

Klimik Derneği Asistan ve Gen
Uzman Hekimler (AGUH) Komisyonu

TEMEL EğİTİM PROGRAMI
AGUH 2023

3 HAZİRAN 2023

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜK,
DOKTORA D1 SALONU, BEYAZIT / İSTANBUL

.....

**Uzmanlık sürecinde, zorunlu hizmette nasıl
yayın yapılır?**

Dr. Betül opur
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniđi



İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
01.10.2012-02.10.2017



Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi
01.03.2018-10.03.2020

Uzmanlık sürecinde, zorunlu hizmette nasıl yayın yapılır?

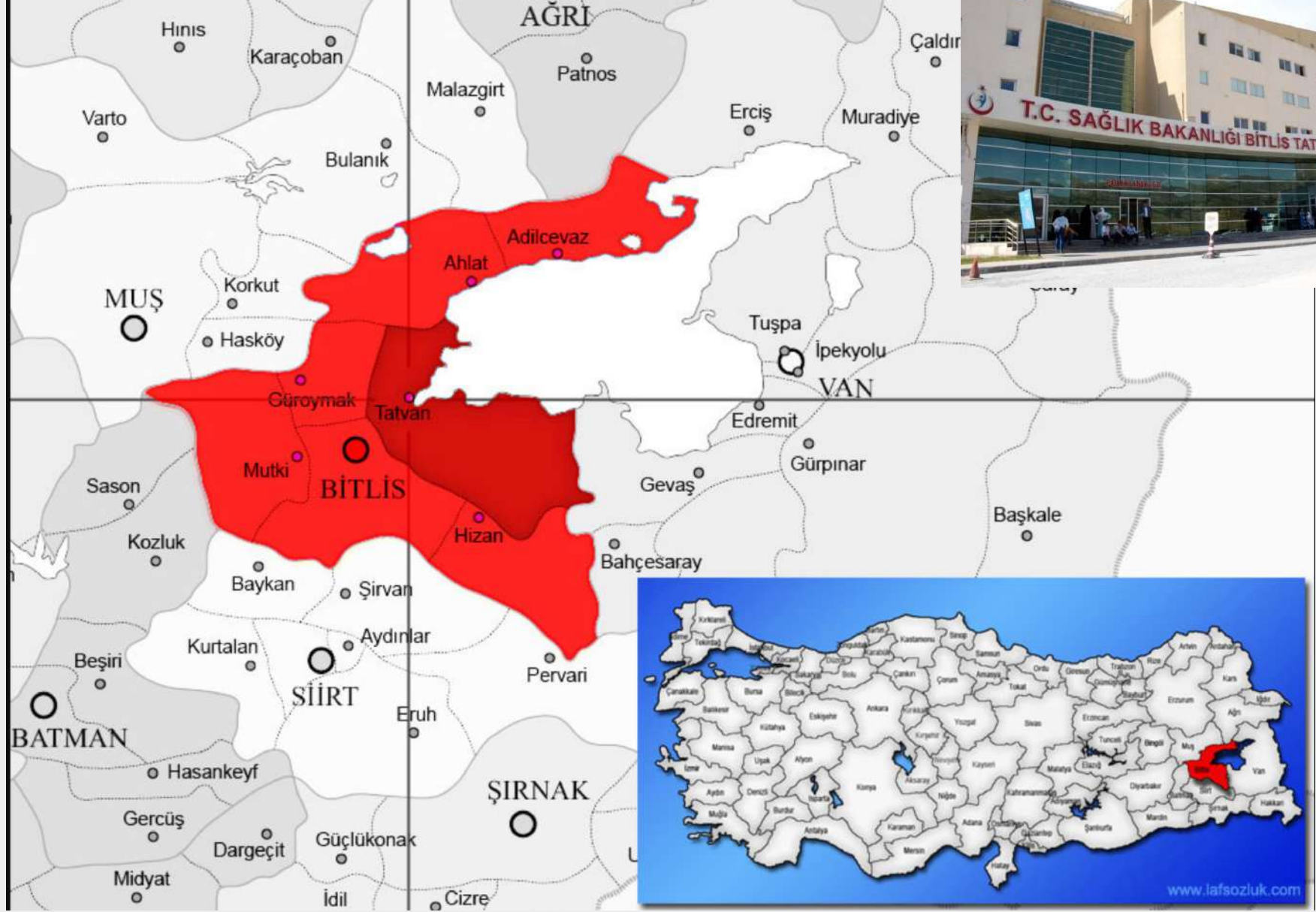


Zorunlu Hizmet Öncesinde

Zorunlu hizmet bölgesi belli olunca

- Bölgenin epidemiyolojik özellikleri
- Bölgede sık görülen hastalıklarla literatür taraması
 - Neler yapılmış?
 - Neler eksik?
 - Ben ne merak ediyorum? Ne yapabilirim?
- Hasta takip formu

Zorunlu Hizmet Öncesinde



Zorunlu Hizmet Sürecinde

Bölge halkının çoğu kırsal kesimde yaşıyor

Bireysel-Ailesel hayvancılık

Hayvan insan ilişkileri iç içe

Taze peynir tüketimi çok fazla

Sonuç olarak bruselloz iyi bir çalışma konusu



Zorunlu Hizmet Sürecinde

Hasta takip formu oluřturma

Manuel veya elektronik ortamda kayıtların tutulması

Muayene sırasında

Excel tablosu oluřturma

Haftalık-15 günlük aralarla veri girişi

BRUSELLOZ VAKALARININ İNCELENMESİ

HASTA BİLGİLERİ:

AD-SOYAD:

TC KİMLİK NO:

YAŞ:

MESLEĞİ:

ADRES/TEL

ŞİKAYETLERİ:

SÜRESİ:

ATEŞ:

ÜŞÜME-TİTREME:

TERLEME:

İŞTAHSIZLIK:

MİDE BULANTISI-KUSMA:

EKLEM AĞRISI:

MYALJİ:

BEL AĞRISI:

BAŞ AĞRISI:

DİĞER:

BULGULAR:

ATEŞ:

HEPATOMEGALİ:

SPLENOMEGALİ:

LAMG:

DİĞER:

TEDAVİ:

TEDAVİ SÜRESİ:

OLASI BULAŞMA YOLLARI:

ÇİĞ SÜT-TAZE PEYNİR TÜKETİMİ:

HASTA HAYVANLA TEMAS:

AİLE DE BRUSELLOZ ÖYKÜSÜ:

BELLİ OLMAYAN:

HAYVANCILIKLA UĞRAŞANLAR İÇİN:

NE TÜR HAYVAN BESLİYOR:

AŞI YAPTIRIYOR MU?:

BRUSELLA AŞISI YAPTIRIYOR MU?:

AŞI YAPTIKTAN SONRA HAYVAN
ÜRÜNLERİNİ TÜKETİYOR MU?:-

YAVRU ATAN HAYVAN VAR Mİ?:

MİKROBİYOLOJİ:

KAN KÜLTÜRÜ:

BRUSELLA TÜP AGLT (SAT):

LABORATUVAR BULGULARI:

WBC:

CRP:

HGB:

ALT:

NEU:

AST:

LEN:

ÜRE:

PLT:

KRE:

ESR:

TEDAVİ SIRASINDA GÖRÜLEN SORUNLAR:

KCFT YÜKSEKLİĞİ:

BULANTI-KUSMA:

DİSPEPSİ:

TEDAVİYE ARA VERME:

YANLIŞ DOZ KULLANIMI:

DİĞER:

SONUC:

SALAH:

NÜKS:

DİĞER:

BRUSELLOZ VAKALARININ INCELENMESI

Belirli Cöplür
25.11.2019 13:02:30
Sak. Etilan. ve Diğer
(MURYENE)

MESLEĞİ: 55 yaş. Soför - Sabahat
ADRES/TEL: Hizan /Hayda.
ŞİKAYETLERİ:
SÜRESİ: 60 → 60 - 360

ATES: +

ÇŞÜME-TITREME: +

TERLEME: +

İŞTAHSIZLIK: +

MİDE BULANTISI-KUSMA: ϕ

ENLEM AĞRISI: Karka (söp)

MİYALİ: ϕ

BEL AĞRISI: ϕ

BAŞ AĞRISI: ϕ

Diğer:

BULGULAR:

ATES: ϕ

HEPATOMEGALİ: +

SPLENOMEGALİ: ϕ

LAMG: ϕ

Diğer:

TEDAVİ: ϕ dox + str./6 hat.

TEDAVİ SÜRESİ: 17.11.19

OLASI BULAŞMA YOLLARI:

ÇİĞ SÜT-TAZE PEYNER TÜKETİMİ: ϕ / +

HASTA HAYVANLA TEMAS: ϕ

AİLE DE BRUSELLOZ ÖYKÜSÜ: ϕ

BELLİ OLMAYAN:

Sütü kark ake kyoatr → 30 dk.

20.11.19 → Etiketleri: aizalmıs. 11 tane şip + medoles güldü.
Baş ofisi -

HAYVANCILIKLA UĞRAŞANLAR İÇİN:

NE TÜR HAYVAN BESLİYOR:

AŞIYAPTIRIYOR MU?: ϕ

BRUSELLA AŞISI YAPTIRIYOR MU?:

AŞI YAPTIKTAN SONRA HAYVAN ÜRÜNLERİNİ TÜKETİYOR MU?:

YAVRU ATAN HAYVAN VAR MI?:

MİKROBİYOLOJİ:

KAN KÜLTÜRÜ:

BRUSELLA TUP AGIT: 640 → 320

LABORATUVAR BULGULARI:

WBC: 6.1

CRP: 119

RF: 63

HGB: 12.1

ALT: 13

NEU: 3.4

AST: 26

LEN: 2.2

URE: 28

PLT: 146

KRE: 09

ESR: 49

TEDAVİ SIRASINDA GÖRÜLEN SOKUNLAR:

KCFT YÜKSEKLİĞİ:

BULANTI-KUSMA:

DISPEPSİ:

TEDAVİYE ARA VERME:

YANILIS DOZ KULLANIMI:

Diğer:

SONUÇ:

SALAH:

NÜKS:

Diğer:

A
B
CÇ
D
E
F
G
HI
İJ
K
L
M
N
O
R
SŞ
T
Ü
Y
Z

Yapıştır Calibri (Gövde) 11 Metni Kaydır Genel Koşullu Biçimlendirme Tablo Olarak Biçimlendir Hücre Stilleri Ekle Sil Biçim Sırala ve Filtrele Bul ve Seç

S1 fx 0=komplikasyon YOK,1=SAKROİLİT, 2=SPONDİLİTİS, 3= PERİFERAL ARTRİT, 4=ORŞİT, 5=HEPATİT, 6=DİĞER

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	
1	AD-SOYAD	TC KMLK	CİNSİY	YAŞ	MESLEK 1+	ikamet adre	HAYVANCILI	NE TÜR	BRUSEL	AŞI SON	SÜT ÖRÜ	HASTA	AİLEDE	NÜKS	BELLİ O	Klinik Form	D-mon-kol	0=komplikasyon YOK,1=	Relaps	ATEŞ (ar)	ATEŞ (ba)	ÜŞÜME	TE
2	abdulla özdeş	21856504900	2	25	1	1	1	3	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1
3	Abdullah Karakaya	12091817986	2	16	1	1	1	1	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
5	Aslıhan Turan	28423276670	1	64	1	2	1	1	3	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
6	Aşık Balaman	31411176992	2	56	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	1
7	Ayfer Inal	35458041954	1	41	2	2	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
8	Aynur Erdoğan	19891560616	1	30	1	1	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
9	aynur satıç	23479444748	1	32	1	2	1	3	3	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
12	Berkan Günceoğlu	34042092600	2	25	4	3	0	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1
13	Binevs Turan (emziriyor)	22114487010	1	33	1	1	12	2	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
17	Burhan Polat	35299057718	2	34	4	2	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
19	Cansel Aslan	11314847380	2	17	3	3	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
22	Cevdet Dağdagez	29554245804	2	49	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
24	Civan ağırtmış	210525531526	2	20	3	2	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1
26	Cüneyt Bilgir	10966857440	2	23	1	2	1	1	1	2	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	1	1	1
29	Doğan Bal	11155862740	2	22	4	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1
31	Elif Eribol	16027688480	1	18	2	2	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
32	Elif Eribol		1	18	2		0	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
33	Elife Karabaş	22024490070	1	25	1	2	1	12	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1
34	Emrah Gökmen	10687866844	2	19	1	2	1	12	2	2	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
36	Erhan Denizciler	35218046908	2	41	1	1	1	1	2	2	0	1	0	1	0	2	0	0	1	1	0	0	1
38	Faruk Soylu	20605546604	2	31	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1
39	fatma akkaya	29095257762	1	19	2	1	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
40	Fatma Tuncar (24w gebe)	33370681562	1	22	1	1	1	2	2	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
41	Ferman Alabay	18364621090	2	72	4	2	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
43	furkan ikinci	27598300824	2	20	1	2	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
44	Gevi Yıldız	34418093170	1	54	1	1	1	12	3	1	0	1	0	1	0	2	0	0	1	1	0	0	1
45	Güli Aslan	20875528478	1	59	1	1	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
46	gülcihan güneş (emziriyor)		1	20	1	2	1	12	2	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1
48	Güzel Aslan	22033489720	1	27	1	2	1	12	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
49	Hacı Demir	22978458522	2	30	1	1	1	1	2	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
50	Halis Baykara	34420076758	2	55	4	1	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1
51	Halis Ölekli	36163020944	2	59	4	3	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1
53	Hatice Akbaş	12571804772	1	22	1	2	1	1	2	2	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1
54	Hatice İvak	26872325140	1	37	1	1	1	12	3	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1
55	hayrettin gümüş	13216778656	2	34	4	2	1	1	2	2	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1
56	hayriye ırgat	22705467698	1	52	1	2	1	1	2	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1
57	hediyeye aydın	13837762850	1	48	1	1	1	1	2	2	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1
59	Kadri Önal	16726666796	2	53	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
60	Keziban Erçel	34471074864	1	28	1	1	1	1	2	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
61	Latife Aydın	13978758132	1	43	2	2	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
62	İeman gümüş	13189779544	1	28	2	2	0	3	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1
64	Mahmut Ercenk	25765364884	2	32	1	2	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
66	Maşallah Öglen	10042901142	2	23	1	1	1	12	1	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1

Araştırma sorusu

Hastaların çoğunda tedavi sonunda serum tp aglütinasyon (SAT) titreleri

döřm

Diğeri

FT

Hatta

Amaç:

Bruselloz tanılı hastalarda tedavi sonu SAT titrelerini araştırmak

Tedavi başarısını değerlendirmede SAT'ın kullanımının uygun olamadığı mesajını vermek

arı....



Brusellozun Takibinde Standard Tüp Aglütinasyon Testinin Yeri

Dr. Betül Çopur
S.B.Ü Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Klimik Derneği Video Kütüphanesi

Merhaba, betul_sadic@hotmail.com

KLİMİK VIDEO KÜTÜPHANESİ

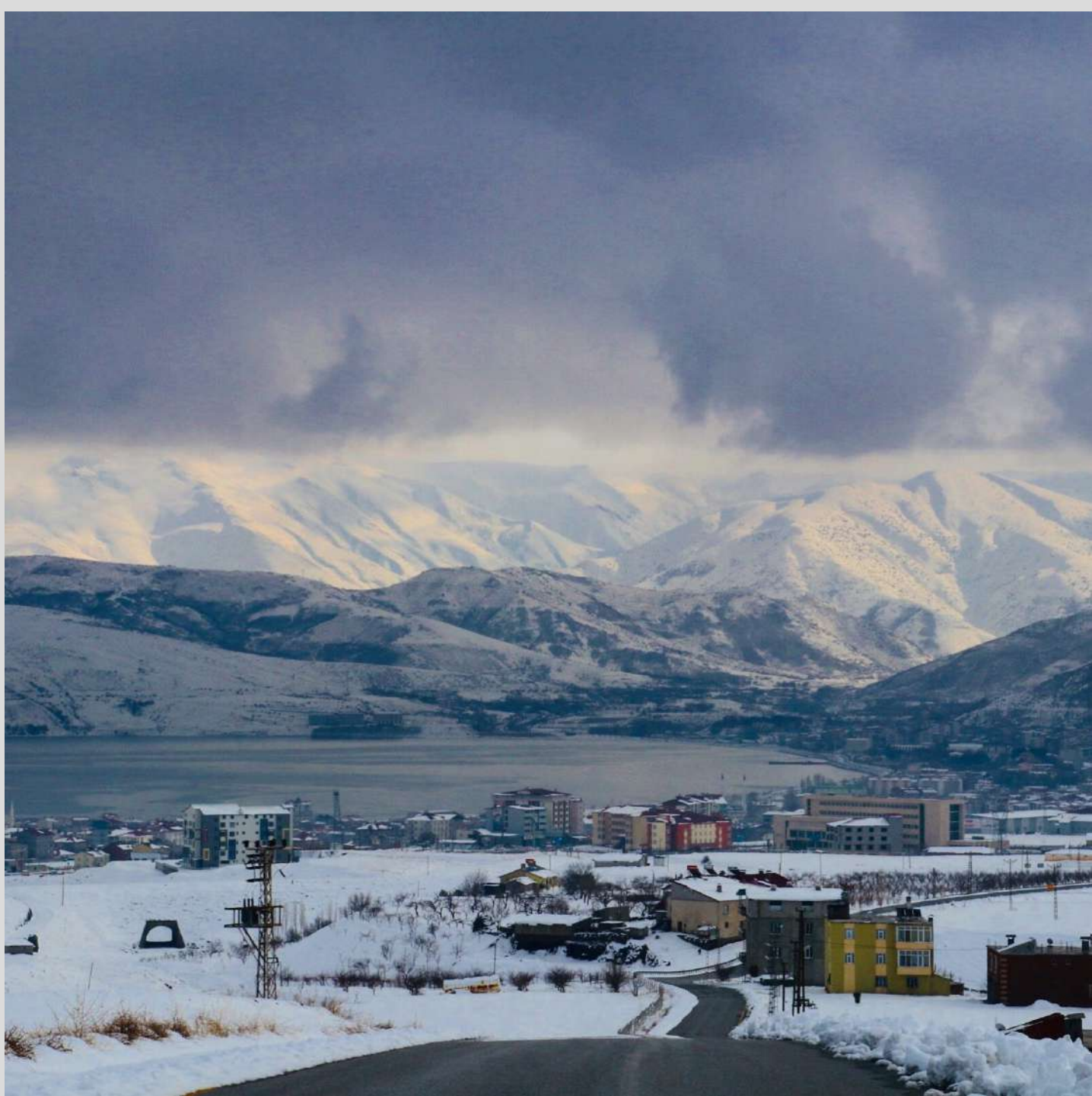
KLİMİK 2021

Betül Sadıç ÇOPUL

Sonuç

- SAT'nin tanı koymadaki başarısının yüksek olmasının yanında kan ve vücut sıvılarında etken izolasyonunun altın standard tanı testi olduğu unutulmamalıdır
- İlaç yan etkilerini izlemek ve düzenli tedavi kullanımı konusunda motivasyonu artırmak için hastaların tedavileri sürecince yakın takibi önemlidir
- Uygun süre ve dozda tedavi alan, klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hastaların sadece %17'sinde tedavi sonu SAT değerlerinin negatifleşmesi bu testin **tedavi takibi ve sonlandırmada kullanımının faydalı olmadığını** düşündürmektedir

Web Konferansı 192: Davi, Yumuşak Doku, Kemik İnfeksiyonları



Olgu fırsatları

- M.Ç 15 E ve C.G. 19 E
- Submandibular bölgede şişlik
- Konjonk
- Antibiyotik kullanma öyküsü
- Muş iline bağlı Hasköy ilçesinden
- Akarsuda yüzme öyküsü

Ön tanı: Tularemi





Hasta Kimlik Bilgileri

Tip : TC Kimlik No'su olanlar
TC Kimlik No : [Redacted] SBKPS Mesleği : İşsiz
Adı : [Redacted] Telefonu : [Redacted]
Soyadı : [Redacted] İkamet Adresi : HASKÖY
Baba Adı : [Redacted] İkamet İli : Muş
Cinsiyeti : Erkek İkamet İlçesi : Hasköy
Doğum Tarihi : 01.03.2003 Mahalle-Köy : Gökyazı Köyü

İlk Kaydeden : Tatvan Devlet Hastanesi (06.09.2018 14:42)

KAYDET

Silme Onayı **SİL**

Yeni Hasta Vaka Sorgulama Formu

Vaka Sorgulama Formları

	TARİH	EPI NO	HASTANE	AGL.TITRESİ	TUL.PCR	TUL.KULTUR	DURUM
İncele	06.09.2018 19:24	13-2018-7-1	Bitlis - Tatvan Devlet Hastanesi	NEGATIF	Lütfen Seçiniz..	Lütfen Seçiniz..	Ayakta Tedavi
İncele	04.10.2018 11:51	13-2018-7-2	Bitlis - Tatvan Devlet Hastanesi	1/1280 ve üzeri	Lütfen Seçiniz..	Lütfen Seçiniz..	Ayakta Tedavi



Hasta Kimlik Bilgileri

Tip : TC Kimlik No'su olanlar
TC Kimlik No : [Redacted] SBKPS Mesleği : Çiftçilik-Hayvancılık
Adı : [Redacted] Telefonu : [Redacted]
Soyadı : [Redacted] İkamet Adresi : HASKÖY
Baba Adı : [Redacted] İkamet İli : Muş
Cinsiyeti : Erkek İkamet İlçesi : Hasköy
Doğum Tarihi : 14.04.1999 Mahalle-Köy : Gökyazı Köyü

İlk Kaydeden : Tatvan Devlet Hastanesi (06.09.2018 14:24)

KAYDET

Silme Onayı **SİL**

Yeni Hasta Vaka Sorgulama Formu

Vaka Sorgulama Formları

	TARİH	EPI NO	HASTANE	AGL.TITRESİ	TUL.PCR	TUL.KULTUR	DURUM
İncele	06.09.2018 14:31	13-2018-4-1	Bitlis - Tatvan Devlet Hastanesi	1/640	Lütfen Seçiniz..	Lütfen Seçiniz..	Ayakta Tedavi

Göz bulguları



POLİKLİNİKLER ARASI HASTA SEVK FORMU
Sağ gözde 1x2 mm boyutunda
konjonktival ülser

İlk göz muayene bulguları yok

Kültür ve PCR için konjonktival sürüntü alınmadı



İmza :
Kaşe :
TATVAN DEVLET HASTANESİ
Çi.Dr. Rahmiye ÖZSUNUB
Göz Hastalıkları Uzmanı
No 134346



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
TULAREMİ HASTALIĞI BİLGİ SİSTEMİ

< Ana

< Ana Giriş

KKKA için iletişim bilgileri

Tel : (0312) 565 56 99

Faks : (0312) 565 56 71



**Bakanlık
Girişi**



**Laboratuvar
Girişi**



**İl Sağlık
Müdürlüğü
Girişi**



**Hastane
Girişi**

29-01-2015
tr-TR

29-01-2015
tr-TR



Hastalar

YENİ HASTA KAYDET

Hasta Arama

Hasta Kayıt Yılı : 2018
Vatandaşlık Tipi : Tümü
TC Kimlik No : (Tamamını yazmak gerekmez)
Adı : (Tamamını yazmak gerekmez)
Soyadı : (Tamamını yazmak gerekmez)
Cinsiyeti : Tümü
İkamet İli : ** Tümü **
EPI No : (Tamamını yazmak gerekmez)
Güncel Durumu : ** Farketmez **
Sonucu : ** Farketmez **

- Hastanenizin Kaydettiği yada size sevk edilenler içinde ara
 Tüm Türkiye'deki kayıtlar içinde ara
 Tarihe Göre Sırala (En Yeniler Üstte)
 Adları Alfabetik Olarak Sırala

Hasta Ara

Toplam 6 kayıt bulundu :

Sayfa : 1

	İLK KAYIT	TC_NO	AD	SOYAD	CINSİYET	İKAMET	SONUÇ
İncele	06.09.2018 19:24				Kadın	Muş	pozitif
İncele	06.09.2018 15:02				Erkek	Muş	negatif
İncele	06.09.2018 14:56				Erkek	Muş	negatif
İncele	06.09.2018 14:31				Erkek	Muş	pozitif
İncele	06.09.2018 14:11				Kadın	Muş	negatif
İncele	05.04.2018 14:33				Erkek	Bitlis	negatif

HASTANIN ŞİKAYETLERİ (Hastanın beyanına göre doldurulur)	
Şikayet başlangıç tarihi :	06.09.2018 (*)
Hastaneye başvuru tarihi :	06.09.2018 (*)
Boğaz Ağrısı :	YOK (*)
Ağızda Yara :	YOK (*)
Halsizlik :	VAR (*)
Yüksek Ateş :	VAR (*)
Kas ve Eklem Ağrılan :	VAR (*)
İştahsızlık :	VAR (*)
Bulantı ve/veya Kusma :	YOK (*)
Karın ağrısı ve/veya ishal :	YOK (*)
Lenf bezinde büyüme ve/veya ağrı :	VAR (*)
Gözde/Gözlerde kızamık ve şişlik :	VAR (*)
Ciltte ülsör ve/veya yara :	YOK (*)
Ciltte döküntü ve/veya eritem :	YOK (*)
EPİDEMİYOLOJİK HİKAYE (Hastalığın klinik belirtilerinin ortaya çıktığı tarihten önceki 1 ay içinde)	
Hayvancılıkla uğraş veya hayvan besleme :	VAR (*)
Kırsal bölgede yaşama :	VAR (*)
Tarımla uğraş :	YOK (*)
Hane halkında benzer hastalık :	VAR (*)
Mahalle / köyde benzer hastalık :	VAR (*)
Kullandığı su kaynağı / kaynakları :	<input checked="" type="checkbox"/> Şebeke <input type="checkbox"/> Kuyu <input type="checkbox"/> Pınar <input type="checkbox"/> Mah/köy çeşmesi <input type="checkbox"/> Dere <input type="checkbox"/> Göl <input type="checkbox"/> Diğer (*)
İçme suyu klorlanıyor mu? :	BİLİNMIYOR (*)
Göl-dere suyuyla temas (Yüzme, çamaşır yıkama vb.) :	VAR (*)
Av hayvanıyla korunmasız temas ve / veya yeme öyküsü :	YOK (*)
Ev çevresinde fare, tavşan, kemirici varlığı (ölü veya canlı) :	YOK (*)
Kemirici hayvanla ya da dışkısıyla temas :	BİLİNMIYOR (*)
Kene tutunma hikayesi :	YOK (*)
Seyahat öyküsü :	YOK (*)
Seyahat öyküsü varsa tarihi :	
Seyahat öyküsü varsa seyahat ettiği yer :	
Doğada aktivite (piknik, avcılık, spor vb) :	YOK (*)
Epidemiyolojik Bağlantısı Olduğu Düşünülen İl :	Muş (*)

DÜŞÜNÜLEN TULAREMİ KLİNİK FORMU	
Düşünülen tularemi klinik formu	Lütfen Seçiniz.. (*)
Laboratuvara gönderilen numunenin cinsi	<input checked="" type="checkbox"/> Serum (*) <input type="checkbox"/> Boğaz kültürü <input type="checkbox"/> Konjonktival kültür <input type="checkbox"/> Yara(ülser) kültürü <input type="checkbox"/> Aspirat <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz)
Listede olmayan numune cinsi (diğer)	
Numune alma tarihi :	04.10.2018 (*)
Muayene eden hekim adı-soyadı ve Telefonu :	betül çopur 5302093516 (*)

LABORATUVAR SONUÇLARI	
Numune Geliş Tarihi :	08.10.2018 (*)
Kayıt No :	
Mikro - Aglütinasyon Testi :	1/1280 ve üzeri
Mikro-Aglütinasyon Çalışma Tarihi :	09.10.2018
Mikro-Aglütinasyon Sonuç Çıkış Tarihi :	10.10.2018
TULAREMİ PCR :	Lütfen Seçiniz..
TULAREMİ PCR Çalışma Tarihi :	
TULAREMİ PCR Sonuç Çıkış Tarihi :	
TULAREMİ Kültürü :	Lütfen Seçiniz..
TULAREMİ Kültürü Çalışma Tarihi :	
TULAREMİ Kültürü Sonuç Çıkış Tarihi :	
TULAREMİ IgG :	Lütfen Seçiniz..
TULAREMİ IgG Çalışma Tarihi :	
TULAREMİ IgG Sonuç Çıkış Tarihi :	
TULAREMİ IgM :	Lütfen Seçiniz..
TULAREMİ IgM Çalışma Tarihi :	
TULAREMİ IgM Sonuç Çıkış Tarihi :	
Lab.Hekim Adı ve Telefonu :	LABORATUVAR - Doç. Dr. Selçuk KILIÇ - 0312 458 21 69 (*)

KLİMİK 2021

26-30 MAYIS 2021
ÇEVİRİMİÇİ

Sudan Gelen Hastalık: Oküloglandüler Tularemi

Betül ÇOPUR

S.B.Ü Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

AMAÇ

Tularemi *Francisella tularensis*' in neden olduğu zoonotik bir infeksiyon hastalığıdır. Ülkemizde çoğunlukla su kaynaklı salgınlann görülmesine neden olmakta ve en sık orofaringeal formu görülmektedir. Bu çalışmada Bitilis Tatvan Devlet Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'nde tanı konulan ve su kaynaklı olduğu tahmin edilen iki oküloglandüler tularemi olgusu sunulmuştur.

OLGU 1

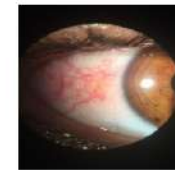
19 yaşında erkek hastaya ateş, sağ çene altında şişlik, göz ağrısı ve gözde çapaklanma şikayetleriyle başvurduğu sağlık merkezinde oral amoksisilin-klavulonik asid ve aminoglikozid grubu bir göz damlası reçete edilmişti. Şikayetleri devam eden hasta İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne yönlendirildi. Başvurusunda vücut sıcaklığı 36.7 °C, ağız içi, farinks ve konjonktivaları normal görünümdeydi. Sağ submandibular bölgede 4x2 cm'lik ağrılı, sert ve hareketli lenfadenomegali (LAM) saptandı. Bir ay önce akarsuya girdiği, bir akrabasının da (olgu 2) benzer şikayetleri olduğu öğrenildi. Hastaya tularemi ön tansiyı oral doksisisiklin 2x100 mg tedavi başlandı. *F. tularensis* mikroaglutinasyon testi (MAT) 1/640 olarak sonuçlandı. Bir ay sonra hastada submandibular LAM'nin devam ettiği, ilgili bölgede flukstasyon geliştiği görüldü (resim 1). Tedavisini düzensiz alan hastaya 10 gün gentamisin 5mg/kg/gün 1x1 İ.V uygulandı. Aralıklı ince iğne ile aspirasyonlar (İİA) yapıldı. Tedavi sonrası üçüncü haftada hastanın şikayetinin olmadığı ve lenf ganglionunun normal boyutlara gerilediği görüldü.



Resim 1. Sağ submandibular bölgede lenfadenomegali



Resim 2. Bilateral lenjoritiv



Resim 3. Konjonktivada tularemi ülseri

OLGU 2

Olgu 1 ile benzer şikayetleri olan 15 yaşında erkek hasta İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne başvurdu. Vücut sıcaklığı 37.6 °C, sol submandibular bölgede 3x1 cm'lik ağrılı, sert ve hareketli lenf ganglionu olan hastaya tularemi ön tansiyı doksisisiklin 2x100 mg tb tedavi başlandı. *F. tularensis* MAT negatif olarak sonuçlandı. İlaçlarını kullanmayan hastanın bir ay sonraki başvurusunda submandibular LAM' nin devam ettiği, konjonktivalarda kızarıklık ve ülserler (resim 2,3) geliştiği görüldü. Tekrarlanan *F. tularensis* MAT 1/1280 ve üzeri olarak sonuçlandı. Hastaya gentamisin göz damlası 4x2 damla ve 5 mg/kg İ.V tedavi 10 gün uygulandı. Taburculuktan sonraki üçüncü haftada submandibular LAM'nin devam ettiği ve flukstasyon geliştiği gözlemlendi. İİA ile lezyon boşaltılarak hasta tedavisiz takip edildi. Bir ayın sonunda lenf ganglionunun normal boyutlara gerilediği, lenf ganglionundaki flukstasyonun ve konjonktivadaki ülserlerinin kaybolduğu görüldü.

SONUÇ

Tularemi tanınması zor bir hastalık olup iyi bir anamnez ve klinik şüphe, hastalığın saptanmasında yardımcıdır. Beta-laktam grubu antibiyotiklere yanıt vermeyen ateş, gözde kızarıklık ve boyunda şişlik şikayeti olan hastalar kontamine su teması açısından sorgulanmalı ve ayrıca tanıda tularemi de akla gelmelidir. Klinik şüphe duyulan ve *F. tularensis* mikroaglutinasyon testi negatif sonuçlanan hastalarda iki hafta sonra test tekrarlanmalıdır. Uygun doz ve süre antibiyoterapiye karşın lenf ganglionunda inatçı flukstasyonlar görülebilir. Ateş ve akut faz yüksekliği olmaması durumunda İİA' larla flukstasyonun gerileyebileceği unutulmamalı ve tekrarlanan tedavilerden kaçınılmalıdır.

Zorunlu Hizmet Sonrası



Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Eldeki verileri yayına dönüştürme zamanı

Çalışma konusu ve tasarımı

- Bruselloz tanılı 139 hastanın tedavi sonrası SAT titrelerini araştırmak
- Klinik ve laboratuvar veriler eşliğinde tedavi sonunda SAT titresi negatif olan ve olmayan grupları karşılaştırmak
- SAT negatifliği belirteçlerini tanımlamak

Etik kurul izni

Ne zaman?

- Zorunlu hizmet sürecinde
- **Zorunlu hizmet sonrasında**

Nerden?

- Zorunlu hizmette çalıştığınız hastaneden
- **Türkiye'nin herhangi bir yerindeki EAH' den**

Zorunlu hizmet sürecinde etik kurul izni alamayacaksanız bölgeden ayrılmadan başhekimlik onaylı araştırma ön izin belgelerinizi mutlaka alın

Literatür taraması

pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=follow-up%2C+standard+agglutination%2C+brucellosis

NIH National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

PubMed®

follow-up, standard agglutination, brucellosis

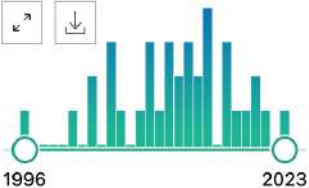
Search

Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sorted by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS

RESULTS BY YEAR



1996 2023

TEXT AVAILABILITY

Abstract

Free full text

Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

Associated data

32 results

Showing results for *follow-up, standard agglutination, brucellosis*
Your search for *follow-up, standard agglutination, brucellosis* retrieved no results

Follow-up standard agglutination and 2-mercaptoethanol tests in 175 clinically cured cases of human brucellosis.

1 Roushan MR, Amiri MJ, Laly A, Mostafazadeh A, Bijani A.
Cite Int J Infect Dis. 2010 Mar;14(3):e250-3. doi: 10.1016/j.ijid.2009.05.008. Epub 2009 Aug 3.
Share PMID: 19648045 **Free article.**

BACKGROUND: The **standard agglutination (SAT)** and 2-mercaptoethanol (2-ME) tests are usually used in the **follow-up** of treated cases of human **brucellosis**. ...Diagnosis of **brucellosis** was established with a SAT of > or =1:320 and a 2-ME of > ...

Neurobrucellosis.

2 Zheng N, Wang W, Zhang JT, Cao Y, Shao L, Jiang JJ, Huang XS, Tian CL, Yu SY.
Cite Int J Neurosci. 2018 Jan;128(1):55-62. doi: 10.1080/00207454.2017.1363747. Epub 2017 Aug 24.
Share PMID: 28768443

PURPOSE: Neurobrucellosis (NB) is a rare complication of **brucellosis**. NB presents with a variety of clinical manifestations, and the symptoms are diverse. Involvement of the central nervous system is common, and the symptoms are diverse. Involvement of the central nervous system is common, and the symptoms are diverse.

Literatür taraması

uptodate.com/contents/brucellosis-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=brucellosis&source=search_result&selecte...

Gmail YouTube Haritalar

INTRODUCTION

TREATMENT

General approach

- Nonpregnant adults
 - Clinical approach
 - Alternative agents
- Children
- Pregnant women
- Kidney or liver failure

Treatment of specific complications

- Spondylitis
- Neurobrucellosis
- Endocarditis

Relapse

Laboratory

DIAGNOSIS

Relapse

Clinical

Obtain

Diagnosis

- Culture
- Serology
- Molecular

Adjunctive tools

- Imaging

LIMITED ROLE OF FOLLOW-UP SEROLOGY

In general, routine follow-up serologic testing is not useful for guiding duration of therapy; it is not always possible to distinguish serologically between persistent (active) and past (inactive) infection [68-70].

Serolojik testlerin rutin takibi tedavi süresini belirlemede faydalı değildir.

of active *Brucella* infection [75,77]. Some patients may have persistent symptoms (which may be attributable to persistent infection or another cause) after completing treatment, even in the setting of declining or negative serology [78,79]. Conversely, elevated levels of IgG antibodies may persist for years in fully treated individuals with no clinical signs of infection [68].

The above assays (if available) are preferred over the following assays (which are generally not appropriate for monitoring response to treatment):

- Anti-*Brucella* cytoplasmic or periplasmic protein antibodies (detected by ELISA) — These antibodies are elevated only in active brucellosis [70,80].
- Molecular techniques — Molecular techniques are inappropriate to establish the success of treatment or to predict relapse. *Brucella* DNA can be detected using real-time polymerase chain reaction (PCR) techniques in the majority of treated patients throughout the follow-up period, despite apparent clinical recovery. In a significant number of patients, *Brucella* DNA can remain detectable for months or years after clinical cure and in the absence of any symptoms indicative of chronic disease or relapse [81,82]. Conversely, relapses have been observed in PCR-negative patients [81].

The SAT is the serologic method for which there is the greatest experience [11,19,110]. In general, positive SAT titers consist of >1:160 outside endemic regions and >1:320 within endemic areas [1]. Evolution of titers (eg, a fourfold or greater rise in titer between acute and convalescent phase serum specimens obtained ≥ 2 weeks apart) may be used as a diagnostic tool [41]; however,



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Infectious Diseases

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijid



THE JOURNAL OF INFECTIOUS DISEASES • VOL. 159, NO. 2 • FEBRUARY 1989
© 1989 by The University of Chicago. All rights reserved. 0022-1899/89/5902-0005\$01.00

Changes in IgM and IgG Antibody Concentrations in Brucellosis Over Time: Importance for Diagnosis and Follow-Up

Elena Gazapo, Juan Gonzalez Lahoz, Jose L. Subiza, Margarita Baquero, Juana Gil, and Emilio G. de la Concha

From the Department of Immunology, Hospital Universitario San Carlos, and the Departments of Internal Medicine and Microbiology, Hospital del Rey, Madrid, Spain

Follow-up standard agglutination and 2-mercaptoethanol tests in 175 clinically cured cases of human brucellosis

Mohammad Reza Hasani Roushan^{a,*}, Mohammad Jafar Soleimani Amiri^b

Al

^a De

^b De

A R

Arti

Rec

Rec

Acc

Cor

Riy

Key

Sta

2-N

Bruc

Tre

Fol

Çalışmaların çoğu mikrobiyoloji temelli ve klinik bulgular yok +

Birden fazla serolojik testin tedavi öncesi, sonrası değerleri araştırılmış —

Genelde tedavi sonrası uzun bir dönem serolojik takip yapılmış —

Sadece bir çalışma;

Klinik bulgular eşliğinde serolojik kür belirteçleri tanımlanmış

Tedavi sonrası 18 ay serolojik takip yapılmış

LightCycler system (Roche Diagnostics). We collected 180 peripheral cellosis. Analysis of bacterial DNA loads was performed for 2 groups: and 7 patients who experienced relapse in the follow-up phase.

Results. Q-PCR was 100% specific for *B. melitensis* and showed : of Q-PCR for both initial infections and relapses was 100%. There between groups with respect to bacterial DNA load from initial diagn ($P > .05$). Evolution of the bacterial DNA load throughout the treatr relapsed and did not relapse. Despite positive response to treatment : after initiating therapy, the results of Q-PCR on finalizing treatment : group and 2 from the nonrelapse group) were low-level positive. At t the patients (4 from the relapse group and 3 from the nonrelapse maintained low bacterial DNA loads.

Conclusions. Using Q-PCR techniques, we consistently detected patients with brucellosis throughout treatment and follow-up, despit findings may have diagnostic, pathogenic, and therapeutic implicatio

Letters to the Editor

Persistence of Brucella Antibodies after Successful Treatment of Acute Brucellosis in an Area of Endemicity

Brucellosis is an endemic zoonotic disease in Saudi Arabia. Accurate diagnosis of brucellosis is made by the isolation of *Brucella* species, but this is achieved only in 40 to 70% of cases (4). Therefore, laboratory diagnosis of brucellosis is made by demonstration of high levels of *Brucella* antibodies with the standard agglutination test (SAT) (2). We conducted a study to monitor *Brucella* antibody titers in patients with acute brucellosis who were treated and followed up in King Fahad National Guard Hospital, Saudi Arabia. Acute brucellosis was confirmed by the presence of *Brucella* species in sterile fluid and/or by rising *Brucella* antibody titers by using SAT in the presence

losis. In Saudi Arabia, a seroprevalence survey of *Brucella* antibodies among a population of over 23,000 individuals revealed a prevalence rate of 15% for any titer and a prevalence rate of 4.5% for titers of 1:320 or more (1). This survey did not differentiate between active infection, past infection, and sub-clinical exposure. Our finding implies that many clinically cured patients continue to have various levels of *Brucella* antibodies for a long time after acute brucellosis. This poses a challenge for the diagnosis of brucellosis in patients with signs and symptoms suggestive of brucellosis when their symptoms are caused by other infectious or noninfectious diseases. The

:OT) temperature, white blood cell count, C-

ive baseline serology and diagnosed with relations were found between EOT antibody l duration of therapy. Additionally, no y, arthralgia, temperature, and other lab values. at EOT nor with culture positivity at baseline. clinical picture of a brucellosis patient not replace culturing with serology testing

İstatistik

TEDAVİ SONU SAT NEGATİF VE SAT POZİTİF HASTALAR

Tablo 1. Bruselloz tanılı hastaların demografik ve epidemiyolojik özellikleri

Characteristics	All patients n= (%)	Tedavi sonu SAT pozitif (%)	Tedavi sonu SAT negatif n (%)	P
Hasta sayısı				
Cinsiyet				
Erkek				
Kadın				
Yaş				
Mesleği				
Hayvancılık				
Ev Hanımı				
Öğrenci				
Diğer				
İkamet Adresi				
Köy				
İlçe				
İl Merkezi				
Olası bulaşma yolu				
Süt ürünleri tüketimi				
Hasta hayvan ve salgınlarıyla temas				
Ailede bruselloz öyküsü				
Relaps				
Bilinmeyen				

Tablo 2. Bruselloz tanılı hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri

Characteristics	All patients n (%)	Tedavi sonu SAT pozitif n (%)	Tedavi sonu SAT negatif n (%)	P
Clinical form				
Acute	---			
Subacute				
Komplike hasta				
Sakroiliit				
Spondilodiskit				
Periferik artrit				
Orsit				
Hepatit				
Diğer				
Non-Komplike hasta				
Relaps hastası				
Semptom ve Bulgular				
Ateş (anamnezde)				
Ateş (başvuru anında)				
Üşüme-titreme				
Terleme				
İştahsızlık				
Bulantı				
Kilo kaybı				
Artralji				
Miyali				
Baş ağrısı				
Bel ağrısı				
Splenomegali				
Hepatomegali				
Lenfadenomegali				
Laboratory				
Lökosit Median (IQR)				
Lenfosit Median (IQR)				
Nötrofil Median (IQR)				
Trombosit Median (IQR)				
Monosit Median (IQR)				
Hemoglobulin Median (IQR)				
AST Median (IQR)				
ALT Median (IQR)				
CRP Median (IQR)				
Anemia (Hgb g/dl) (<12 for females, <14 for male)				
Lökopeni (<4000/mm ³)				
Lökositoz (>11000/mm ³)				
Trombositopeni (<150000/mm ³)				
ALT >34 U/L				
AST >31 U/L				
ESR >20 mm/h				

İstatistik

TEDAVİ SONU SAT NEGATİF VE SAT POZİTİF HASTALAR

Tablo 1. Bruselloz tanılı hastaların demografik ve epidemiyolojik özellikleri

Characteristics	All patients n (%)	Tedavi sonu SAT pozitif n (%)	Tedavi sonu SAT negatif n (%)	P
Hasta sayısı				
Cinsiyet				
Erkek				
Kadın				
Yaş				
Mesleği				
Hayvancılık				
Ev Hanımı				
Öğrenci				
Diğer				
İkamet Adresi				
Köy				
İlçe				
İl Merkezi				
Olası bulaşma yolları				
Süt ürünleri tüketimi	90 (64,7)	72 (62,6)	18 (75,0)	0,248
Hasta hayvan ve sağuylarıyla temas	67 (48,2)	57 (49,6)	10 (41,7)	0,481
Ailede bruselloz öyküsü	43 (30,9)	34 (29,6)	9 (37,5)	0,444
Relaps	17 (12,2)	14 (12,2)	3 (12,5)	1,000
Bilinmeyen	14 (10,1)	12 (10,4)	2 (8,3)	1,000

Tablo 2. Bruselloz tanılı hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri

Characteristics	All patients n (%)	Tedavi sonu SAT pozitif n (%)	Tedavi sonu SAT negatif n (%)	P
Klinik form				
Acute	104 (74,8)	87 (75,7)	17 (70,8)	0,621
Subacute	35 (25,2)	28 (24,3)	7 (29,2)	
Komplikasyon				
Sakroilit	12 (8,6)	10 (8,7)	2 (8,3)	1,000
Spondilodiskit	14 (10,1)	12 (10,4)	2 (8,3)	1,000
Periferik artrit	3 (2,2)	3 (2,6)	0 (0,0)	1,000
Orsit	2 (1,5)	1 (0,9)	1 (4,2)	0,321

Characteristics	All patients n (%)	Tedavi sonu SAT pozitif n (%)	Tedavi sonu SAT negatif n (%)	P
Lökopeni (<4000/mm ³)	10 (7,2)	9 (7,8)	1 (4,2)	1,000
Lökositoz (>11000/mm ³)	7 (5,0)	6 (5,2)	1 (4,2)	1,000
Trombositopeni (<150000/mm ³)	12 (8,6)	11 (9,6)	1 (4,2)	0,691
ALT >34 U/L	58 (41,7)	47 (40,9)	11 (45,8)	0,654
AST >31 U/L	64 (46,0)	54 (47,0)	10 (41,7)	0,636
ESR >20 mm/h	120 (86,3)	99 (86,1)	21 (87,5)	1,000
ESR >50	54 (38,8)	45 (39,1)	9 (37,5)	0,882
CRP >5 mg/l	129 (92,8)	107 (93,0)	22 (91,7)	0,683
CRP >20 mg/l	94 (67,6)	78 (67,8)	16 (66,7)	0,912
Kan kültürü pozitifliği	95 (68,3)	81 (70,4)	14 (58,3)	0,246
Tedavi öncesi SAT pozitifliği $\geq 1/160$	123 (88,5)	105 (91,3)	18 (75,0)	0,034
Prognoz				
İyileşen	123 (88,5)	105 (91,3)	18 (75,0)	0,587
Ölen	14 (10,1)	12 (10,4)	2 (8,3)	0,523

Tedavi sonunda SAT negatifleşen hasta sayısı 24 (%18)

Tedavi sonunda SAT negatif olan grupta;

- Ateş ve tedavi öncesi SAT>160 olanların oranı daha az**

Laboratory	All patients n (%)	Tedavi sonu SAT pozitif n (%)	Tedavi sonu SAT negatif n (%)	P
Lökosit Median (IQR)	6300 (5000-7400)	6300 (4800-7400)	6250 (5550-7875)	0,592
Lenfosit Median (IQR)	2100 (1600-2600)	2180 (1600-2800)	2000 (1500-2575)	0,491
Nötrofil Median (IQR)	3400 (2800-4100)	3400 (2800-4000)	3800 (3035-4375)	0,247
Trombosit Median (IQR)	228 (182-286)	227 (180-283)	243,5 (184-300,75)	0,416
Monosit Median (IQR)	420 (310-550)	420 (310-530)	395 (312,5-587,5)	0,787
Hemoglobin Median (IQR)	13,5 (12,4-14,7)	13,6 (12,5-14,7)	13,05 (11,2-14,9)	0,477
AST Median (IQR)	32 (24-44)	31 (24-44)	33 (24,5-39,5)	0,922
ALT Median (IQR)	31 (21-51)	30 (20-50)	36,5 (23-53,5)	0,532
CRP Median (IQR)	27,7 (13-61)	26 (13-64)	28,85 (13,5-50)	0,905
Anemiya (Hgb g/dl) (<12 for females, <14 for male)	53 (38,1)	44 (38,3)	9 (37,5)	0,944

İstatistik

Negatifliği belirleyen faktörler için; Tek değişkenli analizlerde $p < 0,250$ olan değişkenlerden oluşturulan model Lojistik Regresyon Analizi;

			<u>p</u>	OR	%95 CI	
Enter Metot	Cinsiyet (ref:kadın) Erkek		0,196	0,501	0,176	1,427
	Hayvancılık yapma		0,131	2,672	0,746	9,576
	Pastörize olmayan süt ürünleri kullanımı		0,433	1,555	0,515	4,692
	Ateş anamnezde		0,060	0,277	0,073	1,057
	Terleme		0,586	0,655	0,143	3,004
	Bulantı-kusma		0,085	2,657	0,873	8,083
	Artralji		0,037	0,327	0,114	0,933
	Splenomegali		0,418	0,616	0,190	1,990
	Hepatomegali		0,400	0,543	0,131	2,252
	Kan kültürü ürem		0,428	0,630	0,201	1,974
	Tedavi öncesi sat pozitif		0,086	0,309	0,081	1,179
	Backward Metot	Cinsiyet (ref:kadın) Erkek		0,082	0,418	0,156
Ateş anamnezde			0,005	0,223	0,079	0,633
Artralji			0,024	0,311	0,112	0,860
Tedavi öncesi sat pozitif			0,014	0,211	0,061	0,727

Makale yazımı

The Value of Serum Tube Agglutination Test in Monitoring Human Brucellosis

ABSTRACT

Introduction: The routine use of serological tests is not recommended for brucellosis surveillance, the most common zoonosis worldwide. Nevertheless, positive results of the serum tube agglutination test (SAT or STAT) that persist after treatment may be interpreted by clinicians as treatment failures. Therefore, our study examined the value of SAT in demonstrating treatment success.

Methods: In a retrospective study conducted at a single center, the pre-and post-treatment SAT titers of patients diagnosed with brucellosis were compared.

Results: The end-of-treatment SAT titer was negative in 24 (18%) of 139 patients diagnosed with brucellosis who received appropriate antibiotic treatment for at least 6 weeks. The absence of fever and arthralgia and the post-treatment SAT titer of $<1/160$ were significant markers of serological cure.

Conclusion: Although the SAT is an effective and very successful test in diagnosing brucellosis, the results of our study suggest that it is not helpful for monitoring and treating human brucellosis.

Key words: Brusellosis, Bacteremia, Serum tube agglutination test

Çeviri

İngilizce Metin Düzenleme (Redaksiyon), Düzenleme Hizmeti, İngilizce redaksiyon



Introducing ChatGPT

We've trained a model called ChatGPT which interacts in a conversational way. The dialogue format makes it possible for ChatGPT to answer followup questions, admit its mistakes, challenge incorrect premises, and reject inappropriate requests.

[Try ChatGPT](#) [Read about ChatGPT Plus](#)

The screenshot shows the AJE website interface. At the top, there's a navigation bar with "Services", "Resources", and "Pricing" menus, along with "Log in" and "Order now" buttons. The main heading reads "Digital English Editing: Preparing to Publish in High-Impact SCI-listed International Journals Has Never Been Faster". Below this, a sub-headline states: "We've combined our academic, scientific, and medical expertise with state-of-the-art AI learning to deliver fast, highly accurate English editing and translation services." There are two buttons: "Subscribe today" and "Try Digital Editing free".

The second part of the screenshot shows the "Language Quality Evaluation" results for a document named "brusellosis-SAT.docx" evaluated on 2023-05-13. A large green circle displays the score "7.2". Below this, a line graph plots "Score" (0 to 10) against "Percentile" (0 to 100). The graph shows a curve representing the distribution of scores. A blue dot indicates the current score of 7.2 at approximately the 86th percentile. A green square indicates the average score after editing, which is 8.7 at the 95th percentile.

Language quality evaluation

This paper scored a **7.2/10** which is in the **86th** percentile of papers submitted to AJE.

After editing by AJE, papers improve on average to a score of **8.7** and move into the **95th** percentile of research papers submitted to journals.

Congratulations! Your document is well written and does not need language editing.

Score	Percentile	Type
7.2	86th	Your current language quality score
8.7	95th	Average language quality score after editing

Dergi seimi

- Kaynakadaki araştırmaların yayınlandığı dergiler
- Daha nce makale gnderilen dergiler
- Dergi adı, kapsamı, cret, lke, yanıt hızları....



ANNALS
ACADEMY OF MEDICINE, SINGAPORE

CELEBRATING
50
YEARS

Reviewer #1: Authors compared pre- and post-treatment SAT titers in brucellosis patients and examined the value of SAT in demonstrating treatment success.

They had found that serum Abs were decreased and became negative in most patients after successful treatment, however in some patients, Abs measured by SAT showed still positive even considered the successful treatment.

Authors concluded that it is not recommended to use SAT in treatment monitoring.

Even if considering the indicated data, **I can't agree to author's conclusion.**

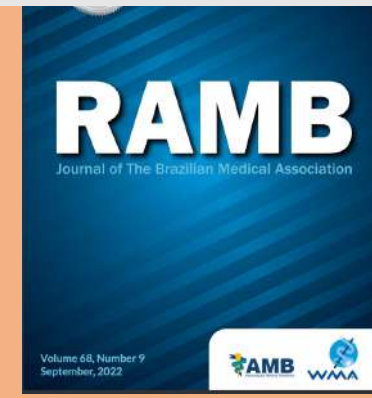
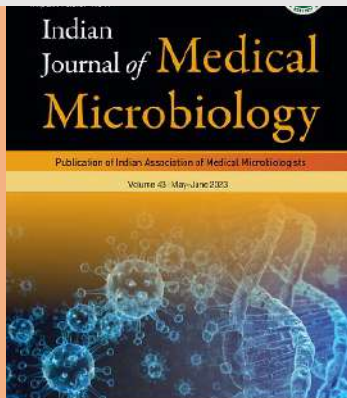
Because it is already well known that the diagnosis or treatment monitoring are usually decided by considerations both Abs responses (by SAT) and clinical symptoms.

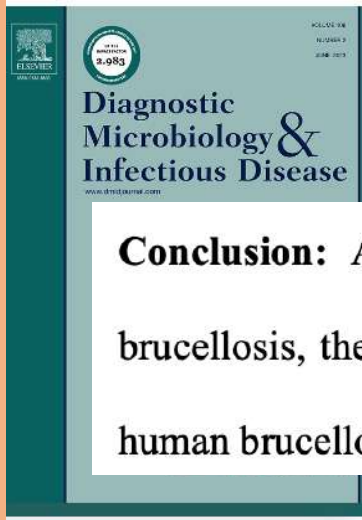
As shown in the text, positive Abs in the post-treatment are easily observed in the patients with high Abs levels in the pre-treatment.

Even if Abs in the post-treatment are still positive, in case that clinical features in patients are not observed or become clearly milder, clinicians never determine the treatment failure.

In such cases, **the doctor will choose to follow and monitor the antibody titers over time.**

I think that SAT is useful for not only patient diagnosis but also considering the treatment success/failure.





Conclusion: Although the SAT is an effective and very successful test in diagnosing brucellosis, the results of our study suggest that it is not helpful for monitoring and treating human brucellosis.

... suitable for publication in this journal

Conclusion: Although SAT is an effective and very successful test in the diagnosis of brucellosis, our study shows that SAT is not useful in demonstrating the treatment success of human brucellosis in the early post-treatment period.



Çalışma konusu ve tasarımı

Eldeki verilerin değerlendirilmesi

139 bruselloz tanılı hasta

39'unda fokal tutulum (+)

104' ü akut bruselloz

95' i bakteriyemik

Bruselloz tanılı hastalarda fokal tutulum ve bakteriyemi belirteçlerini araştırmak

< > kaynaklar brusella



44-bruselloz-olgunun...mesi.pdf



akut-brusellozlu-hastalar...zeyi.pdf



Bacteremic and non-bac...mic.pdf



Brucellosis Evaluati...tures.pdf



brusellozlu-78-olgunun...mesi.pdf



Clinical manifes...llosis.pdf



colmenero1996.p df



CRP SEPSİS.pdf



doksan-alti-brusello...irme.pdf



Epidemiological, Clinical...atory.pdf



erken geç sepsis crp.pdf



jacobsson2007.p df



karaciger-enzim-yukseki...umu.pdf



Kayaaslan B.pdf



kolesistit-ve-pansito...mesi.pdf



lee2012.pdf



osteoartikuler-bruselloz.pdf



Predictive Value of Infla...llosis.pdf



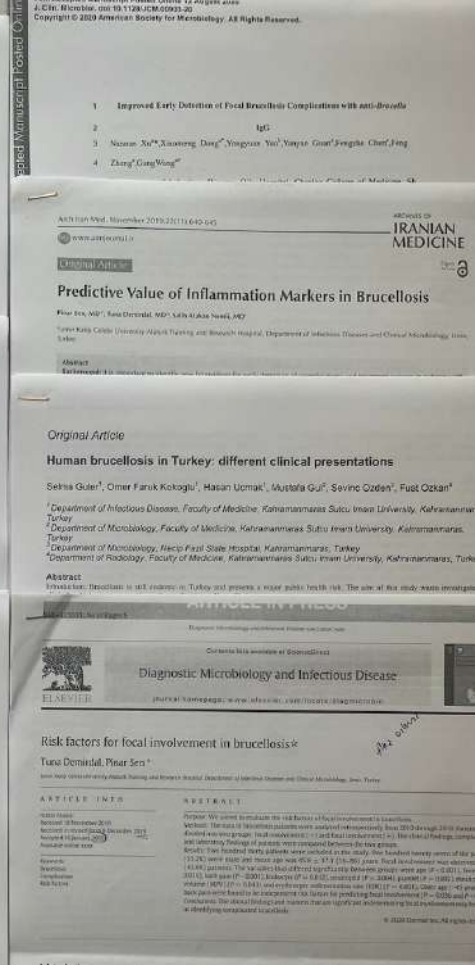
Risk factors for focal inv...is☆.pdf



turkiye8217de-brusello...akis.pdf



ymj-44-33.pdf



İstatistik

Tablo 2. Brusellozlu hastaların genel ve klinik özellikleri

Characteristics	All patients n (%)		Organa spesifik komplikasyon (-) n (%)		Organa spesifik komplikasyon (+) n (%)		P
	n	%	n	%	n	%	
Hasta sayısı	139	100%	100	71,9%	39	28,1%	

Tablo 3. Brusellozlu hastalardaki laboratuvar parametreleri

Laboratory	All patients n (%)	Organa spesifik komplikasyon (-) n (%)	Organa spesifik komplikasyon (+) n (%)	P
Lökosit (mean±std)	6467.77±2078.82	6226±1982.02	7087.69±2216.08	0,028†

Fokal tutulum olanlarda;

Miyalji, bel ağrısı görülme sıklığı daha fazla, lökosit, nötrofil, AST ve ESR değerleri daha yüksek

Başvuru anında ateş görülme sıklığı daha az

Baş ağrısı	49	35,3%	41	41,0%	8	20,5%	0,023*
Bel ağrısı	54	38,8%	32	32,0%	22	56,4%	0,008*
Splenomegali	49	35,3%	40	40,0%	9	23,1%	0,061*
Hepatomegali	36	25,9%	27	27,0%	9	23,1%	0,635*
Lenfadenomegali	10	7,2%	4	4,0%	6	15,4%	0,029†

CRP>50	43 (30,9)	27 (27)	16 (41)	0,108*
Kan kültürü pozitifliği	95 (68,3)	72 (72)	23 (59)	0,138*
Tedavi Öncesi SAT positive \geq 1/160	123 (88,5)	87 (87)	36 (89,3)	0,556†

N/L: nötrofil/lenfosit, P/L: platalct/lenfosit, L/M: lenfosit/monosit
*:Chi-square test; †: Fisher's exact test; ‡: Mann-Whitney U Test; ††: Independent Samples t test

İstatistik

Tablo 1. Bruselloz tanılı hastaların demografik ve epidemiyolojik özellikleri

Characteristics	All patients n (%)	Non-Bakteriyemik n (%)	Bakteriyemik n (%)	P			
Hasta sayısı	139	100%					
Cinsiyet							
Erkek							
Kadın							
Yaş (mean±std)							
Medyan(min-max)							
Mesleği							
Hayvancılık							
Ev Hanımı							
Öğrenci							
Diğer							
İkamet Adresi							
Köy							
İlçe							
İl Merkezi							
Hayvancılık							
Hayvancılık yapanlarda							
Küçükbaş besiciliği							
Büyükbaş besiciliği							
Küçükbaş+Büyükbaş besiciliği							
Brusella aşısı yaptırmayanlar							
Brusella aşısı yaptıranlar	30	21,6%	10	22,7%	20	21,1%	0,823*
Olası bulaşma yolu							
Süt ürünleri tüketimi	90	64,7%	26	59,1%	64	67,4%	0,342*
Hasta hayvan ve salgılarıyla temas	67	48,2%	18	40,9%	49	51,6%	0,242*
Ailede bruselloz öyküsü	43	30,9%	16	36,4%	27	28,4%	0,346*
NÜKS	17	12,2%	9	20,5%	8	8,4%	0,044*
Bilinmeyen	14	10,1%	6	13,6%	8	8,4%	0,372¶

*:Chi-square test; †:Fisher's exact test; ‡:Mann-Whitney U test

Tablo 2. Brusellozda bakteriyeminin klinik belirteçleri

Characteristics	All patients n (%)	Non-Bakteriyemik n (%)	Bakteriyemik n (%)	P			
Clinical form							
Acute	104	74,8%	28	63,6%	76	80,0%	0,039*
Subacute	35	25,2%	16	36,4%	19	20,0%	

Tablo 3. Brusellozda bakteriyeminin laboratuvar belirteçleri

Characteristics	All patients	Non-Bakteriyemik	Bakteriyemik	P			
Laboratory							
Lökosit (mean±std)	6467,77±2078,82	7001,82±2024,77	6220,42±2067,26	0,039*			
Medyan(min-max)	6300(1600-13400)	6600(2900-13400)	6100(1600-13400)				
Lenfosit (mean±std)	2239,14±921,22	2364,09±1004,84	2181,26±879,37	0,314*			
Medyan(min-max)	2100(500-5200)	2200(800-5200)	2000(500-4600)				
			69,68±1393,39				
			00(800-8400)	0,151*			
			0137±72463				
			0000(77000-0000)	0,622*			
			6±0,81				
			3(0,47-4,67)	0,879*			
			1,18±84,47				
			0(23,53-736)	0,326*			
			8±3,06				
			1(1,88-22,86)	0,035*			
			83±66,26				
			12-558)	0,715*			
			53±26,33				
			11-210)	0,874*			
			46±19,95				
			5-87)	0,646*			
			42±41,96				
Medyan(min-max)	27,7(0,7-205)	39(2,1-205)	26(0,7-184)	0,150*			
	n (%)	n (%)	n (%)				
ALT >34 U/L	58	41,7%	20	45,5%	38	40,0%	0,544*
AST >31 U/L	64	46,0%	20	45,5%	44	46,3%	0,925*
ESR >20 mm/h	120	86,3%	40	90,9%	80	84,2%	0,285*
ESR> 50	54	38,8%	14	31,8%	40	42,1%	0,247*
ESR>80	5	3,6%	2	4,5%	3	3,2%	0,652¶
CRP >5 mg/l	129	92,8%	41	93,2%	88	92,6%	1¶
CRP >20 mg/l	94	67,6%	32	72,7%	62	65,3%	0,382*
CRP>50	43	30,9%	19	43,2%	24	25,3%	0,034*
Tedavi Öncesi SAT positive ≥ 1/160	123	88,5%	37	84,1%	86	90,5%	0,269*

*:Chi-square test; †:Fisher's exact test; ‡:Mann-Whitney U test; §:Independent Samples t test

Bakteremik hastalarda;

Ateş, miyalji, baş ağrısı sıklığı daha fazla

Lökosit sayısı daha düşük

Artralji	88	63,3%	32	72,7%	56	58,9%	0,117*
Miyalji	86	61,9%	18	40,9%	68	71,6%	0,001*
Baş ağrısı	49	35,3%	8	18,2%	41	43,2%	0,004*
Bel ağrısı	54	38,8%	20	45,5%	34	35,8%	0,277*
Splenomegali	49	35,3%	16	36,4%	33	34,7%	0,852*
Hepatomegali	36	25,9%	9	20,5%	27	28,4%	0,319*
Lenfadenomegali	10	7,2%	6	13,6%	4	4,2%	0,073¶
Prognoz							
Salah	134	96,4%	43	97,7%	91	95,8%	1¶
Relaps	5	3,6%	1	2,3%	4	4,2%	

*:Chi-square test; †:Fisher's exact test;

Fokal tutulum belirteçleri

±

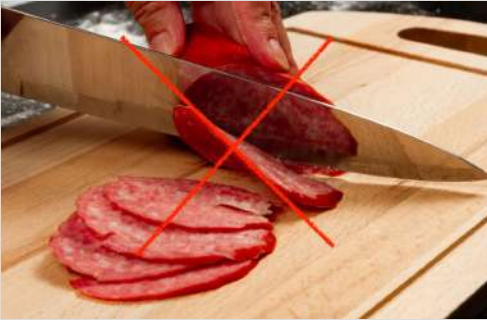
Bakteriyemi belirteçleri

- Veri çok, tartışma zor olabilir!
- Acaba bu verilerle iki ayrı makale mi yapsak?
- Zaten hali hazırda bu hasta kohortuyla yapılmış bir makale var

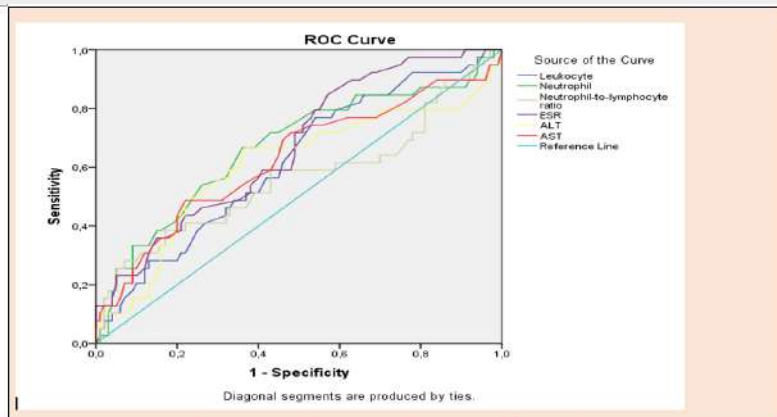
Dilimleme (Salamization)



«Bir araştırmanın sonuçlarını, araştırmanın bütünlüğünü bozacak şekilde ve uygun olmayan biçimde parçalara ayırıp birden fazla sayıda yayımlayarak bu yayınları akademik atama ve yükselmelerde ayrı yayınlar olarak sunmak»



Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, Madde 4(1)D



Predictors	AUC	95% CI	p-value	Cut-Off	Sensitivity	Specificity
Leukocyte, x10 ⁹ /mm ³	0.618	0.516-0.720	0.031	6	76.92%	46.00%
Neutrophil, x10 ⁹ /mm ³	0.668	0.562-0.774	0.002	3.5	66.67%	61.00%
Neutrophil to lymphocyte	0.564	0.446-0.682	0.244			
ESR mm/h	0.669	0.573-0.765	0.002	30	89.74%	37.00%

Table 4. General, clinical characteristics and laboratory values of patients with and without *Brucella* bacteremia and multivariate analysis results for bacteremia markers

	Bacteremia (+) n (%)	Bacteremia (-) n (%)	p	Multivariate analyses		
				OR	95% C.I.	p
Age	37,75±14,55	36,39±15,72	0.487♦			
	38,5 (17-71)	33 (16-80)				
Gender			0.939*			
Male	21 (47.7)	46 (48.4)				
Female	23 (52.3)	49 (51.6)				
Livestock farming	28 (63.6)	71 (74.7)	0.179*			
Relapse	9 (20.5)	8 (8.4)	0.044*			
Focal involvement (+)	16	23	0.138			
Focal involvement (-)	28	72				

Fokal tutulum;

- Başvuru anında ateş olmaması, bel ağrısı ve ESR >30 mm/h

Brusella bakteriyemisi;

- Miyalji ve baş ağrısı bağımsız risk faktörleri

Lymphadenomegaly	7.224	(1.071-48.711)	0.042
ESR mm/h	1.039	(1.013-1.066)	0.004
AST U/L	1.032	(1.009-1.055)	0.006
NLR	1.738	(1.066-2.833)	0.027

Step 0: Close contact with sick animals and their secretions, fever on admission, chills-shivers, Weight loss, Myalgia, Low back pain, Headache, Splenomegaly, Lymphadenomegaly, ESR, AST, anemia, ALT >34, Blood culture positivity, NLR.NLR: Neutrophil-lymphocyte ratio

NLR	1,62(0,62-6,75)	1,63(0,47-4,67)	0,879♦
PLR	104,01(28,54-300)	120(23,53-736)	0,326♦
LMR	4,57(1,62-8,5)	5,6(1,88-22,86)	0,035♦
ALT U/L	31,5(11-300)	33(11-210)	0,874♦
AST U/L	31,5(11-300)	33(11-210)	0,874♦
ESR mm/h	45(8-88)	43(5-87)	0,646♦
ESR> 50 mm/h	14(31,8)	40(42,1)	0,247*
CRP mg/l	39(2,1-205)	26(0,7-184)	0,150♦
CRP> 20 mg/l	32(72,7)	62(65,3)	0,382*
SAT positivity ≥1/160	37(84,1%)	86(90,5%)	0,269*

NLR: Neutrophil-lymphocyte ratio, P/L: Platelet-lymphocyte ratio, LMR: Lenfosit- monocytes ratio

*: Chi-square test; †: Fisher's exact test; ♦: Mann-Whitney U Test; ‡: Independent Samples t test Step 0: Livestock farming, Relapse, Clinical Form, Focal involvement, Fever in anamnesis, Anorexia, Nausea/vomiting, Arthralgia, Myalgia, Headache, LMR, ESR>50

Laboratory and Clinical Predictors of Focal Organ Involvement and Bacteremia in Brucellosis

ABSTRACT

Introduction: Early diagnosis of organ involvement and bacteremia in brucellosis increases the success of treatment and may prevent poor clinical outcomes. In this study, we aimed to investigate predictors of focal organ involvement and bacteremia in patients with brucellosis.

Method: A total of 139 brucellosis patients aged 16 years and older were included in the study. Patients with and without organ involvement, bacteremic and non-bacteremic patients were compared separately.

Results: Low back pain, lymphadenomegaly, absence of fever at admission, ESR, AST, and Neutrophil/Lymphocyte ratio were determined as predictors of focal organ involvement (OR: 2.604; 3.167; 7.224; 1.039; 1.032; 1.738, Respectively). The AUC value of ESR was 0.669 (0.573-0.765, $p=0.002$) with the cut-off point >30 mm/hr (sensitivity 89.74% and specificity 37.00%) in predicting focal organ involvement in patients with brucellosis. Myalgia and headache (OR: 2.970; 2.692) were defined as clinical predictors of *Brusecella* bacteremia.

Conclusion: Focal organ involvement should be considered in patients with brucellosis in the absence of myalgia and fever, low back pain and sedimentation >30 . *Brucella* bacteremia should be considered, regardless of fever, especially in patients with myalgia and headache in endemic areas.

Key words: Brucellosis, focal organ involvement, complication, bacteremia, predictive values

Date: Dec 28, 2021
To: "Betul Copur" betul_sadic@hotmail.com
From: "Diagnostic Microbiology & Infectious Disease" support@elsevier.com
Subject: Decision on submission to Diagnostic Microbiology & Infectious Disease

Manuscript Number: DMID-D-21-01095

Laboratory and Clinical Predictors of Focal Involvement and Bacteremia in Brucellosis

Dear Dr Copur,

Thank you for submitting your latest research to Diagnostic Microbiology & Infectious Disease. Dr. Mark Holodniv, the Editor-in-Chief of the journal, has evaluated your paper. Unfortunately, your manuscript did not receive a high enough priority score by the Editor to warrant forwarding to outside reviewers. Accordingly, the manuscript is being returned without review.

We receive a large number of excellent manuscripts. We use our best judgment to assess such issues as the quality of the manuscript, its appropriateness for the journal and its level of interest to our general readership.

However, given the potential interest of your findings, we are keen to find a good alternative journal home for this work in the Elsevier family. In my role as Scientific Managing Editor and transfer liaison between these journals, I have further reviewed your work and would like to recommend the following journal(s) for the next step in your publication journey:

Brazilian Journal of Infectious Diseases <https://www.editorialmanager.com/BJID/>
Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clinica <https://www.editorialmanager.com/EIMC/>

At Diagnostic Microbiology & Infectious Disease, we are firmly committed to supporting your publication journey and would be happy to transfer your manuscript details and files on your behalf - simply click the below link by Jan 27, 2022.

If you are interested in transferring but would like more time to complete revisions, I encourage you to go ahead and accept the transfer offer now. This will allow you to take advantage of the transfer system while retaining the ability to edit/revise your manuscript before it is formally submitted. Please note that you will be given an opportunity to update your materials at the submission verification step before delivery to our fellow Editors.

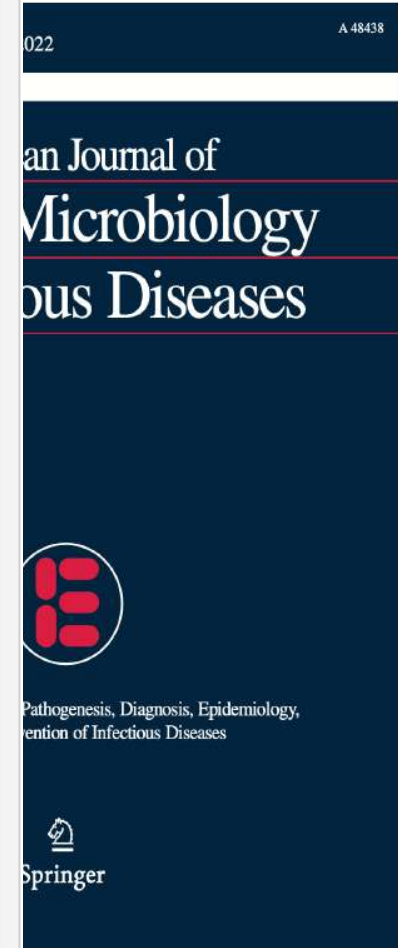
Of course, if there is an alternate Elsevier journal that you had in mind, please feel free to let me know and I would be happy to further engage with the appropriate Editors on your behalf.

Thank you, again, for giving us the privilege of considering your article. We appreciate your support of Diagnostic Microbiology & Infectious Disease and warmly welcome your future breakthrough submissions.

Kind regards,

Rong Fan, PhD
Scientific Managing Editor

Diagnostic Microbiology & Infectious Disease





Date: Dec 29, 2021
To: "Betul Copur" betul_sadic@hotmail.com
From: "EIMC" eimc@elsevier.com
Subject: Ref. EIMC-D-21-00639: Decisión

Nº DE REFERENCIA: EIMC-D-21-00639
TÍTULO: Laboratory and Clinical Predictors of Focal Involvement and Bacteremia in Brucellosis

Estimado/a Dr.Dra. Copur:

Su trabajo ha sido evaluado por los Editores de EIMC. Debido al progresivo aumento de manuscritos recibidos nos vemos obligados a rechazar un elevado número de originales; por ello, y a pesar de su indudable interés, lamento comunicarle que el artículo remitido no posee prioridad suficiente para publicarse en nuestra revista.

Le agradecemos el interés mostrado por nuestra publicación y esperamos seguir contando con su colaboración en el futuro.

Reciba un cordial saludo,

COMITÉ EDITORIAL
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

.....

Nº REF: EIMC-D-21-00639
TITLE: Laboratory and Clinical Predictors of Focal Involvement and Bacteremia in Brucellosis

Dear Dr. Copur

Thank you for submitting a manuscript to Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

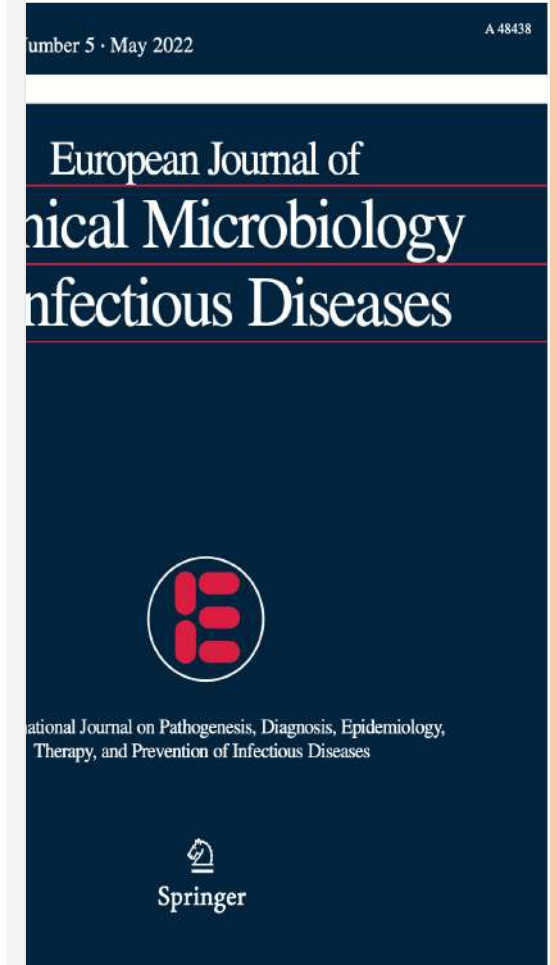
The Editors have considered your submission, and we are sorry to inform that it won't be submitted to peer review

Thank you for giving us the opportunity to consider your work. We hope to receive further contributions in the future.

Editorial Board
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

Comments to Authors:

.



EJCM: Your manuscript entitled Laboratory and Clinical Predictors of Focal Involvement and Bacteremia in Brucellosis - [EMID:4010c53143c7650c]



European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases <em@editorialmanager.com>

Kime: Siz



CC: andrew.dinardo@bcm.edu

Ref.:

Ms. No. EJCM-D-21-01943

Laboratory and Clinical Predictors of Focal Involvement and Bacteremia in Brucellosis

European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases

Dear Dr. Copur,

Reviewers have now commented on your paper. You will see that they are advising that you revise your manuscript. If you are prepared to undertake the work required, I would be pleased to reconsider my decision.

For your guidance, reviewers' comments are appended below.

If you decide to revise the work, please submit a list of changes or a rebuttal against each point which is being raised when you submit the revised manuscript.

Please make sure to submit your editable source files (i. e. Word, TeX).

Your revision is due by 10 Apr 2022.

To submit a revision, go to <https://www.editorialmanager.com/ejcm/> and log in as an Author. You will see a menu item call Submission Needing Revision. You will find your submission record there.

Yours sincerely

Laurent Poirel

Editor-in-Chief

European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases

Reviewers' comments:

Reviewer #1:

Summary: Please include the following in the bacteremia section: **Brusella bakterie**

Major: **Stafilokok bakterie**
- there should be a comparison of symptoms and signs between patients with **Brusella bakterie** and patients with **Stafilokok bakterie** to compare the symptoms and signs between the lumbar vertebrae.

- Please run a multivariate analysis to compare the symptoms and signs between the lumbar vertebrae.
- Considering the nebulous nature of the data, a multivariate analysis should be given

Minor:
- line 97: What is XXX State hospital?

Reviewer 1:

1. there needs to be a comparison group of bacteremia not due to brucella. Can you include a small sample (n ~50-80) that include patients bacteremic with staph, strep, and/ or enterics and compare the symptoms and signs between these two groups? Which are more common in brucella? Certainly a lot of staph patients might also have low back pain if there was metastasis to the lumbar vertebrae.

Thank you for your evaluation and valuable suggestions. One of the aims of this study was to compare patients with and without *Brucella* bacteremia and to search for predictors of brucella bacteremia. Unfortunately, we do not have enough time and necessary permissions to access the data of the other group of patients with bacteremia retrospectively. Therefore, we regretfully could not make the suggested comparison. However, it has been tried to be discussed with a literature sample.

In a study examining 170 periods of invasive *Staphylococcus aureus* infection, 141 of the patients were found to have *S. aureus* bacteremia. In this study, fever history and complaints of chills were found to be higher in patients with *S. aureus* bacteremia, and complaints of pain were lower than non-bacteremic patients. In the same study, laboratory parameters such as leukocyte count and CRP elevation were found to be similar between the two groups. In our study, however, fever was not found as a predictor for brucella bacteremia, while myalgia and headache were found to be clinical parameters predicting brucella bacteremia.

It was thought that brucellosis and brucella bacteremia should be suspected even in the absence of fever in patients with risk factors for brucellosis, especially in endemic regions.

11

120 patients with
value
enterics and
k pain if there was metastasis to

and when empiric therapy

14

001

18

2

Giriş Görüntüle Yardım

Yeni posta Sil Arşivle Bildir Süpür Şuraya Taşı Yanıtla Okundu / Okunmadı Kategorilere ayır Bayrak Ekle / Bayrağı Kaldır Sabitle / Kaldır Ertele

Outlook, e-postalarınızı Microsoft Edge'de görüntülemenizi önerir. Şimdi deneyin

Sık Kullanılanlar

Gelen Kutusu

Çalışma ve N...

Gereksiz E-... 15

Gönderilmiş ...

Sık kullanılan e...

Klasörler

Gelen Kutusu

Gereksiz E-... 15

Taslaklar 1

Gönderilmiş ...

Silinmiş Öğeler

POP

Arşiv

Notlar

Microsoft depolama

5 GB depolama alanından 4.3 GB kadarı (%87) kullanıldı

Kapat Önceki Sonraki

EJCM: Your manuscript entitled Laboratory and Clinical Predictors of Focal Involvement and Bacteremia in Brucellosis - [EMID:4404d01e4b02ffd4]**E** European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases <em@editorialmanager.com>
Kime: Siz

21.03.2022 Pzt 8:11

CC: andrew.dinardo@bcm.edu

Ref.:

Ms. No. EJCM-D-21-01943R1

Laboratory and Clinical Predictors of Focal Involvement and Bacteremia in Brucellosis
European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases

Dear Dr. Copur,

I am pleased to tell you that the revised version of your manuscript has now been accepted for publication in European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases.

Thank you for submitting your work to this journal.

With kind regards

Laurent Poirel
Editor-in-Chief
European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases

Laboratory and clinical predictors of focal involvement and bacteremia in brucellosis

Betul Copur¹ · Ugurcan Sayili^{2,3}

Received: 31 December 2021 / Accepted: 21 March 2022 / Published online: 1 April 2022

© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2022

Abstract

Early diagnosis of organ involvement and bacteremia in brucellosis increases treatment success and may prevent poor clinical outcomes. This study aimed to investigate the predictors of focal involvement and bacteremia in patients with brucellosis. A total of 139 brucellosis patients aged 16 years and older were included in the study. Patients with and without organ involvement and bacteremic and non-bacteremic patients were compared separately. Low back pain, lymphadenomegaly, absence of fever on admission, ESR, AST, and neutrophil–lymphocyte ratio (NLR) were predictors of focal involvement (*OR*: 2.604; 3.167; 7.224; 1.039; 1.032; 1.738, respectively). The AUC value of ESR was 0.669 (0.573–0.765, $p = 0.002$) with the cutoff point > 30 mm/h (sensitivity 89.74% and specificity 37.00%) in predicting focal involvement in patients with brucellosis. Myalgia and headache (*OR*: 2.970; 2692) were defined as clinical predictors of *Brucella* bacteremia. Focal involvement should be considered in patients with brucellosis in the absence of myalgia and fever, presence of low back pain, and sedimentation > 30 mm/h. *Brucella* bacteremia should be considered regardless of fever, especially in patients with myalgia and headache in endemic areas.

Keywords Brucellosis · Focal involvement · Complication · Bacteremia · Predictive values





Uzuntaş (Küç) Köyü, Hizan, Bitlis

The role of the serum tube agglutination test in the monitoring of human brucellosis: evaluation of post-treatment SAT titers

Betul Copur^{1*} , Ozgur Pasa² 

SUMMARY

OBJECTIVE: Positive results of the serum tube agglutination test that persist after treatment may be interpreted by clinicians as treatment failures. Therefore, our study examined the value of serum tube agglutination test in demonstrating treatment success.

METHODS: In this retrospective study conducted at a single center, the pre- and post-treatment serum tube agglutination test titers of patients diagnosed with brucellosis were compared.

RESULTS: The end-of-treatment serum tube agglutination test titer was negative in 24 (18%) of 139 patients diagnosed with brucellosis. The most common complaints of the patients were fever (78.4%), chills (88.5%), sweating (84.9%), anorexia (79.1%), and arthralgia (63.3%). The rate of positive blood culture before the treatment was 68.3%. The absence of fever ($p=0.005$) and arthralgia ($p=0.024$) and the pretreatment serum tube agglutination test titer of $<1/160$ ($p=0.014$) were significant markers of serological cure.

CONCLUSION: Although serum tube agglutination test is an effective and very successful test in the diagnosis of brucellosis, our study shows that serum tube agglutination test is not useful in demonstrating the treatment success of human brucellosis in the early post-treatment period.

KEYWORDS: Brucellosis. Bacteremia. Blood culture. Serological follow-up. Agglutination tests.



Adilcevaz, Bitlis

KLİMİK 2021

26-30 MAYIS 2021
ÇEVİRİMİÇİ

Sudan Gelen Hastalık: Oküloglandüler Tularemi

Betül ÇOPUR

S.B.Ü Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

AMAÇ

Tularemi *Francisella tularensis*' in neden olduğu zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır. Ülkemizde çoğunlukla su kaynaklı salgınlara görülmesine neden olmakta ve en sık orofaringeal formu görülmektedir. Bu çalışmada Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'nde tanı konulan ve su kaynaklı olduğu tahmin edilen iki oküloglandüler tularemi olgusu sunulmuştur.

OLGU 1

19 yaşında erkek hastaya ateş, sağ çene altında şişlik, göz ağrısı ve gözde çapaklanma şikayetleriyle başvurduğu sağlık merkezinde oral amoksisilin-klavulonik asid ve aminoglikozid grubu bir göz damlası reçete edilmişti. Şikayetleri devam eden hasta İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne yönlendirildi. Başvurusunda vücut sıcaklığı 36.7 °C, ağız içi, farinks ve konjonktivaları normal görünümdeydi. Sağ submandibular bölgede 4x2 cm'lik ağrılı, sert ve hareketli lenfadenomegali (LAM) saptandı. Bir ay önce akarsuya girdiği, bir akrabasının da (olgu 2) benzer şikayetleri olduğu öğrenildi. Hastaya tularemi ön tansiyela oral doksisisiklin 2x100 mg tedavi başlandı. *F. tularensis* mikroagütinasyon testi (MAT) 1/640 olarak sonuçlandı. Bir ay sonra hastada submandibular LAM'nin devam ettiği, ilgili bölgede flukstasyon geliştiği görüldü (resim 1). Tedavisini düzensiz alan hastaya 10 gün gentamisin 5mg/kg/gün 1x1 İ.V uygulandı. Aralıklı ince iğne ile aspirasyonlar (İİA) yapıldı. Tedavi sonrası üçüncü haftada hastanın şikayetinin olmadığı ve lenf ganglionunun normal boyutlara gerilediği görüldü.



Resim 1. Sağ submandibular bölgede lenfadenomegali



Resim 2. Bilateral konjonktivit



Resim 3. Konjonktivada tularemi ülseri

OLGU 2

Olgu 1 ile benzer şikayetleri olan 15 yaşında erkek hasta İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne başvurdu. Vücut sıcaklığı 37.6 °C, sol submandibular bölgede 3x1 cm'lik ağrılı, sert ve hareketli lenf ganglionu olan hastaya tularemi ön tansiyela doksisisiklin 2x100 mg tb tedavi başlandı. *F. tularensis* MAT negatif olarak sonuçlandı. İlaçlarını kullanmayan hastanın bir ay sonraki başvurusunda submandibular LAM' nin devam ettiği, konjonktivalarda kızamıklık ve ülserler (resim 2,3) geliştiği görüldü. Tekrarlanan *F. tularensis* MAT 1/1280 ve üzeri olarak sonuçlandı. Hastaya gentamisin göz damlası 4x2 damla ve 5 mg/kg İ.V tedavi 10 gün uygulandı. Taburculuktan sonraki üçüncü haftada submandibular LAM'nin devam ettiği ve flukstasyon geliştirdiği gözlemlendi. İİA ile lezyon boşaltılarak hasta tedavisiz takip edildi. Bir ayın sonunda lenf ganglionunun normal boyutlara gerilediği, lenf ganglionundaki flukstasyonun ve konjonktivadaki ülserlerinin kaybolduğu görüldü.

SONUÇ

Tularemi tanınması zor bir hastalık olup iyi bir anamnez ve klinik şüphe, hastalığın saptanmasında yardımcıdır. Beta-laktam grubu antibiyotiklere yanıt vermeyen ateş, gözde kızamıklık ve boyunda şişlik şikayeti olan hastalar kontamine su teması açısından sorgulanmalı ve ayırıcı tanıda tularemi de akla gelmelidir. Klinik şüphe duyulan ve *F. tularensis* mikroagütinasyon testi negatif sonuçlanan hastalarda iki hafta sonra test tekrarlanmalıdır. Uygun doz ve süre antibiyoterapiye karşın lenf ganglionunda inatçı flukstasyonlar görülebilir. Ateş ve akut faz yüksekliği olmaması durumunda İİA' larla flukstasyonun gerileyebileceği unutulmamalı ve tekrarlanan tedavilerden kaçınılmalıdır.



Francisella tularensis, Oculoglandular tularemia



Search

Advanced Create alert Create RSS

User Guide

Save Email Send to

Sorted by: Best match

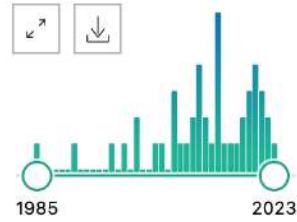
Display options

MY NCBI FILTERS

38 results

Page 1 of 4

RESULTS BY YEAR



TEXT AVAILABILITY

- Abstract
- Free full text
- Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

- Associated data

ARTICLE TYPE

- Books and Documents
- Clinical Trial
- Meta-Analysis
- Randomized Controlled Trial


- Tularemia: a re-emerging tick-borne infectious disease.**
1 Yeni DK, Büyük F, Ashraf A, Shah MSUD.
Cite Folia Microbiol (Praha). 2021 Feb;66(1):1-14. doi: 10.1007/s12223-020-00827-z. Epub 2020 Sep 28.
Share PMID: 32989563 **Free PMC article.** Review.
Tularemia is a bacterial disease of humans, wild, and domestic animals. **Francisella tularensis**, which is a Gram-negative coccobacillus-shaped bacterium, is the causative agent of **tularemia**. ...
- Oculoglandular tularemia.**
2 Steinemann TL, Sheikholeslami MR, Brown HH, Bradsher RW.
Cite Arch Ophthalmol. 1999 Jan;117(1):132-3. doi: 10.1001/archopht.117.1.132.
Share PMID: 9930180 No abstract available.
- Water-borne oculoglandular tularemia: Two complicated cases and a review of the literature.**
3 Copur B, Surme S.
Cite Travel Med Infect Dis. 2023 Jan-Feb;51:102489. doi: 10.1016/j.tmaid.2022.102489. Epub 2022 Nov 5.
Share PMID: 36334909 **Free article.** Review.
BACKGROUND: In this study, we presented two cases of late diagnosed complicated **oculoglandular tularemia** and reviewed the clinical features of **oculoglandular tularemia** in cases reported in the last ten years. ... We searched the **oculoglandular**

Save

Email

Send to

Sorted by: Best match

Display options MY NCBI FILTERS 

21 results



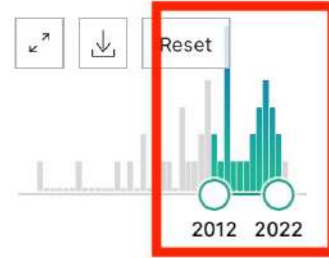
Page

1

of 3



RESULTS BY YEAR



TEXT AVAILABILITY

 Tularemia: a re-emerging tick-borne infectious disease.

1 Yeni DK, Büyük F, Ashraf A, Shah MSUD.

Cite Folia Microbiol (Praha). 2021 Feb;66(1):1-14. doi: 10.1007/s12223-020-00827-z. Epub 2020 Sep 28.

Share PMID: 32989563 [Free PMC article.](#) [Review.](#)

Tularemia is a bacterial disease of humans, wild, and domestic animals. **Francisella tularensis**, which is a Gram-negative coccobacillus-shaped bacterium, is the causative agent of **tularemia**. ...

Olgular eşliğinde literatür derlemesi mi yazsak?

ARTICLE ATTRIBUTE

 Associated data

ARTICLE TYPE

 Books and Documents Clinical Trial Meta-Analysis Randomized Controlled Trial Review Systematic Review

Share 2022 Nov 5.

PMID: 36334909 [Free article.](#) [Review.](#)

BACKGROUND: In this study, we presented two cases of late diagnosed complicated **oculoglandular tularemia** and reviewed the clinical features of **oculoglandular tularemia** in cases reported in the last ten years. ...We searched the **oculoglandular** ...

 Evaluation of tularemia cases focusing on the oculoglandular form.

3 Eren Gok S, Kocagul Celikbas A, Baykam N, Atay Buyukdemirci A, Eroglu MN, Evren Kemer O, Dokuzoguz B.

Cite J Infect Dev Ctries. 2014 Oct 15;8(10):1277-84. doi: 10.3855/jidc.3996.

Share PMID: 25313604 [Free article.](#)

INTRODUCTION: **Tularemia** is a zoonotic disease caused by **Francisella tularensis**. The **oculoglandular** form is one of the rarest forms. ...All the patients were treated with antibiotics considered effective against **F. tularensis**, and topical antimic

Table. Clinical features of oculoglandular tularemia cases reported in the last 10 years

Reference/year	Sources/risks	Age/Gender	Symptoms/signs	Time to diagnosis	Diagnostic method	Treatment/duration (days)	Complications		
Celik T, 2014 [15]	Living in an epidemic zone	27/F (18 W pregnant)	Fever (37.5°C), headache, malaise, purulent conjunctivitis, preauricular and submandibular lymphadenopathy	21 days	Serology	Gentamicin eye drops 7 days Plus sponge impregnated with ciprofloxacin	Surgical drainage and debridement for Dacryocystitis, fluctuation in lymph ganglion		
Zamboni SL, 2012 [16]	Farmer, rabbit hunting	68/NA	Fever (39.7°C), Cough, left ear pain, preauricular and cervical lymphadenopathy, belapharitis	NA	NA (Swab of ulcer)	Doxycycline 2x100 mg 14 days	-		
	Visit the endemic area	44/M	F: Living in an epidemic zone	41/M	Submandibular lymphadenopathy, Periorbital edema and hyperemia	3 days	Serology	Streptomycin 2x1gr 3 days then 1x1gr 7 days Doxycycline 2x100 mg 10 days Plus Ciprofloxacin eye drops 7 days	-
Eren Gok S, 2014 [17]	Living in an epidemic zone	65/F	F: Lakos A, 2020 [18]	25/M	Fever, Periorbital edema, purulent discharge from the conjunctiva, lacrimation, preauricular lymphadenopathy	4 days	Serology	Doxycycline 2x100 mg 20 days Plus Tobramycine eye drops 7 days	-
			F: Kreutzmann T, 2021 [19]	60/M	Fever (39.5°C), Chemosis, diplopia, decreased vision, orbital cellulitis and preauricular lymph node swelling, Abscess in the parotid gland	33 days	Serology PCR (Blood)	Ciprofloxacin 2x400 mg 7 days, later changed to doxycycline 7 days due to side effects	Parotid abscess incision Surgical lymph node excision
	Living in an epidemic zone	34/M	F: Altuntas EE, 2012 [20]	18/F	Left submandibular lymphadenopathy, ecchymosis around the eyes and redness of the eye	NA	Serology	Doxycycline 2x100 mg 21 days	-
	Living in an epidemic zone	49/M	F: Kosker M, 2013 [21]	15/M	Hyperemia, crusting on eyelid and swelling, submandibular swelling, conglomerated lymphadenopathy	30 days	PCR (needle aspirate from preauricular mass)	Gentamicin 5 mg/kg 1x1 14 days Later changed to streptomycin 1x1 gr 10 days Plus Tetracycline 56 days	Surgical lymph node excision
	Living in an epidemic zone	78/M	F: Frischknecht M, 2019 [22]	13/F	Fever, sore throat, reddened eye, swollen eyelid, papillary conjunctivitis, submandibular lymphadenomegaly	NA	Culture and PCR (conjunctival swab)	Ciprofloxacin 2x500 mg 14 days Plus Ofloxacin eye drops Plus polymyxin/neomycin eye drops	-
	Living in an epidemic zone	64/F	F: Terrada C, 2016 [23]	52/M	Fever, headache, bilateral uveitis, subretinal hemorrhage, Choroidal granuloma	1 year	Serology	Doxycycline 2x100 mg 21 days	-
			F: Rastawicki W, 2020 [24]	10/F	Fever, swollen eyelid of the right eye, erythema of the right cheek and conjunctivitis	18 days	Serology	Doxycycline 2x100 mg (NA)	Fluctuation in lymph ganglion
	Living in an epidemic zone	60/M	F: Donate-Pérez-Molino, 2018 [25]	88/M	Pain and discharge in the right eye, cervical mass, intraparotid lymphadenopathy	60 days	Serology PCR (Lymph node)	Streptomycin 2x10mg/kg 14 days	-
F: Celik T, 2014 [26]			18/F (16 W pregnant)	Fever (38°C), swelling and redness neck, puffy eyelids, pseudoptosis, preauricular and submandibular lymphadenopathy	NA	Serology PCR (abscess)	Cefuroxime 2x500 42 days (refused to aminoglycosid/quinolone cause of side effects on fetus)	Surgical drenaj on abscess	

NA: not available, F: female, M: male, W: weeks, PCR: polymerase chain reaction

3.2. Tularemia cases reported in the literature

The characteristics of the tularemia cases reported in the literature are shown in Table 1 [15–26]. In this study, 19 cases were found within the endemic region, the median age of the patients was 44 (10–75 years), 10 (53%) of the patients were male. Ten (53%) of the patients had a history of contact with a rabbit. Eleven (58%) of the patients were made in Turkey. When lymphadenopathy was mostly submandibular (n = 9, 47%). Serological tests were mostly positive for tularemia. The mean time from the onset of symptoms to diagnosis was 41 ± 94 days. For the treatment of 19 cases, doxycycline was preferred for seven patients (37%), ciprofloxacin was preferred for four patients (21%) because of its side effects. In one patient, the treatment with aminoglycoside eye drops was used. In the ciprofloxacin treatment, aminoglycoside group (40%), eye drops were used. In two patients, steroid eye drops were used. Systemic and local antibiotic therapy was used in one patient, another patient had ocular chlamydia.

Abstract

Background: In this study, we presented two cases of late diagnosed complicated oculoglandular tularemia and reviewed the clinical features of oculoglandular tularemia in cases reported in the last ten years.

Method: Tularemia was diagnosed when serum microagglutination test (MAT) was >1/160 titer or when there was at least a four-fold increase in MAT titers measured over a two-week interval. We searched the oculoglandular tularemia cases reported in the last 10 years in the PubMed and Google Academic engines.

Results: Case 1 (19 M) and case 2 (15 M) had complaints of fever and burning in the eye. In both cases, the diagnosis of tularemia was delayed. Lymph node suppuration developed in both cases. A total of 19 cases of tularemia were found within the search. In the cases of oculoglandular tularemia reported in the last 10 years, submandibular and preauricular lymphadenopathy were most common after ocular findings and fever. The mean time to diagnosis was 41±94 days, and the complication rate was 31.5%.

Conclusion: Tularemia should definitely be considered in cases of fever and ocular findings, especially in endemic areas. In non-endemic areas, a good anamnesis and clinical suspicion can help diagnose the disease early and reduce the complication rate.

Keywords: *Francisella tularensis*, oculoglandular tularemia, oculoglandular form, oculoglandular syndrome

[amih] Editor Decision

2022-09-05 09:57 AM

Dear Betul Copur,

Thank you very much for submitting your manuscript "Water-borne ocuoglandular tularemia: two complicated cass and a review of the literatüre" (manuscript number: 1843) to Acta Microbiologica et Immunologica Hungarica.

However, after a careful consideration I regret to inform you that on this occasion your manuscript has been rejected. In our opinion further investigations (PCR and nucleicacid sequencing of bacterial DNA) are required to strengthen statements of this manuscript. We receive a very strong field of manuscripts, far more that we can pu

Çalışmanın güçlendirilmesi için ileri moleküler analizlere ihtiyaç vardır.

Thank you for your interest and for the time you have invested in making a submission.

Kind regards,
Editorial Office

The following message is being delivered on behalf of Acta Microbiologica et Immunologica Hungarica.





Ahlat Selçuklu Mezarlığı, Bitlis

4.7. *Limitations*

In this study, we presented two cases of oculoglandular tularemia which is a rare form. In addition, we examined oculoglandular tularemia cases in the last decade. Serum MAT test and ocular findings were used in the diagnosis of oculoglandular tularemia, since culture and PCR testing could not be performed due to shortcomings of our laboratory (i. e., PCR testing and biosafety level capacity). Although this seems to be a limitation of this study, it has been observed that the lesions in the eyes regressed with appropriate treatment. In most reports in the literature, serum MAT was used for the diagnosis. Another limitation is that some cases may be missed in search results/engines.

Reviewe

A fine pi
A releva
In gener

A few cc

38 - Intr
47 - cont

50 - reall
55 - inst

Page 2/1

Methods

27 - << >
31 - inst
33 -prefe

Results
20 - inst
Case 2
- lymph
3.2
20 - wer

Discussi
1 -,and"
57 - inst
31 - ,,inf

Conclusi
37 - << an
42 - perh

Figure 1
Lymphac



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Travel Medicine and Infectious Disease

journal homepage: www.elsevier.com/locate/tmaid



Water-borne oculoglandular tularemia: Two complicated cases and a review of the literature

Betul Copur^{a,*}, Serkan Surme^{a,b}

^a Department of Infectious Diseases & Clinical Microbiology, Haseki Training & Research Hospital, Istanbul, 34096, Turkey

^b Department of Medical Microbiology, Institute of Graduate Studies, Istanbul University-Cerrahpasa, Istanbul, 34098, Turkey

ARTICLE INFO

Keywords:

Francisella tularensis
Oculoglandular tularemia
Oculoglandular form
Oculoglandular syndrome

ABSTRACT

Background: In this study, we presented two cases of late diagnosed complicated oculoglandular tularemia and reviewed the clinical features of oculoglandular tularemia in cases reported in the last ten years.

Method: Tularemia was diagnosed when serum microagglutination test (MAT) was $\geq 1/160$ titer or when there was at least a four-fold increase in MAT titers measured over a two-week interval. We searched the oculoglandular tularemia cases reported in the last 10 years in the PubMed and Google Academic engines.

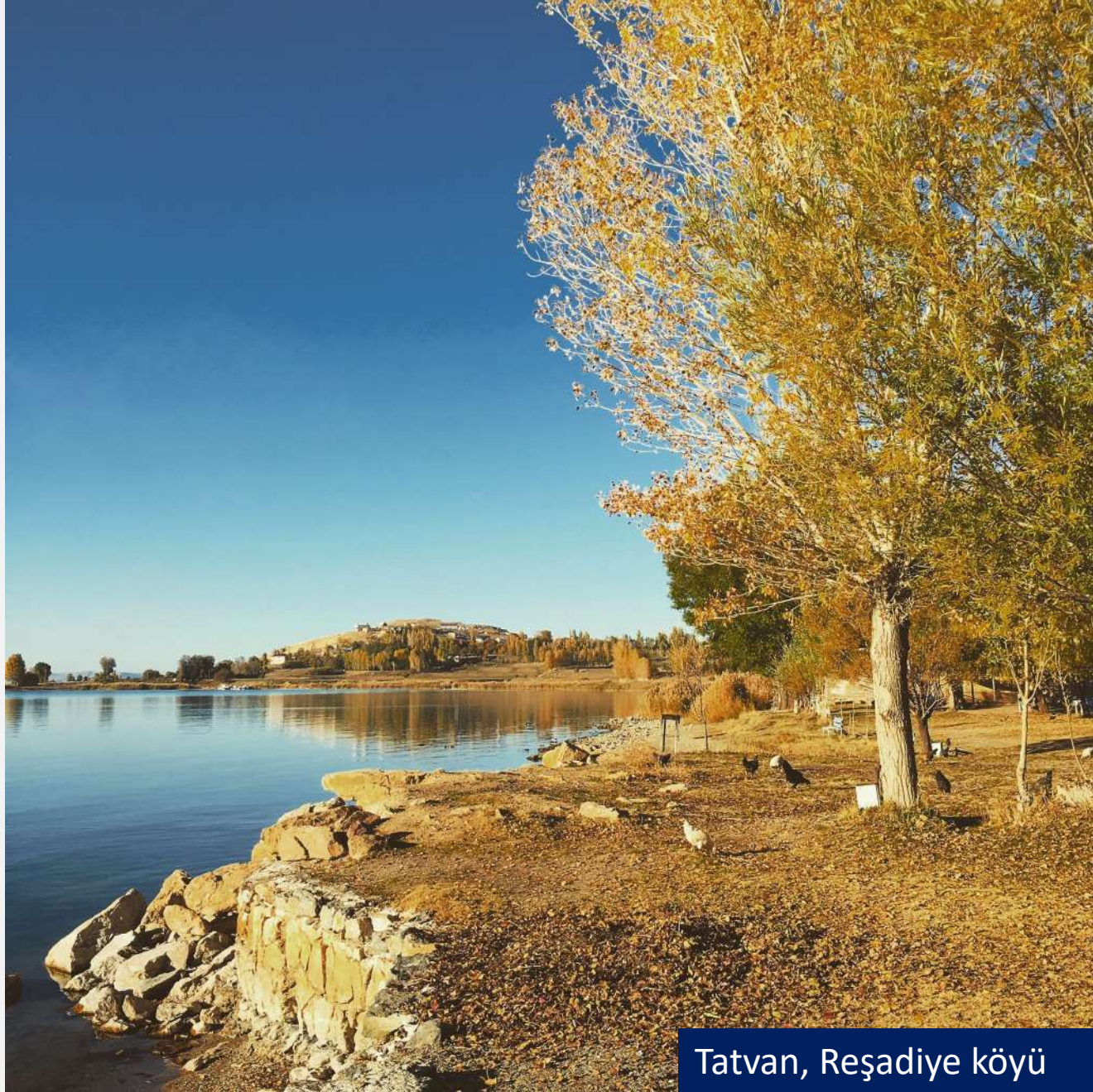
Results: Case 1 (19 M) and case 2 (15 M) had complaints of fever and burning in the eye. In both cases, the diagnosis of tularemia was delayed. Lymph node suppuration developed in both cases. A total of 19 cases of tularemia were found within the search. In the cases of oculoglandular tularemia reported in the last 10 years, submandibular and preauricular lymphadenopathy were most common after ocular findings and fever. The mean time to diagnosis was 41 ± 94 days, and the complication rate was 31.5%.

Conclusion: Tularemia should definitely be considered in cases of fever and ocular findings, especially in endemic areas. In non-endemic areas, a good anamnesis and clinical suspicion can help diagnose the disease early and reduce the complication rate.

ing of tularaemia
ical patterns.

iological warfare.

lemic and newly



Tatvan, Reşadiye köyü

Bilgi ve becerilerin kazanılması

Asistan eğitimindeki fırsatlar

- Dergi kulübü
- Bilimsel toplantı ve kongreler
- Poster/sözlü sunum hazırlama
- Kongre özet kitapçığı
- Araştırmalarda aktif görev alma (veri toplama, etik kurul hazırlama..)
- Makele yazma/istatistik kursları
- Araştırma/olgu makalesi yazma denemeleri
- Tez

Çevrimiçi (Online) Fırsatlar

- Makale yazma kursu
- Temel istatistik kursu
- Hakemlik kursu
- Yabancı dil kursları
- Bilimsel toplantılar

KLİMİK 2021

KLİMİK 2021: Kongre Öncesi Kurs 3, Bilimsel Bir Makale Nasıl Yazılır ve Yayınlanır

28 Mayıs 2021 - 11 İsteme



KLİMİK 2022 KONGRE ÖNCESİ KURS

KLİMİK 2022 Kongre Öncesi Kurs 4: Uygulamalı Temel Biyoistatistik Kursu

KLİMİK VIDEO WEB KONFERANS 81

Ağustos Ayında COVID-19: Güncel Durum ve Gelişmeler

Salı, 24 Ağustos
21.00 - 22.30

Prof. Dr. Alpay Azap
Moderatör - Konuşmacı

Prof. Dr. Serap Şimşek-Yavuz
Konuşmacı

Doç. Dr. Süda Tekin
Konuşmacı



Akran desteđi



Çalışma yapmaya hevesli olduđunuzu belli edin

Yayın yapmaya hevesli arkadaşlar edinin

Akran desteđi



Serkan Surme

Doctor of Philosophy (Ph.D.) student, Doctor of Medicine (M.D.) ·
Medical Doctor at Haseki Training and Research Hospital
Turkey



Gulsah Tuncer

Doctor of Medicine · Medical Doctor at Haseki Training and Research
Hospital



Uđurcan Sayılı

Doctor of Medicine · Assistant Professor at İstanbul University-
Cerrahpařa
Turkey



Osman Faruk Bayramlar

Doctor of Medicine · Turkish Ministry of Health
Turkey

99 *Filiation on COVID-19 Pandemic*



Yusuf Emre Ozdemir

M.D. · Expert at Dr. Sadi Konuk Education and Research Hospital
Turkey



Ceyda Geyiktepe GÜçlü

Turkey

Araştırma kaynakları

- Bruselloz için
 - Kardiyoloji, Göz hastalıkları, FTR, Algoloji, Psikiyatri, Halk sağlığı, Kadın doğum, Üroloji
- Hastane kökenli infeksiyonlar için
 - YBÜ uzmanları, Anesteziyoloji ve reanimasyon, cerrahi branşlar
- Toplum kökenli infeksiyonlar için
 - Acil hekimliği, Aile hekimlikleri.....

Ne kadar yorgun olursanız olun hareket edin.

Göreceksiniz iyi gelecek😊



Tatvan şehrine Nemrut Dağından bir bakış



Akdamar Adası, Van

Zorunlu değil gönüllü hizmet olması dileğiyle



Dinlediđiniz için teŖekkür ederim