sağ bacakta hiperemi inguinale uzanıyor ve büllöz alanlar** gelişiyor
- Ayak ve bilek çevresinde yer yer **nekroz alanları** oluşuyor
- CK 5922 U/L, HBA1C %5,8
- Direkt grafisinde gaz gölgesi yok, **kruriste şiddetli orantısız ağrı** mevcut
- Meropenem+ klindamisin +teikoplanin
- **MR'da** pretibial koleksiyon, sağ soleus kasında ve gastroknemius kas komşuluğunda ödematöz değişiklikler: **Nekrotizan fasiit**
- **Diz üstü seviyeden amputasyon**
- Klinik ve laboratuvar olarak stabil olması üzerine post-op 7. gününde taburcu



1. Gün



2. Gün



3. Gün

Travmaya sekonder gelişen ve eritema multiforme ile seyreden bir streptokokal fasiit olgusu

Derya Korkmaz, Barış Manavlı, Neşe Demirtürk

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Afyonkarahisar

- 31 yaş, erkek,
- 3 gün önce sol ayak bileğini burkulma öyküsü
- **39°C ateş, sol ayak bileğinden ayak dorsumuna kadar olan bölgede ödem, ısı artışı, kızarıklık, ekimotik alanlar ve eritemli zeminde büllöz lezyonlar**
- WBC:15860/mm³, PLT:165000/mm³, kreatinin:2,55mg/dl, CRP:39,1
- Yüzeyel ultrasonografide sol bacak distalinde ve ayak dorsumunda cilt, cilt altı yağlı dokuda belirgin ekojenite artışı ve ödematöz sıvı
- Yumuşak doku enfeksiyonu tanısıyla **seftriakson** tedavisi
- Yatışının **ilerleyen saatlerinde; diz bölgesine kadar hızla ilerleyen eritem ve yeni büllöz lezyonlar** oluşuyor---- seftriakson+ daptomisin +metronidazol

debridmanın biran önce uygulanması son derece önemlidir.



- Plastik cerrahi, ortopedi, kalp damar cerrahisi konsültasyonları
- **Ayak dorsoline fasyotomi+debridman**
- Yara yerinden alınan kültürde **A grubu beta-hemolitik streptokok üremesi** ---kristalize penisilin +gentamisin +metronidazol
- **4.günde hastanın ellerinde ve oral mukozada döküntülü lezyonlar** ---dermatoloji konsültasyonu
- **Eritema multiforme** ön tanısı ile topikal steroid ve antihistaminik tedavi
- Aynı gün içerisinde oral bölge ve ellerindeki lezyonlarda gerileme
- Antibiyotik değişikliğinin 48 saat sonrasında ateşte ve bulgularda gerileme



A, B, C sırasıyla 1,3. gündeki ayaktaki nekrotizan fasiit ve 4. günde debridman sonrası görüntüsü, D,E: Oral mukoza ve avuç içinde izlenen eritema mutiformeye bağlı döküntüler.

YENİDEN...

Genişletilmiş Spektrumlu Beta-Laktamaz (GSBL) Pozitif Salmonelloz Olgusu

Hakan Güzem, Nur Bahar Oğuz, Murat Unal, Hüsameddin Atay, Gökhan Yüksek
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabasi Tip Merkezi, Van

- 22 yaş, **Pakistan** uyruklu hasta
- **Genel durum bozukluğu, diş eti kanaması ve halsizlik**
- El ve ayak üzerinde **ekimozlar** ve inguinal bölgede 2x3 cm ekimoz
- **Pansitopeni, ALT , AST ve CPK** yüksekliği ile **Hematoloji Servisine** yatış
- Ateş yüksekliği olması üzerine alınan **kan kültürlerinde *Salmonella typhi*** üremesi ----Enfeksiyon Hastalıklarına devir
- **Lökosit:2200 /mm³** (%78,1 nötrofil,%17,3 lenfosit), Hgb:12,5 g/dL, **PLT :29.000 U/L, CRP:196 mg/L, ALT:327 U/L, AST:67 U/L, LDH:1585 U/L, CPK:3337 U/L, D-Dimer:30 ug/ml**
- **Batın USG: Hepatosplenomegali**, batın alt kadrantlarda en derin yerinde 5 cm **serbest sıvı ve batında paraaortik alan ve alt kadranda büyüğü 2 cm** çok sayıda lenf nodu
- Seftriaksona yanıt yok
- **GSBL pozitif *Salmonella typhi*** ---- imipeneme yanıt

Genç ve risk faktörü olmayan kişide *Nontifoidal Salmonella* bakteriyemisi

SümeYra Nur Erbaş, Zeynep Cemile Ankaralı, Esra Tanyel

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi-Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilimdalı-Samsun

Amaç: *Nontifoidal Salmonella* (NTS), akut gastroenteritin önemli bakteriyel etkenidir. İleri yaş ve immünsupresyon durumlarında invaziv hastalık gelişebilir.

NTS bakteriyemisi hastaneye yatışa, yüksek morbidite ve mortaliteye neden olur.

Bununla birlikte genç ve komorbiditesi olmayan kişilerde de hastalık gelişebileceği bildirilmiştir.

- 24 yaş, kadın hasta, bulantı, kusma, ateş ve baş ağrısı acil servisine başvuru
- İki gündür günde beş kez sulu, kansız, mukuslu dışkılama, karın ağrısı ve baş ağrısı
- Hasta düşkün ve **obez**, Ateş: 38°C, TA:90/60 mmHg, Nbz:130/dakika DSS: 26
- **Lökosit:32 bin/uL (nötrofil hakimiyeti), Hgb: 8.3 g/L, PLT: 96 bin/L, AST:89 U/L, ALT:23 U/L, CRP 247 mg/L , PCT: 7.18 ng/mL, ESR: 55 mm/saat**
- **Gaita mikroskopisi: bol eritrosit ve lökosit**
- Adenovirüs, Rotavirüs, Giardia ve *Entamoeba Histolytica* Adeshin antijen testleri(-)
- Akut gastroenterit tanısıyla 2x400 mg siprofloksasin IV
- Kan ve gaita kültüründe ***Salmonella enterica spp enterica*** üremesi

Protez Enfeksiyonu ve Guillain Barre Sendromu ile Komplike Olan Bir *C.jejuni* Vakası

Ömer Aydos¹, Ayşe Kaya Kalem², Gülen Dönertaş², Rahmet Güner²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

- 70 yaş, kadın hasta, **RA, bilateral kalça ve diz protezi, metilprednizolon** kullanımı
- 10 gündür olan **karın ağrısı, sağ alt kadranda şişlik** şikayetleri ile acile başvuru
- Genel durumu orta, uykuya meyilli, TA: 120/70 mmHg, Nbz: 108/dk, Ateş:36,4 °C
- **Batın sağ alt kadranda ele gelen şişlik ve hassasiyet**
- **Karın BT: femoral protezin lateralinde** cilt altı yağ doku içerisinde **9 cm çapında koleksiyon**
- Ampirik piperasilin-tazobaktam ve teikoplanin
- Girişimsel radyoloji tarafından **apse drenajı**
- **İzlemin 6.gününde bilateral üst ekstremitelerde başlayan ardından hızlı bir şekilde alt ekstremitelere yayılan kuvvet kaybı**
- **Kraniyal ve boyun BT: Normal**
- Oksijen ihtiyacı ve kas güçsüzlüğünde artış--- YBÜ, entübasyon
- **BOS: albuminositolojik dissosiasyon ile uyumlu----- Guillain-Barré-sendromu**
- Plazmaferez
- Takibinin 7.gününde, kan kültür şişesine ekilen **apse örneğinde *C.jejuni* üremesi**
- İzleminin 40. gününde exitus

Tablo 1. Başvuru Anındaki Laboratuvar Değerleri

	WBC (x10 ⁹ /L)	NEU (%)	CRP(g/L)	PROKALSİTONİN (μg/L)	D-DİMER (mg/L)
Hastaya Ait Değerler	22,70	88	0,211	1.79	2.7
Referans Değerler	3,9-10,2	42-77	0-0,005	<0,16	<0,55

Standart Tedavilere Yanıt Vermeyen Üretrit Olgusu: *Mycoplasma genitalium*

Elif Eşcan¹, Dilek Yekenkurul¹, Yasemin Çakır²

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

²Sağlık Bakanlığı Ağız, Diş ve Burun Hastalıkları, Dr. Yener Erulmez Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ağrı

- 23 yaş, erkek hasta
- **3 aydır devam eden üretral akıntı ve dizüri**
- Dış merkezde İYE ön tanısı ile ampirik olarak sefiksime
- Tedavi sonrası şikayetleri geçmiyor ve şüpheli cinsel temas öyküsü var
- **Seftriakson 500 mg İM ve azitromisin 1 gr (tek doz)**
- Şikayetlerinin devam etmesi üzerine tekrar hastaneye başvuru---doksisiklin 2x100 mg
- **Doksisiklin tedavisinin 4.gününde genital akıntısı devam ediyor**
- Anti-HIV, VDRL, TPHA, gonokok kültürü, multipleks PZR (*M. genitalum*, *U. urealyticum*, *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. hominis*) tetkikleri isteniyor
- ***M.genitalium* PZR (+)---- moksifloksasin 1x400 mg**
- Yedi günlük tedavi sonrası şifa

po / 7 gün ve ardından moksifloksasin 2x100 mg po / 7 gün önerilmektedir. Organizm, standart üretrit tedavilerine yanıt vermemesi durumunda *M. genitaliumun* etken olabileceğinin ve yaygınlaşan direnç profili nedeniyle tedavide moksifloksasinin akılda bulundurulması gerektiğine dikkat çekmesi açısından önemlidir.

Sepsis kliniği ile başvuran bir meningokoksemik menenjit olgusu

İpek Kuzucuoğlu, Serpil Erol, Asuman İnan, Abdulkadir Sonkaya

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

- 20 yaş, erkek hasta, **seronegatif ankilozan spondilit**, FMF, sülfasalazin ve kolşisin
- **Ateş, üşüme, titreme, boğaz ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvuru**
- Ateş:36.5°C TA:110/70mmHg, Nbz:115/dk, bilinç açık, koopere, oryante
- **Tonsilleri hiperemik**, bilateral alt ekstremitelerde daha yaygın olmak üzere, **ekstremitelerde ve gövdede peteşiyel döküntüler**
- **Meninks irritasyon bulguları yok**
- Lökosit 13850/mm³, PNL %93, PLT:164000/mm³, CRP:11 mg/L(0-5mg/L), INR:1,1
- **Saatler içinde klinik durumda belirgin bozulma**, döküntülerde artış , baş ağrısı, ateş yüksekliği ve hipotansiyon gelişiyor
- Ateş:38.7°C, Nbz:122/dk, TA:80/60mmHg
- Lökosit 17700/mm³, (PNL %94), PLT:117000/mm³, CRP:133mg/L, INR:1,4.
- **BOS**----lökosit:2044 /mm³(nötrofil:%99), protein:1070mg/L (NÜS:450mg/L), glukoz:46mg/dL (kan şekeri:120mg/dL)



- **BOS kültüründe üreme (-)**
- Vankomisin 2X1g+seftriakson 2X2g +deksametazon 4*0,15mg/kg
- **Tedavinin ilk 24 saatinde hastanın kliniğinde hızla iyileşme**
- Kan kültüründe *Neisseria meningitidis* üremesi ve BOS'ta **meningokok PZR(+)**
- Hastada bakılan C3-4 kompleman düzeyleri normal sınırlarda
- Seftriakson tedavisi ile şifa

meningokoksemiye bağlı gelişen döküntü

Sepsis ve Dissemine İnvavasküler Koagulasyon ile Seyreden Meningokoksik Menenjit Olgusu

Esra Yüksekaya¹, Fatma Hakim², Mehmet Cihan Ekmen²

¹Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji

- 21 yaş, erkek hasta
- **Askerlik görevinden döndüğü gün şiddetli baş ağrısı, bilinç değişikliği ve vücutta döküntü ile acile başvuru**
- **Ense sertliği (+), tüm vücutta yaygın peteşik ve purpurik döküntüler**
- Ateş: 36,5 °C, TA: 110/70 mmHg, Nbz: 110/dk
- **WBC:15.300 /uL, Hgb:14,8 g/dL, PLT: 72.000 /uL, CRP: 133 mg/dL, PCT: 69 ng/L** PT: 23 sn, APTT: 44 sn, INR: 1,94, Kre: 2,06 mg/dL, ALT/AST: 37/50, D-dimer:>10 mg /L (0-0,5), Fibrinojen:1,59 (1,8-3,5), venöz kan gazında laktat: 9
- Meningokoksik menenjit ön tanısıyla 2 gram intravenöz (IV) seftriakson
- **BOS---**Lökosit: 3200/mm³ (%90 PMNL), biyokimya için örnek yetersiz
- **DİK ve sepsis kliniğinde -----YBÜ----Meropenem 3x2 g ve vankomisin 2x1+ trombosit ve taze donmuş plazma replasmanı**
- Kan ve BOS kültüründe üreme (-)
- **Kan sepsis paneli ve BOS panelinde *Neisseria meningitidis* multipleks PZR (+)**
- Askerlik sırasında polisakkarit ACYW-135 aşısı ile bir doz aşılandığı öğreniliyor
- Seftriaksona de-eskalasyon



Döküntüler birleşip nekroze derin yaralara dönüşüm
Ekstremitelerindeki lezyonlara debridman ve greft cerrahisi planlanması



Tanısı Güç Bir Pnömonokok Menenjit Olgusu

Nazlıdeniz Doğan, Akın Ögünç İnan, Şerife Barçın Öztürk

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Aydın

- 49 yaş, erkek hasta, **İTP, SLE, KBY, HT,DM**
- Şiddetli baş ağrısı, bilinç bulanıklığı şikayetleri ile acil servise başvuru
- TA:230/130 mmHg olması üzerine öncelikle SAK dışlanıyor
- Bilinç uykuya meyilli, sözel uyarana yanıt yok, ense sertliği pozitif
- **BOS---lökosit: 20/mm³**,400 eritrosit, protein: 1735 mg/dl
glukoz: 53 mg/dl (kan glukozu 230 mg/dl)
- **Gram boyamada gram pozitif zincir kok---Enfeksiyon konsültasyonu**
- 2x2 gram İV seftriakson önerildi.
- BOS kültüründe 1. günde üreme -----ampirik İV vankomisin
- **Tedavisinin 2.gününde kontrol LP -----BOS'ta 4000 lökosit/mm³ (%90 PMNL)**
- **Etken: *Streptococcus pneumoniae***, seftriaksona duyarlı
- **Tedavinin 13. gününde 1 kez ateş-----kontrol kraniyal görüntüleme**
- **Bilateral mastoidit**
- Tedavi süresi: 26 gün

Kortikosteroid Kullanımı Sonrası Listeria Monocytogenese Bağlı Meningoensefalit Gelişen Olgu

Yusuf Oluç, Uluhan Sili, Volkan Korten

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

- 60 yaş, erkek hasta, DM, **retroperitoneal fibrozis---64 mg prednizolon**
- **Prednizolon tedavisinin yaklaşık 2. haftasında ateş, şuur bulanıklığı, garip davranışlar** gözlenmesi nedeniyle tedavisi kesiliyor, Acil'e başvuruyor
- Ateş:38°C, Nbz:102/dk, TA: 145/65 mmHg, **Ense sertliği (-), nonkoopere, nonoryante**
- WBC:9700/μL, NEU:7600/μL, CRP 111 mg/L, prokalsitonin 0,14 μg/L
- **BOS: basıncı artmış, lökosit 290/mm³, protein 73 mg/dL, glukoz 95 mg/dL (kan şekeri 228 mg/dL)**
- **BOS Menenjit/ensefalit panelinde *Listeria monocytogenes* PZR pozitif**
- **BOS kültürü: *L. monocytogenes*, kan kültüründe üreme (-)**
- **Kraniyal MR: sol frontal ve parietal lobda heterojen **kontrast tutan hiperintens lezyonlar****
- 3 hafta İV antibiyoterapi sonrasında oral kotrimoksazol 2x1 tablet, amoksisilin 3x1 gr tablet ile taburculuk
- Taburculuktan **bir ay sonra nöbet geçirme şikayetiyle** acile getirilen hastanın çekilen görüntülemelerinde **sol frontal ve parietal loblarda hiperintens, ödem etkisi olan lezyonlar, shift**
- Dekametazon ve nöbet nedeniyle levetirasetam ,10 gün ampisilin 4*3 gr, kotrimoksazol 20 mg/kg/gün ve linezolid 2x600 mg İV
- Antibiyoterapisi oral olarak 8 haftaya tamam

Ampisiline Dirençli bir Listeria Meningoensefaliti

Betül Nur Bacanak¹, Gül Ruhsar Yılmaz¹, Onur Kaya¹, Esra Nurlu Temel¹, Onur Ünal¹, Emel Sesli Çetin², Füsün Zeynep Akçam¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Isparta

- 23 yaş, erkek, Crohn (**prednizolon ve azatioprin**)
- 3 gündür **ateş, baş ağrısı, kusma şikayeti** ile acil servise başvuru
- **Batın BT:** Terminal ileum komşuluğunda yaklaşık **32X25 mm multilobüle koleksiyon**
- **Batında apse**---seftriakson 2x1 gram IV + metronidazol 4x500 mg IV
- Crohn aktivasyonu ön tanısı ile gastroenteroloji servisine yatış
- Klinik bulgular gerilemeyince Enfeksiyon konsültasyonu
- **Ense sertliği şüpheli**
- BOS---lökosit:700 (%68 parçalı) protein: 156 mg/L, glukoz: 45 mg/L (kan glukozu 145 mg/L).
- Seftriakson dozu---2x2 grama yükseltiliyor+ampirik olarak ampisilin 6 x 2 gram IV
- BOS kültüründe:
 penisilin ve meropeneme duyarlı, TMP-SMX ve ampisiline dirençli *Listeria monocytogenes*
 seftriakson tedavisi kesilerek ampisilin tedavisine meropenem 3 x 2 gram
- **Ampisilin tedavisinin 7. meropenem tedavisinin 5. gününde ateşi devam eden hastanın kontrol**
 LP'sinde 100 lökosit, BOS proteini 181 mg/L, **BOS glukozu 19 mg/L**
- **Ampisilin kesilerek meropenem tedavisine linezolid 2 x 600 mg IV ekleniyor**
- Linezolid tedavisinin 72. saatinden itibaren ateş yanıtı+ 21 gün sonunda şifa

Gebede kolon perforasyonu ile sonuçlanan komplike bir *Clostridioides difficile* infeksiyonu olgusu

Süda Tekin¹, Pelin İrkören¹, Kinyas Kartal², Serkan Sucu², Aykut Özlek³

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

- 40 yaş, kadın, 25. haftalık gebe
- **3 haftadır süren karın ağrısı ve ishal** şikayetleri ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
- Ameboik hastalık tanısı ile başka bir merkezde 10 gün ornidazol tedavisi öyküsü
- **İYE ön tanısı ile nitrofurantoin kullanımı** dışında 6 ay içinde antibiyotik kullanımı yok
- **Ateş:38°C**
- Lökosit: 12900 /mm³, CRP: 70(N:0-5) mg/L , PCT: 0,58 (N:<0,5)ng/mL
- Dışkı kültüründe enterik patojen üremesi (-), Giardia lamblia antijeni pozitif
- Hem ELFA hem de PZR testleri ile dışkıda ***C.difficile* toksin A** pozitif tespit edildi.
- Hastanın ayaktan izlem talebi olması sebebi ile **oral fidaksomisin 2x200 mg ile takip**
- **Şikayetlerinde azalma olmayan hasta, tedavinin 4. gününde yeniden değerlendiriliyor**
- ***C.difficile* toksin A testi tekrar pozitif**
- **Ağır derecede dehidratasyon**

Fidaksomisin kesilerek oral vankomisin 4x125 mg ve intravenöz metronidazol 4x500 mg

- Membran rüptürü ve servikal dilatasyon----28. haftada prematüre doğum
- **Kolonoskopi:**
Tüm kolon segmentlerinde **yaygın ülserasyonlar ve PMC ile uyumlu mukozal kayıplar**
- Doğumdan 6 gün sonra hastada şiddetli karın ağrısı
- **Abdominal BT: Pankolit ve organ perforasyonu** ile uyumlu serbest sıvı ve hava
- Acil operasyon-----eksploratif laparotomide kolonda **5 perfore segment**
- Terminal ileostomi ile subtotal kolektomi--- taburculuk



Clostridium difficile'ye bağlı komplike psödomembranöz kolit olgusu

Marisa Marku, Elif Tükenmez Tigen

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

- 77 yaş, erkek, Alzheimer, DM, HT, KBY, AF
- Genel durumunda bozulma, **1 aydır geçmeyen 10 kez/gün kanlı mukuslu ishal**
- **2 ay önce KBY zemininde akut böbrek hasarı nedeniyle hastanede yatarken antibiyoterapi sonrası ishal olup GDH (+) saptanan hastaya 6 gün oral VAN 4x125 mg verilmiş ve ishal gerileyince oral MTZ ile taburcu olmuş.**
- **Taburculuk sonrası 10 kez/gün ishal gelişmiş.**
- **Ateş: 38,1°C, WBC:3900/μL, NEU:3200/μL, HGB:13, PLT:227.000μL, CRP:50mg/L, PCT:0,8μg/L**

yanıt verse de bazı durumlarda komplikasyonlar olabilir. Bu nedenle tedavide uygun ajanı seçmek, yeterli sürede vermek önemlidir. Ama asıl önemli olan gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınıp, hijyen kurallarına dikkat ederek enfeksiyonu önlemektir.



Resim1:Kolonik ansların diffüz duvar

- **Batın BT:** Kolonik ansların tamamında **rektosigmoid düzeyde daha belirgin diffüz duvar kalınlaşmaları**
- Yatışında **hematokezya** olması ve hemoglobin düşmesi nedeniyle kolonoksopi yapılıyor
- **Kolonoskopi:** Distalde daha şiddetli, **tüm kolon segmentlerinde, kirli sarı renkte eksudayla kaplı büyüğü 5-6 mm'lik psödomembranöz kolitle uyumlu ülserler**
- Dışkıda GDH ve *C. difficile* toksini pozitif
- Oral VAN 4x125 mg
- **4.gününde ishal sıklığı aynı ve Zar skoru 4 olması üzerine VAN 4x500 mg po ve MTZ 3x500 mg**
- 2 haftalık tedavi sonrası ishal sayısı günde 2'ye geriliyor
Yutma refleksi olmayan hastaya perkütan endoksopi gastrostomi açılıyor
Takibinde üst GİS kanama, hemorajik şok---YBÜ
Candida özofajiti, prepilorik antrumda ve bulbusta ülserler-flukonazol
Akut batın ---primer gastrojejunal onarım ----jejunostomi
- **Psödomembranöz kolit kliniği toparlamasına rağmen batın komplikasyonları nedeniyle genel durumu bozulan hasta 3 gün sonra kardiyak arrest sonucu exitus**

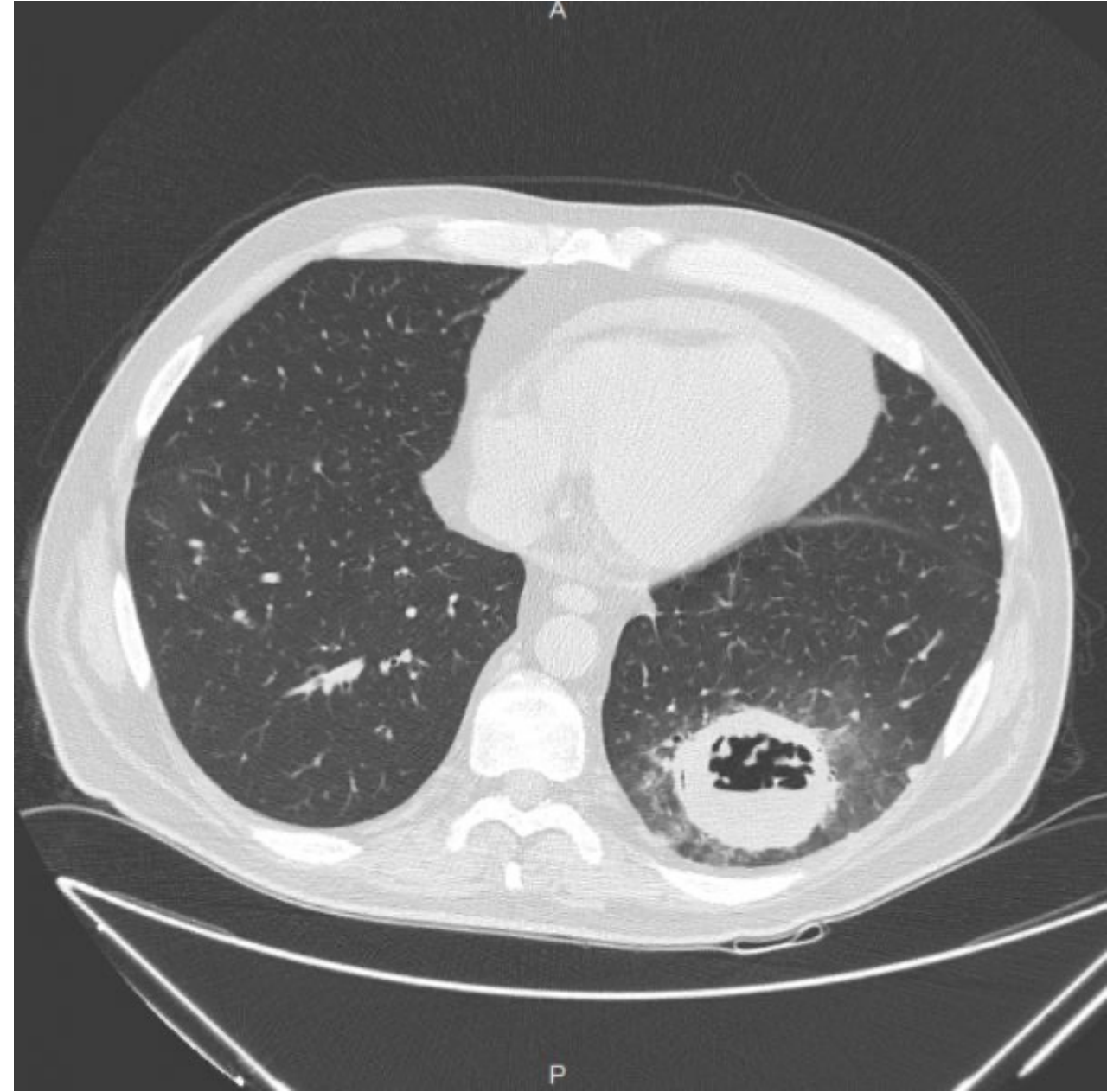
Pulmoner Nokardiyoz olgusu

Berk Madendere¹, Zeynep Bahadır¹, Selda Aydın²

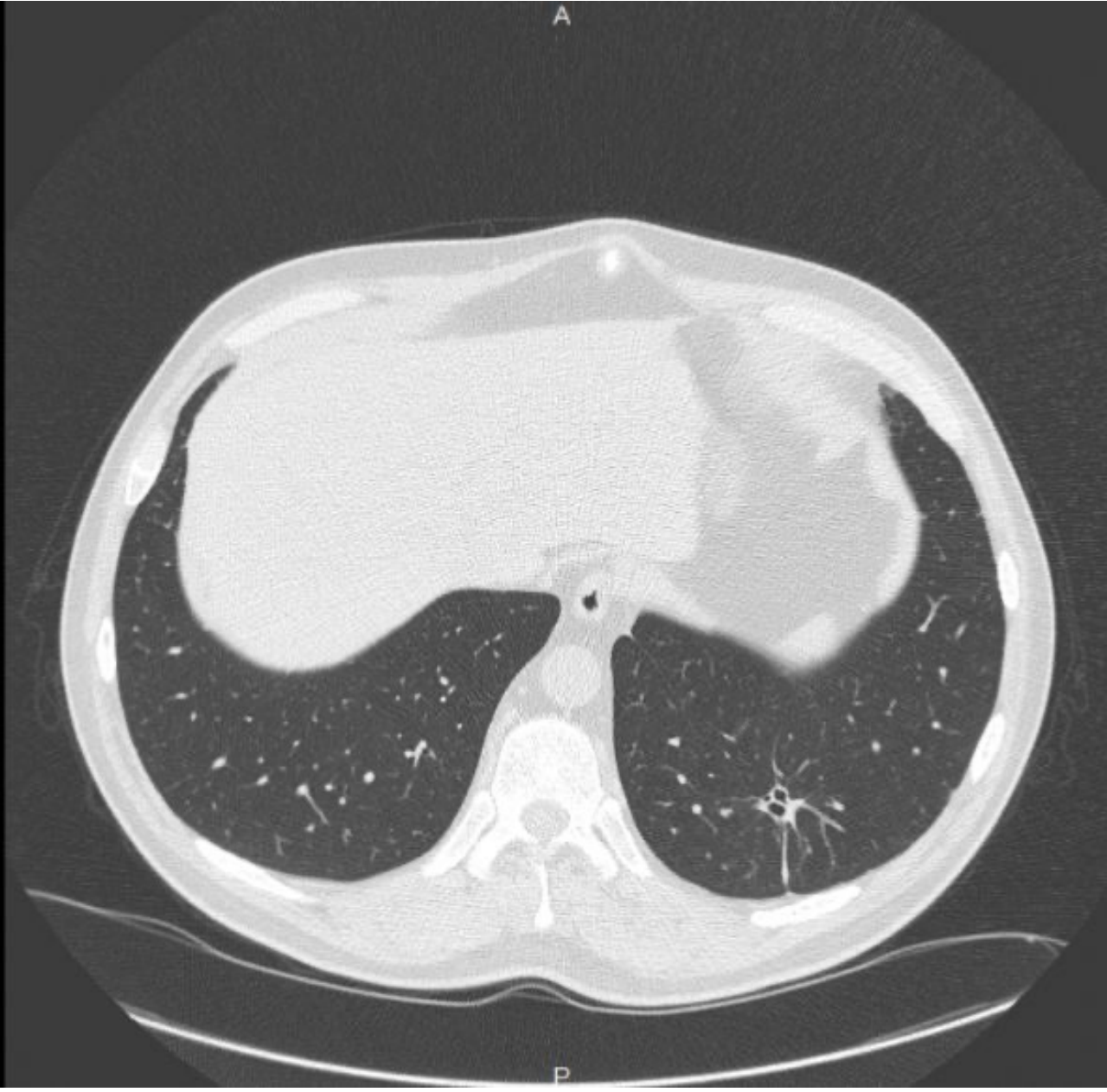
¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

²İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Medipol Mega Hastanesi

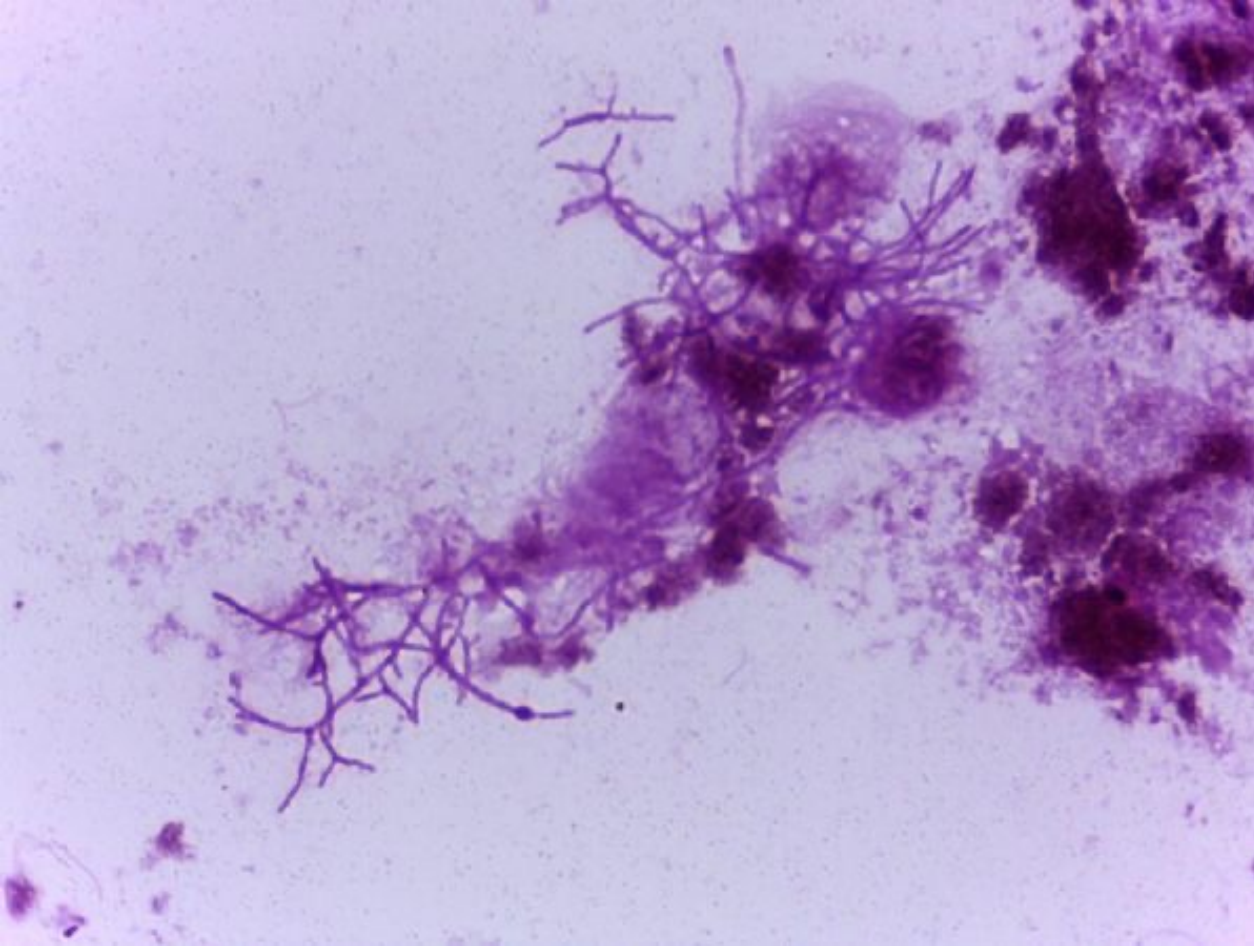
- 47 yaş, erkek, **Ig A nefropatisi, 3 aydır steroid** (prednizolon 32 mg)
- Bacaklarda güçsüzlük, yürümekte zorlanma, iştahsızlık, halsizlik, öksürük, balgam ve ateş
- Postnazal akıntı, bilateral bazallerde raller, bacaklarında bilateral pretibial ve dorsal ödem
- Lökosit: $7,42 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (PML:% 92), lenfosit: $0,28 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, PLT: $111 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, CRP: 59 mg /L
P-A akciğer grafisi: şüpheli opasite
- **Toraks BT:** her iki akciğer alt lobunda **kalın duvarlı kaviter lezyonlar**
- **Ön tanılar:** İPA, TB ve nokardiyoz
- BAL ARB incelemesi, tüberküloz PZR ve galaktomannan testlerinin sonucu negatif
- BAL gram boyaması: Gram (+) dallanan çomaklar
- Kültürde ***Nocardia cyriacigeorgica*** üremesi
- Pulmoner nokardiyoz ---- TMP/SMX



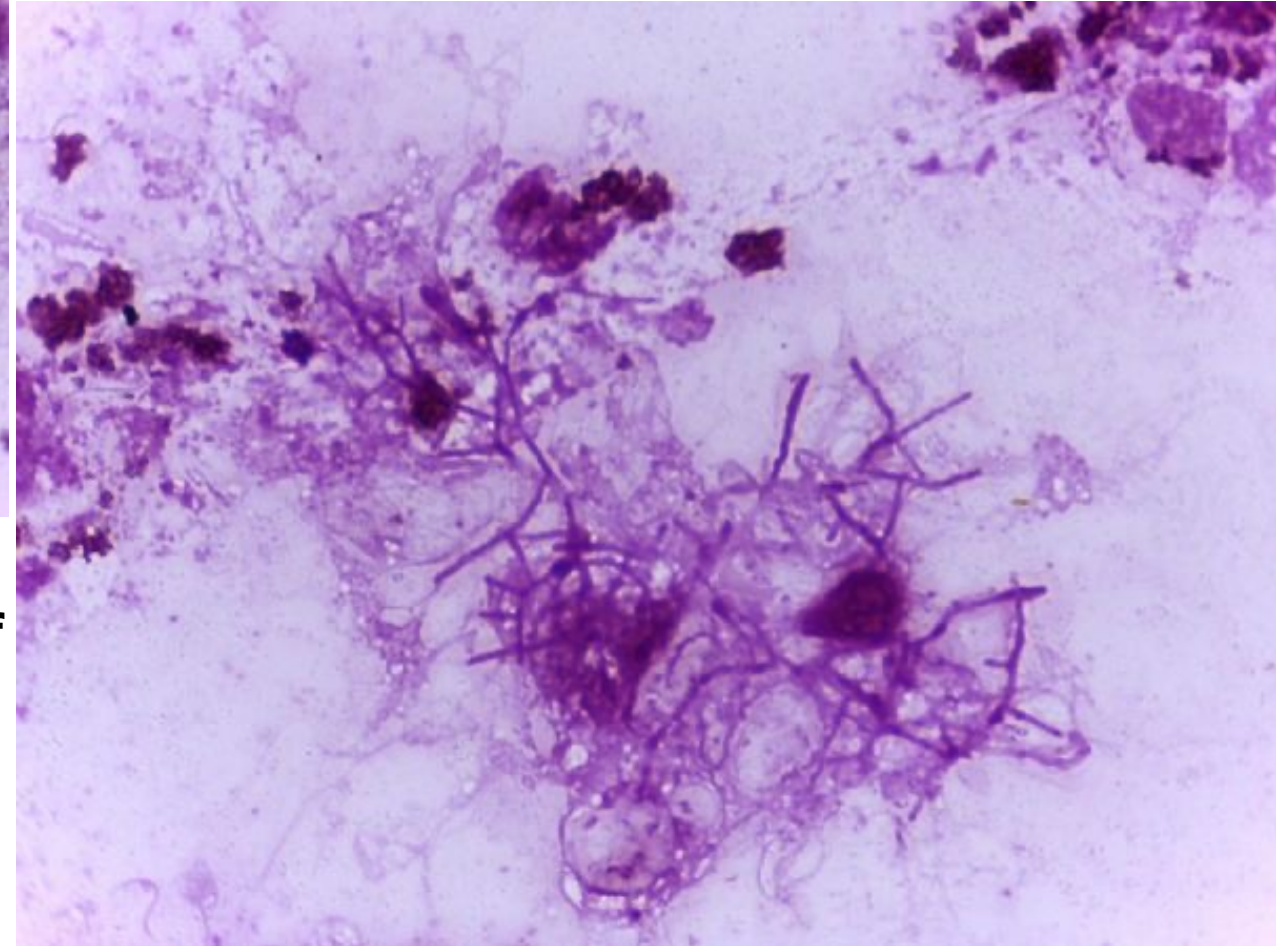
Resim 1: Tedavi öncesi



Resim 2: Tedavi sonrası



**BAL gram boyamada dallanmış gram pozitif
çomaklar**



Renkli bir üriner sistem enfeksiyonu

Merve Yıldız, Merve Türker, Hande Berk Cam, Demet Aydın
S.B.Ü, Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Mor idrar torbası sendromu seyrek rastlanan klinik bir durumdur. Patogenezinde, triptofandan çeşitli metabolik yollar sonucu indigo (mavi) ve indirubin (kırmızı) pigment üretilmesi rol oynar. Gastrointestinal sistemde bakteriyel flora tarafından triptofan aminoasiti indole deamine edilir. Indol portal dolaşım ile karaciğere ulaşır. Karaciğerde konjugasyonla indoksil sülfata dönüşür. İdrara sekrete edilen indoksil sülfat mesane kateterinde kolonize olan *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Providencia* spp., *Escherichia coli*, *Klebsiella*

- Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme öyküsü olan 83 yaşında kadın hastanın idrar kültüründe ***Proteus mirabilis*** üremesi nedeniyle konsültasyon
- Fizik muayenesinde **mor renkli idrar torbası** dışında patolojik bulgu yok
- TİT: piyüri yok, CRP: 68 mg/L
- Sonda değişimi---- 2 gün sonra renkte düzelme
- 14 gün sefepim
- Kontrol idrar kültüründe üreme yok

tamamlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

İlk kez 1978'de bildirilmesine rağmen, sağlık çalışanları arasında sendrom hakkında çok az farkındalık vardır. Klinisyenler uygun araştırmayı ve olası tedaviyi mümkün olan en kısa sürede başlatmak için bu olağandışı sendromun farkında olmalıdırlar. Bu sendromu araştırmak veya tedavi etmek için standart bir kılavuz yoktur. İdrar tahlili ve idrar kültürü yapılması ve kateter temizliğinin iyileştirilmesi makul ilk adımlardır.

En sık yaşlı kadınlarda
Risk faktörleri:

- uzun süreli foley kateter kullanımı
- sınırlı hareketlilik
- kronik kabızlık
- diyetle artmış triptofan alımı
- alkali idrar
- yüksek üriner bakteri yükü
- böbrek yetmezliği

Gastrointestinal sistemde bakteriyel flora tarafından
triptofanın indole deaminasyonu



Portal dolaşım ile indol karaciğere ulaşır



konjugasyonla **indoksil sülfata** dönüşüm



İdrara sekrete edilen indoksil sülfatın mesanede kolonize olan
bakteriler tarafından **sülfataz ve fosfataz enzimleri ile indoksile**
dönüşümü

*P. aeruginosa, P. mirabilis,
Providencia spp., E. coli, K.
pneumoniae, M. morganii,
Citrobacter spp., MRSA,
grup B streptokoklar, Enterococcus
spp.*



İndoksilin okside olmasıyla **indigo(mavi) ve indirubin(kırmızı)**
pigmentlerin oluşumu



Bu pigmentlerin PVC (polivinil klorür) içeren idrar torbası ile
reaksiyonu sonucu mor renk oluşumu

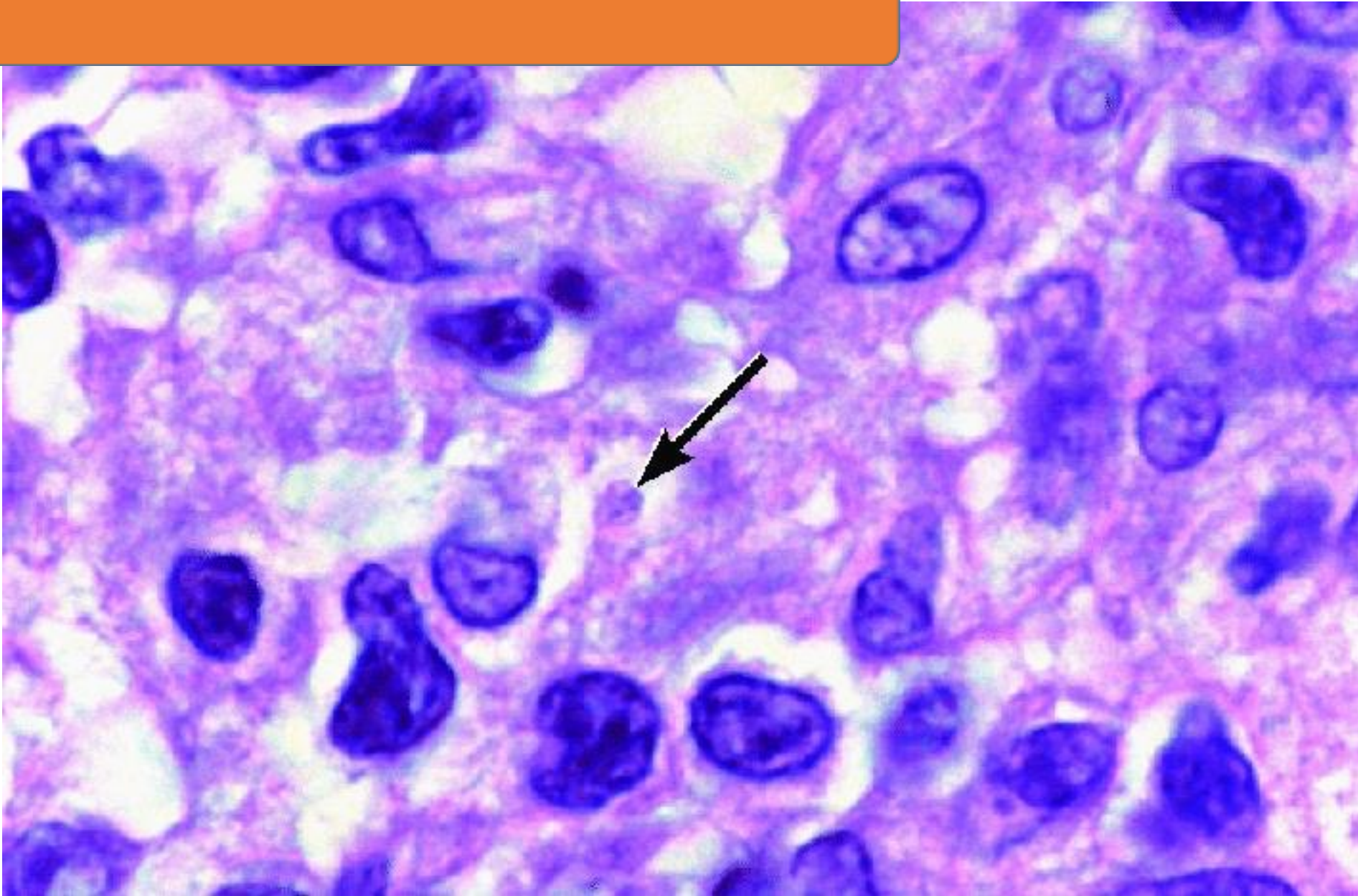
PARAZİTLER

Hematolojik Malignite Aranan Olguda Şaşırtıcı Sonuç: Viseral Layşmanyaz

Aytan Seydaliyeva, Uluhan Sili

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

- 65 yaş, erkek
- 2 ay önce başlayan, **39°C dereceyi bulan ateş ve kilo kaybı (son 2 ayda en az 10 kilo)**
- **Batın BT:** hepatosplenomegali
- **Pansitopeni, transaminaz yüksekliği, hiperlipidemi ve hiperferritinemi**
- **Hemofagositik lenfositler ön tanısıyla kemik iliği biyopsisi---(-)**
- İmmünohistokimyasal inceleme kronik lenfositik lösemi/lenfoma açısından negatif
- **FDG PET/BT: dalakta diffüz hipermetabolizma ve sağ servikal hipermetabolik lenf nodları**
- Splenik lenfomayı dışlayabilmek için **splenektomi**
- **Dalak materyalinin patolojik incelemesinde konjesyon dışında bulgu yok**
- **Skalen lenf nodu eksizyonu**----lenf nodunun folikül merkezinde yoğunlaşan **histiositik hücrelerin sitoplazmalarında leishmania amastigotları**----- Enfeksiyon Hastalıkları
- **Kemik iliği biyopsisi:** ince yaymanın **Giemsa ile *Leishmania* spp. ile uyumlu amastigotlar** patolojik incelemesinde interstisyel alanda yer yer kümeleşme gösteren **amastigot benzeri yapılar**
- PZR ile *Leishmania* spp. DNA'sı (+), kemik iliğinde *Leishmania* spp. üremesi yok
- *Leishmania* spp. IgG ELISA ve immünohistokimyasal antikor testi (IFAT) 1/1000 titrede pozitif
- Lipozomal amfoterisin B ile şifa



PATOLOJİK İNCELEMEDE LEISHMANİA AMASTİGOTLARI

Nadir bir olgu: visseral leishmaniasis

Mehmet Kağan Özdemir, Emre Bayhan, Özlem Güler, Birsen Mutlu

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

- 41 yaş, erkek, HT ve KBH
- Ateş ve halsizlik
- **Ateş: 37.6 °C, splenomegali**
- WBC:3430 / μ L LYM:969 / μ L, Hgb:8,96 gr/dl, PLT:174000 / μ L, ALT: 40 U/L, Kre:1.74 mg/dl
- Serolojik testlerinde ve ELISA testlerinde anlamlı bulgu yok
- Toraks ve batin tomografisinde **hepatosplenomegali**
- Periferik yayma incelenmesinde **AML ön tanısıyla** kemik iliği biyopsisi yapılıyor
- **Kemik iliği biyopsisi:** malignite yok
- **PET-BT:** dalakta hafif diffüz artmış metabolizma ve **karaciğer kaudat lobda artmış metabolizma**
- **Karaciğer biyopsisi:** ön planda **leishmaniazis** uyumlu
- Leishmania antikor taraması: 48.6
- Lipozomal Amfoterisin B tedavisi ile şifa

olabileceğini akla getirilmelidir.

Bir Hasta, İki Parazit

Hatice Esranur Kıratlı, Emine Yalçinkaya, Şua Sümer, Nazlım Aktuğ Demir, Onur Ural
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

- 22 yaş, erkek hasta
- 4 gündür halsizlik, bulantı, ateş, titreme şikayetleri ile acil servise başvuru
- 12 gün önce **Sudan**'dan ülkemize geldiği, sıtma için **profilaksi kullanmadığı** öğreniliyor
- Pansitopeni, ALT, AST, LDH, CRP, PCT yüksekliği
- Periferik yaymada eritrositlerin içinde **plasmodium trofozoitleri**
- ***P. vivax* sıtması**
- Artemether- lumefantrine 2x4 tablet ve primakin 1x15 mg tablet tedavisi
- **Tedavinin 7. gününde lökopeni ve trombositopenide düzelme**
- **Subfebril ateş, anemi, halsizlik, bulantı şikayetleri devam**
- Tekrarlanan periferik yaymalarda *P. vivax* trofozoitleri (-)
- İntraeritrositer ***Babesia* trofozoitleri ve merozoitleri**
- Kinin 4x600 mg po ve klindamisin 3x600 mg po
- Babesia tedavisinin 3. gününde gönderilen *B. microti* IgM ve IgG (-)
- Taburculuk sonrası 1. haftadaki kontrolünde periferik yaymada parazit (-)

paraziter hastalık görülebileceği akılda tutulmalıdır.



Şekil 1-Babesiosis Trofozoit Formu



Şekil 2-Babesiosis Merozoit Formu

Coğrafya Kader Midir? Ciddi/ Ağır Sıtma Olgusu

Pınar Gürkaynak, Nejla Yılmaz Göcen

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Karabük

- Yabancı uyruklu 22 yaşında erkek hasta, **daha öncesinde sıtma öyküsü (+)**
- Birkaç gündür halsizlik, üşüme titreme, bilinç bulanıklığı
- 2 hafta önce üniversite eğitimi için **Çad Cumhuriyeti**'nden ülkemize geldiği öğreniliyor
- **Genel durumu kötü, bilinci kapalı ve ajite, GKS:8**
- Ateş: 37,4°C, Nbz: 94/dakika DSS:22, splenomegali
- **Pansitopeni, Kre: 3,3 mg/dl**
- **Kraniyal MR: Normal**
- **Malaria rapid dipstick testinde *P. falciparum* pozitif**
- Kalın damla ve yayma preparatlarında trofozoitler
- **GKSS:8, parazitemi yükü: %15, kreatinin yüksek olan hasta---- ciddi/ağır sıtma**
- Oral artemeter lumefantrine tedavisinin 2.gününde hastanın bilinci açılıyor intravenöz tedaviye geçiliyor
- Antiparaziter tedavinin 4.gününde Kre:6,9'a yükselmesi üzerine mükerrer kez **hemodializ**
- 3 günlük intravenöz tedavi sonrasında parazit yükü<%1
- Sekelsiz taburculuk

Tedavi sonrası bir ay içinde tekrarlayan *Plasmodium falciparum*'a bağlı sıtma olgusu

Ceyda Geyiktepe Güçlü, Gülşah Tunçer, Gönül Şengöz, Filiz Pehlivanoglu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

- 31 yaşı, erkek
- Üşüme ve titremeye yükselen ateş, bulantı-kusma, idrar renginde koyulaşma
- 1 hafta önce **Gine**'den döndüğü, 3 hafta kaldığı ve **sıtma profilaksisi kullanmadığı** öğreniliyor
- Hgb: 9 gr/dl, PLT: 23.000/mm³, T.Bil: 3 mg/dl, CRP: 222 mg/L, PCT: 48 ng/ml
- Kalın damlada trofozoitler + hızlı antijen testiyle *P. falciparum*'a bağlı sıtma tanısı
- **Parazit yükü %30**
- **2. günde bilinç bulanıklığı, şiddetli baş ağrısı ve solunum sıkıntısı ----serebral sıtma**
- **YBÜ**, 3 gün İV artesunat + 3 gün artemeter-lumefantrin
- **Takibinin 2. haftasında yaymada parazit (-)**
- **Taburculuktan bir ay sonra üşüme ve titremeye yükselen ateş yakınmasıyla tekrar başvuru**
- **Trombositopeni, anemi, CRP:148 mg/l, PCT:21 ng/ml**
- **Kalın damla ve yayma preparatında *P. falciparum* trofozoitleri (+) parazit yükü %2-3**
- Artemeter-lumefantrin
- 7 günlük takipte kontrol yaymada parazit (-), taburculuk

saptanan prokalsitonin yüksekliği tedaviyle birlikte belirgin gerilemiştir. Bununla birlikte, olgumuzdaki nuks; *P. falciparum* sıtmasında yetersiz ya da etkisiz tedavi, konakçı bağışıklığı gibi tetikleyici nedenlerle kan dolaşımında kalabilen çok düşük seviyede parazit popülasyonuna bağlı görülen rekrudesens olarak değerlendirilmiştir. Tedavi başarısızlığı durumunda olası nedenler akılda bulundurulmalı ve tedavi başlanmalıdır.

Kanser aradık ekinokok bulduk; izole renal kist hidatik

Merve Türker, Derya Seyman, Kübra Demir Önder, Ayşegül Seremet Keskin

SBÜ, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

- 45 yaş, erkek
- **2 haftadır karın ağrısı** şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvuru
- **Kontrastlı batın BT: sağ böbrek alt polde çapı 50 mm ölçülen kontrastlanan kitle**
- Malignite ön tanısı ile **parsiyel nefrektomi**
- **Patoloji: dejenere kist hidatik** ile uyumlu
- Operasyon sonrası 3.haftada Enfeksiyon polikliniğinde görülüyor
- İndirekt hemaglutinasyon (İHA) testi 1/80 titrede pozitif, eozinofili (-) (operasyon öncesi tetkiklerinde de eozinofili yok)
- Karaciğer ve akciğerde kist hidatik (-)
- 1 ay albendazol 2x400 mg

Hastamızda eozinofili görülmemesi, görüntüleme yöntemi ile maligniteden ayırt edilememesi, izole renal tutulum olması nedeniyle patoloji raporu sonuçlanana kadar tanı konulamamıştır. Hidatik kist hastalığı Türkiye'nin de aralarında bulunduğu gelişmekte olan birçok ülke için önemli bir sağlık sorunudur. Kistik lezyon şüphelenen hastalıklarda akılda tutulmalıdır.

Kist hidatik hastalığında nadir görülen primer kas tutulumu: olgu sunumu

Alparslan Yurtbay¹, Ayşe Şenbaba Kara², Hikmet Çinka³, Özgür Günal², İrem Melike Yazıcıoğlu⁴

¹Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği, Samsun

²Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Samsun

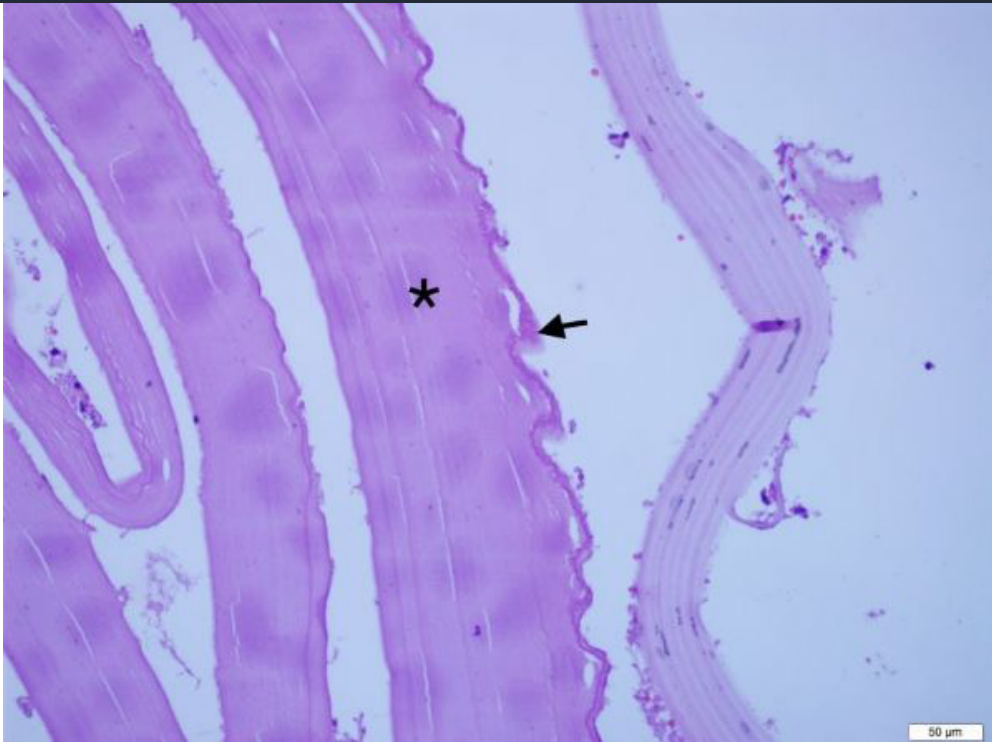
⁴Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Kliniği, Samsun

- 60 yaş, erkek, çiftçi
- **6 aydır sol uyluk ön medial kesiminde olan şişlik ve tedavilerle geçmeyen ağrı**
- **Fizik muayenede** sol uyluk medial kesiminde derin palpasyonla ciltten yaklaşık 2 cm derinlikte, **30 x10 cm çapında palpasyonla ağrılı, iyi sınırlı, hareketsiz kitleler**
- Hemogram, biyokimya normal, Brucella tüp aglutinasyon testi (-)
- **Sol femur MR: uyluk bölgesi medial kas grupları içerisinde uzun aksı 30 cm, kısa aksı 12x10 cm boyutlarında, içerisinde loküle kistik alanlar barındıran T1 heterojen hiperintens, T2 izo-hiperintens, postkontrast seride yoğun heterojen kontrastlanmanın gözlendiği multiloküle kitle, kitle içerisindeki kistik alanlarda kız kisti benzeri mikrokistik alanlar**
- **Kist hidatik indirekt hemaglütinasyon (İHA) testi 1/160 pozitif**
- Toraks ve batin görüntülemeleri normal
- **Kas kist hidatiği** ön tanısı ile albendazol 2x400 mg/gün/po +2 hafta sonra **operasyon**
- **Patoloji:** çizgili kas dokusu ve yağ dokusu içerisinde yaygın olarak kütiküler membran ve germinatif membrana ait yapılar

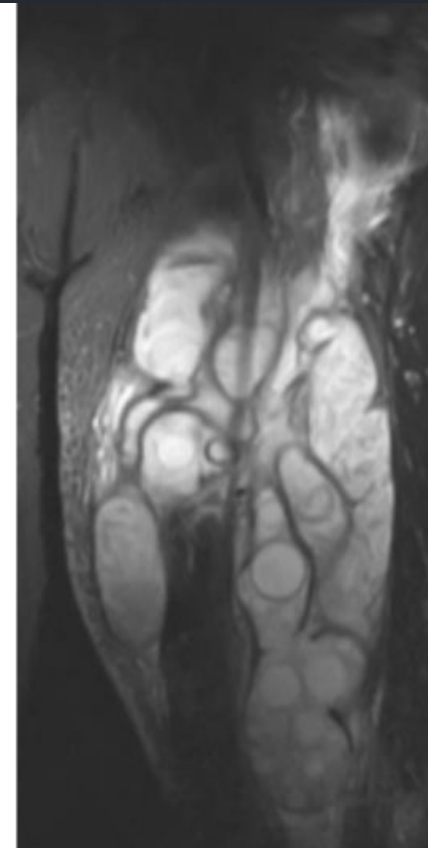
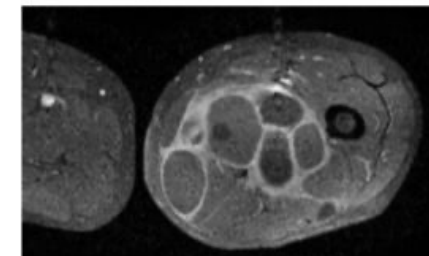
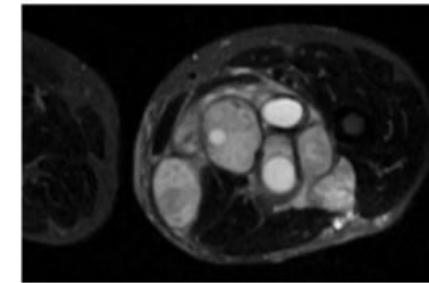
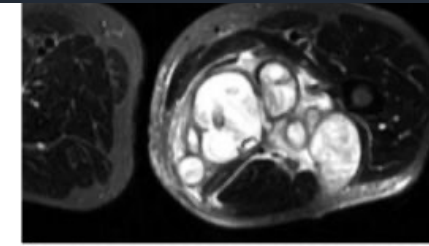


İntraoperatif görüntüler

*Görüntüleme yöntemleri ile
kist hidatiğin saptanması*



Kastaki kist hidatiğin patoloji görüntüsü; Kutiküler membran ()
ve germinatif membran (ok)*



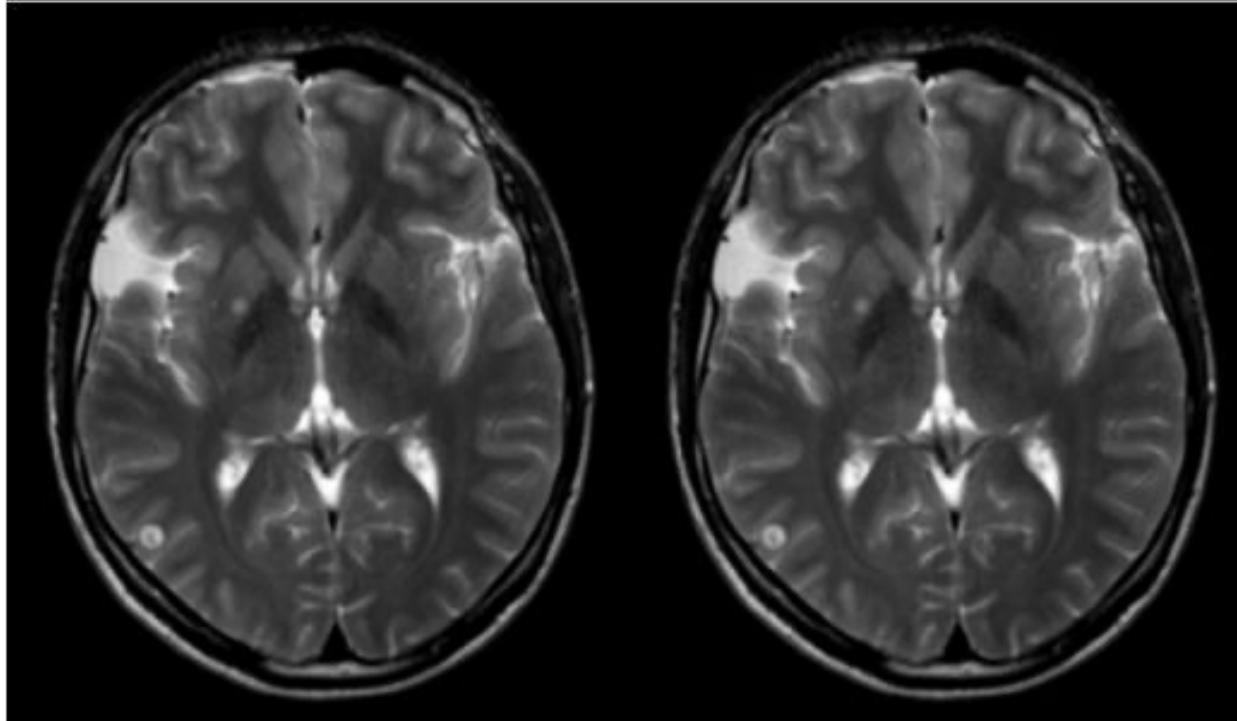
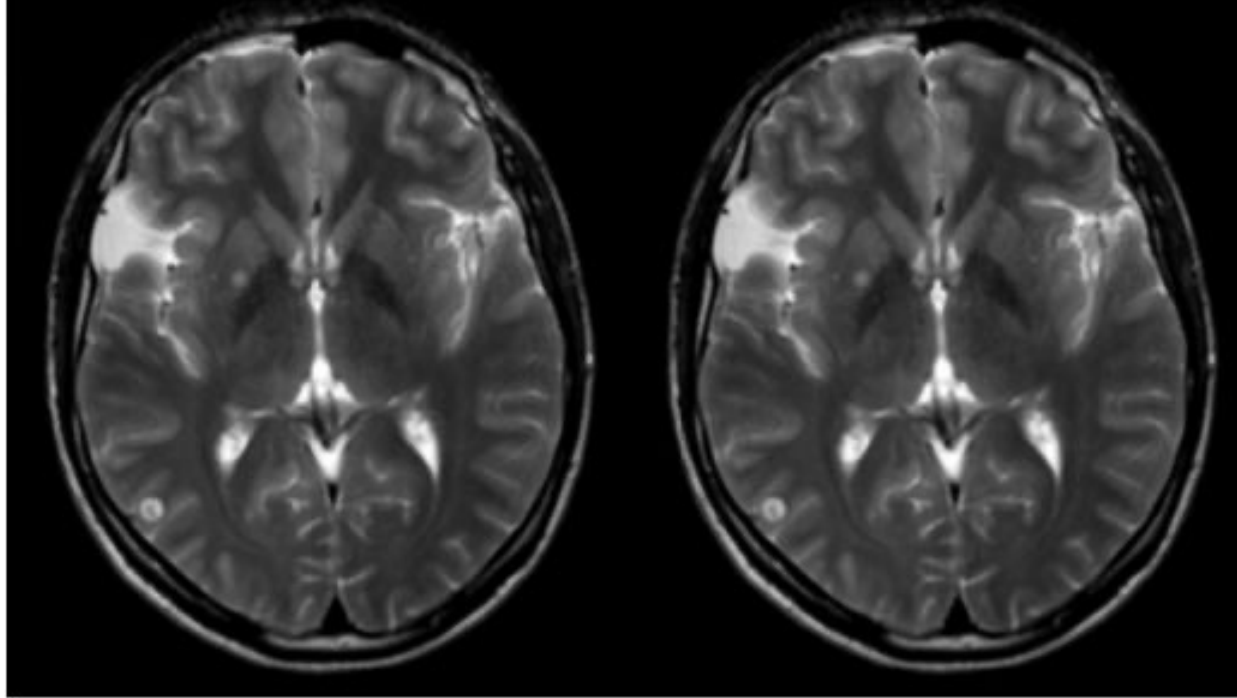
Epilepsi ile Gelen Hastada Nörosistiserkoz Tanısı

Sonay Arslan¹, Emre Bayhan¹, Emel Azak¹, Burcu Alparslan², Birsen Mutlu¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı

- Kocaeli’de yaşayan 23 yaş erkek
- **Nöbet ve halüsinasyon**
- **1 ay önce başlayan baş ağrısı ve bir gün içinde dört saat aralıkla iki kez nöbet geçirme**
- Domuz eti tüketimi, seyahat öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanımı yok
- **Kraniyal MR: kistik-santralinde kontrastlanan nodülü bulunan çapları bir cm altında lezyonlar (Veziküler dönem nörosistiserkoz)**
sağ serebral hemisferde lentiform nukleusta, parietal lobda ve temporooksipital bileşkede kortikal-subkortikal yerleşimli sol serebral hemisferde parietooksipital bölgede kortikal-subkortikal yerleşimli
- Albendazol 2x400mg/gün, deksametazon 0,1 mg/kg/gün ve antiaepileptik
- Tedavinin 4.ayında çekilen MR’da; lezyonların yerleşiminde sayısında ve boyutunda **anlamli farklılık izlenmemekle birlikte** T2A görüntülerde lezyonların etrafında ödem alanları, postkontrast serilerde kontrastlanma artışı (**kolloidal veziküler evre**)



Resim-1. Nörosistiserkozun 4 evresi: dörder ay ara ile yapılan beyin MR görüntüleme bulguları

- A. Veziküler Evre: T2A MR görüntülerde sağ temporal lob posteriorunda kist içerisinde nokta görünümü
B. B. Kolloidal veziküler Evre: Kontrastlı T1A görüntüler

- Tedaviye devam
- Tedaviyi düzenli kullanmayan hastanın şikayetleri tekrarlıyor
- **Praziquantel** yurtdışından temin edilerek **beşinci ayda tedaviye** praziquantel 50mg/kg/gün ve deksametazon 0,1 mg/kg/gün 10 gün olarak ekleniyor
- 6.ay MR'ında lezyonların boyutunda küçülme ve çevresindeki ödemde azalma ve nodül şeklinde boyanma
- **Tedavinin 1. yılı MR'ında lezyonlarda belirgin gerileme, kalsifik ve nodüler forma dönüşme**

MANTARLAR

Nadir Görülen Bir Kandida Tipi: Candida rugosa

Seda Zor Çakıllı, İlhami Çelik, Esmâ Eryılmaz Eren

Kayseri Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Kayseri

Giriş

İnvaziv mantar enfeksiyonları, ağır seyirli ve tedavisi zor enfeksiyonlardır. Kandidalar tüm invaziv mantar enfeksiyonu etkenlerinin %70 kadarını oluşturur (1). *Candida rugosa* oldukça nadir görülen bir etkindir ancak

Nazofarenks ca nedeniyle kemoterapi alan ve beyin apsesi nedeniyle takip edilen hastada *C. rugosa*'ya bağlı gelişen kateter ilişkili kandidemi

mevcut hali ile devam edilmiştir. Antimikrobiyal tedaviye klinik yanıt alınmış ve hemodinamisi düzelmiş olan hastada tedavi 20. günde iken hastada tekrar ateş ve hipotansiyon gelişmiştir. Hastadan kan kültürü alınmış ve ampirik olarak tedaviye anidulofungin eklenmiştir. Kültür sonucunda *C. rugosa* üremiştir. Kateteri çekilmiş ve antifungal tedaviye devam edilmiştir. Hasta tedavinin 12. gününde kaybedilmiştir.

Sonuç

C. rugosa nadir görülen bir etken olmasına karşın mortal seyredebilmektedir. Önlemek için, enfeksiyon kontrol önlemlerine dikkat edilmeli, gereksiz invaziv işlemiden kaçınılmalıdır.

Candida auris: Yeni Bir Hastane Enfeksiyonu Etkeni mi?

SümeYYe Bayram¹, Ayşe Barış², Mine Sönmez¹, Muhammet Rıdvan Dumlu¹, Emine Günal¹, Erdoğan Ağaç¹

¹Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

²Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Mikrobiyoloji, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Candida auris, doğal rezervuarı bulunmayan, mevcut antifungallere dirençli olma olasılığı yüksek ve salgınlara neden olabilen yeni bir patojendir. *C. auris* neredeyse sadece hastane ortamlarında izole edilmiştir ve invaziv enfeksiyonlara neden olmaktadır. *C. auris* tanımlanmasında konvansiyonel yöntemler yetersizdir ve yanlış tanınabilmektedir, bu nedenle gerçek prevalans ve epidemiyolojisi konusunda veriler kısıtlıdır. Solunum ve ürogenital sistem ile yumuşak dokuda kolonize olabilmektedir. Risk faktörleri arasında geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, antifungal ilaç kullanımı, santral venöz kateter ve üriner kateter varlığı, cerrahi öyküsü, uzamış yoğun bakım ünitesinde yatış, immunsupresyon yer almaktadır. Bu çalışmada hastanemiz yoğun bakım ünitesinde takip edilirken kültür örneklerinde *C. auris* üremesi olan vakaların incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:

Hastanemiz yoğun bakım ünitesinde 2021 Kasım ayı süresince kültürlerinde *Candida auris* üremesi olan hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş, cinsiyet, ek komorbiditeleri, yoğun bakımda yatış süreleri, antibiyotik ve antifungal kullanımı, cerrahi öyküleri hastane bilgi yönetim sisteminden (HBYS) taranarak kaydedildi.

Bulgular:

Hastaların 4'ü erkek, 1'i kadındı. Medyan yaş 59 idi (45-72). Yoğun bakımda yatış süresi ortalama 48.8 gündü. Hastaların 3 tanesi tanı öncesinde antifungal tedavi almaktaydı. Hastaların tümü çeşitli enfeksiyonlar nedeni ile geniş spektrumlu antibiyotik almaktaydı. Bir hastanın cerrahi öyküsü mevcuttu. Hastaların tümünün üriner kateteri mevcuttu. Kolonizasyonun araştırılması amacı ile aynı sağlık personelinin bakım verdiği tüm hastalardan koltuk altı, kasık, perianal sürüntü örnekleri gönderildi. Kültür sonuçlarına göre kolonize kabul edilen bir hastaya tedavi verilmedi, üriner enfeksiyon bulgusu olan ve idrar kültüründe üreme olan 4 hastaya ekinokandin grubu antifungal başlandı. Enfeksiyon etkeni olarak kabul edilen 4 hastadan 1 tanesinde kontrol idrar kültürü üremesizdi, tam idrar tetkikinde piyüri gerilemişti. 3 hastada başka etkenlere bağlı, eşlik eden bakteriyemi, ventilatör ilişkili pnömoni mevcuttu ve tedavi yanıtı değerlendirilemeden kaybedildi.

SONUÇ VE TARTIŞMA:

C. auris, invaziv enfeksiyonlara neden olan, morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde etkileyen ve salgınlara yol açabilen maya türüdür. *C. auris*'in çoğunlukla azol ve poliyenlere yüksek oranda dirençli olduğu, ekinokandinlere ise değişen oranlarda direnç gösterdiği görülmüştür. Optimal tedavi ve süreleri hakkında veriler kısıtlı olup ampirik tedavide ekinokandinlerin kullanımı önerilmektedir. Bu mayanın kontrolü için organizmanın doğru tanımlanması, uygun tedavi edilmesi ve enfeksiyon kontrol önlemlerinin zamanında uygulanması önem arz etmektedir. Özellikle tedaviye yanıt vermeyen olgularda *C. auris* akılda tutulmalı ve antifungal duyarlılık testi sonuçlarına göre tedavi gözden geçirilmelidir.

Tablo 1. Kültürlerinde C.auris üreyen hastaların  zellikleri (2021 Kasım)

Hasta	Yaş/ cinsiyet Medyan yaşı 59	Ek hastalık	Yoğun bakım yatış nedeni ortalama 48.8 gün	Tanı �ncesi yoğun bakımda yatış süresi (gün)	Geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı	Antifungal kullanımı	Etken �reme yeri	Tedavi
1	61/E	Demans	Aspirasyon pnömonisi	63	Var	Var *	İdrar	Kaspofungin
2	59/K	DM, HT, KOAHA	Fournier gangreni	20	Var	Var **	İdrar, koltuk altı ve kasık	Mikafungin
3	51/E	-	İntrakranial kanama	79	Var	Var ***	Kasık ve koltuk altı	-
4	72/E	-	Covid-19 pnömonisi	52	Var	-	İdrar, koltuk altı, kasık, perianal sürüntü	Kaspofungin
5	45/E	-	Covid-19 pnömonisi	30	Var	-	İdrar	Kaspofungin

*Ampirik olarak antifungal almaktaydı.

**İdrar kültüründe C. albicans üremesi nedeni ile antifungal almaktaydı.

***Kan kültüründe C. parapsilosis üremesi nedeni ile antifungal almaktaydı.

Risk Faktörü Olmayan Bir Hastada Gelişen Kutanöz Mukormikoz Olgusu

Akın Öğünç İnan, Nursel Yıldız Zengin, Serkan Öncü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Aydın

- 70 yaş, erkek
- 1 haftadır **sol bacakta ağrı, morarma ve şişlik, travma öyküsü yok**
- Kür sağlanmış larinks karsinomu öyküsü
- Fizik muayenede **sol tibia lateralinde nekrotik alanlar içeren yer yer kanamalı cilt lezyonu**, ısı artışı ve hassasiyet mevcut
- Lökosit: $31,5 \times 10^3/\text{mql}$ (%92.6pmnl), CRP: 244mg/L, Glukoz: 115 mg/dl
- Seftriakson ve klindamisin
- **Kontrastlı BT:** Sol kruris anterior lateral ve posterior kompartentte **nekrotizan fasiitle** uyumlu yumuşak doku kaybı alanları
- **Plastik cerrahi tarafından operasyon**
- **Yara yerinde beyaz renkli pamuk benzeri yapılar** gelişmeye başlaması ve yara yerindeki nekrozun hızla ilerlemesi üzerine **tekrar operasyon**



poliklinik başvurusu



debridman sonrası küf yapıları



- Derin doku örneklerinin mikroskopik incelemesinde **dik açı ile dallanan septasız hif yapıları** ve kültürde ***Mucorales*** üremesi
- Lipozomal Amfoterisin-B---posakonazol
- Greft operasyonu

septasız hif ve rizoid yapıları

taburculuk sonrası poliklinik başvurusu

Nadir bir etken: Fusarium osteomyeliti

Halime Araz, Adalet Altunsoy, Esragül Akıncı

Ankara Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

AMAÇ

Fusarium doğada yaygın olarak bulunan bir bitki mantarıdır. Hastanelerdeki su sistemlerinde kolonize olabilmektedir.

İmmümkompetan hastalarda keratit ve onikomikoz gibi yüzeysel enfeksiyonlar vararken immünsüprese hastalarda invaziv fusarivoz ve

- 70 yaş, kadın, hipotiroidi, DM
- **Bilateral malleol fraktörü** nedeni ile operasyon+ plak ve vida ile kırıkların fiksasyonu
- 3 hafta sonra operasyon hattında akıntı
- Antibiyotiğe yanıtızsız
- 3 ay sonra kontrolde operasyon hattında 2x2 cm'lik **nekrotik alan**, doku defekti, plak ve tendon ekspozisyonu
- İmplant çıkarılması
- İntraoperatif derin doku kültüründe **Fusarium spp.** üremesi
- 3 ay vorikonazol

Fusarium türleri insanlarda keratit ve onikomikoz gibi yüzeysel enfeksiyonları sıklıkla yapmakla birlikte nadiren kronik sinüzit, pnömoni, endoftalmi, septik artrit, beyin apsesi, sistit, peritonit ve olgumuzda olduğu gibi osteomyelit dahil olmak üzere farklı klinik tablolara sebep olabilmektedir. Ancak nadiren akla geldiği için tanısı gözden kaçabilmektedir. Etkenin gösterilmesi etkin ve hızlı tedavinin başlanması için önem arz etmektedir.



Şekil 1. Tedavi öncesi lezyonun nekrotik görünümü

İmmünkompetan Bir Olguda Gelişen Kriptokok Meningoensefaliti

Tuba Turunç, Edip Bayrak

SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

Amaç

Kriptokokkoz, genellikle immün sistemi baskılanmış bireylerde görülen bir mantar enfeksiyonudur. Santral sinir sistemi (SSS) tutulumu

- 31 yaş, erkek
- **1 aydır süren şiddetli baş ağrısı yakınması ile Nörolojiye başvuru**
- Fizik muayene ve nörolojik muayene bulguları, kraniyal görüntülemeler, kan tetkikleri normal, Anti HIV negatif
- Baş ağrısı etiyolojisi için LP yapılıyor
- BOS----lökosit: 200/mm³ (%70 lenfosit) glukoz:14 mg/dl (kan şekeri: 100 mg/dl)
protein:1306 mg/dl (50-450 mg/dl)
- Ampirik seftriakson +vankomisin +asiklovir
- Yatışının 4. gününde BOS kültüründe ***Cryptococcus neoformans*** üremesi
- **Öyküsü derinleştirilen olgunun uzun süredir güvercin beslediği belirleniyor**
- Lipozomal amfoterisin B +flukonazol

İbrutinible ilişkili mortal sonuçlanan bir kriptokok menenjitisi olgusu

Ayşen Benli, Zeynep Abdullayeva, Seren Simecek Yavuz, Atakan Çağatay, Halit Özçüt, Haluk Erkeç

- 73 yaş, kadın, 20 yıldır KLL
- **1,5 aydır baş ağrısı, 15 gündür baş dönmesi ve bulantı şikayetleri ile acile başvuru**
- **Ense sertliği ve meningeal irritasyon bulguları yok**
- **Kraniyal BT ve difüzyon MR: normal**
- 8 aydır **ibrutinib** tedavisi alıyor
- Ampirik amoksisilin/klavulanik asit + siprofloksasin
- **BOS----lökosit: 421/mm³, protein: 44 mg/dL, glukoz: 27 mg/dl (kan şekeri: 109 mg/dl)**
- **Kan ve BOS kültüründe *C. neoformans* üremesi**
- Lipozomal amfoterisin B +flukonazol
- **BOS sitolojisi KLL infiltrasyonu açısından şüpheli**
- **Hematoloji---kan ve BOS'tan flow sitometri gönderilmesi ve ibrutinibe ara verilmesi önerisi**
- Tedavinin 19. gününde BOS'un çini mürekkebi incelemesinde kapsüllü maya hücreleri (+), üreme yok, BOS bulguları düzeliyor
- **Kan kültüründe *C.neoformans* yeniden (+)**
- Nozokomiyal pnömoni +akciğer ödemi--eksitus

Kronik Granülomatöz Hastasında İnvazif *Chaetomium* Enfeksiyonu

Gülsüm Dilber Özmen¹, Nilgün Karabıçak², Murat Hakan Kır¹, Atahan Arif Çağatay¹, Serap Şimşek Yavuz¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ulusal Mikoloji Referans Laboratuvarı. Ankara

- 24 yaş ,erkek, 13 yıl önce Akc TB
- Sol göğüs duvarı anterolateralinde fistülize olmuş apse ---5'li anti-TB'ye yanıt
- Apsede akıntı tekrarı
- Yatış sürecinde **kronik granülomatoz hastalık tanısı**
- **Bacaklarda güçsüzlük---Spinal MR: D1-D4 korpuslarında yoğun kontrast tutan kitle**
- Beyin cerrahisi tarafından operasyon
- Per-op alınan birçok örnekte **hyalen küf +akciğer apsesinde de küf**
- Halk Sağlığı Laboratuvarı'nda ***Chaetomium*** spp. olarak tanımlama
- Lipozomal amfoterisin B 1x5 mg/kg/gün İV

Perineal apse Kùltürü ve Kan Kùltüründe Üreyen Zygosaccharomyces: İnsanlarda Yeni Patojen mi?

Ünsal Bağın¹, İlknur Esen Yıldız¹, Esat Kaba², Ayşe Ertürk¹, Uğur Kostakoğlu¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakùltesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Rize

- 39 yaş, DM
- Komplike İYE nedeniyle yatırılıyor
- Yatış esnasında çekilen **batın-pelvis BT'de patoloji yok**
- **Takiplerde ateş düşmüyor, ertapenem tedavisinin 3. günü kan kùltüründe Zygosaccharomyces spp. üremesi**
- Takiplerde testislerde ağrı ve şişlik
- **Skrotal doppler USG:**Skrotum inferiorundan perineye doğru uzanım gösteren **45x38 mm ölçülen apse koleksiyonu**
- **Alt batın BT:** perineal apse odakları
- Operasyonda alınan **perineal apse kùltüründe de Zygosaccharomyces spp. üremesi**
- Lipozomal Amfoterisin B ile şifa

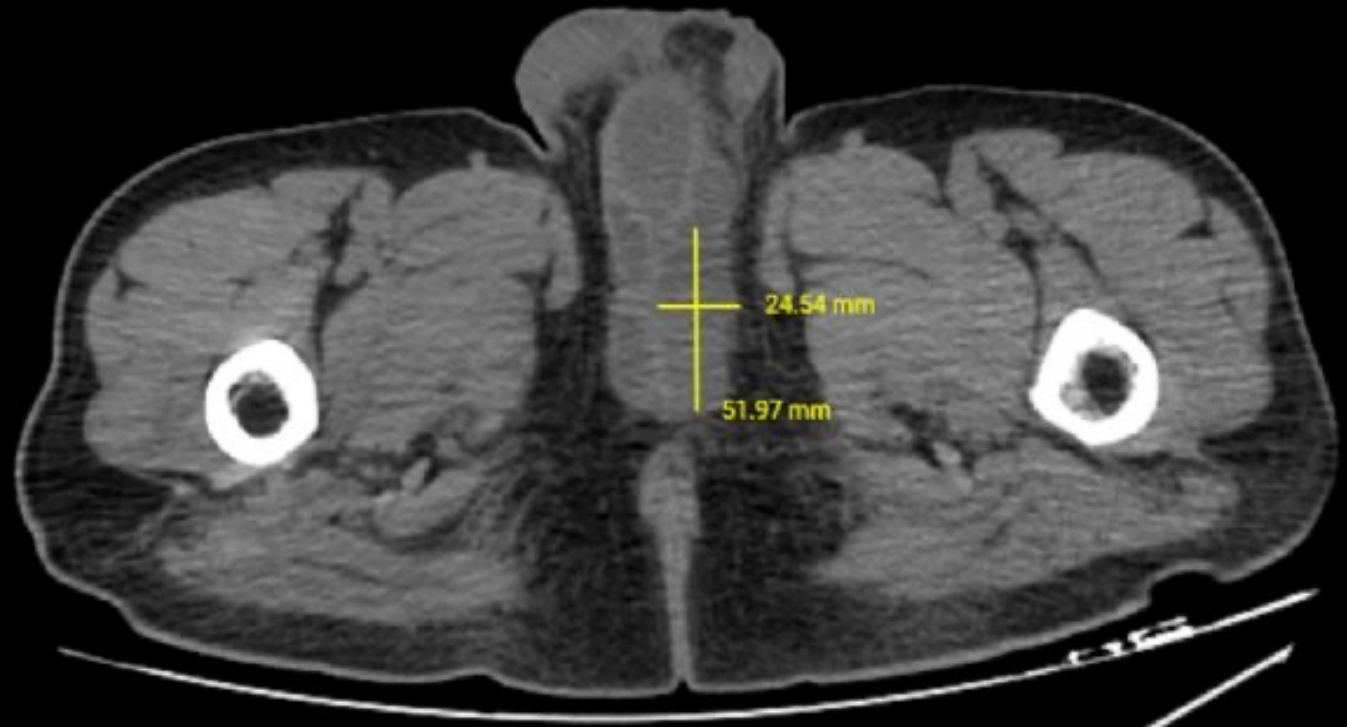
yaptığı çok az olgu sunumuna rastlanmaktadır.

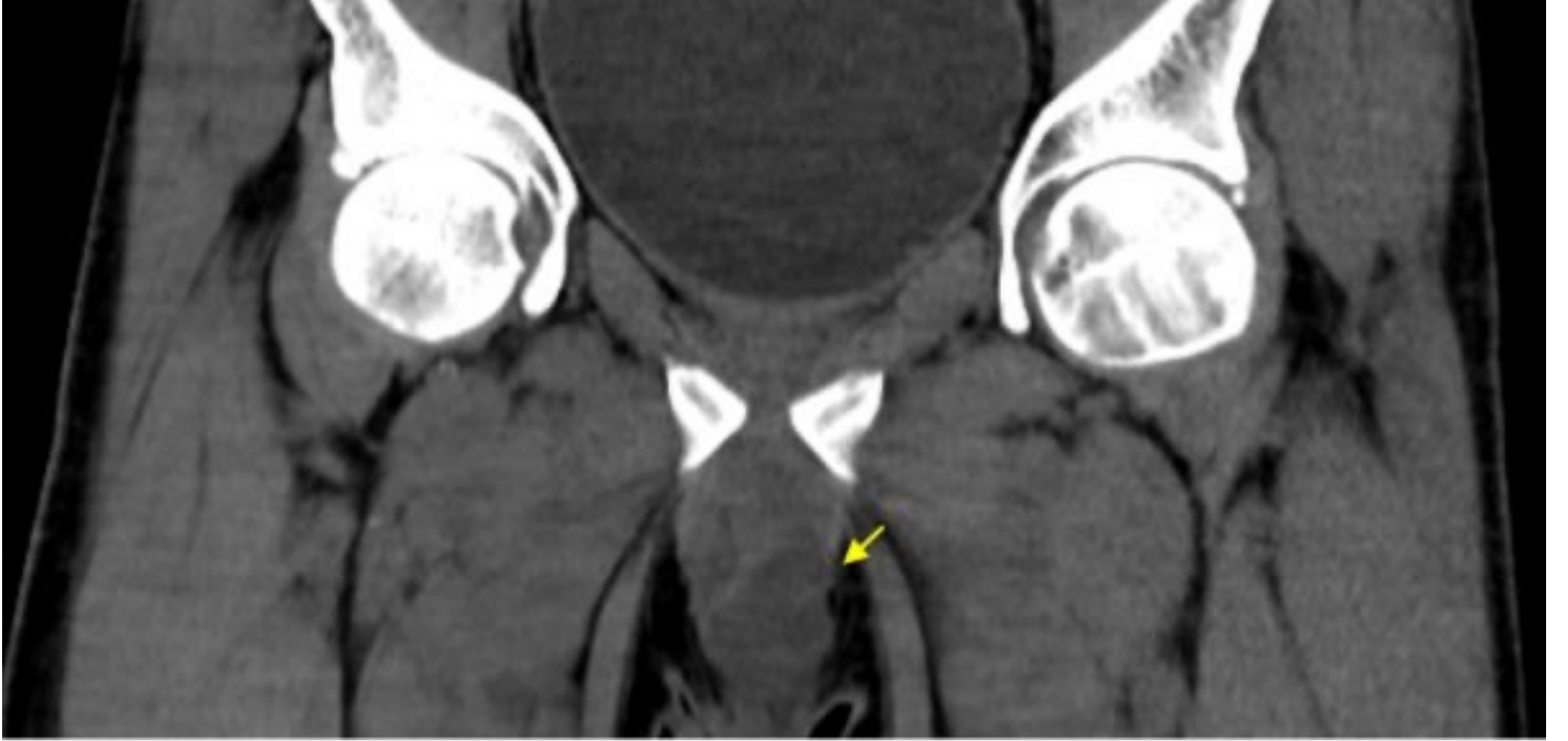
Bu olgu sunumumuz; daha çok gıda sektöründe adı duyulan bu maya türünün insanlarda enfeksiyon etkeni, risk faktörleri ve klinik seyri ile ilgili daha birçok çalışmaya ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır.



Hastanın yatışında çekilen normal perineal görünüm izlenen pelvis BT kesiti

Penil kök düzeyinden perineye uzanan en büyüğü yaklaşık 52x25 mm boyutunda, birbiri ile birleşme eğiliminde multipl apse odaklarının içeren pelvis BT transvers kesiti





Penil kök düzeyinden perineye uzanan en büyüğü yaklaşık 52x25 mm boyutunda, birbiri ile birleşme eğiliminde multipl apse odaklarının içeren pelvis BT koronal kesiti

YİNE-YENİ BAKTERİLER

Antibiyotik Çağının Sonu: *Myroides odoratus/odoratimimus*

Eda Alp Göker, Seniha Başaran, Aysun Benli, Serap Şimşek Yavuz, Arif Atahan Çağatay, Halit Özsüt, Ömer Haluk Eraksoy
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: *Myroides odoratus/odoratimimus* toprak ve suda yaygın olarak bulunan, insanda normal florada yer almayan Gram-negatif, non-fermentatif, aerob bir bakteridir; ürettiği fleksirubin sayesinde koyun kanlı agarda sarı pigmentli koloniler ve karakteristik meyvemsi koku oluşturmaktadır. İnsanda nadiren, nozokomiyal enfeksiyon etkeni olarak tanımlanır. Ancak bilinen tüm antimikrobiklere dirençli olması nedeniyle yakından izlenmesi gereken önemli bir patojendir. Burada, *Myroides odoratus/odoratimimus*'un etken olduğu 4 nozokomiyal asemptomatik bakteriüri olgusu sunulmuştur.

- 2018-2022
- *Myroides odoratus/odoratimimus* 'a bağlı 4 hastada nozokomiyal asemptomatik bakteriüri
- Olguların tümünde ürolojik girişim veya sonda kullanımı, bir hasta immunsupresif

tedavisi altında 1 ay sonra idrar kültüründe ureme olmadı.

Sonuç: Burada asemptomatik bakteriüri etkeni olarak tanımladığımız *M.odoratus/odoratimimus* suşlarının bilinen tüm antimikrobiklere dirençli olduğu görülmüştür. Tüm kolonizan bakterilerin uygun koşullarda enfeksiyona da yol açabilme kapasitesi olması ve bu bakteri için tedavi seçeneği bulunmaması nedeniyle *M.odoratus/odoratimimus* izole edilen hastalarda uygun enfeksiyon kontrol önlemleri alınarak mikroorganizmanın yayılmasının önlenmesi hayati öneme sahiptir. *M.odoratus/odoratimimus*'un direnç mekanizmaları ve bunların yayılma potansiyeli de araştırılmalıdır.



**Resim 1. %5 koyun kanlı agarda sarı pigmentli
M.odoratus/odoratimimus kolonileri**

Tablo 1. Antimikrobiyal duyarlılık sonuçları

OLGU-1		OLGU-2		OLGU-3		OLGU-4		
	MİK değeri (µg/ml)	SONUÇ	MİK değeri (µg/ml)	SONUÇ	MİK değeri (µg/ml)	SONUÇ	MİK değeri (µg/ml)	SONUÇ
AMİKASİN	>32	R	>32	R	>32	R	>16	R
GENTAMİSİN	>8	R	>8	R	>8	R	>4	R
ERTAPENEM	>1	R	>1	R			>1	R
İMİPENEM	>8	R	>8	R	>8	R	>8	R
MEROPENEM	>8	R	X		>8	R	X	
SEFAZOLİN	>32	R	>32	R				
SEFUROKSİM	>16	R	>16	R			>8	R
SEFTAZİDİM	>8	R	>8	R	>32	R	>8	R
SEFTRİAKSON	>4	R	>4	R			>4	R
SEFEPİM	>8	R	>8	R	>16	R	>8	R
SEFTAZOLOZAN-TAZOBAKTAM	>4/4	R	>4/4	R				
AMPİSİLİN	>16	R	>16	R			>8	R
AMOKSİSİLİN-KLAVULANAT	16/2	R	>16/2	R			16/2	R
AMPİSİLİN-SULBAKTAM	>8/8	R	8/8	R				
PİPERASİLİN-TAZOBAKTAM	>16/4	R	>16/4	R			>16/4	R
KOLİSTİN	>4	R	>4	R			>4	R
TRİMETOPRİM-SULFAMETAKSAZOL	>8/152	R	>8/152	R			>4/76	R
SİPROFLOKSASİN	>1	R	>1	R	>2	R	>2	R
LEVOFLOKSASİN	>2	R	>2	R	>4	R		
TİGESİKLİN	>2	R	X				>2	R

Kateter ilişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonlarında Oldukça Nadir Görülen Bir Etken; *Ochrobacterum anthropi*

Merve Türker, Hande Berk Cam, Ayşegül Seremet Keskin

SBÜ, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Antalya

Giriş

Achromobacter cinsinde yer alan *Ochrobacterum anthropi*, aerop, oksidaz pozitif, laktozu fermente etmeyen gram negatif bir basildir. Son yıllardaki yayınlarda, nozokomiyal enfeksiyon etkeni olarak *O. anthropi* 'ye dikkat çekilmektedir. Bu mikroorganizma, çevrede ve su kaynaklarında yaygın olarak bulunmakta ve insanlarda nadiren fırsatçı patojen olabilmektedir. Bildirilen vakaların neredeyse hepsi sporadik olgular olduğu için düşük patojenik potansiyele sahip olduğu düşünülmektedir. Sıklıkla kateter kaynaklı enfeksiyonlara ve

Polikistik böbrek nedeniyle 2 yıldır hemodiyalize giren 61 yaşındaki kadın hastada *Ochrobacterum anthropi*'ye bağlı kateter ilişkili bakteremi

Hastanın kateterden alınan kan kültürünün, periferik kan kültüründen 2 saat önce sıfırlanarak alındığı öğrenildi. Meropenem tedavisinin 1. gününde alınan kültürlerinde üremesi devam eden hastanın kateteri çekilerek sol juguler bölgeye takıldı. Çekilen kateterin, kateter ucu kültüründe de aynı etken üredi. 8. Gününde alınan kan ve kateter(kan) kültürlerinde üreme olmadı. Antibiyoterapisi 14 güne tamamlanarak şifa ile taburcu edildi.

Sonuç

O. anthropi'nin en önemli özelliklerinden birisi, AmpC β -laktamaz varlığı sebebiyle inbdüklenebilir beta laktamaz üretimine bağlı beta-laktam antibiyotiklere dirençli (karbapenemler hariç) olabilmesidir. Ancak etken sıklıkla gentamisin, siprofloksasin, trimetoprim/sülfametoksazol ve karbapenemlere duyarlıdır. Olgumuzda ampirik olarak başlanan seftazidime klinik yanıt alınamamış, antibiyotik duyarlılık sonuçlarına göre tedavi meropeneme değiştirilmiş ve kateter değişimi yapılan hasta başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. Sonuç olarak, klinik yanıt alınamayan hastalarda nadir de olsa olağan dışı bu etkenin olabileceği hatırlanmalıdır.

Lactobacillus paracasei'nin neden olduğu bir infektif endokardit olgusu

Samra Heydarova, Moumperra Chral Oglou, Aysun Benli, Seniha Başaran, Serap Şimşek Yavuz
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Laktobasiller, fakültatif anaerob, Gram-pozitif çomaklardır. Ağız boşluğu, gastrointestinal ve genital sistemin normal florasında bulunur. Bu mikroorganizmalar probiyotik olarak veya fermente gıda ürünlerinde de kullanılır. Endokardit gibi ciddi enfeksiyonlara nadiren neden olduğuna dair olgular bildirilmiştir. Bu bildiride immünokompromise bir hastada *Lactobacillus paracasei*'nin neden olduğu bir infektif endokardit (İE) olgusu

Ankilozan spondilit tanısıyla farklı **anti-TNF tedavileri** kullanan mitral valv prolapsusu olan erkek hastada *Lactobacillus paracasei*'ye bağlı mitral kapakta infektif endokardit

tedaviye gentamisin 3x1 mg/kg/gün IV enjeksiyonları ile hastanın günde 1 ila 2 saat ve saat aralarında tükettiği öğretilmiştir. Antibiyotik duyarlılık testi (E- test) sonucunda penisiline duyarlı olması nedeniyle tedavi penisilin G 6 x 4.000.000 ünite IV ve gentamisin 3x1 mg/kg/gün IV şeklinde başlandı. Antimikrobik tedavisi 6 haftaya tamamlandıktan sonra mitral kapak replasmanı yapıldı.

Tartışma: Ankilozan spondilit nedeniyle immunosupresif tedaviler alan ve bol süt ürünü tüketimi olan olgumuzda *Lactobacillus paracasei* endokarditi tanımlandı. Romatolojik hastalığı olan kişilerde, immunosupresif tedavilere rağmen konstitusyonel semptomların ve akut faz yanıtının artması durumunda akla enfeksiyon hastalıkları gelmelidir. Bağışıklığı baskılanmış ve regürjitasyonlu mitral valv prolapsusu gibi endokardite eğilim yaratan kapak hastalığı olanlarda ateş gibi infektif endokardit klinik bulgularının çok belirgin olmayabileceği, bu olgularda *Lactobacillus paracasei* gibi fırsatçı patojenlerin etken olabileceği bilinmeli ve kan kültürü, ekokardiyografiyle endokardit araştırılmalıdır.

Streptococcus anginosus ve *Aggregatibacter aphrophilus*'un Etken Olduğu Bir Beyin Apsesi Olgusu

Çağla Keskin Sarıtaş, Aysun Benli, Seniha Başaran, Haluk Eraksoy

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

Amaç: Beyin apseleri sıklıkla dental enfeksiyon, otitis media, sinüzit veya mastoidit gibi bir enfeksiyondan komşuluk yoluyla, endokardit gibi bir enfeksiyondan hematogen yolla veya direkt inokülasyon yoluyla oluşur. En sık etkenler anaeroblar, streptokoklar, *Enterobacteriaceae*, *S.aureus* ve mantarlardır; %30-60'ı polimikrobiyaldir. Bu bildiride *Streptococcus anginosus* ve nadir görülen bir etken olan *Aggregatibacter aphrophilus*'un etken olduğu iki etkenli bir beyin absesi olgusu sunulmuştur.

Diyabetik oral hijyeni kötü kadın hastada
Streptococcus anginosus ve *Aggregatibacter aphrophilus*' a bağlı gelişen
beyin absesi+ventrikülit

Hastanın, baş ağrısının tamamen gerilemesi, ek şikâyetinin olmaması, kontrol MR'da absenin tamamen regrese olması üzerine, tedavisi 8. haftada kesildi.

Sonuç: Literatürde tanımlanmış olgularda *A.aphrophilus*; endokarditle, kötü ağız hijyeniyle veya köpekler başta olmak üzere yakın hayvan temasıyla ilişkili bulunmuştur. Endokardit saptanmayan olgumuzda, ağız hijyeninin bozuk ve izole edilmiş iki etkenin de oral mikrobiyota üyesi olması nedeniyle enfeksiyon kaynağının oral flora olabileceği düşünüldü. İki oral flora elemanının oksipital lob gibi sık olmayan bir lokalizasyonda beyin absesine ve ventrikülite yol açtığı bu olgu, enfeksiyon kaynağı olarak ağız içi mikroorganizmaların ve oral hijyenin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.



Beyin MRI T2 aksiyel kesit görüntüsü

Nadir Bir Bakteriyemi Etkeni: *Kocuria kristinae*

Ayça Aydın, Birol Balçın, Elif Sofuoğlu, Deniz Kakaliçoğlu, Merve Türkmen, Duygu Yaman, Merve Eldem Baykal, Sinem Özcan, Burak Sarıkaya, Derya Özyiğitoğlu, Sinem Akkaya Işık, Semiha Çelik Ekinci, Ercan Yenilmez, Rıza Aytaç Çetinkaya, Levent Görenek

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kocuria kristinae, gram-pozitif, katalaz-pozitif, koagülaz-negatif fakültatif anaerobik bir bakteridir. İmmün suprese konakta ciddi enfeksiyonlara yol açabilen, nadir görülen opportunistik bir patojen olarak bilinmesinin yanı sıra, nispeten sağlıklı ve düşük komorbiditeye sahip hasta grubunda da hayatı tehdit edebilen invaziv enfeksiyonlara neden olabileceğini gösteren yayınlar mevcuttur. Son zamanlarda, daha iyi tanımlama yöntemlerinin geliştirilmesi ile

Uzun süreli YBÜ yatışı olan, bilinen ek hastalığı olmayan hastada
Kocuria kristinae 'ye bağlı bakteremi

LOKOSİTOZ (WBC - $16,04 \cdot 10^3/\text{mm}^3$), CRP ($119,22 \text{ mg/L}$) ve prokalsitonin yüksekliği ($5,56 \text{ ng/mL}$) bulunmaktaydı. Mikrobiyolojik tanı için, iki ayrı periferik venden alınan iki kan kültürü örneği, BACT-ALERT (bioMérieux) sistemiyle değerlendirildi. Her iki kan kültürü şişesinde, Gram-pozitif, katalaz-pozitif, koagülaz-negatif bakteri üremesi oldu. İzole edilen bakterinin VITEK 2 (bioMérieux, Marcy l'Etoile, France) tanımlama sistemi ile, *Kocuria kristinae* olduğu tespit edildi. Antibiyotik duyarlılık profili ve hastanın klinik durumu göz önüne alınarak, hastaya piperasilin tazobaktam $3 \times 4,5 \text{ g IV}$ ve vankomisin $2 \times 1 \text{ g IV}$ tedavileri başlandı. Takiplerinde ateş yüksekliği olmayan, sekresyonlarında azalma, akut faz reaktanlarında gerileme ve klinik durumunda iyileşme izlenen hasta, yoğun bakımdan nöroloji servisine nakil edildi.

Kocuria kristinae, nadir bir etken olarak karşımıza çıkmasının yanı sıra, uzun süreli yoğun bakım yatışı olan ve buna bağlı sık invazif girişim yapılan hastalarda bir bakteriyemi etkeni olarak akılda tutulmalıdır. Genellikle çoğu antibiyotige karşı duyarlılık gösteren bir bakteri olmasına rağmen, bizim vakamızda da olduğu gibi çoklu ilaca dirençli şekilde de bulunabilir. Tedavi rejimi, mikroorganizmanın duyarlı olduğu bir antibiyotik ile kombine olarak parenteral vankomisin içermelidir.

Enterokokal Endokarditte Nadir Etken: Enterococcus Durans

Ünsal Bağın, Ayşe Ertürk, İlknur Esen Yıldız, Uğur Kostakoğlu

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Rize

Amaç:

Enterokoklar; infektif endokarditin (İE) sık karşılaşılan üçüncü etkenidir ve olguların %10-15'inden sorumludur. Kaynak sıklıkla üriner sistem veya gastrointestinal sistemdir. Vakaların yaklaşık %90'ına E. faecalis, <%5'ine E. faecium neden olur. Enterococcus durans.

- Doğuştan pulmoner agenezisi olan ve pulmoner kapağa biyoprotez replasman öyküsü olan genç hastada *Enterococcus durans*'a bağlı gelişen pulmoner kapakta infektif endokardit
 - COVID-19!!!

kapak üzerinde vegetasyon ile uyumlu şüpheli görünüm" saptanan hastaya Modifiye Duke Kriterlerine (Tablo-1) göre İE tanısı konularak etkene yönelik Ampisilin 4X3 gr ve Seftriakson 2x2 gr başlandı. Hastaya transözofageal Ekokardiografi (TEE) yapılması planlandı. Ancak hasta tolere edemediği için ve pulmoner kapak patolojilerinin TEE'de net değerlendirilemeyeceği düşünülerek kardiyoji tarafından TTE ile takip edilmesi planlandı. Tedavi altında kontrol TTE da vegetasyon izlenmedi. Pulmoner kapakta ileri derecede dejenerasyon saptandı. Kalp damar cerrahisi tarafından cerrahi müdahale düşünülmedi. Hastanın kontrol kan kültürlerinde üremesi olmadı. Tedavisi 6 haftaya tamamlanan hasta taburcu edildi.

Sonuç:

E. durans endokarditi çok nadir görülen bir enfeksiyondur; tanısı konulup uygun antibiyotiklerle tedavi edildiğinde genellikle iyi sonuçlarla ilişkilendirilir. Ateş öyküsü olan hastalarda kan kültürü almanın önemli olduğu ve Covid-19 gibi ateşe neden olabilecek diğer enfeksiyonlar varlığında özellikle kalp kapak replasmanı olan hastalarla enfektif endokarditin gözden kaçırılmaması önem arz etmektedir.

Nadir bir infektif endokardit etkeni: *Neisseria Mucosa*

Melike Hallemoğlu Topçu, İmran Hasanoğlu, Bircan Kayaaslan, Meryem Korkmaz Şimşek, Fatıma Bolat, Rahmet Güner
Ankara Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

AMAÇ

Ülkemizde akut romatizmal ateşe (ARA) bağlı infektif endokardit insidansı diğer ülkelere oranla yüksektir ve daha genç popülasyonu

ARA'ya bağlı aort yetmezlik ve mitral yetmezlik öyküsü olan 34 yaşında kadın hastada *Neisseria mucosa*'ya bağlı gelişen septik komplikasyonlarla giden infektif endokardit

- Rahim içi araç kullanım öyküsü (3 hafta önce çekilmiş)
- Ateşi devam eden hastanın kraniyal MR'ında septik emboliler ve laküner enfarkt
- Abdomen BT'de splenik apseler, enfarkt alanları, iliak arterde trombüs
- Kontrol TEE'de kapak perforasyonu
- Splenektomi sonrası kapak değişimi operasyonu + şifa

Bu hastanın vakası, genellikle diğer endokardit etkenleriyle göre daha genç olup septik komplikasyonlar *N. mucosa* da daha sık gözlenmektedir. Özellikle altta yatan kapak patolojisi olan hastalarda endokardit etkeni olarak *N. mucosa*'nın da göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

ANTİBİYOTERAPİNİN ZORLUKLARI

Metronidazole İlişkili Periferik Nöropati: İki Olgu Sunumu

Duygu Korkut, Seniha Başaran, Aysun Benli, Halit Özsüt, Serap Şimşek Yavuz

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Metronidazol protozoa ve anaerob bakterilere karşı kullanılan bir 5-nitroimidazol bileşiğidir. Genellikle iyi tolere edilir, yaygın istenmeyen etkileri karın ağrısı ve mide bulantısıdır. Ciddi ve nadir istenmeyen etkisi ise periferik ve merkezi sinir sistemi (MSS) toksisitesidir. Burada uzamış metronidazol kullanımına bağlı periferik

Amebik meningoensefalit tanısıyla izlenen 2 olguda metronidazole bağlı olduğu düşünülen polinöropati (12 haftadan sonra)

semptomları sebat eden hastanın takibi sürmektedir.

Olgu-2: Bilinen hipertansiyonu olan 56 yaşında erkek hasta, 3 ay içinde gelişen konfüzyon tablosuyla getirildi. BOS'ta *Acanthamoeba* spp. kistleri görülmesi üzerine İV flukonazol+SXT+metronidazol ve oral azitromisin tedavisi başlandı. Tedavinin 70. gününde oral tedaviye geçildi ve ayaktan izleme devam edildi. 18. haftada hastada eldiven çorap tarzı his kaybı gelişti. Kranyal MR görüntülemeye santral patoloji görülmedi. Takiplerine gelmeyen hasta; tedavinin 28. haftasında yakınmalarında artışla başvurdu ve metronidazole ilişkili periferik nöropati tanısıyla ilaç kesildi. EMG yapılması planlanan hastanın takibi sürüyor.

İrdeleme: Metronidazole ilişkili nöropatinin mekanizması aydınlatılamamıştır. Serbest radikallerin, ilacın metaboliti olarak açığa çıkması ve protein sentezini inhibe edip nöronlarda aksonal hasar oluşturması öne çıkan teoridir. Çoğu olguda ilaç kesilince semptomlar düzelirken, nadiren kalıcı hasar olabilir. Metronidazole ilişkili periferik nöropatinin insidansı çok yüksek değildir, bir derlemede %0.25 olarak bildirilmiştir, ancak >4 hafta ve kümülatif doz olarak >42 gr alındığında daha yüksek insidans saptanmıştır. Bizim her iki olgumuzda da da semptomların 4.haftadan sonra ortaya çıkması bu veriyi desteklemektedir. Sunduğumuz olgularla uzun süreli metronidazol kullanımının, periferik polinöropatiye neden olabileceği vurgulanmıştır.

Ciddi Asiklovir Alerjisinde İntravenöz Asiklovir Desensitizasyon Tedavisi: Herpes Ensefaliti Olgusu

Tuğba Arslan Gülen¹, Güzin Özden², Tuba Turunç¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Adana

²Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ve Allerji, İmmünoloji Bölümü, Adana

Amaç: Herpes simpleks virüsü (HSV), sporadik viral ensefalit etkenidir. Asiklovir, ensefalit şüphesi olan tüm hastalarda en kısa sürede başlanması gereken tek antiviral tedavi seçeneğidir. Asiklovir, nadiren, geniş bir yelpazede ortaya çıkabilen alerjik reaksiyonlara neden olabilir. Bu olguda, HSV enfeksiyonu olan hastanın asiklovir tedavisi sırasında ciddi alerjik reaksiyon geliştiği görülmüştür.

**Asiklovir tedavisinin 5. gününde
gövde ve üst ekstremitelerde yaygın, basmakla solan makülopapüler döküntü
dil ve dudaklarda ödem
asiklovir desensitizasyonu**

Hastanın tip 1 ödemli reaksiyon testi pozitif saptandı. Asiklovir tedavisinin 5. gününde özellikle gövde ve üst ekstremitelerde yaygın, basmakla solan makülopapüler döküntü ile beraber dil ve dudaklarda ödem gelişmesi nedeniyle asiklovir tedavisi kesilerek metilprednizolon 80 mg IV ve feniramin 45.5 mg IV ile müdahale edildi. Hastanın asiklovir tedavisinin desensitizasyon uygulanarak devam edilmesi için bir desensitizasyon protokolü oluşturuldu (Tablo 1). Bu protokol ile tedavisi 21 güne tamamlanarak tedavi bitiminde hasta tam şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: HSV ensefaliti morbidite ve mortalite oranı yüksek bir klinik tablodur. Burada, intravenöz asiklovir dışında alternatif tedavi seçeneği olmayan, asiklovir tedavisi sırasında ciddi alerjik reaksiyon gelişen ve intravenöz asiklovir desensitizasyonu ile tedavi edilen HSV tip 1 ensefaliti olgusu sunulmuştur. Bu olgu sunumu ile asiklovire alerjik reaksiyon gösteren bir HSV ensefaliti tanılı hastanın IV desensitizasyon uygulanarak başarılı bir şekilde tedavi edildiği gösterilmiştir.

Tablo 1. Asiklovir desensitizasyon protokolü

Basamak (saat)	Doz (mg)	Konsantrasyon (mg/mL)	Volüm (mL)
1.*	10	1.4	7
2.	15	1.5	10
3.	22.5	1.5	15
4.	45	1.5	22.5
5.	90	1.5	60
6.	97.5	1.5	65

6. saatten sonra, günde 3 kez, 6 saat 125 mg/saat intravenöz (IV) infüzyon (her infüzyondan 1 saat önce 40 mg metilprednizolon ve her infüzyondan 30 dakika önce feniramin IV infüzyonu)

*Protokole başlamadan 1 saat önce 60 mg intravenöz metilprednizolon ve 30 dakika önce 45,5 mg intravenöz feniramin uygulaması

İmmunosuprese hastada gelişen CMV ensefaliti için kullanılan gansiklovirin toksik etkisi

Eyüp Arslan¹, Ayşe Şabaplı Çetin¹, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Aslıhan Ayşe Büber¹, Serkan Demir², Derya Öztürk Engin¹

¹Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE Amaç: Sitomegalovirus (CMV); organ nakli, HIV enfeksiyonu ve immunosupresif ilaç kullanan hastalarda morbidite ve mortaliteye neden olabilen latent bir virustur. Virusun immunosuprese bireyde hepatit, retinit, özefajit veya ensefalite yol açtığı bilinmektedir. Nöromiyelitis optika spektrum bozukluğu (NMOS) tedavisi altında gelişen CMV ensefaliti nedeniyle gansiklovir başlanan hastada lökopeni gelişmiş, granulosit-monosit koloni stimüle edici faktör (GM-CSF) tedavisine yanıt alınarak tedavinin devamının sağlanması nedeniyle bu olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Gansiklovir tedavisinin 21. gününde nötropeni (140/mm³)

3020/mm³, (%80 PNL %15 lenfosit), CRP:112, prokalsitonin:0,17 mg/ml olarak ölçüldü. Kontrastlı kranial MR'da sağ lateral ventrikül anterior horn komşuluğunda t1 hipo, t2 hiperintens kontrast tutmayan yeni lezyon saptandı. Ani gelişen kas gücü kaybı ve bilinç bulanıklığı olan hasta yoğun bakım ünitesine (YBÜ) alındı. Lomber ponksiyon yapıldı. BOS incelemesinde hücre sayısı:0/mm³, glukoz:50 mg/dl, protein:27 mg/dl, (eş zamanlı kan şekeri 90mg/dl) ölçüldü. Serumda Anti CMV IgM (+), Anti CMV IgG (+), CMV RNA: 213796 IU/ml ölçülen hastanın BOS CMV RNA: 100000 mg/dl ölçüldü. Hastaya gansiklovir 2x5 mg/kg/gün IV tedavi başlandı. Kliniği stabil seyreden ve YBÜ ihtiyacı kalmayan hasta servise nakledildi. Ancak gansiklovir tedavisinin 21. gününde nütrofil sayısının 140/mm³'e düştüğü görüldü. Hastaya GM-CSF tedavisi başlandı. Bu tedaviye yanıt alınan hastanın nütrofil sayısı 2400/mm³ değerine kadar yükseldi. Hastanın tedavisinin 27. gününde yapılan kontrol lomber ponksiyonunda BOS CMV PCR sonucu 295 IU/ml olarak belirlendi. Yatışının 36. gününde aspirasyon pnömonisi gelişen hastada yeniden YBÜ ihtiyacı belirlendi. YBÜ yatışının üçüncü gününde hasta kaybedildi.

Sonuç: İmmunosuprese hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar sık görülmektedir. Özellikle santral sinir sistemi semptomları gelişen hastalarda CMV ensefalitinin gözönünde bulundurulması gerekir. Gansiklovir kullanan hastalarda lökosit değeri yakından takip edilmeli, lökopeni geliştiğinde GM-CSF uygulanması ile tedavi devamı yapılabileceği hatırlanmalıdır.

Piperasilin Tazobaktama Bağlı Febril Nötropeni Olgusu

Yasemin Çakır¹, Nevin İnce²

¹Sağlık Bakanlığı Ağrı Doğubayazıt Dr. Yaşar Eryılmaz Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ağrı

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ

Piperasilin tazobaktam gram pozitif, gram negatif, anaerob ve güçlü antipseudomonal etkinliğe sahip beta laktam grubu antibiyotiktir. Piperasilin tazobaktamın hipersensitivite, hepatotoksisite, bulantı, kusma gibi nonspesifik yan etkilerinin yanı sıra özellikle uzun süreli kullanımına bağlı ilaç ateşi ve kemik iliği baskılanması sonucu nötropeni, trombositopeni gibi yan etkileri de bilinmektedir. Bu olgumuzda da osteomyelit tanısı ile takip edilen ve piperasilin/tazobaktama bağlı febril nötropeni gelişen bir hasta sunulmuştur.

OLGU

- Kronik osteomyelit nedeniyle piperasilin tazobaktam başlanan hastada tedavinin 21. gününde gelişen **ateş, lökopeni, nötropeni, trombopeni**
- Piperasilin tazobaktam kesilince düzelme

nötrofil 200/mL, lenfosit 70/mL) saptandı. Hastanın tedavileri stoplandı, amoksisilin klavulanat 2x1 gr ve siprofloksasin 2x500 mg başlandı. Periferik yayma istenderek hasta hematolojiye konsülte edildi. Hasta bu şekilde takibe devam edildi. Takibin 2.gününde hastanın nötrofil ve lenfosit sayısı artmaya başladı. 4.gününde lökosit 4000/mL, nötrofil 1600/mL, lenfosit 1400/mL trombosit 244000/mL olarak sonuçlandı ve takiplerinde ateş yüksekliği olmadı. Ateşli dönemde de alınan kan kültürlerinde üreme olmayan hasta amok-klav ve siprofloksasin tedavileri 14 güne tamamlanacak şekilde oral antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi.

SONUÇ

Osteomyelit, intraabdominal enfeksiyonlar, diyabetik ayak enfeksiyonu gibi uzun süre piperasilin tazobaktam kullanılan hastalarda yakın hemogram takibi yapılmalı, klinik iyileşme olmasına rağmen, yeni gelişen ateş olması, nötropeni gelişmesi durumunda piperasilin tazobaktama bağlı kemik iliği baskılanmasının ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmalıdır.

Ciddi Sülfonamid Alerjisi Olan Bir *Pneumocystis jirovecii* Pnömonisi Olgusu

Fatma Nur Karataş¹, Müzeyyen Aksoy², Hüseyin Bilgin¹, Volkan Korten¹

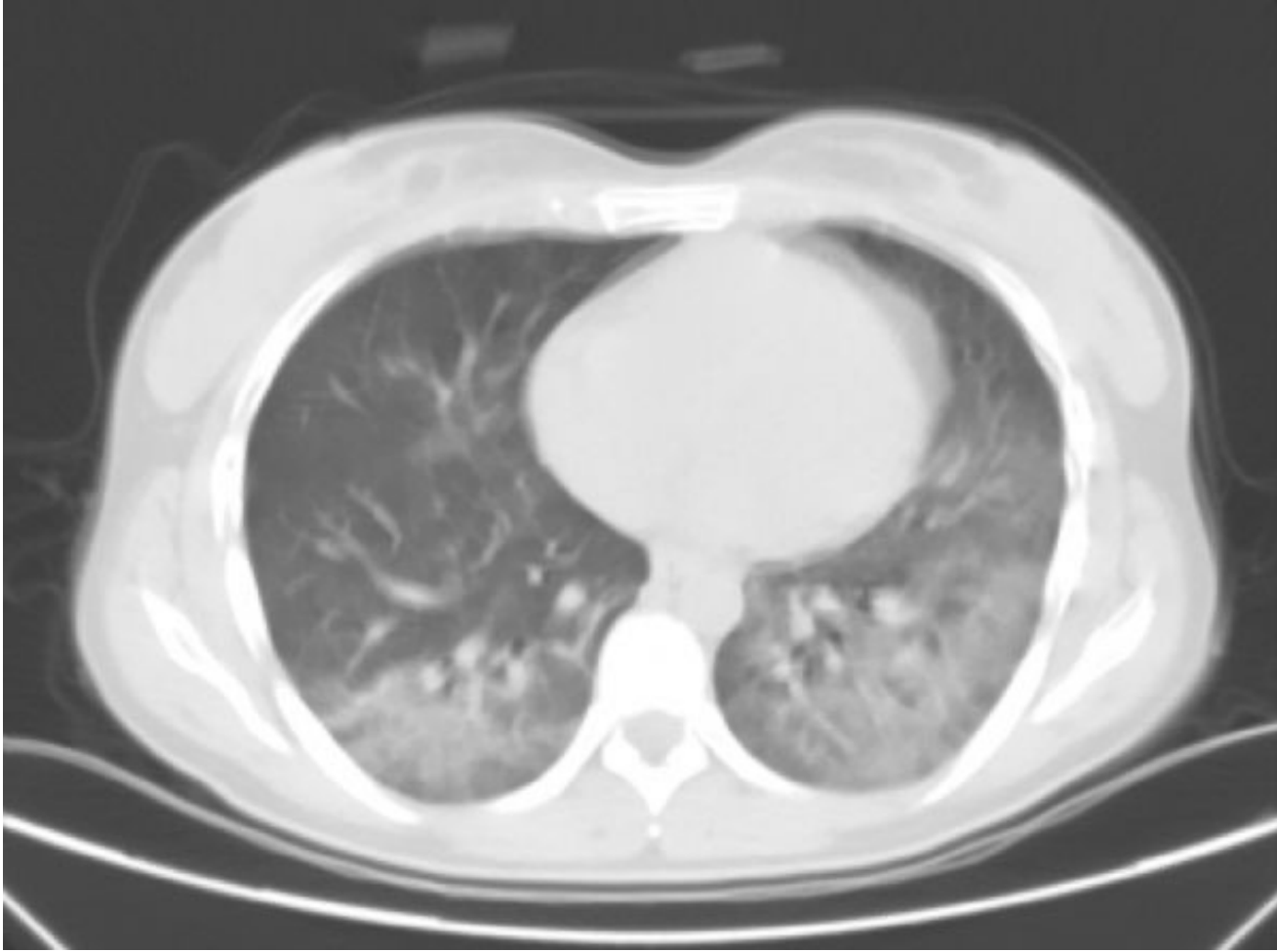
¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Trimetoprim-Sülfametoksazol (TMP-SMZ), *Pneumocystis jirovecii* Pnömonisi (PJP) tedavisi için tercih edilmektedir. İnsan immün yetmezlik virüs (HIV) enfeksiyonu hastalarının %20-85'inde TMP-SMZ ilişkili advers reaksiyonlar görülmektedir. Yaygın advers etkiler kaşıntı (%30-55, Stevens-Johnson sendromu dahil), ateş (%30-40), hepatit (%20), lökopeni (%30-40), trombositopeni (%15), hiponatremi ve hiperkalemi (1). HIV hastalarında, tedavinin başlamasından 1-2 hafta sonra ateşin eşlik ettiği morbiliform reaksiyon

PCP ön tanılı hastada **TMP-SXT 9.gününde gelişen**
ateş, döküntü, hepatotoksisite, hiperkalemi, hiponatremi ve solunum sıkıntısı
primakin+klindamisin

tedavisinin 9.gününde hastada ateş ve tüm vücutta yaygın makülopapüler döküntü görüldü (Şekil 2). Dermatoloji görüşü de alınarak ilaç erüpsiyonu düşünüldü ve antihistaminik ile beraber TMP-SMZ devam edildi. Takiplerinde solunum sıkıntısı gelişen hastada TMP-SMZ tedavisine bağlı ciddi alerjik reaksiyon ve akut karaciğer hasarı düşünülerek TMP-SMZ kesildi. DTG yerine raltegravir 2x400mg'a geçildi. Aynı gün AST:561U/L, ALT:1095U/L, ALP:186U/L, GGT:190U/L, sodyum:128mEq/L, potasyum:5,2mEq/L olup bilirubinler normaldi. Hepatobiliyer ultrasonografisinde özellik yoktu. PJP alternatif tedavisi olarak primakin 30mg 1x1 ve klindamisin 4x450mg peroral başlandı. Tedavisi 21 güne tamamlandı. Karaciğer enzimleri geriledi ve kontrol Toraks BT de lezyonlar tama yakın regrese oldu. Sonuç: TMP-SMZ ilişkili advers reaksiyonlar özellikle HIV ile infekte bireylerde artan oranlarda görülmektedir. Bu nedenle hastalar klinik ve laboratuvar olarak yakın takip edilmelidir. TMP-SMZ kullanılamadığı durumlarda hastanın yönetimi zorlaşmakta, ancak alternatif tedavilerle başarı mümkündür.



Nedeni bilinmeyen ateş etiyolojisi araştırılırken saptanan ilaç ateşi

Deniz Öççetin¹, İrem Akdemir Kalkan¹, Güle Çınar¹, Ezgi Gülten¹, Elif Mukime Sarıcaoğlu¹, Nevzat Reha Tandoğan²,
Kemal Osman Memikoğlu¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Çankaya Ortopedi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Nedeni bilinmeyen ateş, enfeksiyon hastalıklarının önemli hastalıklarından biridir. Altta yatan sebepler arasında sıklıkla enfeksiyonlar, malignite, bağ doku hastalıkları, vaskülitler, granülomatoz hastalıklar, inflamatuvar bağırsak hastalıkları sayılabilir. Ateş nedeni kimi zaman ilaçlar da olabilmektedir. Bu olguda nedeni bilinmeyen ateşle başvuran bir hastada ateş nedeni olarak saptanan ilaç kullanımı tartışılmıştır.

Olgu: Kırk iki yaşında bilinen kronik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olmayan kadın hasta, ateş nedeniyle enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurmuştur. Yaklaşık üç hafta önce menisküs hasarı nedenli opere olmuş, sonrasında deksketoprofen ile taburcu edilmiş. Ağrıları geçmeyen hastada deksketoprofen tedavisi kesilip gabapentin tedavisine geçilmiş. Operasvondan yaklaşık bir hafta sonra gün içerisinde 38.5°C ölçülen ateş

şikâyet
enfeksi
enfeksi
bulun
olarak
infekt
48. sa
alındı
Sonuç

NBA nedeni-----Gabapentin kullanımı sonrası ateş

düşünülmeyişinde gereksiz tetkik, tedavi ve hospitalizasyona yol açar.

İlaça bağlı ateşte ateş genellikle ilaç başlangıcından 7-10 gün sonra ortaya çıkmakla birlikte başlangıçtan sonra herhangi bir dönemde de olabilir ve ilaç kesildikten 24-48 saat sonra ateş yanıtı alınır. Bu olguda olduğu gibi ilaç başlangıcından kısa süre sonra ortaya çıkan ateşlerde ateşin ilaca atfedilmesi daha kolay olabilir ancak uzun süreli ve çoklu ilaç kullanımı olan yaşlı hastalarda ilaç ateşi tablosuna neden olan ilacı belirlemek oldukça zor olabilir.

Olguların çoğunda ilaç ateşi antibiyotik ilişkili düşünülmektedir. En sık beta-laktam ve sülfonamidlerle olmakla birlikte antiviral, antiparaziter ve antifungaller ile de ortaya çıkmaktadır. Bunların dışında diüretikler, laksatifler, antiepileptikler, antiaritmikler, sedatifler, antihipertansifler, dopamin, kemoterapi ve immunoterapi ilaçları, tiroid hormonu, sempatomimetik ajanlar ve bu olguda olduğu gibi ağrı kesiciler de neden olabilmektedir.

NADİR ETKENLER--AMA VARLAR!!

Ateş ve döküntü; *Rickettsia Conorii*

Nilgün Koltuk, Sema Ünal, Fatih Temoçin, Esra Tanyel

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

- 57 yaş, erkek
- 1 haftadır ateş, üşüme ve titreme, halsizlik, baş ağrısı, göğüs ağrısı ve miyalji ile acile başvuru
- Amoksisilin klavunat ve asetilsistein kullanımı sonrası **tüm vücutta döküntü**
- Kırsal bölgede yaşadığı, hayvancılık ve çiftçilikle uğraştığı yaklaşık 20 gün önce **kene temasının** olduğu öğreniliyor
- **Kolları ve bacaklarda yaygın eritemli maküler döküntüler**
- WBC:11280 /uL(%81 PMNL), HB:18.10g/dL, PLT:153 000/uL, AST:108 U/L, ALT:80 U/L, Total Bilirubin:1.24 mg/dL Kreatinin:1.04 mg/dL INR:1.20. İ
- Enfeksiyon Hastalıkları'na yatış
- Kan kültürü (-), brucella rose bengal ve tüp aglütinasyon testi (-), EBV VCA IgM negatif, EBV VCA IgG:0,44 (pozitif), KKKA PZR (-)
- **Dermatoloji:** deri biyopsisi----**vaskülopatik doku paterni**
- **Ampirik doksisisiklin 2x100mg ---tedavinin 2. gününde eklem ağrıları ve döküntü geriliyor**
- **ELISA ile *Rickettsia conorii* IgM ve IgG pozitif, IFA ile *Rickettsia conorii* IgG 1/5120 (+)**



Alt ekstremitelerde
maküler döküntüler

Serebral enfarktüs ile seyreden bir akdeniz benekli ateşi olgusu

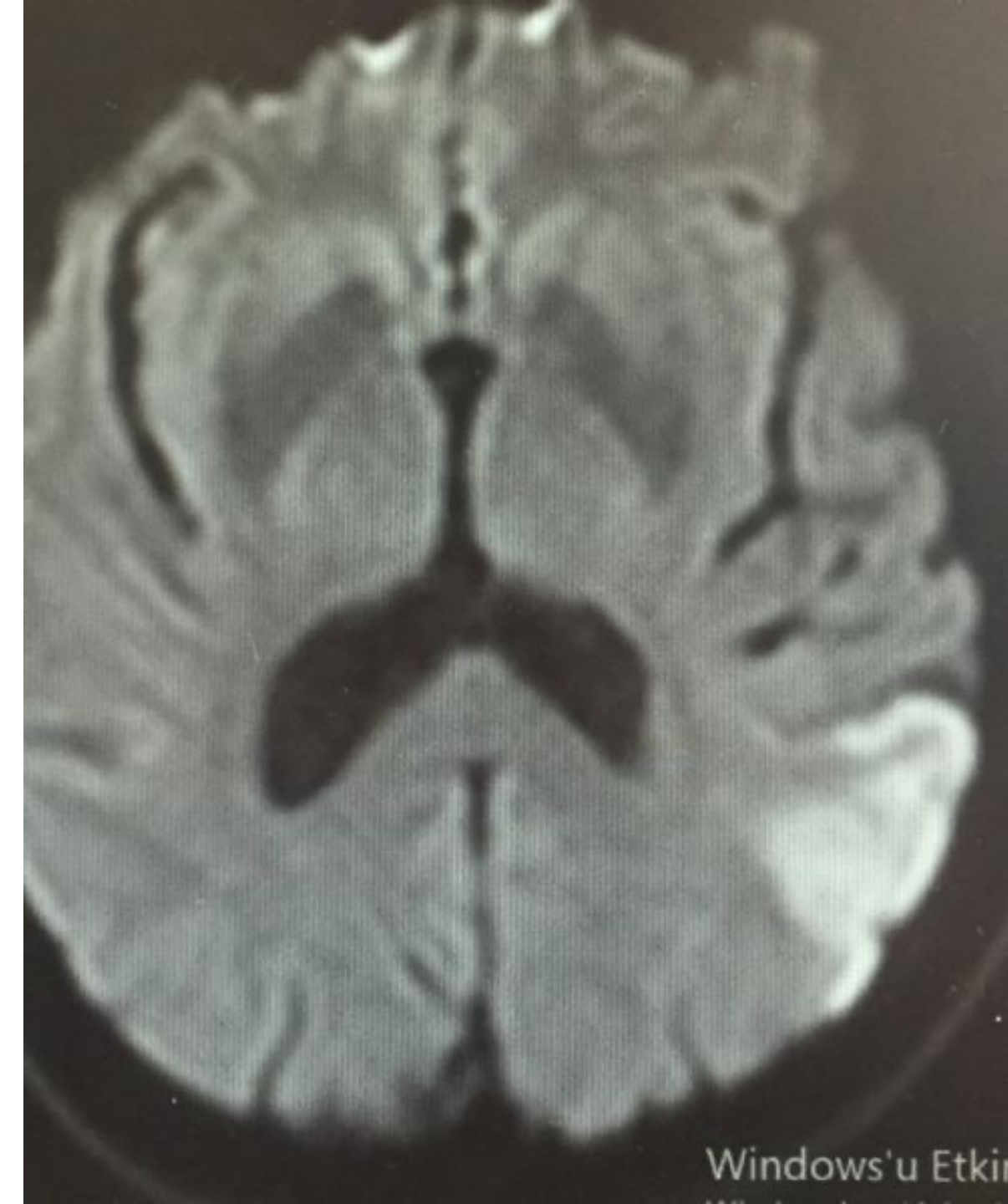
Umut Devrim Binay¹, Orçun Barkay¹, Faruk Karakeçili¹, Özlem Gül², Ceyda Tanoğlu³, Betül Sümer¹

¹Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan

²Sisli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

- 60 yaş, erkek
- 5-6 gündür ateş, titreme, halsizlik ve vücutta döküntü ile acile başvuru
- 1 hafta önce sağ dizinin arkasından **kene çıkardığını** ifade ediyor
- Sağ diz arkasında 3 cm, **ortası krutlu, etrafı hiperemik, eskarla uyumlu lezyon**
- Gövdede ve ekstremitelerde **makülopapüler, basmakla solan döküntüler**
- Lökosit: 5700/mm³, Hgb: 14,7 g/L, PLT: 134000/mm³, Kr: 1,16 mg/dl, ALT/AST: N
LDH: 260 U/L, CK: 160 U/L, CRP: 79 mg/L
- Ampirik 2x100 mg doksisiklin
- Yatışının 3. gününde hastanın ateşinde düzelme, döküntülerde solma eskar dokusunda iyileşme
- VDRL, Rose-Bengal, Brucella standart ve coombs'lu aglütinasyon, Anti-HIV, CMV-Ig M, EBV VCA Ig M (-)





- **AFAZİ** geliyor
- **Kraniyal BT:** normal
- **Difüzyon MR:** sol oksipital bölgede **akut enfarktüs**
- Düşük molekül ağırlıklı heparin 2x0.6 ünite subkutan ve asetilsalisilik asit 1x100 mg
- **Vertebral ve karotis arter doppler USG:N**
Kardiyak risk faktörü (-)
- Yatışının 5. gününde ***Rickettsia* spp. PZR (+)**,
KKKAV-PZR ve KKKAV Ig-M (-)
- Yatışının 7. gününde gövdedeki döküntülerde kaybolma, afazide düzelme
- Yatışının 10. gününde ***R. conorii*-Ig M negatif,**
***R. conorii* -Ig G pozitif**

Nedeni bilinmeyen ateş: Q ateşi olgusu

Sevil Alkan¹, Serhat Karaayvaz², Safiye Bilge Güçlü Kayta¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

²Çanakkale Ezine Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Çanakkale

- 34 yaş, erkek, çiftçi
- **12 gün önce başlayan bulantı kusma, baş ağrısı, ateş ve kas ağrısı**
- WBC:13800/mm³, %74 nötrofil, diğer biyokimyasal tetkikleri normal
- **PA Akc grafi: şüpheli pnömonik tutulum**
- **Lober pnömoni ön tanısıyla seftriakson**
- **Ateş yanıtı yok, şiddetli baş ağrısı (+)**
- Kültürlerde üreme yok, kraniyal görüntüleme ve EKO (N)
- Lejyonella antijeni ve Rose Bengal, Wright tetkikleri (-)
- **Q ateşi düşünülerek ampirik doksisisiklin ekleniyor**
- **Takibinin 5. gününde ateşi düşüyor**
- Coxiella burnetii faz II IFA IgM:negatif ve **Coxiella burnetii faz II IFA IgG: 1/256**
- Akut Q ateşi

ŞEFİN SEÇİMİ

Prokalsitonin yüksekliği nedeni olarak metil alkol zehirlenmesi

Ayşe Nur Beytur¹, Bilgöl Mete¹, Seval Ürkmez², Olcay Dilken², Gökhan Aygün¹

¹IUC- Cerrahpaşa Tıp Faköltesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobivoloji AD

AMAÇ

Prokal-
biyobe-
Olgum

OLGU

54 yaş
görme
°C, tan-
fizik m-
anyon-
bakım-
reaktif
izlenm-
lökosit
enfeks-
ampiri-
batın u-
günlük
antibiy-
tablod-

- Metanol zehirlenmesi---YBÜ
- Nötrofilik lökositöz, CRP: 25 mg/L ve PCT yüksekliği: 2,7 µg/
- Enfeksiyon odağı yok
- Antibiyoterapisiz izlem
- Takiplerinin 3. gününde ateşsiz, hemodinamisi desteksiz stabil
- Nötrofilik lökositöz, CRP:335 mg/L ve PCT: 32,4 µg/L
- Kültürler +ampirik piperasilin-tazobaktam ve teikoplanin
- Kültürlerde üreme yok, antibiyotik kesiliyor

SONUÇ

PKT, tiroid bezinde bulunan paratormikale C hücrelerinden salgılanan kalsitonin prekürsörü olup dokü hasarına bağlı olarak hemen hemen tüm dokulardan da salgılanabilir. Yüksek PKT değeri kardiyojenik şok, akut pankreatit, travma, rabdomiyoliz, otoimmün hastalıklar ve maligniteler gibi durumlarda da görülebilir.

Literatürde amfetamin, parasetamol, mantar, organofosfat ve sempatomimetik ilaç intoksikasyonu vakalarında bakteriyel enfeksiyon ilişkisiz ciddi prokalsitonin yükseklikleri bildirilmiştir. Metil alkol zehirlenmesi prokalsitonin yüksekliği nedenlerinden biri olabilir ve bizim olgumuz bu konuda literatürdeki ilk vaka olma özelliğini taşımaktadır.

Hastanın laboratuvar sonuçları

	Referans aralığı	1. gün	2. gün	3. gün	4. gün	5. gün	6. gün	7. gün	8. gün	9. gün	10. gün
PKT (µg/L)	0 - 0,5	2,72	1,21	32,42	54,95	48,63	40,42	19,68			2,8
CRP (mg/L)	<5	25,91	28,9	335,26	441,02	436,98	273,57	178,04	191,96	143,6	147,2
WBC (10 ³ /µL)	4,3 - 10,3	20,2	23,2	30,3	17,9	14,8	16,5	21,3	16,6	14,2	16,9
NEUT (%)	41 - 73	90,6	92,5	86,9	87,5	83,5	78,5	80,3	68,2	58,9	75,8

Prokalsitonin seyri

