

Seçilmiş Poster Olgu Sunumları IV

Gökhan Aygün & Birgül Mete



Sunum Planı

- Sıtma
- Sifiliz
- Kriptokok
- Aktinomikoz
- İnfektif endokardit
- BCG infeksiyonu
- Q ateşi
- Viseral layşmanyoz
- Zona
- Botulismus
- HBV reaktivasyonu
- Nadir etkenler

12 Başlık

SITMA

***Plasmodium falciparum*'un Etken Olduğu Sıtma Olgusu**

Semra Özgümüő, Kıymet Gündoğdu, Aynur İlkaya
Kocaeli Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Yurt Dıőı Kaynaklı Üç *Plasmodium falciparum* Olgusu

Őerife Barçın Öztürk¹, Emine Yayla¹, Evren Tilekliođlu², Hatice Ertabaklar²
¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD
²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Parazitoloji AD

Serebral Sıtma

Tuğba Karakuzu¹, Esra Erdem Kıvrak¹, Deniz Özer¹, Çiğdem Banu Çetin¹, Şebnem Şenol Akar¹, Ahmet Özbilgin², İbrahim Çavuş²
¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Manisa
²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Parazitoloji Ana bilim Dalı, Manisa

Nadir Bir *Plasmodium Falciparum* Sıtması Olgusu

İbrahim Keskin, Hüsameddin Atay, Abdulkadir Şipal, Yasin Esmer, Ali İrfan Baran, Mahmut Sünnetçioğu
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dursun Odabaő Tıp Merkezi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Van

Sierra Leone'ye Seyahat Sonrası Tonik Klonik Nöbet İle Başvuran Serebral Sıtma Vakası

Merve Sefa Sayar¹, Elif Orhan¹, Halil Erkan Sayan², Ali Asan¹, İsmail Necati Hakyemez¹
¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
²Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Mortal seyreden *Plasmodium falciparum* sıtması: Bir olgu

Bahar Örmen, Cansu Aksoy Akőt, Alper Őener, Banu Karaca
İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir

Öne çıkan temalar

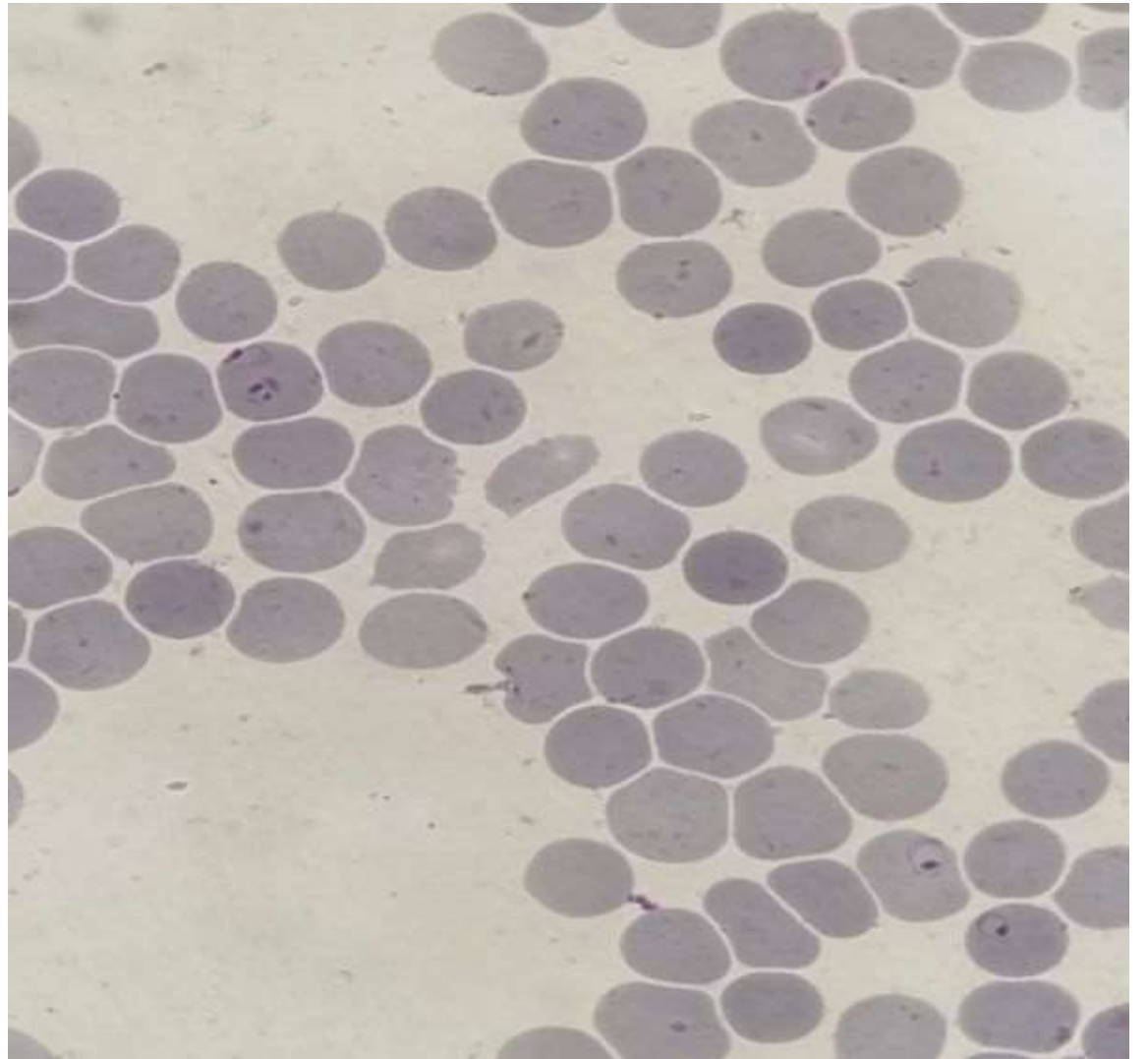
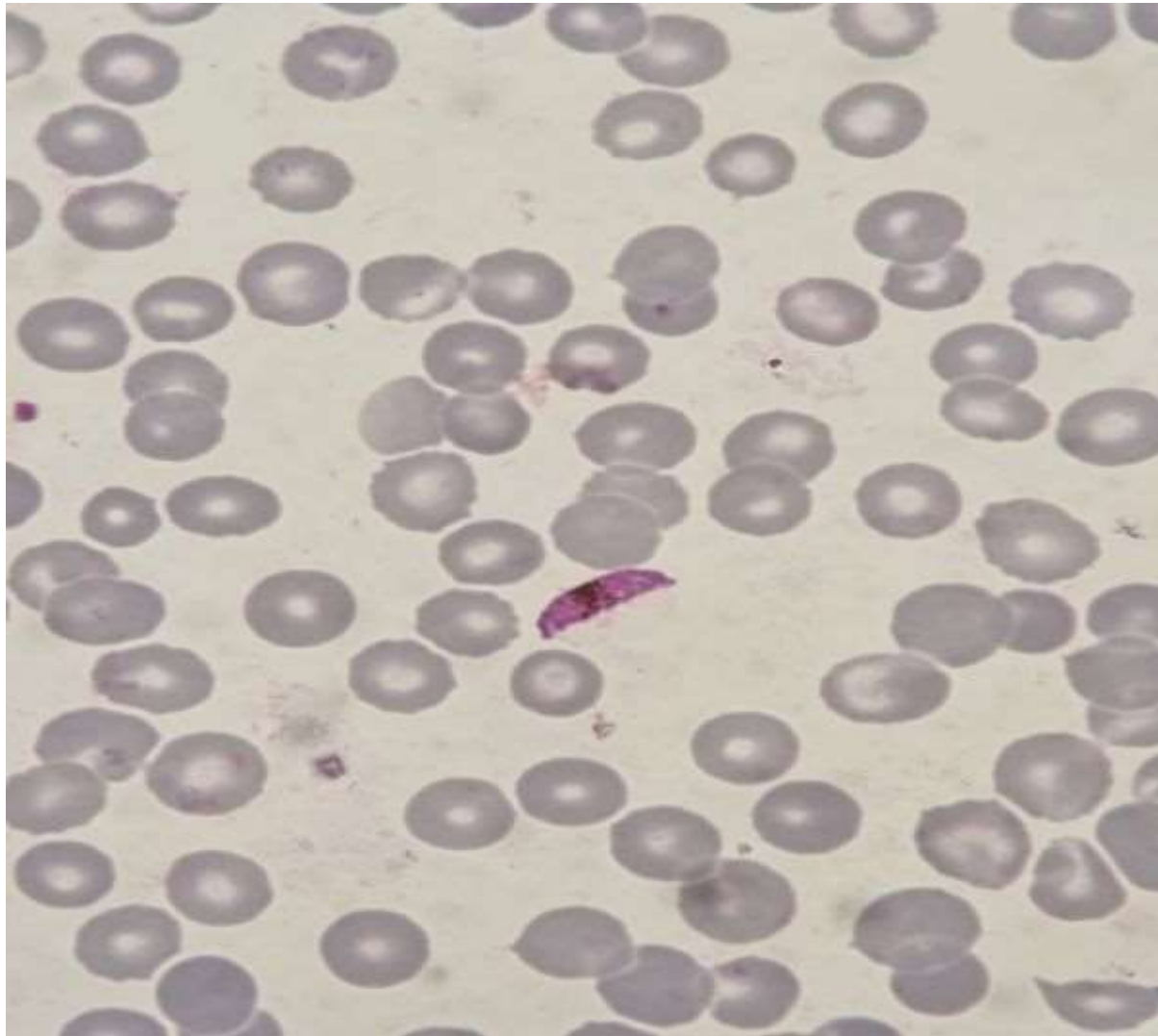
- Grip benzeri tablo
- Üşüme-titreme, ateş, splenomegali
- Jeneralize tonik klonik nöbet
- Ateş, kusma, ishal
- Afrika'da tanı almış ya da Afrika seyahatinden döndükten sonra (1 gün - 20 gün)
- Başlangıçta hemogram normal
- Tedavi sonrası klirens sağlanması uzayabilir.
- Mortalite (2 olgu)
- Profilaksi

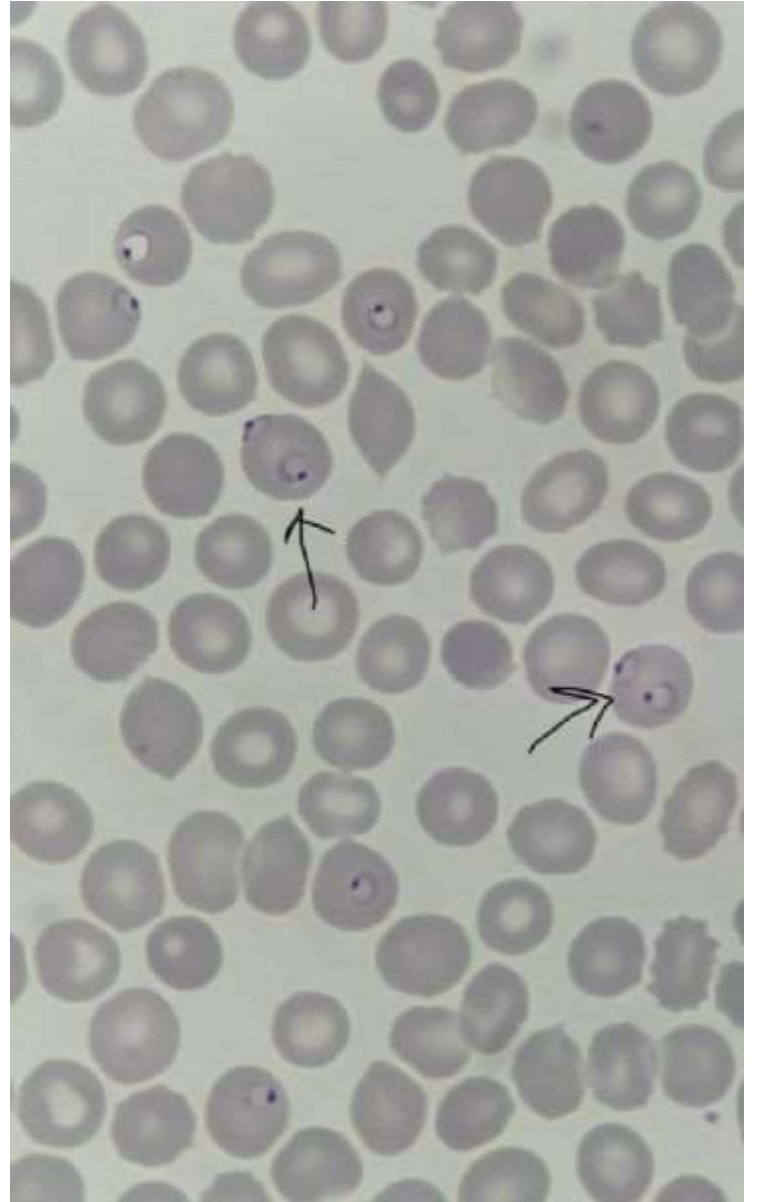
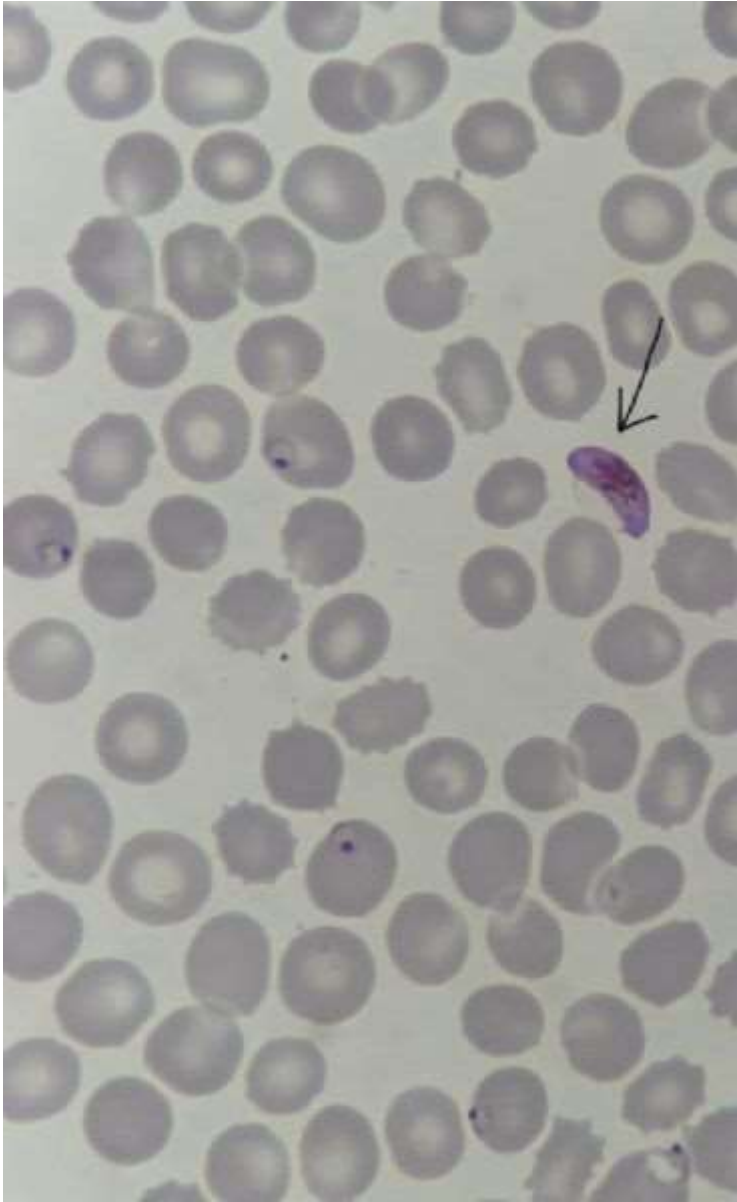
Rekrudesens

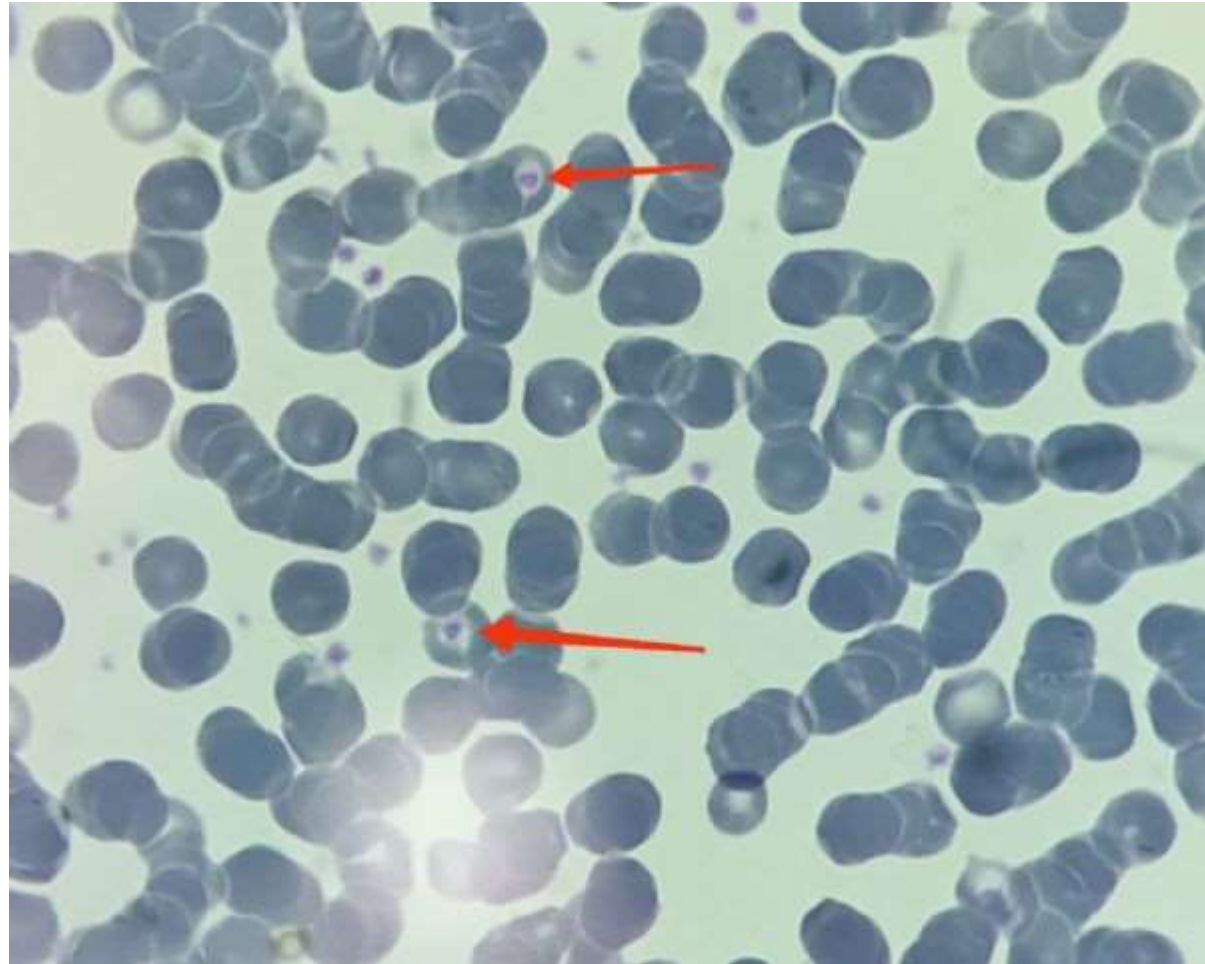
- Çoğunlukla günler veya haftalar içinde
- **Etkisiz tedavi** veya konağın **immün yanıtı** (veya her ikisi) nedeniyle parazitler kan dolaşımında tespit edilemeden kalır.
- ***P. falciparum***, rekrudesensin olağan nedenidir.

Relaps

- **Haftalar veya aylar içinde**
- Karaciğer hücrelerindeki **hipnozoitler** periferik paraziteminin tekrarlamasına neden olur.







Artemisine dirençli *plasmodium falciparum* sıtması

Okan Yaşar, Büşra Koçak, Güven Çelebi, Nihal Pişkin, Hande Aydemir

- 54 yaşında erkek hasta
- 1 hafta önce başlayan **halsizlik, iştahsızlık; 4 gündür olan ateş, üşüme titreme, yeni başlayan baş dönmesi, gözlerde kararma şikayetleriyle** acil servise başvurdu.
- Hastanın **45 gündür Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde** bulunduğu ve **1 hafta önce** ülkemize döndüğü öğrenildi.
- Hastanın periferik yaymasında **parazitemi** görüldü. Sıtma ön tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Hastaya oral **Artemeter-Lumefantrin** tedavisi başlandı.
- Tedavinin 2. gününden itibaren yüksek ateş ve periferik yaymada plasmodium görülmedi.
- Tedavisi tamamlanan **hasta yatışının 6. gününde iyilik hali ile taburcu edildi.**

- Hasta **taburcu olduktan 22 gün sonra halsizlik, bulantı-kusma, ateş, üşüme, titreme, öksürük, balgam şikayetleri** ile tekrar hastanemize başvurdu ve kliniğimize yatırıldı.
- Yatışının 2. gününde **periferik yaymasında taşlı yüzük hücreleri** görüldü.
- **Taburcu olduktan sonra sıtma açısından riskli bir bölgeye seyahat öyküsü yoktu.**
- **İlaç direnç testi yapılamadı** ancak hastalık ilk tedavi bitiminden sonraki 3. haftada nüks ettiği için "**Artemisine dirençli sıtma**" veya "**nüks sıtma**" düşünüldü ve "Kinin + Klindamisin" tedavisi planlandı.
- **Planlanan ilaçlar temin edilene kadar üç gün süreyle intravenöz artesunat** verildi. Devamında 7 gün oral "Kinin + Klindamisin" tedavisi verildi.
- **Artesunat tedavisinin 3. gününden** sonra ateş gözlenmedi, **kontrol periferik yaymalarında taşlı yüzük görülmedi.**
- Etken PCR yöntemiyle ***Plasmodium falciparum*** olarak tanımlandı.

Kısmi artemisinin direnci

- Tedavinin ardından **parazitlerin kan dolaşımından klirensindeki gecikme**
- “**Tam**” artemisinin direnci bildirilmemiştir.
- Artemisinin bileşiklerine karşı geliştirdiği direnç mekanizmaları, insanlarda sıtma parazit döngüsünün yalnızca bir aşamasını etkiliyor:
halka dönemi



Artemisia annua-peygamber süpürgesi

- Bu zaman sınırlı ve döngüye özgü özelliği vurgulamak için gecikmeli temizlemeyi "**kısmi direnç**" olarak adlandırmak daha uygun
- Artemisinin kısmi direnci, **kombine edilen 2. ilaca direnç yokluğunda** nadiren tedavi başarısızlığına yol açar.

➤ **Kısmi artemisinin direnci**

- Monoterapi olarak uygulandığında
- Altta yatan mekanizma tam bilinmiyor.
- **Kelch proteini K13'teki nokta mutasyonları** bu azalmış duyarlılıkla ilişkilidir.
- PfK13 aseksüel eritrositik gelişim için gereklidir ancak işlevi tam olarak bilinmemektedir.

- Güneydoğu Asya ve Afrika'da
- Artemisinin kısmi direncinin doğrulandığı Eritre, Ruanda ve Uganda'da **kombine tedaviler hala etkili**
- Afrika'nın diğer bölgelerinde, artemeter-lumefantrin ve dihidroartemisinin-piperakuin ile yapılan çalışmalardan tedavi başarısızlıkları bildirmiştir.
- DSÖ, araştırmalara devam ediyor.

Kinin yan etkileri

- **Kinkonizm:** kulak çınlaması, mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesi ve görme bozukluğu
- Hızlı boluslar **hipotansiyona** neden olduğundan kinidin ve kininin intravenöz uygulaması **infüzyon şeklinde olmalı**
- Kinin ve kinidin dar bir terapötik pencereye sahip
- Doz aşımı aritmiler ve hipotansiyon, körlük veya sağırlık dahil olmak üzere **kardiyotoksisiteye** yol açabilir.
- İnsülin üretimini uyardığından **kan şekeri düzeyleri** izlenmeli

SIFILIS

Meningoensefalit Tablosuyla Gelen Olguda HIV, Tüberküloz Menenjit ve Nörosifiliz Birlikteliği

Yasin Esmey, Keziban Kırklar, Abdulkadir Şipal, İbrahim Keskin, Şaban İncecik
Yüzüncüyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Van

Akciğer Tüberkülozu ve Sifiliz Birlikteliği Olan Yeni Tanı HIV/AIDS Olgusu

Gökhan Yüksek, Şaban İncecik, İbrahim Keskin, Keziban Kırklar, Aslı Kahvecioğlu Yıldız
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Van

Ağız İçi Yaygın Lezyonlar ile Başvuran HIV Pozitif Sifiliz Olgusu

Asiye Yir, Eda Alp Göker, Alper Gündüz
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

HIV ve Sifiliz Birlikteliği-Bir Olgu Sunumu

Anıl Akça, Cihan Yüksel, Selçuk Kaya
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Çanakkale

Genital bölgede çoklu şankr ile tanı alan sifiliz-HIV koinfekte olgusu

Pınar Korkmaz, Duru Mıstanoğlu Özatağ
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Görme Kaybı ile Başvuran 2 Nörosifiliz Olgusu

Esmay Öksüz¹, Burak Sarıkaya¹, Birol Balçın¹, Eyüp Düzgün², Taha Baysal², Sinem Akkaya Işık¹, Derya Özyiğitoğlu¹, Ayça Aydın¹, Deniz Kaçalıçoğlu¹, Elif Sofuoğlu¹, Hakan Sakin¹, Esra Doğan Çetin¹, Elif Dilan Dağ¹, Sena Buse Beydilli¹, İdris Çağrı Kaygısız¹, İrem Demiralp¹, Duygu Özakınsel¹, Ayşe İnci¹, Levent Görenek¹
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2.Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2.Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Erişkin hastada unutulmaması gereken döküntü nedeni:sifiliz olgularımız

Pınar Korkmaz, Duru Mıstanoğlu Özatağ, Cemile Uyar
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

Öne çıkan temalar

➤ VDRL yalancı negatifliği

- Erken dönem (şankrı olan hastaların %20-30'u) treponemal testler primer sifiliste daha duyarlı
- 2-4 hafta sonra test tekrarı
- Prozon (%2)- gebelik, nörosifilis, HIV koinfeksiyonu
- Erken tedavi
- Latent sifilis (immünosupresyon-AIDS; B hücre yetmezliği)

- Oküler sifilis, görme kaybı
- Nörosifilis
 - erken dönemde menenjit, kraniyal sinir tutulumu, oküler sifilis, otosifilis, meningovasküler tutulum
 - geç dönemde tabes dorsalis ve generalize parezi
 - BOS'ta VDRL (-), TPHA (+)

CDC lomber ponksiyon endikasyonları:

- Sifilisin herhangi evresinde nörolojik, kulak veya göz ile ilgili belirti veya semptomlar
- Tersiyer evre
- Sifilisin herhangi bir evresinde tedavi başarısızlığı

(serum treponemal olmayan testlerin uygun şekilde düşmemesi dahil)

erken sifilis için 12 ay ve geç latent sifilis için 24 ay içinde yetersiz serolojik yanıt (yani başlangıçta yüksek $[\geq 1:32]$ treponemal olmayan test titresinde dört kattan daha az düşüş)

Uzman görüşü

- **HIV enfeksiyonu ve sifilis birlikteliğinde evreye bakılmaksızın**
- **RPR $\geq 1:32$, CD4+ T hücresi ≤ 350 /mikroL**
- HIV RNA saptanabilir düzeyde veya antiretroviral kullanmayan hastalarda **lomber ponksiyonu** önerisi
- Geç sifilis için alternatif tedavi (örn. doksisisiklin gibi tetrasiklinler)
- Serolojik yanıtızsız ve serofast

Duyarlılık: %40-70
Özgüllük: %60-100
Çalışmalara ihtiyaç var

FTA-ABS
Duyarlılık: %91-100
Özgüllük: 100
TPHA \geq 1:640
Özgüllük yüksek

Nucleic acid

Treponemal tests
(FTA-ABS, TPPA, TPHA, FIA)

- **Anti-treponemal IgG antikoru kan-beyin bariyerini geçip BOS'a geçebilir ve treponemal testlerde yanlış pozitifliklere neden olabilir.**
- Bu nedenle **treponemal testlerin nörosifilis tanısında yeri tartışmalı**
- Nörosifilis tanısında **treponemal testler, BOS-VDRL test sonuçları ve BOS 'ta hücre ve protein düzeyi** klinik belirtilerle birlikte değerlendirilmeli

Other CSF protein tests
(sTREM2, β 2-microglobulin,
Tau protein, BACE1)
These protein tests are
helpful for the diagnosis of
neurosyphilis.

CSF-WBC and total
protein tests
These tests could assist
the diagnosis of
neurosyphilis; the results
must be combined with
other specific indicators
for comprehensive
analysis.

Ceftriaxone compared with benzylpenicillin in the treatment of neurosyphilis in France: a retrospective multicentre study



Thomas Bettuzzi*, Aurélie Jourdes*, Olivier Robineau, Isabelle Alcaraz, Victoria Manda, Jean Michel Molina, Maxime Mehlen, Charles Cazanave, Pierre Tattevin, Sami Mensi, Benjamin Terrier, Alexis Régent, Jade Ghosn, Caroline Charlier, Guillaume Martin-Blondel†, Nicolas Dupin†

- 1997-2017

2020 European guideline on the management of syphilis

M. Janier,^{1,*} M. Unemo,² N. Dupin,³ G.S. Tiplica,⁴ M. Potočnik,⁵ R. Patel⁶

➤ penisilin grubu: %33 (p=0.269)

- 6. ay serolojik yanıt benzer
 - Seftriakson grubunda hastanede yatış süresi daha kısa
- Ortalama 13.8/8.9 p<0.0001

KRİPTOKOK

Karaciğer nakilli bir hastada meninks, akciğer ve deri tutulumuyla seyreden disemine kriptokokoz

Sezen Özge Özen, Samra Heydarova, Aysun Benli, Seniha Başaran, Serap Şimşek Yavuz, Atahan Çağatay, Oral Öncül, Halit Özsüt
İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

İki Etkenli Fungal Cilt Enfeksiyonu: *Cryptococcus laurenti* ve *Fusarium species*

Uğur Kostakoğlu¹, Merve Öztürk Beşbaş², Kenan Beşbaş¹, Oğuzhan Okcu³, İlknur Esen Yıldız¹, Ayşe Ertürk¹

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

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Rize

HIV (+) hastada *Cryptococcus neoformans* fırsatçı koenfeksiyonu: olgu sunumu

Saida Ahmadova, Tuna Demirdal

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Disemine Kriptokok Enfeksiyonu ile Birlikte Seyreden HIV Enfeksiyonu Olgusu

Sabina Khalilova, Süheyla Kömür, Behice Kurtaran, Aslıhan Candevir, Ayşe Seza İnal, Ferit Kuşçu, Yeşim Taşova
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana

Kriptokokkoz: Farklı immunsupresif olgularda klinik sonuçlar

Esra Duru Öz, Emel Eroğul, Didem Çelik, Süheyla Serin Senger

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

HIV enfeksiyonu ve kriptokokkoz: Dört olgu ile koenfeksiyona bakış

Ayşe Akkaya, Süheyla Kömür, Ferit Kuşçu, Ayşe Seza İnal, Aslıhan Candevir, Behice Kurtaran, Sezin Hoşgel Sevdinbaş, Yeşim Taşova
Çukurova Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Adana

Karaciğer nakilli bir hastada meninks, akciğer ve deri tutulumuyla seyreden disemine kriptokokoz

Sezen Özge Özen, Samra Heydarova, Aysun Benli, Seniha Başaran, Serap Şimşek Yavuz, Atahan Çağatay, Oral Öncül, Halit Özsüt

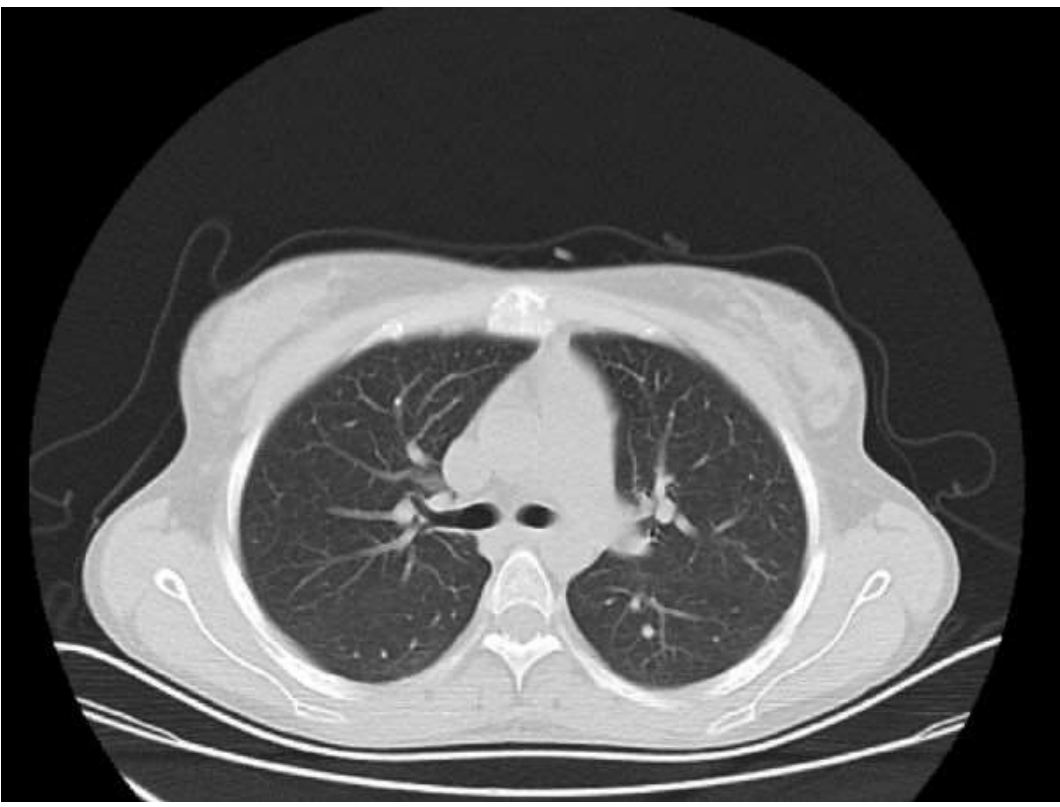
- **Budd-Chiari'ye bağlı karaciğer sirozu** nedeniyle **2018'de karaciğer nakli** yapılan takibinde **nüks siroz** gelişen 21 yaşında kadın hasta
- 3 gün önce başlayan **ateş, sarılık ve kaşıntı** nedeniyle başvurdu.
- **Takrolimus, metilprednizolon ve mikofenolat** kullanmaktaydı.
- Fizik muayenesinde **asit** saptandı.

Lökosit 4500/µl, nötrofil 3580/µl, lenfosit 400/µl, **trombosit 65000/µl**, hemoglobin 8,4 g/dL, CRP 14 mg/L, prokalsitonin 0,62 ng/mL, kreatinin 1,5 mg/dL, AST 68 U/L, ALT 37 U/L, ALP 215 U/L, GGT 80 U/L, **total bilirubin 2,79 mg/dL, direkt bilirubin 1,1 mg/dL** ve LDH 239 U/L

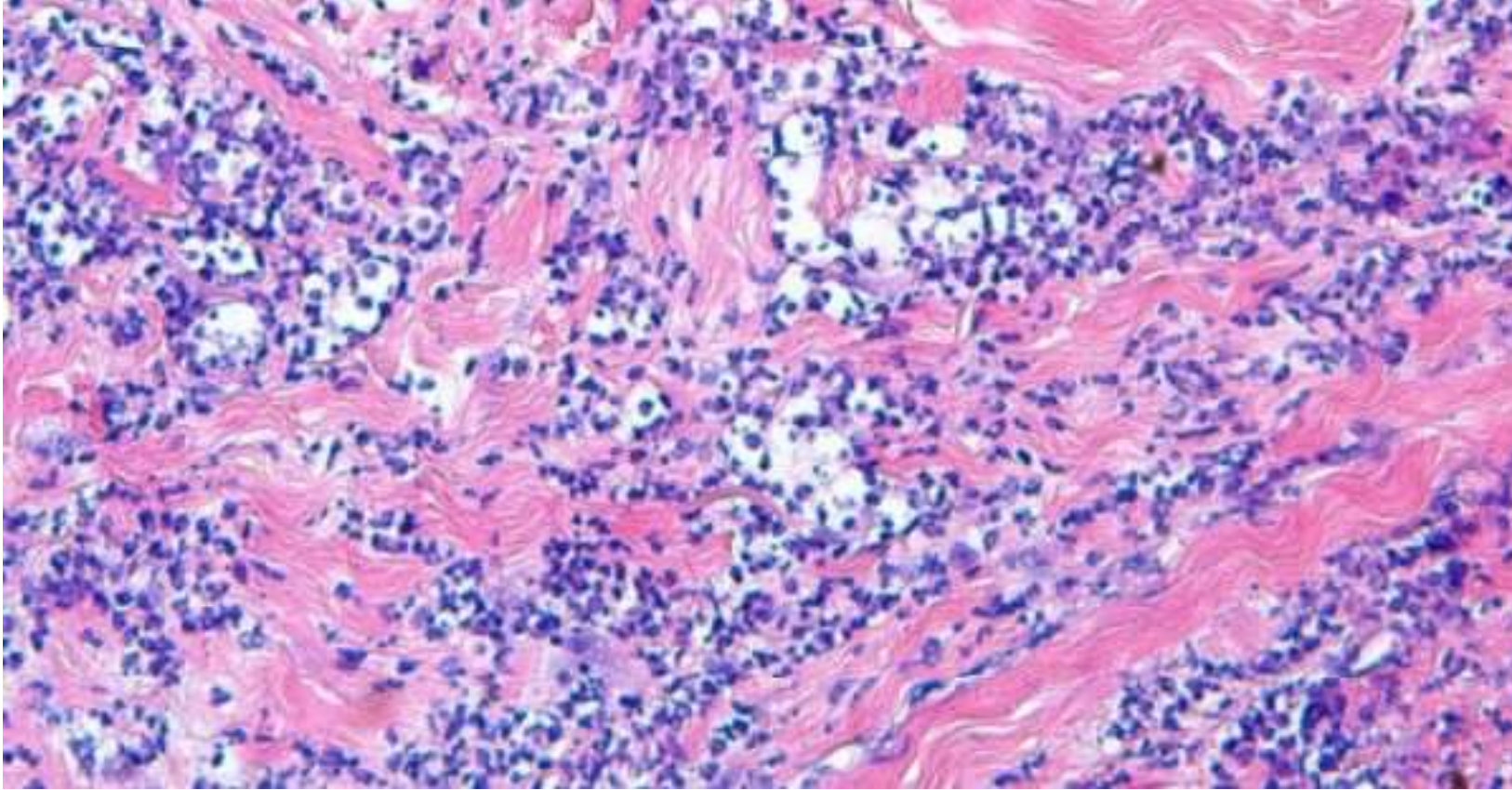
- **Asit sıvısında lökosit 340/µl**, nötrofil 40/µl ve lenfosit 16/µl olarak saptandı.
- Akut kolanjit ve bakteriyel peritonit ön tanılarıyla kan ve asit kültürleri alındıktan sonra seftriakson 1x2 gr İV başlandı.
- Abdomen MRG'sinde **splenomegali ve batın içi serbest sıvı** saptandı.



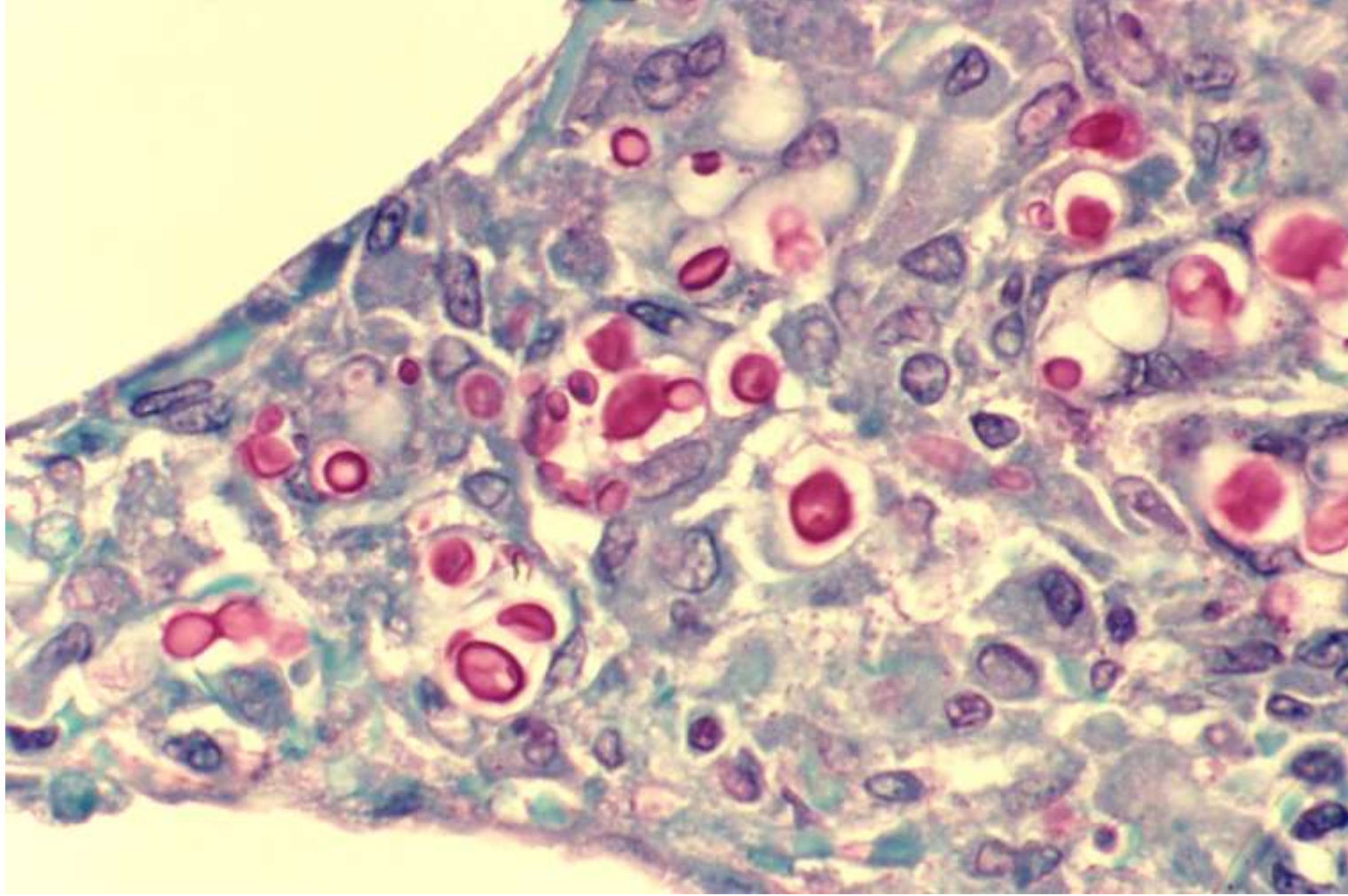
- Takibinde **sağ uyluk lateralinde ağrı, kızarıklık ve ödem gelişti.**
- Selülit düşünülerek tedavisi ampisilin sulbaktam (SAM) 4x2 gr İV ile değiştirildi.
- **İnkübasyonun 5.gününde asit sıvı kültüründe maya üredi.** Tedaviye ampirik kaspofungin 1x50 mg İV eklendi.
- **Serumda istenen kriptokok antijen testinin pozitif saptanması** üzerine kriptokokoz tanısıyla kaspofungin kesilerek L-amfoterisin B 1x4 mg/kg İV ve flukonazol 1x800 mg İV başlandı.



- ❑ Toraks BT'de sağ akciğer üst lobda etrafında buzlu cam alanları olan solid lezyon-kontrol BT'de lezyonun büyüdüğü saptandı, ön planda **kriptokoksik nodül** olarak değerlendirildi.
- ❑ VİTEK-2 ile değerlendirilen maya, ***C.neoformans*** olarak tiplendirildi.
- ❑ Hasta **trombositopenik olduğundan LP yapılamadı** ancak **kraniyal MRG'de** bazal meninkslerde tutulum saptandı ve **disemine kriptokokoz** tanısı kondu.
- ❑ İnkübasyonun 9.gününde kan kültürlerinde ***C.neoformans*** üredi.



- Selülit tablosu ilerleyen hastanın SAM tedavisi meropenem ve linezolid olarak revize edildi.
- **Kriptokoka bağlı cilt tutulumu olabileceği düşünülen hastadan deri biyopsisi alındı.**
- **Dermis tabakasında maya hücreleri** görüldü, **kriptokoksik pannikülit** düşünüldü.
- Antibakteriyel tedavisi kesildi. Antifungal tedavinin 3. ayında bulguları gerileyen hasta toplam tedavisi en az 12 ay olacak şekilde planlanıp oral flukonazol tedavisiyle taburcu edildi.



Musikarmin boyama yöntemiyle kapsülün yoğun kırmızı boyanması

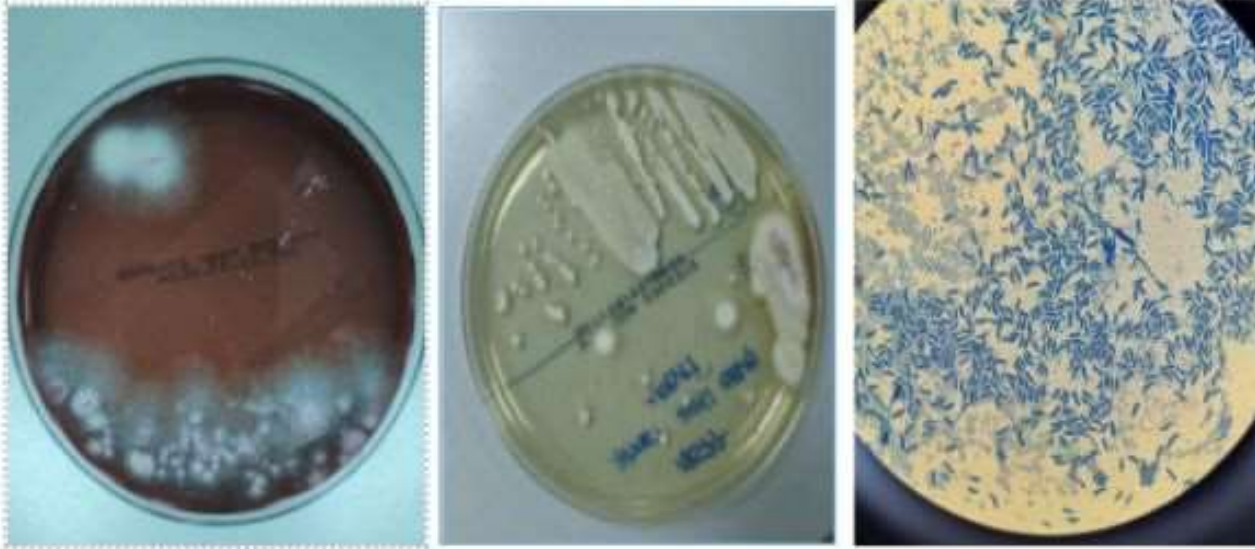
İki Etkenli Fungal Cilt Enfeksiyonu: *Cryptococcus laurenti* ve *Fusarium species*

Uğur Kostakođlu¹, Merve Öztürk Beşbaş², Kenan Beşbaş¹, Oğuzhan Okcu³, İlknur Esen Yıldız¹, Ayşe Ertürk¹
¹Bazen Tayvin Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bize

- 62 yaşında **çay yetiştiricisi** olan erkek hasta
- Sağ el 3. parmakta akıntılı ve ağrılı yara şikayetiyle başvurdu.
- Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın **sağ el 3. 4. ve 5. parmaklarında 6 ay önce travma sonrası nekroze yaralar** oluşmuş.
- Dış merkezde adını bilmediği antibiyotik tedavileri ile sağ el 4 ve 5. parmaklardaki yaralar iyileşmiş.
- 3. parmaktaki nekroze yara, akıntılı ve ağrılı hale gelmesi üzerine polikliniğe başvurdu.
- **MR: osteomyelit yok**
- Yara bölgesinden **debridman sonrası mantar kültürü, yara kültürü** ve gram boyama (**az epitel hücresi, orta maya, nadir gram pozitif kok**) gönderilen hastaya ampirik siprofloksasin 2x750 mg po tedavisi başlanıp ayaktan takibe alındı.



- Alınan yara kültüründe ise *A. baumannii* (siprofloksasine artmış dozda duyarlı) üredi; etken-kontaminasyon ayırımı yapılamadı.
- **Mantar kültüründe üreme olmadı.**
- Siprofloksasin tedavisine devam edildi.
- **10 gün sonra üşüme, titreme, yara yerinde akıntı ve ağrı** şikayetleriyle tekrar polikliniğe başvurdu.
- **Yara kültürü ve gram boyama** tekrarlanmış olan hastanın gram boyaması: "**az miktarda lökosit nadir epitel ve bol maya görüldü**" şeklinde sonuçlanması üzerine yatırılarak flukonazol 1x400mg iv tedavi başlandı.



Resim 2a

Resim 2b

Resim 2c

Resim 2a: İlk ekim besiyerlerinde Eosin metilen blue agardaki görünüm

Resim 2b: Etkenlerin Sabouraud dextrose agardaki görünümü

Resim 2c: Fusarium species'in laktofenol pamuk mavisi ile preparatta(x40) orak şekilli konidyum ve septalı hifal görünümü

- Yara kültüründe ***Cryptococcus laurentii*** (VİTEK-2 otomatize sistem ile) ve ***Fusarium spp.*** (Laktofenol pamuk mavisi) üremeleri olması (Resim 2a,2b ve 2c) üzerine flukonazol tedavisi stoplanarak amfoterisin b 1x3mg/kg gün tedavisine geçildi.
- **Doku biyopsisinde mantar hifa ve sporları** varlığı raporlandı.
- Hastanın amfoterisin b tedavisi 10. gününde stoplanıp vorikonazol tablet 2x400mg po yükleme, 2x200 mg po idame tedavisine geçildi.
- Tedavinin 19. gününde klinik stabil olan hasta taburcu edildi.

AKTINOMIKOZ

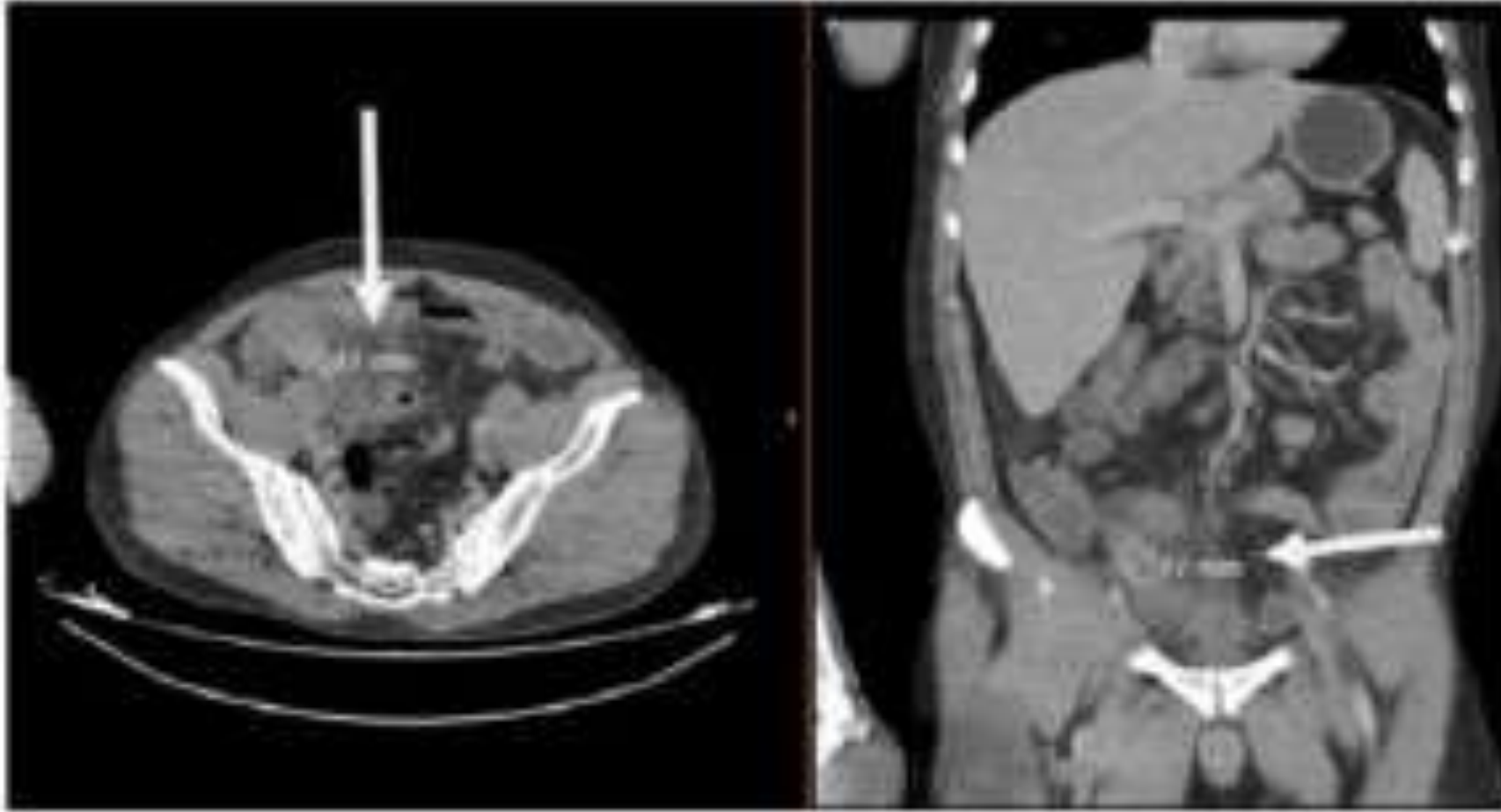
Perfore Akut Gangrenöz Apandisitın Gizemli Yüzü: "Aktinomikoz"

Pınar Güzelel¹, Uğur Kostakoğlu¹, Kadir Tomas², Muhammet Safa Ayazoğlu³

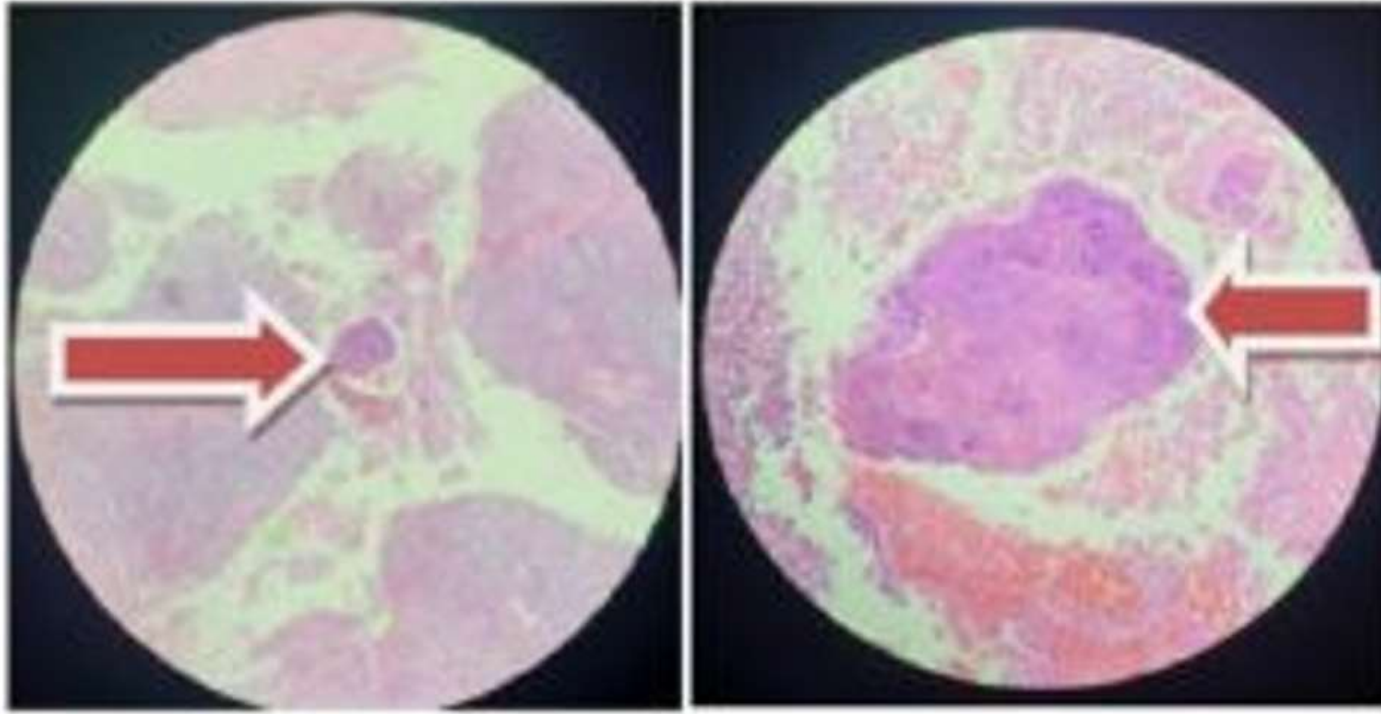
¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Rize

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

- 39 yaşındaki erkek hasta, **3 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı ve iştahsızlık**
- Sağ alt kadranda hassasiyet ve defans
- **WBC:17.630/µl, CRP: 351 mg/L**
- **Alt abdomen BT:** sağ alt kadranda **çekumdan çıkan yaklaşık 17 mm çapında appendikse ait olduğu düşünülen ödemli inflame ans**, komşu yağ planlarında yaygın enflamatuar dansiteler
- Hasta **perfore akut apandisit** ön tanısı ile Genel cerrahi kliniği tarafından acil opere edildi ve apendiks lojunda apse olduğu görüldü.



- Apendiksin distal ucunda sertlik palpe edildi ve ön planda karsinoid tümör düşünöldü.
- Empirik seftriakson IV ve metronidazol 3x500mg IV
- Apse kültüründe ESBL negatif *E.coli* ve C Grubu streptekok üremesi oldu.



x40 h&e

x200 h&e

- **Patoloji: *Actinomyces* sulfür granülleri içeren perfore akut gangrenöz appendisit**
- Ampisilin 6x2gr iv başlandı.
- Takiplerinde kliniği stabil olan hastanın İV tedavisi 14 güne tamamlanarak amoksisilin-klavulanik asit 2x1gr tablet ile taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde aktif şikayeti olmayan hastanın tedavisi 6 aya tamamlanarak kesildi.

***Actinomyces spp.*'ye bağlı gelişen kronik endometrit olgusu**

Taylan Önder¹, Eda Sevinç Aslan Aygün²

- 51 yaşında kadın hasta, **3 aydır devam eden anormal uterin kanama**
- Özgeçmişinde hipertansiyon tanısı ve **2 yıl önce RİA**
- Jinekolojik muayene ve pelvik ultrasonografisinde (USG) tuboovaryan apse (TOA) yok.
- E
- **Actinomyces spp.** pelvik aktinomikoz ve genital kolonizasyon dışında tek başına **kronik endometrit** tablosuna neden olabilir.
- F
- Kronik endometritin tek başına **AUK** ile prezente olabilir.
- K
- Kronik endometritte ilk tercih olarak önerilen 14 günlük doksisiklin tedavisi *Actinomyces spp.* için de etkili olabilir.
- Tedavi bitiminde kanama şikayeti geçen hastanın yapılan kontrol USG'sinde **endometrium** kalınlığı 3 mm'ye geriledi.
- **Kontrol endometrium biyopsisinde de kronik endometrit bulgularının gerilediği görüldü** ve *Actinomyces spp.* saptanmadı.

İNFEKTİF ENDOKARDİT

Metastatik Enfeksiyonlarla Seyreden Non-Vejetatif İnfektif Endokardit Olgusu

Şevval Özen Aksakal, İklima Özdoğan Çelik, Betül Yıldız Karataş, Lütfiye Nilsun Altunal, Mehtap Aydın

- 20 gün önce başlayan **üşüme titreme, bel ve bacak ağrıları ve güçsüzlük ile başvuran** 56 yaşında kadın hastanın görüntülemelerinde **sol piriformis, sol paravertebral, sol iliopsoas kaslarında** en büyüğü **41*40 mm boyutlarında apse** ile uyumlu imajlar
- NRŞ kliniğine yatış
- Fizik muayene: ateş 38°C, **subkonjunktival kanama** dışında bulgu yoktu.
- **WBC:15 bin, CRP:274 mg/L** %84 PMNL hakimiyetinde
- Yarım saat arayla alınan **2 set kan kültürünün iki setinde MSSA** üremesi, **paravertebral apsedan girişimle alınan kültürde MSSA üremesi**
- Sefazolin tedavisi başlanarak enfeksiyon servisine devralındı.
- Yatışının 8.gününde ateş yanıtı alındı.
- **Transtorasik EKO ve transözofageal EKO'larda infektif endokardit lehine bulgu yok.**



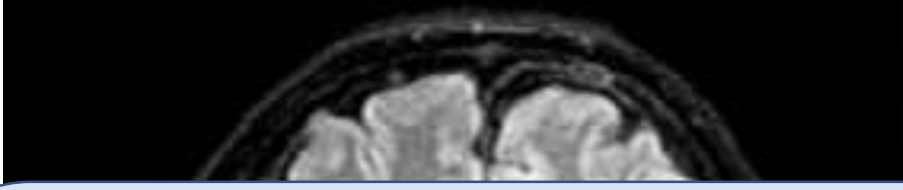
Pretibial ödem-Maküler plak

- Takiplerinin 16. gününde bacaklarda basmakla solmayan plak tarzı döküntüler gelişmesi üzerine dermatoloji görüşü istendi.
- **Deri biyopsisi: IgA vasküliti**
- Hastanın takiplerinde pretibial ödem, hipoalbüminemi ve idrar tetkiklerinde yeni gelişen +++ pozitif proteinüri görülmesi üzerine **nefroloji önerisi alınarak böbrek biyopsisi yapıldı.**
- **Böbrek biyopsisi: IgA nefriti, infektif endokardit ile ilişkili glomerulonefrit?**
- Takibinin 1. ayında çekilen pelvis MR'da nüks/rezidü apse düşünülmedi.
- **Duke kriterlerine göre bir major ve üç minör kriteri karşılayan hasta infektif endokardit olarak kabul edildi.**
- Sefazolin 6 haftaya tamamlanarak şifa ile taburcu edildi.

***Staphylococcus Lugdunensis*'in Etken Olduğu Mortal Seyreden Bir İnfektif Endokardit Olgusu**

Kristine Lomsadze, Zarifa Abdullayeva, Aysun Benli, Seniha Başaran, Serap Şimşek Yavuz, Atahan Arif Çağatay, Oral Mustafa Öncül, Halit Özsüt

- Tip 2 diyabet ve hipertansiyon tanılı 45 yaşında erkek hasta
- **1 haftadır olan halsizlik, kusma ve kafa karışıklığı** Şikayetleri ile İstanbul Tıp Fakóltesi Acil Nöroloji birimine başvurdu.
- Vücut sıcaklığı 37.4 °C, nabız:122/dakika, **genel durumu orta, bilinci konfü**, oryante ve koopereydi, ense sertliği yoktu.
- **Lökosit 16 000/mm³**, nötrofil 13 000/mm³,trombosit: 133000 /mm³, **CRP 261 mg/L, AST:98 U/L, ALT:106 U/L, ALP:96 U/L, prokalsitonin 1,3 ng/ml**
- İnfeksiyon odağı bulunamayan hastada İE dışlamak amacıyla transtorasik EKO (TTE) istendi. **TTE'de aort kapağının ventriküler yüzünde vejetasyon ve ++ pozitif aort yetersizliği** görölmesi üzerine 3 set kan kültürü alınarak ampirik ampisilin-sulbaktam 6x2 gr İV başlandı.



- Kraniyal MRG'de **sol serebellar hemisfer inferior, sol**

- ***S. lugdunensis*** insan derisinde normal florada bulunmasına rağmen kan kültüründe nadiren kontaminasyona neden olur ve patojen olarak kabul edilmelidir.
- Koagülaz negatif stafilokoklar içinde olan *S.lugdunensis* diğer KNS'lerin aksine **yüksek mortaliteye** sahip agresif seyreden bir İE etkenidir.
- Sıklıkla **kapak perforasyonu ve apse oluşumuna** neden olur o yüzden bu etkenin görüldüğü İE olgularında hızla başlanacak antibiyotik tedavisinin yanında erken kardiyak cerrahiye öncelik verilmesi gerekir.

BCG İNFEKSİYONU

İntravezikal BCG enjeksiyonu sonrası Mycobacterium Bovis enfeksiyonu

Elif Ateş, Nuran Sarı, Çağla Sarıkaş, Ayşe Hande Arslan, Özlem Kurt Azap

- İnvaziv üretelyal karsinom nedeniyle **transüretral mesane kanseri rezeksiyonu geçiren 59 yaşında hasta**
- **4. kür intravezikal BCG enjeksiyonundan 2 gün sonra ateş, gece terlemeleri, halsizlik**
- Dış merkezde ampirik amoksisilin-klavunat ve siprofloksasin tedavileri başlanmış.
- **İki haftadır olan bu şikayetlerle başvuran hasta, ateş etiyojisi** araştırılmak için yatırıldı.
- **Ateşi 38,9°C**, solunum sesleri kabaydı.
- Lökositozu yok, **CRP:99** mg/L (0-5), ALP:225 U/L (20-150), GGT: 361 U/L (<55) yüksekliği
- Kan, idrar kültürlerinde üreme yoktu; influenza antijen ve SARS CoV-2 PCR testi negatifti. Yatışında çekilen toraks ve abdomen tomografisinde patoloji yoktu.
- Hastanın quantiferonu pozitif geldi; **Mycobacterium bovis** enfeksiyonu düşünülerek hastaya **1*300 mg izoniazid, 1*600 mg rifampisin, 1*1500 mg etambutol** başlandı.

- İdrar ve balgam örneklerinden **3 kez mikobakteri kültürü ve ARB negatif**
- Hastanın **tedavisinin 7. gününde ateşi düşmeyince steroid başlandı**, naproksen sodyum rutine geçildi.
- Kesin tanı koyabilmek için **kemik iliği aspirasyon biyopsisi yapılan hastanın biyopsi sonucu granülomatöz inflamasyonla uyumluydu.**
- Tedavinin **14. gününde ateşi düşen** karaciğer enzimleri yükselen hastanın izoniazid tedavisi kesilerek rifampisin, etambutol tedavisi ve steroid azaltma şeması ile taburcu edildi.
- Hastanın taburculuğunda da ateşlerinin devam etmesi üzerine ayaktan prednol tedavisi 16 mg devam edilmiş.
- Hasta etambutol ve rifampisin tedavilerini artık almak istemediği için 44. günde kesti. Hastanın daha sonrasında bu şikayetlerle poliklinik başvurusu olmadı.

İntravezikal BCG uygulaması sonrası gelişen BCG sepsis olgusu

Cemile Uyar¹, Okan Taşdemir¹, Oğuz Evlice¹, Öznur Ak¹, Gökhan Yaman², Serpil Genç³

- **38 yaşında erkek hasta**, Üroloji servisinde **mesane kanseri** nedeniyle takip edilirken **2 gündür devam eden ateş, üşüme, titreme** şikayetleri olması üzerine Enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi.
- 2 ay öncesinde mesane kanserine yönelik operasyon ve sonrasında **tekrarlayan intravezikal BCG uygulamaları** mevcuttu.
- Ateşi 38 °C ve diğer vital bulguları normaldi.
- Fizik muayenesi: **Genel durumu kötü, şuuru açık koopere ve oryante ve skleralar ikterik**
- WBC:5350/mm³, **CRP 148 mg/L, prokalsitonin 55 ug/L, AST 57 IU/L, ALT 50 IU/L, Total bilirubin 3,4 mg/dl, direk bilirubin 2,1 mg/dl** ve akciğer grafisi normaldi.
- Hastadan kültürler alınarak empirik piperasilin/tazobaktam başlandı.
- Tedaviye rağmen hastanın GD kötüleşti, solunum sıkıntısı, hipotansiyon ve şuur değişikliği, ALT, AST, bilirubin değerlerinde yükselme, organ yetmezlik bulguları gelişti ve **YBÜ'ye** alınarak CPAP başlandı.

	Tedavi Başlangıç	Tedavi 1. Hafta	Tedavi 2. Hafta	Tedavi 1. Ay	Tedavi Sonu
Lökosit sayısı (/mm ³)	1890	1410	1950	3270	3090
Trombosit sayısı (/mm ³)	114000	59000	81000	213000	172000
AST(IU/L)	223	187	54	29	35
ALT (IU/L)	117	81	57	42	21
Total bilirubin (mg/dl)	7.5	17.9	8	2.4	0.5
Direk bilirubin (mg/dl)	4.26	9.73	3.72	0.84	0.08
ALP (IU/L)	326	421	315	113	41
GGT (IU/L)	214	280	278	108	61

- Kan, idrar ve balgam kültüründe üreme olmadı.
- **İdrarda ARB pozitif olması üzerine intravezikal BCG sonrası sepsis tanısı konulan hastaya izoniazid, pirazinamid, etambutol ve metilprednizolon tedavisi başlandı.**
- Tedavi sonrası progresif olarak iyileşme oldu.
- Genel durumu düzelen hasta 30. günde taburcu edilerek tedavisine ayaktan devam edildi ve ilaç yan etkisi açısından yakından poliklinik takibi yapıldı.
- **9 ay sonunda tedavisi kesildi.** Hastanı herhangi bir yakınması kalmadı.

İntravezikal BCG komplikasyonları

- Hipersensitivite
 - İnfeksiyon (%1-5)
 - Hipersensitivite + infeksiyon
-
- **Erken-** < 3 ay
 - **Geç-** > 3 ay, aylar-yıllar
-
- **İnfeksiyon risk faktörleri:**
 - travmatik kateterizasyon
 - aktif sistit
 - transüretal cerrahiye takiben kalıcı yoğun hematüri
 - immünosupresyon
 - ≥70 yaş

Lokal

genellikle geç

- Sistit
- Mesane kontraktürü
- Granülomatöz prostatit
- Prostat absesi
- Epididimo-orşit
- Testis absesi
- Piyelonefrit
- Böbrek absesi
- Üreter darlığı
- Penis granülomu

Sistemik

genellikle erken

- Miliyer
- Sepsis (sitokin salınımı)
- Ateş+organ tutulumu
 - Pulmoner
 - Hepatik
 - Kemik
 - Merkezi sinir sistemi
 - Göz

- **Kesin tanı-** kültür
- **Olası tanı**

klirik ve epidemiyolojik bulgular uyumlu ve alternatif bir etiyoloji olmadığında, ARB pozitifliği veya histopatolojik incelemede granülomlar ve/veya PZR pozitifliği

- **Tedavi:** antimikobakteriyel tedavi + steroid

Q ATEŞİ

Karaciğer fonksiyon testlerinin yüksekliği ile seyreden nedeni bilinmeyen ateş olgusu

Ahmet Furkan Kurt¹, Adem Şimşek¹, Bilgöl Mete², Gökhan Aygün²

- 21 yaşında, üniversite öğrencisi Türk vatandaşı olan kadın hasta, **3 aydır yemeklerden sonra sırtta yansıyan sağ üst kadranda ağrısı, özellikle geceleri olan ateş, üşüme-titremler, iştahsızlık ve 12 kilo kaybı şikayetleri**
- **Akut faz reaktanlarında ve KCFT yükseklik nedeniyle kolanjit/kolesistit ön tanıları** ile birçok karın görüntülemesi yapıldığı ancak patoloji saptanmadığı, metronidazol ve sefalosporin grubundan birçok oral antibiyotik kullandığı ancak fayda görmediği öğrenildi.
- **Nedeni bilinmeyen ateş** ön tanısı ile infeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı.
- **Karın sağ üst kadranda hassasiyet ve lomber bölgede ağrı**
- **KCFT yüksekliği, nötrofilik lökositoz ve akut faz reaktanlarında yükseklik**
- Toraks ve karın tomografisinde, transtorasik ekokardiyografide patoloji yok.
- Hemokültürde üreme olmadı, lomber MR'da spondilodiskit saptanmadı, ancak hastanın ağrısını açıklayabilecek lomber intervertebral disklerde dejenerasyon saptandı.

- Hastanın **anamnezi** derinleştirildiğinde babasının **Erzurum'da hayvancılıkla uğraştığı ve şikayetleri başlamadan 2 ay önce 250 küçükbaş hayvana atenüe-canlı *B. melitensis* suşu içeren konjonktival brusella aşısı uyguladığı ve aşı yaparken maske, eldiven gibi koruyucu önlemler almadığı öğrenildi.**

- Rose Bengal ve Wright testleri negatif
- Halk sağlığı referans laboratuvarına gönderilen

C. burnetii faz 1 IgG ve faz 2 IgM negatif iken faz 2 IgG 1/128 titrede pozitif

- Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin kriterlerine göre **olası akut Q ateşi tanısı** ile doksisisiklin tedavisi başlandı ve 3 hafta süreyle uygulandı.
- **Doksisisiklin tedavisiyle hastanın şikayetleri geriledi, kilo almaya başladı ve tüm laboratuvar parametreleri düzeldi.**

Doksisiklin tedavisi ile laboratuvar parametrelerinin seyri

	Tedavi Öncesi	Tedavinin 1.Haftası	Tedavinin 2.Haftası	Tedavinin 3.Haftası
Lökosit (N:3700-10300/mm ³)	17000	7100	5200	8600
AST (N:5-34 U/L)	85	26	32	24
ALT (N:0-33 U/L)	77	20	23	18
ALP (N:44-107 U/L)	273	136	115	75
GGT (N:0-38 U/L)	154	76	55	35
CRP (N:0-5 mg/L)	122	9	7	1
Sedimentasyon (N:0-20 mm/saat)	97	69	42	18

Akut Q ateşinin tanısı

- Hastalığın başlangıcında alınan **tek serum örneğinde** IFA IgG titresinin $\geq 1:128$ bulunması ya da ELISA ile IgM antikorlarının pozitif olarak saptanması "olası tanı" bulgusudur.
- Hastalığın başlangıcında alınan **tek serum örneğinde** IFA ile faz-II antijenine özgü (faz-I de olabilir) IgG titresinin $\geq 1:64$ ve aynı anda IgM titresinin $\geq 1:48$ olması ise **akut Q ateşi** için "kesin tanı" koydurur.
- IFA ile **çift serum örneğinde** 4 kat titre artışı saptanması da akut Q ateşi için "kesin tanı" bulgusudur.
- KBT ile antikor titrelerinde ≥ 4 kat artış veya tek serumda KBT titresinin $\geq 1:40$ bulunması akut Q ateşi tanısını destekler.

Grip Benzeri Sendrom: Q Ateşi Olgusu

Bilge Çağlar, Esra Yüksekaya, Leman Karaağaç

- 19 yaşında erkek, **3 gündür olan ateş, bulantı, kusma ve şiddetli retroorbital baş ağrısı**
- **Hayvancılık** ile uğraştığı ve **kuyu suyu içme öyküsü** olduğu öğrenildi.
- Ateşi 38 derece, tansiyonu ise 90/60 mmHg
- WBC: 7000/mm³, PLT: 145000/mm³,CRP:50 mg/L
- Difüzyon kraniyal MR ve beyin BT, akciğer grafisi normal
- **Semptomatik hipotansiyon ve ateşi olan hastaya enfektif endokardit ekartasyonu için yapılan eko normal**
- 2 set kan kültürü, viral solunum paneli ve Brusella Coombslu Wright testi yapıldı.
- Kuyu suyu içme öyküsü olan hastadan **Leptospiroz** için Halk Sağlığı Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarına numune (tam kan ve idrardan leptospira PCR) gönderildi. Leptospiroz ön tanısıyla Seftriakson 1x2 g iv başlandı.

- **Seftriakson tedavisinin 3. gününde ateşi, bulantısı ve baş ağrısı devam eden** hastanın Coombslu Wright testi ve viral solunum paneli negatif sonuçlandı.
- **CRP:153 mg/L PLT: 44000/mm³**
- **Hayvancılık öyküsü, ateşi, retroorbital şiddetli baş ağrısı ve fotofobisi olan hastadan Q ateşi için Halk Sağlığı Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarına numune gönderildi.**
- Q ateşi ön tanısıyla **oral alımı iyi olmayan hastaya Moksifloksasin IV başlandı.**
- **Moksifloksasin tedavisinin ertesi günü ateş ve baş ağrısı geriledi, tedavinin 5. gününde CRP:5 mg/L PLT: 137000/mm³**
- Klinik ve laboratuvar olarak moksifloksasin tedavisine yanıt alınan hasta taburcu edildi.
- Leptospira PCR testi negatif
- **Coxiella burnetii faz II Ig G IFA:1/64 titrede pozitif.**
- Q ateşi kesin tanısını koymak için konvelesan dönemde (3-6. hafta arasında) faz II Ig G için serum örneği alındı. Ancak referans laboratuvarında kit olmadığından gönderilemedi.
- **Hasta klinik olarak akut Q ateşi kabul edildi.**

VİSERAL LAYŞMANYOZ

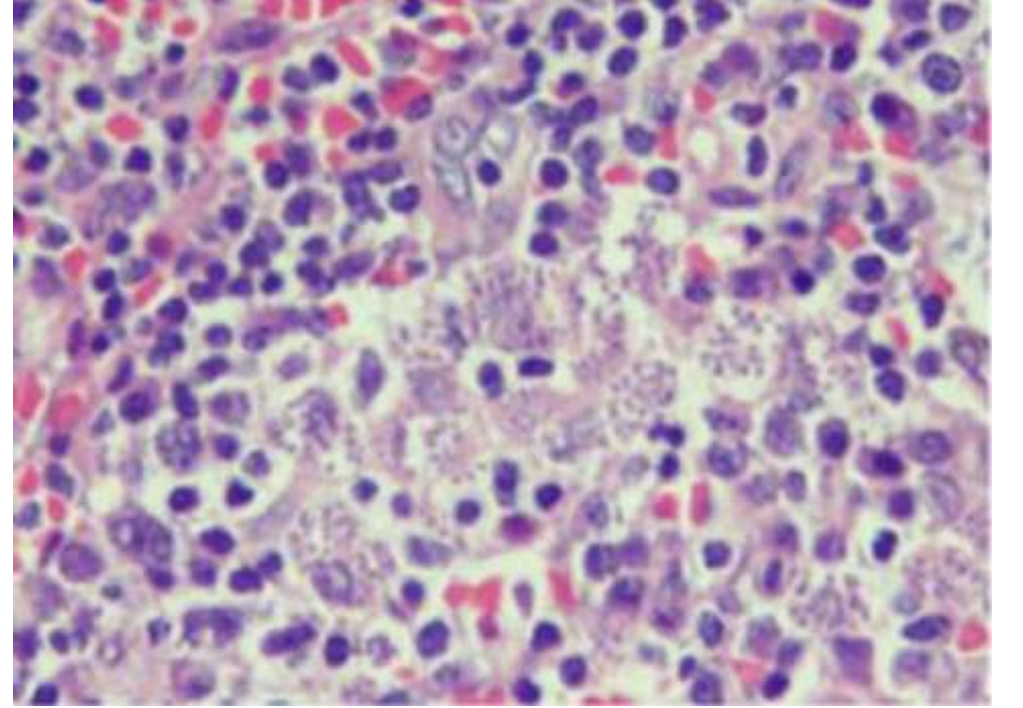
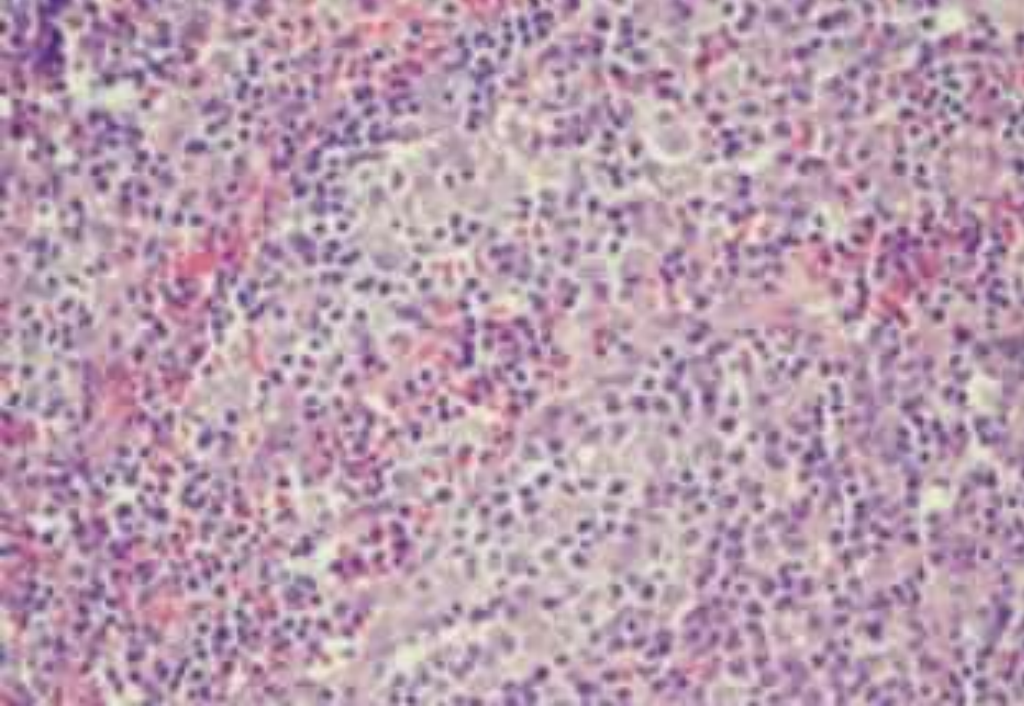
İmmünkompetan hastada lenfoproliferatif hastalıklarla karışan viseral layşmanyaz olgusu

Çiğdem Yücel¹, Fatma Ertaş Tunç¹, Ceyda Geyiktepe Güçlü¹, Serkan Sürme³, Gülşah Tunçer², Kadir Görkem Güçlü¹, Cansu Benli Işık⁴, Gönül Şengöz¹,

- **67 yaşında erkek, yaklaşık 2 aydır olan 40 °C'yi bulan ateş, halsizlik ve kilo kaybı**
- **Pansitopeni, eritrosit sedimentasyon yüksekliği ve splenomegali** saptanması üzerine malignite tetkik edilmesi amacıyla dahiliye servisine yatırılmış.
- Fizik muayenesinde **38°C ateş ve splenomegali** saptandı.
- Hastanın **Uşak'ta yaşadığı, seyahat ve böcek sokma öyküsü olmadığı**, ayaktan çoklu antibiyotik kullanımına rağmen ateş yakınmasının devam ettiği öğrenildi.
- **Lökosit: 2340/µl, Hgb: 8,5 g/dl, trombosit:104000/µl, ESH: 113 mm/saat, Alb: 25 g/lit, Globulin:43 g/lit, CRP:153 mg/lit, prokalsitonin:2,73 µg/lit**
- Böbrek fonksiyon testleri normal, anti-HIV, rose bengal, VDRL ve EBV VCA Ig M negatif, EBNA Ig G ise pozitif saptandı. Hastadan yarım saat arayla alınan üç set **kan kültüründe üreme olmadı**. Transtorasik **ekokardiyografisinde kitle-vejetasyon saptanmadı**.
- **Malignite tetkik**
- **Periferik yaymasında atipik hücre görülmedi**.

- **Kemik iliği aspirasyon ve biyopsisinde infiltrasyon saptanmadı.** Akım sitometri ve lenfoma panelinde patoloji saptanmadı.
- **F18-FDG PET/BT:** multipl difüz yoğun hipermetabolizma gösteren **malign lenfoproliferatif** hastalığın **nodal tutulumunu düşündüren lenf nodları ve dalakta yoğun difüz hipermetabolizma**
- FDG tutulumu yüksek olan sol aksiller **lenf nodu eksizyonel biyopsisi yapıldı.**

Makrofajlar içinde çok sayıda mikroorganizma izlenmektedir (Hematoksilen & eozin x400-1000)



- **Lenf nodu** biyopsi materyali **Giemsa** boyamasında **makrofajlar içinde** *Leishmania* spp. ile uyumlu **amastigotlar görüldü.**
- Hastaya **viseral layşmanyaz** tanısıyla parenteral 3 mg/kg dozunda lipozomal amfoterisin B tedavisi başlandı. 5 gün ardışık, sonrasında bir hafta arayla toplam tedavisi 21 mg/kg olacak şekilde tedavisi tamamlandı. Hastanın ateşi düştü ve pansitopenisi düzeldi.

Hepatosplenomegali Nedeniyle Tetkik Edilirken Saptanan Visseral Leishmaniasis

Deniz Özer¹, Müberra Torun¹, Esra Erdem Kıvrak¹, Şebnem Şenol Akar¹, İbrahim Çavuş², Ahmet Özbilgin², Çiğdem Banu Çetin¹

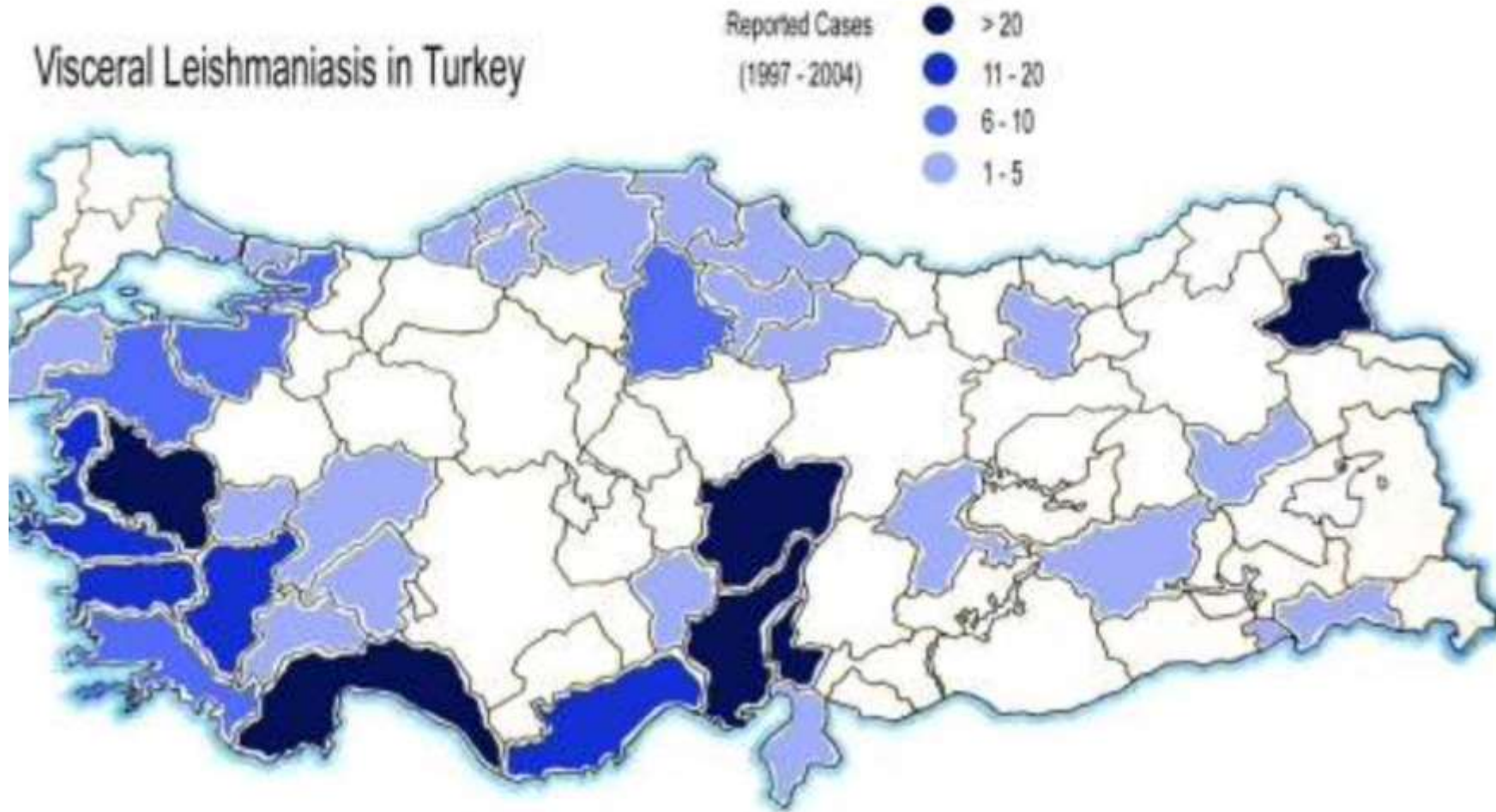
- 42 yaş erkek hasta, **2 ay önce başlayan halsizlik, ateş yüksekliği ve kilo kaybı**
- **KCFT yüksekliği+abdomen USG'de hepatosplenomegali** saptanan, dış merkezde sonuç alamadığını düşünen hasta polikliniğimize başvurdu.
- Genel durumu orta, inspeksiyonda cilt rengi **ikterik**, ateş:36°C, Ta:104/71 mmHg, nabız:100/dk
- Oskültasyonda yaygın ronküs
- Ek hastalığı olmayan jandarma personeli olarak çalışan olgunun küçükbaş hayvan ve köpek teması mevcut
- **Hgb: 7,7 g/dL, WBC: 1770/µL, PLT: 32000/µL, ESH: 61 mm/h, CRP: 181 mg/L, PT: 16.4 sn, INR: 1,38, AST: 69 U/L, ALT: 40 U/L, GGT: 84 U/L, LDH: 645 U/L, ALP: 12 U/L, T.protein: 7,7 g/dL, albumin: 2,8 g/dL**
- İdrar, kan ve balgam kültürlerinde üreme olmadı.
- EBV, CMV, Toxoplasma, VDRL, Brucella, Varicella, Kızamık, Kızamıkçık, Hepatit, Anti-HIV **negatif**
- **Leishmania IFA IGG sonucu 1/128 ve Leishmania PCR pozitif** olarak sonuçlandı.

Tedavi sürecindeki laboratuvar değerlerinin değişimi

	1.Gün	3.Gün	5.Gün	14.Gün	21.Gün
WBC(μ L)	1770	1670	1660	5040	5450
NEU(μ L)	900	1060	860	2840	3430
PLT(μ L)	32000	17000	29000	174000	193000
HGB(g/dL)	7.7	7.9	7.5	11.6	12
AST(U/L)	69	73	55	23	24
ALT(U/L)	40	44	38	26	21
ALP(U/L)	123	-	121	-	-
GGT(U/L)	84	-	70	-	-
D.Bilirubin(mg/dL)	0,39	-	0,21	-	0,1
İ.Bilirubin(mg/dL)	0,61	-	0,51	-	0,49
CRP(g/dL)	181	187,2	81	5	5

- **Kemik iliği biyopsisi planlanan hastaya belirgin trombositopenisi** ve genel durum bozukluğu olması nedeni ile acil olarak **lipozomal amfoterisin-B 1x3 mg/kg/gün** başlandı.
- Yatışının 5. gününde tedaviye yanıt alınan hasta taburcu edildi.
- 14. ve 21. günlerinde IV amfoterisin-B tedavileri uygulandı.
- Takiplerinde hastanın anemi dışındaki kan tablosunun tamamen düzeldiği görüldü.

Visceral Leishmaniasis in Turkey



25-30 olgu/yıllık ortalama

ZONA-SİSTEMİK TUTULUM

Bağıışıklığı Baskılanmış Bir Konakta Komplikasyonla Seyreden Zona Olgusu; Menejit

Betül Altunbaş, Derya Korkmaz, Neşe Demirtürk

- 70 yaşında kadın hasta
- **10 gün önce başlayan baş ağrısı, ateş, halsizlik şikayetleri, son 4 günde de anlamsız konuşma, bilinç değışiklikleri**
- Özgeçmişinde **multiple miyelom** tanısı mevcut, en son 2 yıl önce kemoterapi aldığı öğrenildi. Fizik muayenede; ateş: 38.2°C, Ta:100/70 mmHg, nabız 100/dk, DSS:20
- **Genel durumu orta, bilinci açık, uykuya meyilli, ense sertliğı ve boyun sağ yarısında yüze yayılan veziküler döküntüleri mevcuttu**
- WBC:12540/mm³, CRP 35,8 mg/L ESH:70 mm/saat
- **BOS incelemesinde mm³'de 100 lökosit , glukoz 65.4 mg/dL (eş zamanlı kan glukozu 127 mg/dL), protein 623 mg /dL, klor 124 mmol/L, LDH 105 U/L**
- Gram boyamada mikroorganizma izlenmedi.
- Sendromik PCR panelinde **VZV PCR pozitif**



- **Varicella zoster ensefaliti** ön tanısıyla asiklovir 3×750 mg intravenöz tedavi başlandı.
- **Asiklovir tedavisi ile hastanın bilinç bulanıklığı ve uykuya eğilimi düzeldi.**
- **Tedavinin 2. günü ateş yüksekliği geriledi, 4. gününden itibaren muayenede ense sertliği saptanmadı.**
- Kan ve BOS kültüründe üreme olmadı.
- Takiplerinde beyaz küre sayısı tedavinin 21.gününde 4890/mm³'e, CRP değeri 3.74mg/L'ye geriledi.
- Antiviral tedavi 21 güne tamamlandı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Bağıışıklığı Baskılanmış Bir Konakta Komplikasyonla Seyreden Zona Olgusu; Pnömoni

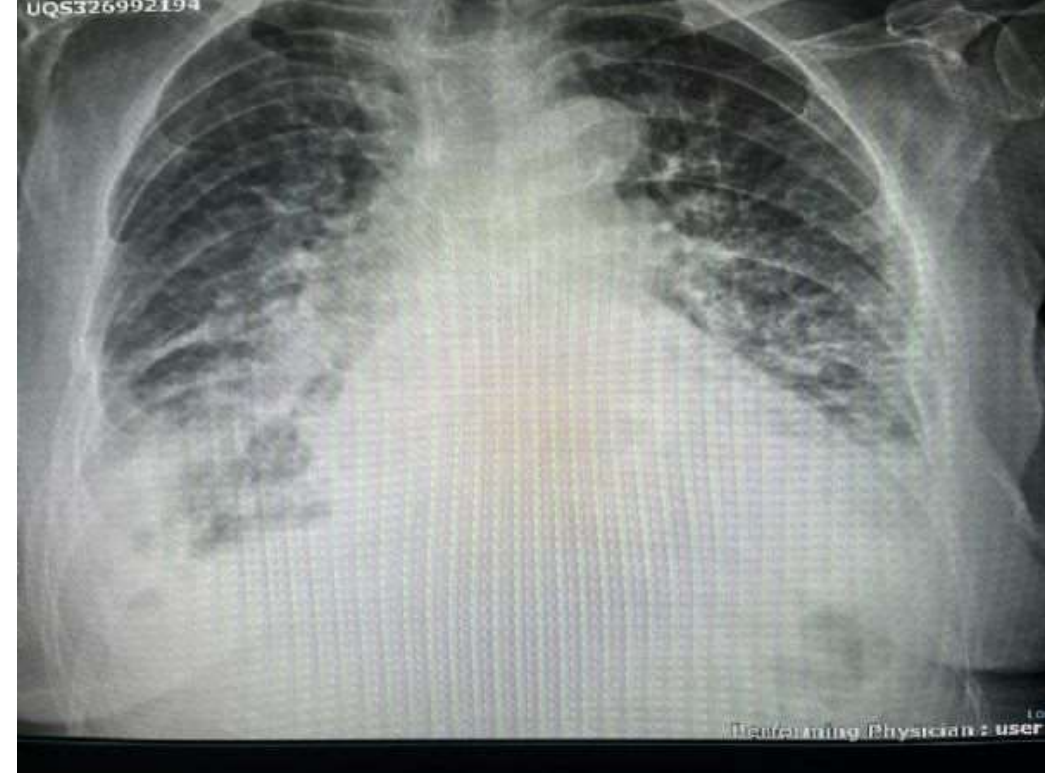
Betül Altunbaş¹, Havva Tünay¹, Adem Ertürk², Neşe Demirtürk¹

- **Hipertansiyon ve skleroderma** tanılı 69 yaşında kadın hasta
- **Sağ alt ekstremitede inguinal bölgeden başlayarak uyluk ön yüzünde dize kadar uzanan, basmakla solmayan, kaşıntılı, ağrılı, eritemli yer yer hiperpigmente veziküler lezyonlarla** hastaneye başvurdu.
- Skleroderma tanısı ile mikofenolat mofetil, deltakortil ve 3 ayda bir iliomedin tedavisi almaktaydı.
- Hastanın dermatom boyunca seyir gösteren deri lezyonları **zona** lezyonları olarak değerlendirildi ve asiklovir 10mg/kg 8 saate bir tedavi başlandı.
- WBC: 5,20 10³/uL, LY: 0,41 10³/uL, Hgb:10,1 g/dL PLT:237 10³/uL, Kreatinin:2,08 mg/dL, CRP: 7,25 mg/L, ALT: 8 U/L, AST: 15 U/L, Romatoid faktör (RF): 11 IU/mL, Anti CCP:<7 U/mL, ANA:Pozitif (++++), Sedimantasyon:42 mm/saat idi.
- **PA akciğer grafisinde infiltrasyon izlenmedi.**



Hastanın sağ inguinal bölgedeki veziküler döküntüleri

- Takiplerinde **öksürük, nefes darlığı ve satürasyon düşüklüğü** gelişen hastanın kontrol PA akciğer grafisinde sağda daha belirgin olmak üzere **bilateral infiltrasyon**
- Hastanın alınan solunum yolu örneklerinde
Adenovirus, Bocavirus, Bordetella pertusis, Coronavirus, Human Metapneumovirus A+B, İnfluenza A, İnfluenza B, Legionella pneumophila, Chlamydia pneumoniae, Parainfluenza, RSV, Rhinovirus/Enterovirus, Covid-19, Mycoplasma pneumoniae **negatif**
- **Ön tanı: VZV pnömonisi**
- Asiklovir tedavisi 21 güne tamamlanarak, vital bulguları stabil olan ve PA akciğer bulguları gerileyen hasta şifa ile taburcu edildi.



BOTULISMUS

İyatrojenik Botulizm Olgularının Takibi

Yağmur Nur Abik, Lal Sude Gücer, Oğuz Usta, Pelin İrkören, Mahir Kapmaz, Şiran Keske, Süda Tekin, Önder Ergönül

1. olgu: 24 Mart 2023 tarihinde acil servise **görme bulanıklığı, baş dönmesi, göz kapağında düşme, katı gıdaları yutmada zorlanma, nefes darlığı, ellerde kollarda güçsüzlük ve idrarını tutamama** şikayetiyle başvuran 47 yaşında kadın hasta. Özel bir klinikte medikal estetik hekimi tarafından kendisine toplamda **2.5 flakon Botox® marka botulinum toksin bilateral aksiller ve alın bölgesine uygulanmış.**

İkinci olgu 14 Ağustos 2023 tarihinde çift görme; konuşma, çiğneme ve yutmada güçlük; her iki kolunu havaya kaldıramama; göz kapağı

2. olgu :14 Ağustos 2023 tarihinde **çift görme; konuşma, çiğneme ve yutmada güçlük; her iki kolunu havaya kaldıramama; göz kapağı düşüklüğü yakınmalarıyla acil servise başvuran** 29 yaşında kadın hasta. Özel bir klinikte toplamda **Dysport®, marka 500U/flakon, toplam 1 flakon** botulinum toksin her iki avuç içine uygulanmış.

hastalıkları nöroloji ve yoğun bakım ünitesi birimleriyle temas halinde olunması gerekliliği ile onların tanı ve takip sürecinde değerlendirmesi ve

3. olgu: 7 Ocak 2024 tarihinde görmede ağırlaşma, nefes darlığı, konuşmada peltekleşme ve yutma güçlüğü yakınmalarıyla acil servise başvuran 31 yaşında erkek hasta. Özel bir klinikte Plastik Cerrah hekim tarafından **Dysport®, marka toplamda 700 U botulinum toksin her iki avuç içine uygulanmış.**

Ev yapımı turşu konservesi kaynaklı botulizm

İrem Aykac, Funda Simsek, Beyza Elif Dağlar

OLGU-2:

- Olgu-1'de belirtilen hastanın 41 yaşında **erkek kardeşi de aynı gün** öğle saatlerinde **bulantı, kusma ve çift görme** şikayetleri ile acil servise başvurdu.
- 13 Ekim 2023 tarihinde aynı turşudan tüketme öyküsü mevcut.
- **Bilateral bakış paralizisi, nazal konjesyon, dizartri bulguları** mevcuttu.
- Aynı gün yoğun bakıma alınarak anti-toksin ve piridostigmin tedavisi verildi.
- YBÜ'de ekstübe takip edilen hasta yoğun bakım ihtiyacının kalmaması üzerine nöroloji servisine transfer edildi.
- Servis takipleri sonrası piridostigmin tedavisi ile taburcu edildi. Taburculuk muayenesinde diplopi tamamen geçmiş ve ekstremiteler kas güçleri tam olarak saptandı.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Mikrobiyoloji Kültür ve İyileştirme Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Daire Başkanlığı
Ulusal Yüksek Enerji Fizyoloji İnceleme Enstitüsü
MRLBÜDB/Ülusal Yüksek Enerji Fizyoloji Referans Laboratuvarı

Birim :
Sayı : 87962070
Konu : Gıda Örneklerinde Botulinum İnceleme

İSTANBUL VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)
İlgilisi : E-41247654-149-227214283 sayılı yazı

HASTA ÖRNEKLERİNİN :
Laboratuvar Gelişim Tarihi : 18.10.2023
Soruşturma Tarihi : 21.10.2023
Gönderilme nedeni : Botulinum toksin araştırılması
Gönderen Kurum : İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
İlçe / İl : İstanbul

İNCELEME SONUCU:

Sıra No	Prot No	Hastanın Adı Soyadı	Örnek Çeşidi/Miktar	Botulinum Toksin A&B ELISA Fare Nötralizasyon	Değerlendirme Sonuç
1		T.B.S.B	Gıda	POZİTİF	POZİTİF

Açıklama: Test sonucu sadece çalışılan maddelere için geçerlidir. Klinik bulgular ve klinik seyris botulinum ile uyumlu olması durumunda test sonucunun "Negatif" bulgularını hastalık gelişimini ortadan kaldırmamaktadır.

Uzm. Dr. Meral TURAN

Hastaların yediği turşu konservesi hasta yakınlarından temin edilerek Tarım ve Ormancılık Bakanlığı'na gönderildi.

Gönderilen turşu konservesinde botulinum toksin A&B ELISA fare nötralizasyon testi pozitif olarak sonuçlandı.

AKDENİZ BENEKLİ ATEŞİ

Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi'nde Akdeniz Benekli Ateşi tanısı ile Takip Edilen Üç Olgu

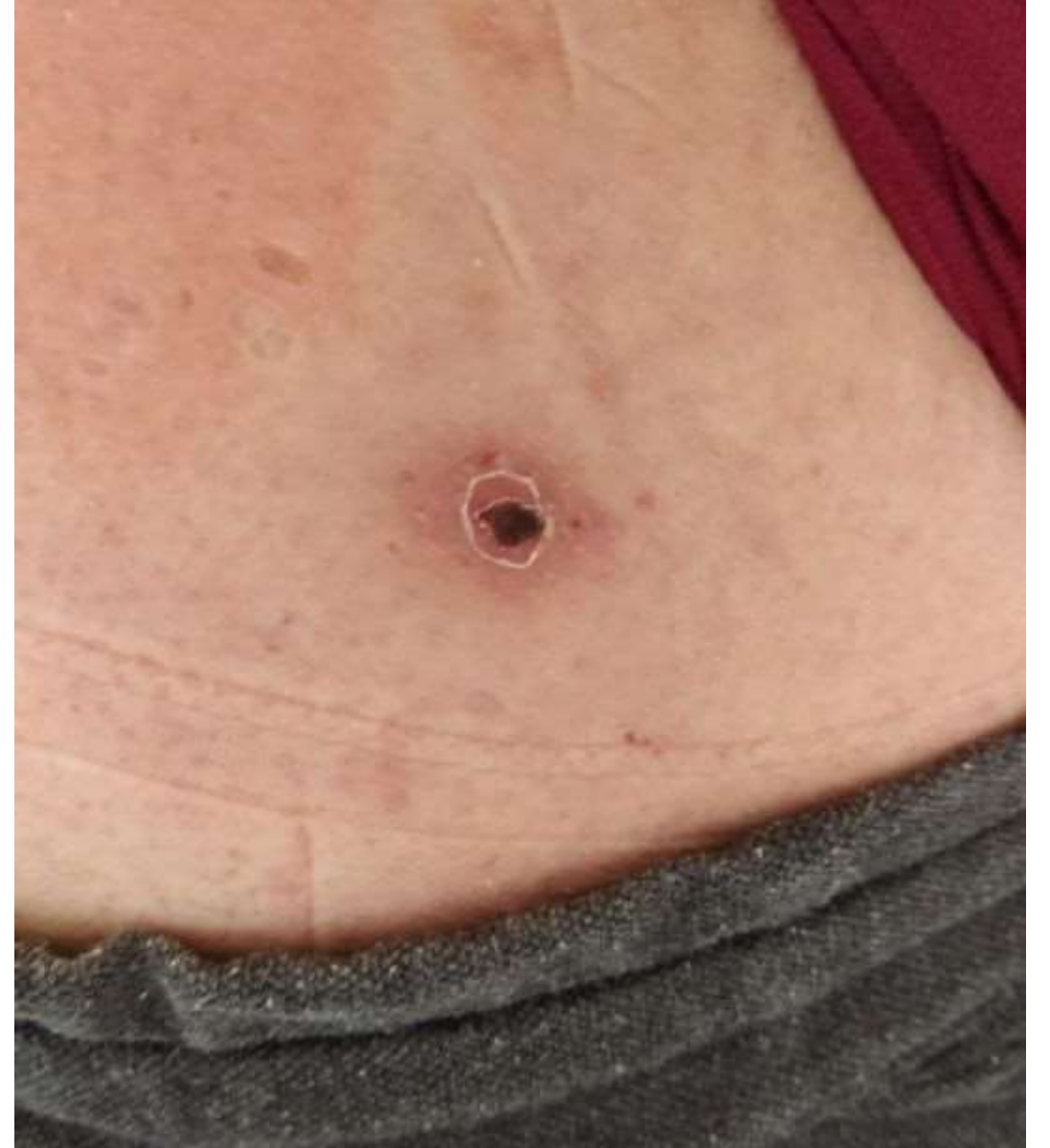
Egemen Özdemir¹, Şeyma Öncül¹, Züleyha Ölgen¹, Beyza Nur Ercan², Uğur Önal¹, Esra Kazak¹, Yasemin Heper¹, Emel Yılmaz¹, Halis Akalın¹

- 2022 yılında **3 hasta** Akdeniz Benekli Ateşi tanısıyla takip edildi.
- Hastaların yaklaşık **1 haftadır süren 39° C'ye varan ateş ve ateşten 3-4 gün sonra başlayan, el ve ayak tabanını da tutan, basmakla solan, yaygın makülopapüler döküntü, baş ağrısı, miyalji ve artralji şikayetleri mevcuttu.**
- Hastaların hiçbirinde **kene tutunma öyküsü yoktu.** Üç hastada da nonspesifik bakteriyel enfeksiyon ön tanısıyla başlanan beta-laktam grubu antibiyotik kullanımına rağmen klinik düzelme olmadığı öğrenildi.
- Hastaların **tümünde eskar görüldü.**
- İki hastada **hepatosplenomegali, birinde hepatomegali** saptandı.

- Hastaların hiçbirinin tam kan sayımında **lökopeni yoktu**, 2 hastada trombositopeni vardı.
- 3 hastada da **kreatin kinaz değerleri normal aralıktaydı, transaminaz yüksekliği tümünde** mevcuttu.
- Hastaların serolojik test sonuçları beklenmeden ESCAR Skorları (Tablo-1) ve klinik özellikleri göz önünde bulundurularak ampirik olarak doksisisiklin tedavisi başlandı.
- **İki hastanın akut dönemde gönderilen serolojik tetkiklerinde tanısal titrede yükseklik olmasa da iki hafta sonra gönderilen kontrol serolojik tetkik sonuçlarında dört kattan daha fazla titre artışı tespit edildi.**
- Sonuç olarak 3 hastanın da serolojik olarak tanıları doğrulandı.
- Tedavinin 72 - 96. saatleri arasında bütün hastalarda ateş yanıtı alındı. Hastalar doksisisiklin ile tedavi edilerek şifa ile taburcu edildi.



Yaygın makülopapüler döküntü (Olgu-1)



Gluteal bölgede eskar (Olgu-1)



Sol uyluk iç yüzünde eskar ve makülopapüler döküntü (Olgu-2)



El ve ayak tabanlarını da tutan makülopapüler döküntü, sol göğüs ön duvarında üç adet eskar (Olgu-3)

Olguların Demografik, Klinik, Laboratuvar, Tanı ve Tedavi Özellikleri

Özellik	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3
Yaş	43	71	33
Cinsiyet	Erkek	Kadın	Kadın
Yaşadığı Yer	Bursa/Kırsal	Balıkesir/Kırsal	Bursa/Kent
Başvuru Ayı	Haziran	Ağustos	Temmuz
Köpek Kenesiyle Temas	Olası	Olası	Yok
Ateş (Tepe Değer)	39,1 ° C	39,0 ° C	39,0 ° C
Döküntü	El ve ayak tabanlarını da tutan yaygın makülopapüler döküntü ve eskar	El ve ayak tabanlarını da tutan yaygın makülopapüler döküntü ve eskar	El ve ayak tabanlarını da tutan yaygın makülopapüler döküntü ve eskar
Trombosit Sayısı (/mm ³)	72.300	99.800	246.000
AST/ALT (U/L)	72 / 84	45 / 39	445 / 755
Serolojik Tanı	R. conorii IFA Ig M:1/768 + R. conorii IFA Ig G: 1/1280 +	R. conorii IFA Ig M: 1/192 + R. conorii IFA Ig G: 1/40 +	R. conorii IFA Ig M: 1/1536 + R. conorii IFA Ig G: 1/1280 +
Başvuru esnasında ESCAR Skoru	28	27	25
Tedavi	Doksisiklin 2x100 mg PO (7 gün süreyle)	Doksisiklin 2x100 mg PO (14 gün süreyle)	Doksisiklin 2x100 mg PO (10 gün süreyle)

Rickettsia conorii'nin neden olduğu Akdeniz Benekli Ateşi'nde ESCMID/ESCAR Tanı kriterleri	
KRİTER	PUAN
Epidemiyolojik Kriterler	
Endemik bir bölgede yaşamak	2 puan
Mayıs ve Ekim ayları arasında olmak	2 puan
Köpek kenesiyle kesin veya olası temas	2 puan
Klinik Kriterler	
Ateş >39 ° C	5 puan
Eskar varlığı	5 puan
Makülopapüler veya purpurik döküntü varlığı	5 puan
Yukarıdakilerden herhangi ikisinin bir arada olması durumunda	3 puan
Yukarıdakilerin üçünün de bir arada olması durumunda	5 puan
Spesifik Olmayan Laboratuvar Bulguları	
Trombosit sayısının < 150.000 /mm ³ olması	1 puan
AST veya ALT >50 U/L olması	1 puan
Bakteriyolojik Kriterler	
Rickettsia conorii için kan kültürü pozitifliği	25 puan
Cilt biyopsisi ile Rickettsia conorii tespit edilmesi	25 puan
Serolojik Kriterleri	
Tek serum örneğinde Rickettsia conorii IFA Ig G > 1/128	5 puan
Tek serum örneğinde Rickettsia conorii IFA Ig G >1/128 ve Ig M >1/64	10 puan
2 hafta arayla alınan iki serum örneğinde titrede 4 katlık artış olması	20 puan
Toplam SKOR >= 25 ise tanı doğrulanır.	

NADİR ETKENLER

Hemofili Hastasında Doğal Kapak Enfektif Endokarditinin Nadir Etkeni: *Granulicatella adiacens*

Kenan Beşbaş¹, Merve Öztürk Beşbaş², Uğur Kostakoğlu¹, Ayşe Ertürk¹, İlknur Esen Yıldız¹, Tuba İlgar¹
¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize
²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Olgu sunumu: *Granulicatella adiacens*'in etken olduğu bir subakut endokardit vakası

Merve Sancar Yetikcan, Zeynep Türe Yüce, Ayşe Karabulut, Pınar Sağıroğlu, Gamze Kalın Ünüvar, Orhan Yıldız, Bilgehan Aygen
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

Chryseobacterium indologenes Olgusu

Musa Çavtekin, Tuğba İzem Çelik, Nazlım Aktuğ Demir, Şua Sümer, Onur Ural
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya

Kytococcus schroeteri'nin etken olduğu nozokomiyal menenjit olgusu

Tuba Sena Karaçeşme¹, Esra Türken², Heval Can Bilek¹, Esra Tanyel¹
¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Samsun
²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

Bacillus cereus'a bağlı gelişen kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu

Elif Eşcan, Burcu Çalışkan Demirkıran, Duygu Mert, Mustafa Ertek
SBÜ. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Nadir görülen bir etken olan *Pandoraea*'ya bağlı gelişen kan dolaşımı enfeksiyonu

Şebnem Şenol Akar, Tuğbanur Dilek, Hörü Gazi, Semra Kurutepe, Çiğdem Banu Çetin, Esra Erdem Kıvrak, Deniz Özer, Tuğçe Ergül
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Manisa

Nadir bir patojen olan *Comomonas testesteroni*'ye bağlı kan dolaşımı enfeksiyonu olgusu

Hatice Baykal, Faruk Karakeçili, Orçun Barkay, Umut Devrim Binay, Betül Sümer
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye.

İmmunkompetan bir hastada nadir görülen *Raoultella planticola* bakteriyemisi

Adile Sevde Demir, Semra Karaman Kamalı, Yusuf Emre Özdemir, Zuhâl Yeşilbağ, Kadriye Kart Yaşar
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

***Corynebacterium minutissimum*'un etken olduğu septik artrit olgusu**

Samiha Akkaya, Esra Ensaroğlu, Yusuf Emre Özdemir, Hayat Kumbasar Karaosmanoğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Yeni bir tür *Listeria cossartiae*: Non-patojen olarak rapor edilen

***Listeria cossartiae* ile tanımlanan ilk enfeksiyon**

Tuba Kuruoğlu¹, Tuba Sena Karaçeşme¹, Yeliz Tanrıverdi Çaycı², Hamza Kadı³, Heval Can Bilek¹, Fatih Temoçin¹, Aynur Atilla¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi

Yeni bir tür *Listeria cossartiae*: Non-patojen olarak rapor edilen *Listeria cossartiae* ile tanımlanan ilk enfeksiyon

Tuba Kuruoğlu¹, Tuba Sena Karaçeşme¹, Yeliz Tanrıverdi Çaycı², Hamza Kadı³, Heval Can Bilek¹, Fatih Temoçin¹, Aynur Atilla¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi

Giriş-Amaç: *Listeria* spp. bitki, su, toprak ortamlarında bulunmaktadır. *Listeria monocytogenes* ve *Listeria ivanovii*, bu cins içinde insanlarda ve hayvanlarda enfeksiyona neden olduğu bilinen iki türdür. *L. monocytogenes* insan klinik listeriyozunun önde gelen nedenidir. *Listeria* cinsi son yıllarda, farklı fenotipik ve genotipik özelliklere sahip en az 26 türü içerecek şekilde önemli ölçüde genişlemiştir. *L. cossartiae* ilk kez 2021'de tanımlanmış olmakla birlikte virülen genler taşımadığı için patojen olmadığı rapor edilmiştir. Bu çalışmayla menenjit kliniği ile başvuran ve epidemiyolojik açıdan bağlantılı olmayan Türkiye'de ve dünyadaki ilk iki vakanın hevin omurilik sıvısı (BOS)'dan izole edilen *L. cossartiae*'nin

- ✓ *L. cossartiae* ilk kez 2021'de tanımlanmış olmakla birlikte virülen genler taşımadığı için patojen olmadığı rapor edilmiştir.
- ✓ Bu bildiriyle **Türkiye'de ve dünyada *L. cossartiae* ile enfekte ilk vakalar** ilan edilmiştir.

ampisiline dirençli olarak bulunması üzerine tedavi meropeneme değiştirildi. İzolatlara çalışılan 16S rRNA gen analizi sonucunda etkenin *L. cossartiae* olduğu belirlendi.

Tartışma ve Sonuç: Bu bulgular ilk kez 2021 yılında tanımlanan ve patojen olmadığı rapor edilen *L. cossartiae*'nin insanda hastalık yapan bir patojen olduğunu göstermektedir. Bu bildiriyle Türkiye'de ve dünyada *L. cossartiae* ile enfekte ilk vakalar ilan edilmiştir. *L. cossartiae*'nin insanlar için patojen olması haricinde ampisiline dirençli olması menenjit bulgularıyla başvuran immünsüpresif ve/veya 50 yaş üstü olgularda ampirik antibiyotik tedavi yaklaşımının gözden geçirilmesi adına dikkat çekicidir.

•

