



25. TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE İNFEKSİYON HASTALIKLARI KONGRESİ

Olgu Sunumu

Dr Birsen Ayg r

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Giriş

- 82 yaşında kadın hasta, Adıyamanlı, 30 yıldır Tekirdağ'da yaşıyor
- **Yakınmalar**
 - Halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı ve aralıklı baş ağrısı
- **Öykü**
 - Yakınmaların süresi iki ay, baş ağrısı özellikle frontal bölgede
 - Son 10 gündür oral alımda belirgin azalma
 - Tartılmamış ancak kilo kaybı olduğunu belirtmekte

Laboratuvar

- **Kan lökosit sayısı:18860 / μ l**
 - Nötrofil:15210 / μ l
 - Lenfosit:1890 / μ l
- **ESR:55 mm/s**
- Kan hgb:10 gr/dl
- MCV:71

- **CRP:185 mg/L**
- **Pct:0.15 ng/mL**
- Kreatinin:1.24 mg/dL
- Gfr:40
- Ast:10 U/L
- Alt:6 U/L
- Alp:95 U/L
- Ggt:29 U/L
- Ldh:199 U/L

Tit:

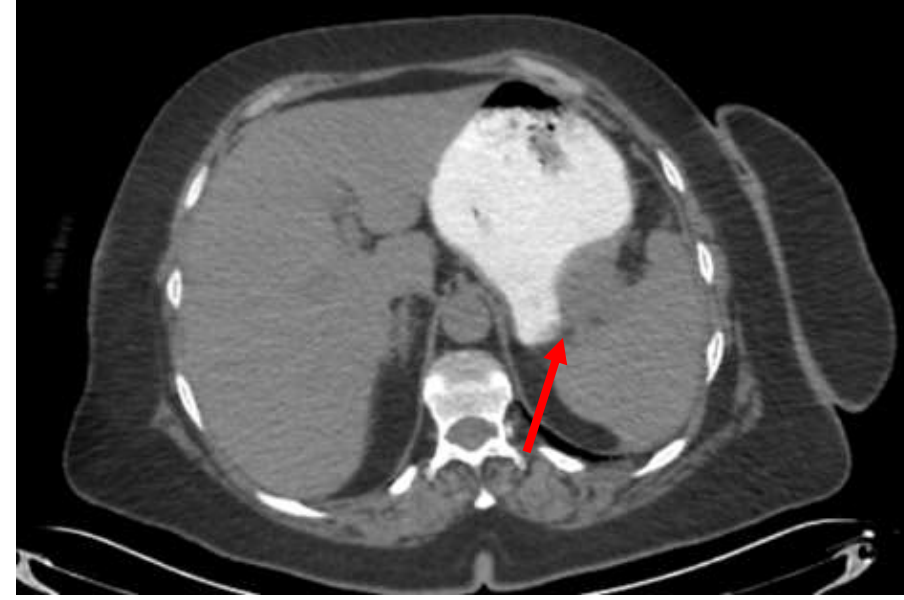
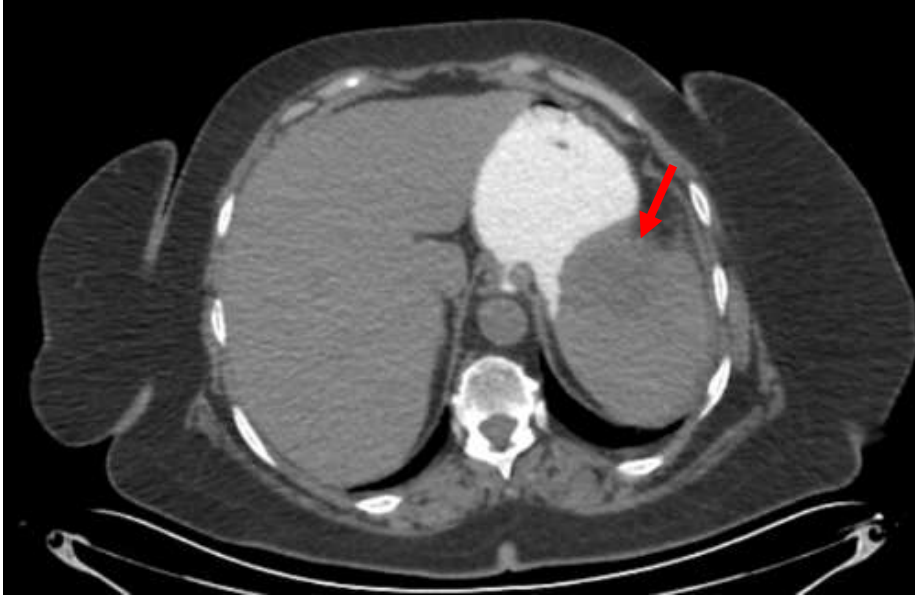
- 3 lökosit
- 5 eritrosit
- Nitrit:negatif
- Glukoz:negatif
- Keton: negatif
- Protein 1+

HbA1c: %13.4

Giriş

- 82 yaşında kadın hasta, Adıyamanlı, 30 yıldır Tekirdağ'da yaşıyor, çiftlik hayvancılığı yapıyor
 - Köyden gelen çiğ süttten yapılan peynir tüketimi var
 - Kendi ineklerinden birinde düşük öyküsü var
- **Özgeçmişi**
 - Hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus ve hiperlipidemi
 - Bilateral diz TEP
 - Bilateral göz katarakt operasyonu
 - Kolesistektomi
 - 7 canlı doğum

Görüntüleme



- Dalak üst polden başlayıp orta polden mideye uzanım gösteren, hipodens, en geniş yerinde **yaklaşık 9.5 cm boyutunda yağlı planların silindiği sıvı dansitesinde lokule alan saptandı**
- İnfektif lokulasyon? Apse? Mezenterde kirli görünüm mevcut.
- **Endometrium kalınlaşmış olarak değerlendirildi ve polipoid lezyon görüldü.**
- Hastanın e-nabız verilerinde 3 hafta önce de dış merkezde batın bt çekildiği ve dalakta 3.5 cm boyutunda hipodens alanlar saptandığı görüldü.

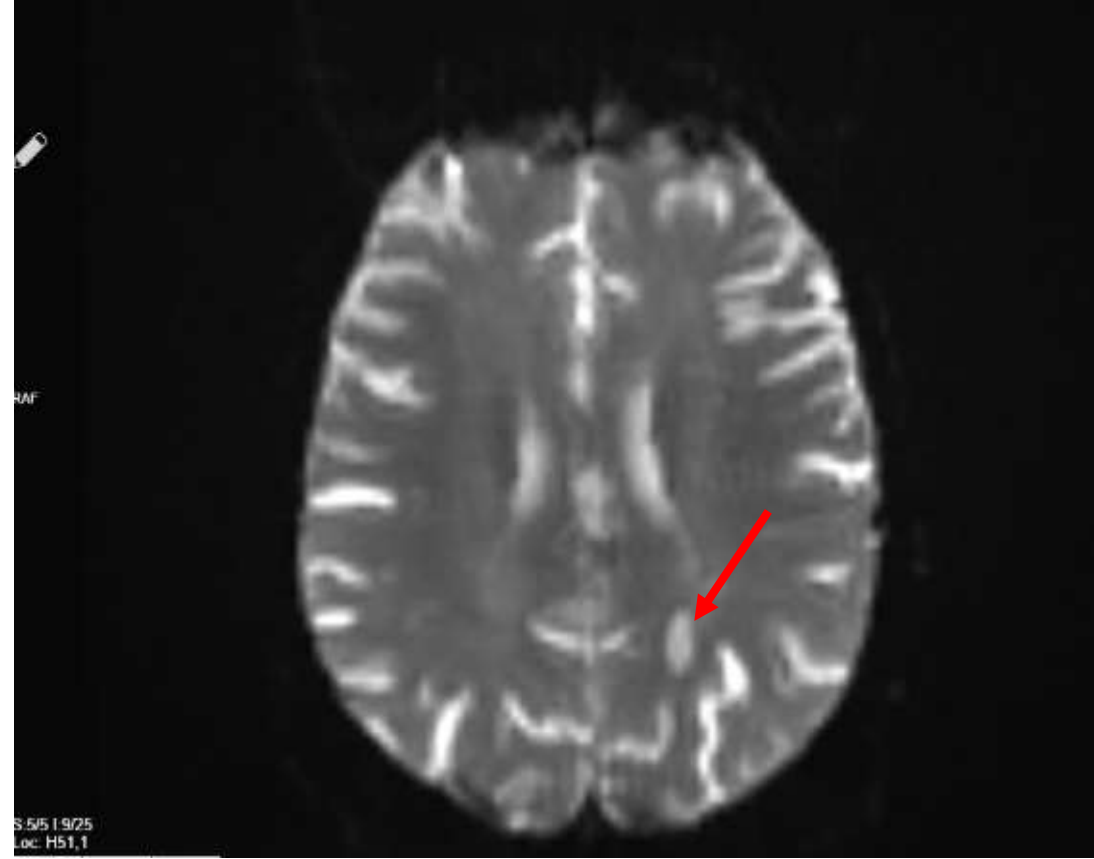
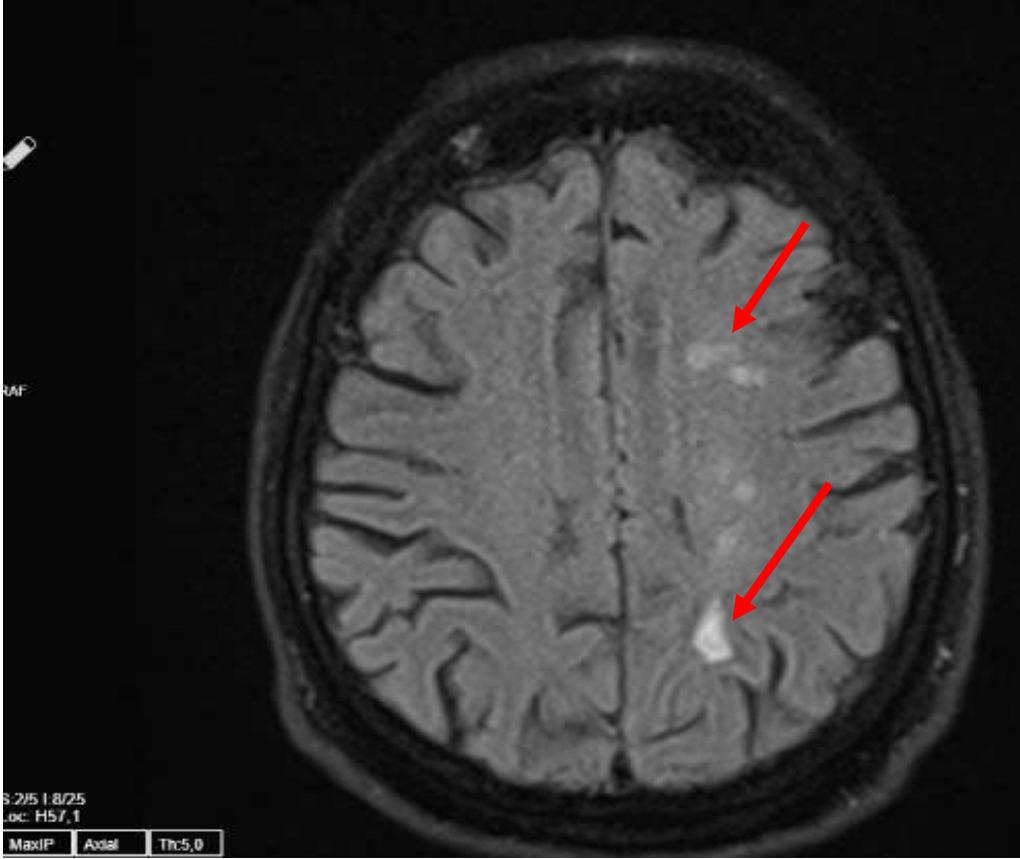
Nasıl İlerleyelim?

- Dalak apsesi için genel cerrahi birimine danışıldı. Girişimsel işlem düşünmeyerek tarafımızdan önerilerimiz istenildi.
- Dalak apsesi => İnfektif endokardit ??
 - 3 set kan kültürü alındı => **1 şişede *Staphylococcus hominis ssp. hominis* üremesi oldu**
 - Kraniyal görüntüleme istendi.
 - **Endokardit en olası tanı olarak değerlendirilerek vankomisin+sefazolin tedavisi başlandı.**

Kültür Sonucu :Bactec cihazı POZİTİF alarmı verdi. Kontaminasyon ?
Üreyen Bakteri : STAPHYLOCOCCUS HOMINIS SSP HOMINIS
Ek Direnç :YOK
Açıklama :(Metisiline dirençli)

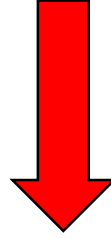
Antibiyotik Adı	Mik Sonucu	Sonucu
İndüklenebilir Klindamisin Direnci	Neg	-
Trimetoprim/Sulfametaksazol	40	DUYARLI
KLİNDAMİSİN	0,25	DUYARLI
ERİTROMİSİN	>4	DİRENÇLİ
FUSİDİK ASİT	8	DİRENÇLİ
LEVOFLOKSASİN	>4	DİRENÇLİ
TETRASİKLİN	>8	DİRENÇLİ
VANKOMİSİN	1	DUYARLI

Görüntüleme



KONTRASTLI KRANİYAL MRG: SOL HEMİSFERDE FRONTAL BÖLGE SUBKORTİKAL AKMADDEDE **5 MM VE 6 MM**; PARİETAL LOBTA JUKSTA KORTİKAL BÖLGEDE **12x6 MM**, PARİETOOKSİPİTAL SULKUSUN POSTERİÖRÜNDA **3 MM** , KALKARİNE SULKUSTA **2 MM** , PREOKSİPİTAL NOTCHTA **13.5X6.2 MM** VE HEMEN MEDİALİNDE **6 MM** UZUNLUĞUNDA **LİNEER UZANIMLI DİFFÜZYON KISITLAYAN CİDARSAL KONTRAST TUTAN ALANLAR** İZLENDİ.

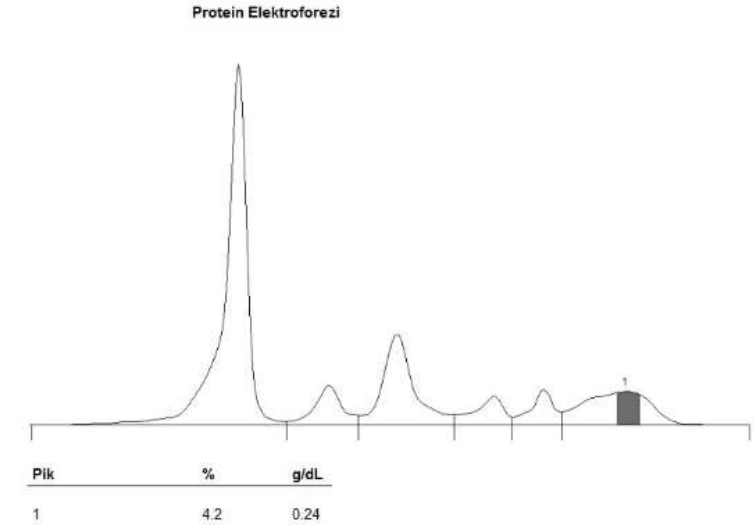
- 1) Ateş, gece terlemesi olmayan
- 2) Kilo kaybı, baş ağrısı olan
- 3) Hayvancılıkla uğraşan ve çiğ süt tüketimi
- 4) Dalak da 9 cm varan sıvı dansitesinde lokule alan
- 5) Kraniyalinde multiple lezyon
- 6) Nötrofilik lökositoz ve sedimantasyon:55 mm/s
- 7) 1 şişe *Staphylococcus hominis* kan kültürü üremesi



NE DÜŞÜNÜRSÜNÜZ?

Nasıl İlerleyelim?

- Çiğ süttten yapılan peynir üretim ve tüketimi + hayvancılık ve bu yıl düşük yapan bir inek öyküsü => bruselloz??
 - **Coombslu Wright ve Wright testi gönderildi => negatif** sonuçlandı.
- Kilo kaybı, halsizlik, afr artışı=> malignite?? Tbc?? Granülomatöz hastalıklar?? Lenfoma??
 - PPD/IGRA testi istendi. **PPD => anerjik** sonuçlandı.
 - Quantiferon-TB Gold testi => **negatif** sonuçlandı.
 - Protein elektroforezi istendi=> inflamasyonla uyumlu sonuçlandı
 - Solid tm? Endometrium ca?



Nasıl İlerleyelim?

Hastanın transtorasik ve transözofageal ekosu çekildi.

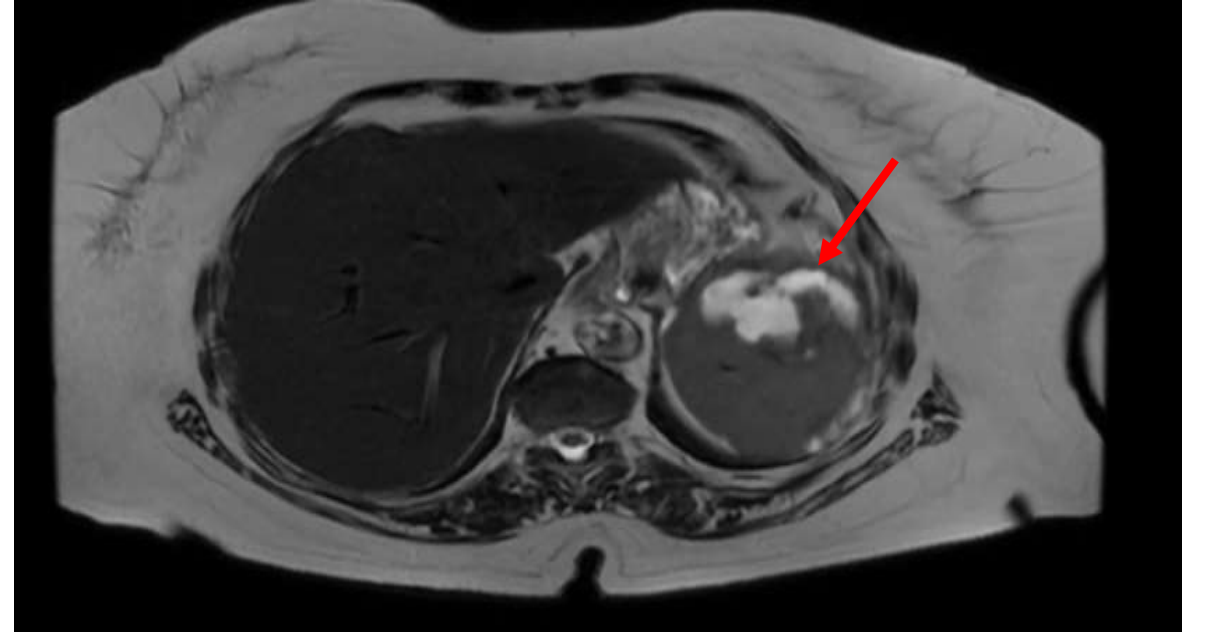
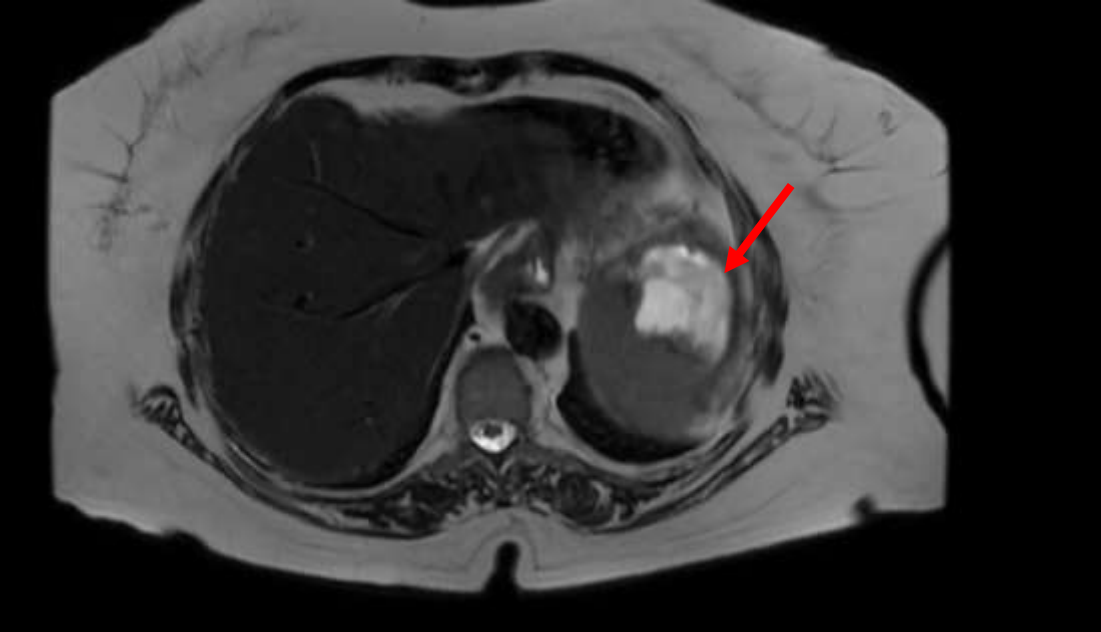
SOL ATRİYUM GENİŞTİR. DİĞER KALP BOŞLUKLARI NORMAL GENİŞLİKTEDİR. SOL VENTRİKÜL DUVAR KALINLIKLARI ARTMIŞTIR. DUVAR HAREKET AMPLİTÜDLERİ NORMALDİR. AORT 3 KÜSPİSLİDİR. AORT VE MİTRAL KAPAKLARDA KALSİFİK- DEJENARATİF DEĞİŞİKLER MEVCUTTUR. DİĞER KAPAK YAPI VE HAREKET AMPLİTÜDLERİ NORMALDİR. **KAPAK YAPILARINDA VEJETASYON LEHİNE BULGUYA RASTLANMADI.** KLİNİK VE EKO KARDİYO GRAFİK TAKİP ÖNERİLİR. SEPTUMLAR İNTAKTTIR. PERİKARD SIVISI YOKTUR. TROMBUS GÖRÜLMEDİ.

- 1 SOL VENTRİKÜL HİPERTROFİSİ
- 2 NORMAL SOL VENTRİKÜL SİSTOLİK FONKSİYONU
- 3 SOL VENTRİKÜL DİYASTOLİK DİSFONKSİYONU (EVRE 1)
- 4 1-2(+) AORT YETERSİZLİĞİ, 1(+) MİTRAL YETERSİZLİĞİ
- 5 SOL ATRİYUMDA GENİŞLEME

Ekoda infektif endokardit lehine kanıt sağlanamadı

Nasıl İlerleyelim?

- 9x5 cm boyutlarındaki dalak apsesi ?
- Peki apse drene edilebilir bir lokalizasyonu değilse ne yapmalı?
- Splenektomi endikasyonu var mı?



Klinik Yönetim

- Hasta multidisipliner cerrahi-girişimsel radyoloji-infeksiyon konseylerinde değerlendirildi.
- Radyoloji lezyonun apse olarak düşünüldü.
- Cerrahi ve bazı radyoloji öğretim üyeleri, lezyonun lokalizasyonu nedeniyle drenaj için uygun olmadığını değerlendirdi.
- İnfeksiyon hekimler drenajda ısrarcı olunca üzerine → Radyoloji hekimleri denemeyi kabul etti.
- Önce USG altında denendi ve başarısız oldu.
- Ertesi gün BT altında başarılı oldu ve 17 cc pürülan apseyi drene etti.
- Drene edilen apse materyali; rutin kültürlerle, spesifik kültürleri, histopatolojiye gönderildi.
 - Apse materyalinin Gram boyamasında bol pnl görüldü, mikroorganizma görülmedi.
 - ARB negatif

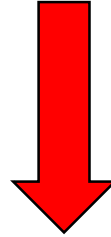
Klinik Yönetim

- Hastanın 35 yıl önce menapoza girdiği, postmenopozal kanaması olmadığı öğrenildi.
- Kadın doğum tarafından yapılan spekulum muayenesinde serviksten protrüde 2-3cm boyutunda servikal polip imajı izlendi.
- Servikal polip ekstirpasyonu yapıldı, materyal patolojiye gönderildi.
- Endometrium: 20X30 mm boyutlarında kistik polipoid imaj, endometrium heterojen olarak yorumlandı. **Malignite??**
- **Drene edilen dalak absesi kültüründe üreme olmadı.**

Klinik Yönetim

- Vankomisin+sefazolin tedavisi altında akut faz yanıtı alındı. CRP:45'e kadar regrese oldu.
- Kültür negatif infektif endokardit etkenleri düşünülerek Coxiella Bunetti faz 1 IgG ve Bartonella IgG gönderildi.
- MSS geçisi daha iyi olabileceğinden sefazolin kesilerek sefotaksim tedavisine geçildi. Vankomisin devam edildi.

- 1) Karaciğer apsesi drene edildi ve Vankomisin ve sefazolin/sefotaksim tedavisi
- 2) Akut fazları regrese ancak hala crp 40-45 civarında
- 3) Kraniyal MRG 1 cm boyutlarında birkaç adet lezyon
- 4) TTE ve TÖE infektif endokardit bulguları saptanmayan
- 5) Wright **negatif**
- 6) PPD ve Quantiferon **negatif**
- 7) Apse kültüründe **üreme yok**
- 8) Endometrium: 20X30 mm boyutlarında ve kistik polipoid imaj



NE DÜŞÜNÜRSÜNÜZ?

Klinik Yönetim

- Bu sırada BT kılavuzluğunda yapılan dalak apsesinden alınan drenaj örneğinin patoloji sonucu;
 - **DALAK, İNCE İĞNE ASPIRASYONU, YAYMA VE HÜCRE BLOĞU:**
POLİMORFLARDAN VE MAKROFAJLARDAN ZENGİN MATERYEL (APSE İÇERİĞİ İLE UYUMLU)
- Serviks ve endometriumdan alınan biyopsi patoloji raporu;
 - **I-SERVİKS, HİSTEROSKOPİK EKSİZYON:** ADENOSKUAMÖZ METAPLAZİLER GÖSTEREN ENDOSERVİKAL POLİP
 - **II-ENDOMETRİUM, PİPELLE ÖRNEKLEME:** KOAGÜLUM

Kardiyak MRG

İnfektif endokardit açısından tetkik edilen hastada;

- Aort kökü seviyesinde **paravalvüler destek dokuda geç kontrastlı serilerde minimal kontrastlanma** izlenmiş olup infektif endokardit açısından anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Klinik korelasyon önerilir.
- Vejetasyon izlenmedi.

Klinik Yönetim

- Vankomisin 11.gün, Sefotaksim 3. gününde; hafif baş ağrısı ve iştahsızlık şikayeti devam eden hastanın anaerop kapsamını genişletmek amacıyla tedavisine metronidazol eklendi.
- Otoimmün hadiseleri araştırmak amacıyla ANA, ENA ve lupus antikoagülanı ve antikardiyolipin gönderildi.
- Kontrol batın USG yapıldı.
 - Dalak apsesi olan ve BT eşliğinde drenajı sağlanan hastanın dalak üst polde dalak parankimni ile iştiraki izlenen **17.2 x 15.1 mm** boyutunda anekoik posteriora akustik gölgelen veren RDUS bakıda belirgin vaskülerite kodlamayan alan izlenmiştir.
- Sedimentasyon 55 mm/s'den => 35 mm/s'e geriledi

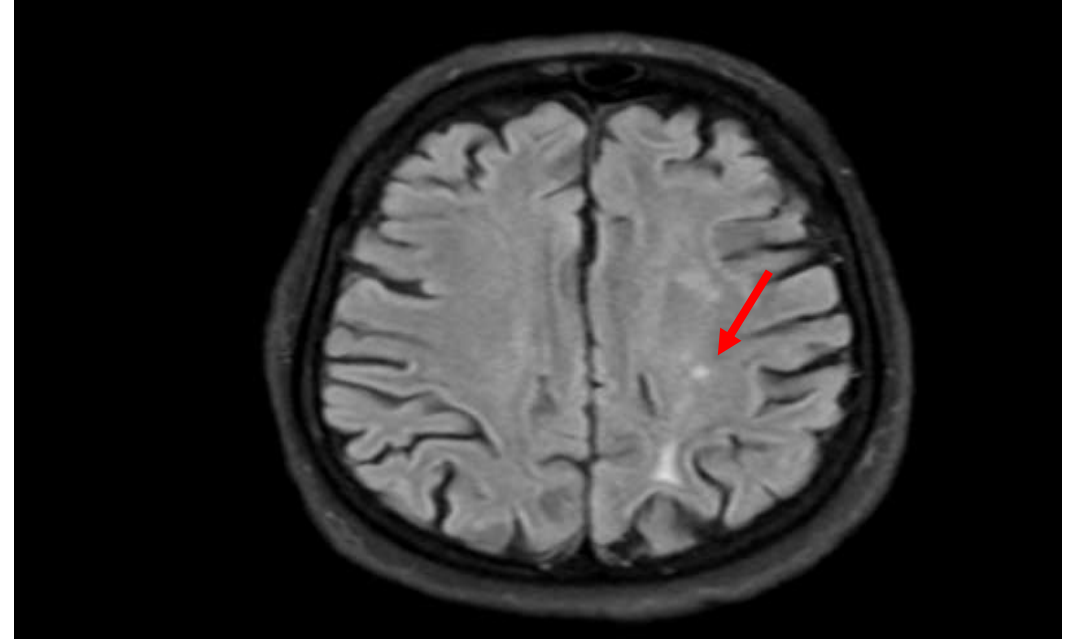
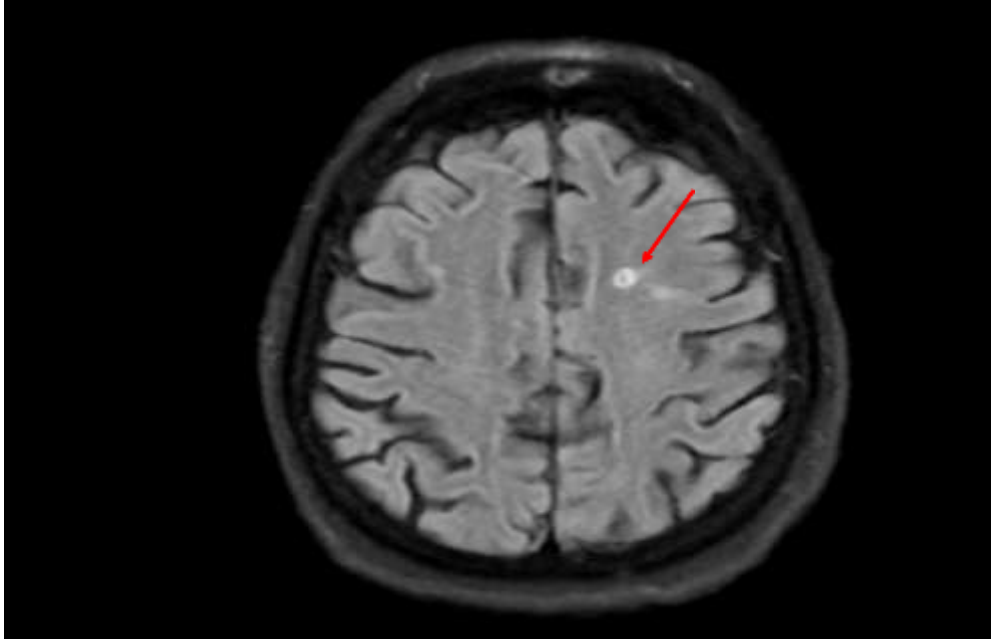
Klinik Yönetim

- Antibiyoterapisi devam etmekte
- Halsizlik, iştahsızlık, baş ağrısı şikayeti devam etmekte
- Bu sırada **Coxiella ve Bartonella testleri negatif** sonuçlandı.

Tedavisinin 3. haftasında kontrol kardiyak MRG:

14.12.24 tarihli kardiyak MR incelemesinde **aort kökü seviyesinde paravalvüler destek dokuda izlenen minimal kontrastlanma güncel incelemede regrese görünümündedir.** Klinik korelasyon önerilir. Vejetasyon izlenmedi.

Klinik Yönetim



KONTRASTLI KRANİYAL MRG: SOL HEMİSFERDE FRONTAL BÖLGE SUBKORTİKAL AKMADDEDE 4.5MM VE 7MM, PARİETAL LOBTA JUKSTA KORTİKAL BÖLGEDE 14X7MM BOYUTLU DİFFÜZYON KISITLAYAN CİDARSA KONTRAST TUTAN ALANLAR İZLENDİ, ÖNCEKİ TETKİKLE KIYASLANDIĞINDA ANLAMLI FARKLILIK İZLENMEDİ

Klinik Yönetim

- NRŞ bölümüne danışıldı
- Kranial malignite veya metastatik lezyon ve atipik infeksiyonların düşünülmesi gerektiği
 - Olası maligniteyi dışlamak ve ek infektif odakları belirlemek amacıyla FDG PET + Beyin PET çekimi çekilmesi planlandı.
- **Toksoplazma** serolojisi istendi.

Aklımızdaki sorular?

- Kardiyak MRG'de aort kökündeki tutulum infektif endokardit açısından anlamlı → infektif endokardit bağlı septik emboliler ?
- Tedavimizin yaklaşık 1. ayında devam etmekteyiz
- Kraniyal malignite?
- Solid tümöre bağlı metastaz?
- Altta yatan malignite altında fırsatçı infeksiyonlar?
- Toksoplazma serolojisi => negatif sonuçlandı.
- FDG PET + Beyin PET hastanın kan şekeri düzensiz seyretmesinden dolayı çekilemedi.

Klinik Yönetim

- Drene edilen dalak apsesi kültüründe;
→ **Mycobacterium tuberculosis kompleksi üredi**
- 4'lü anti-tüberküloz tedavisi başlandı
(izoniazid+rifampin+etambutol+pirazinamid)
- Antibiyoterapileri kesildi
- Halk sağlığına bildirim yapıldı.
- Kraniyal **tüberkülomlar** düşünüldü
- 2 ay sonra kontrol kraniyal MR ile lezyonların anti-TBC tedavi yanıtının izlenmesine karar verildi.

Teşekkürler