

25. TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE
İNFEKSİYON HASTALIKLARI KONGRESİ

KLİMİK 2025

24-27 NİSAN 2025
PINE BEACH BELEK / ANTALYA



OLGU SUNUMU

Dr. Bekir TUNCA

DÜTF Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

Ç.A 18 YAŞ ERKEK



Şikayetleri: Ateş, halsizlik



Hikayesi: 7 gün öncesinde üşüme, titreme şikayeti olmuş, 3 gün sonra 39 derecelere varan ateşi saptanmış. Bir doktora gitmiş ve tanısını net olarak ifade etmeden (olası atipik pnömoni düşünerek azitromisin önermiş. İlk tabletten sonra bulantısı olmuş, kusması olmuş ve tedaviyi bırakmış.



Sürekli kullandığı ilaç yok. Ek hastalığı yok.



Düzce merkez Ağa mahallesinde ikamet ediyor.



Kesimhanede çalışıyor.

Hasta acil servise halsizlik, üşüme titreme şikayetleri ile başvuruyor.



Geliş vitalleri:



Ateş : 38.5



Nabız :74/R



Kan basıncı
90/40 mmHg



Saturasyon %98
(oda havasında)

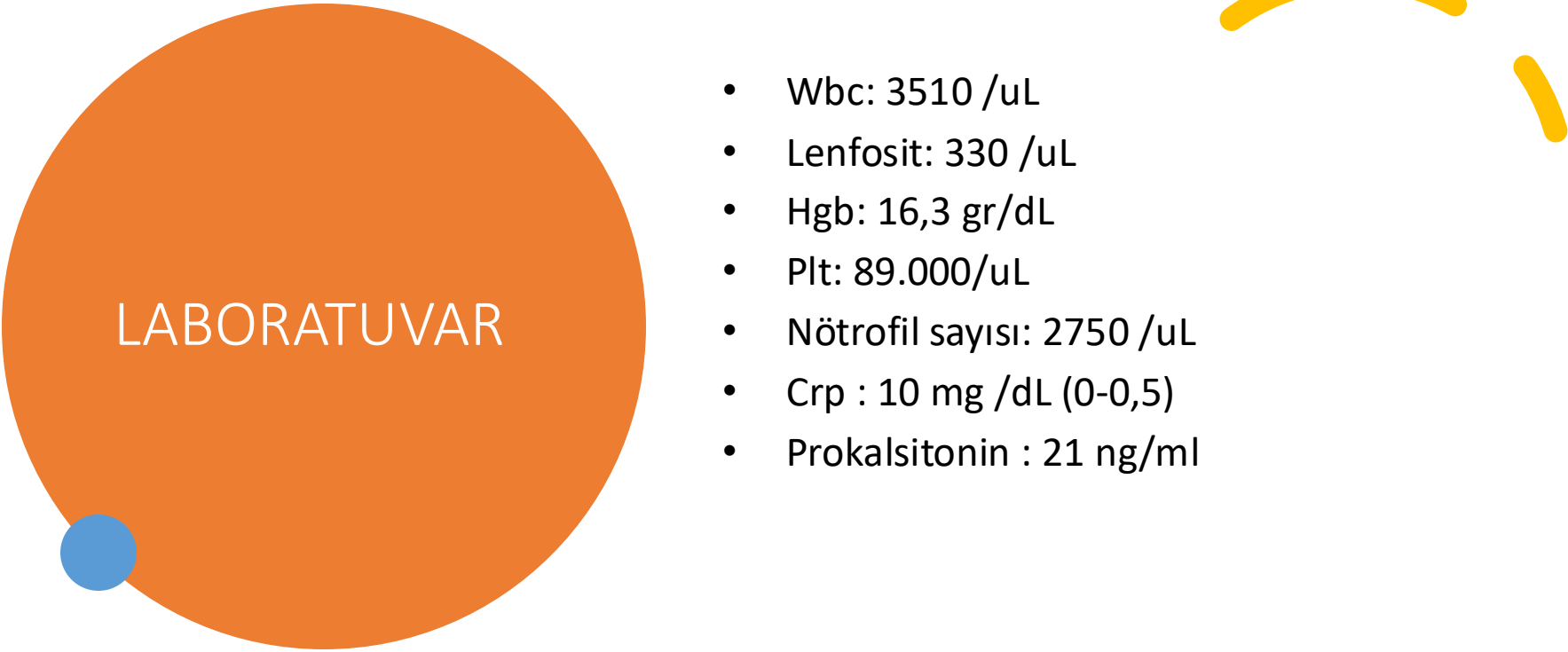


HİKAYE

- 
- Kene temas öyküsü yok
 - İş yerinde fare olduğunu söylüyor
 - İçme suyu olarak hazır su kullanıyor

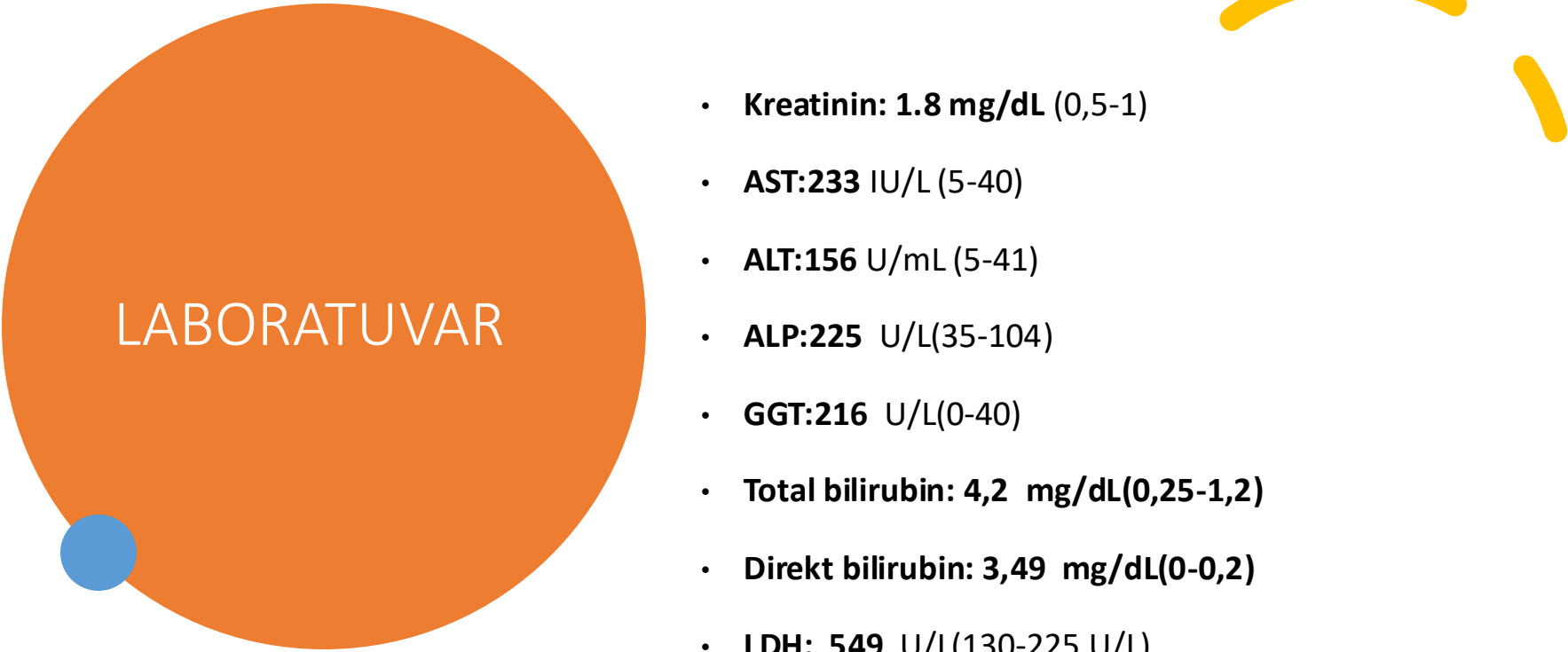
FİZİK MUAYENE

- FM: Genel durumu iyi, bilinç açık, oryante, koopere
- BB: Farenks doğal,
- SS: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, ral ronküs yok
- KVS: S1+ S2+ Ekses yok, üfürüm yok
- GİS: Batın rahat, defans yok, rebound yok,
- GÜS: Suprapubik hassasiyet yok, Kostavertebral açığı hassasiyeti yok
- SSS: Ense sertliği yok, Kerning negatif, Brudzinski negatif
- Ekstremiteler: Pretibial ödem -/- , dekubit yok, enfekte cilt lezyonu yok, santral kateteri yok



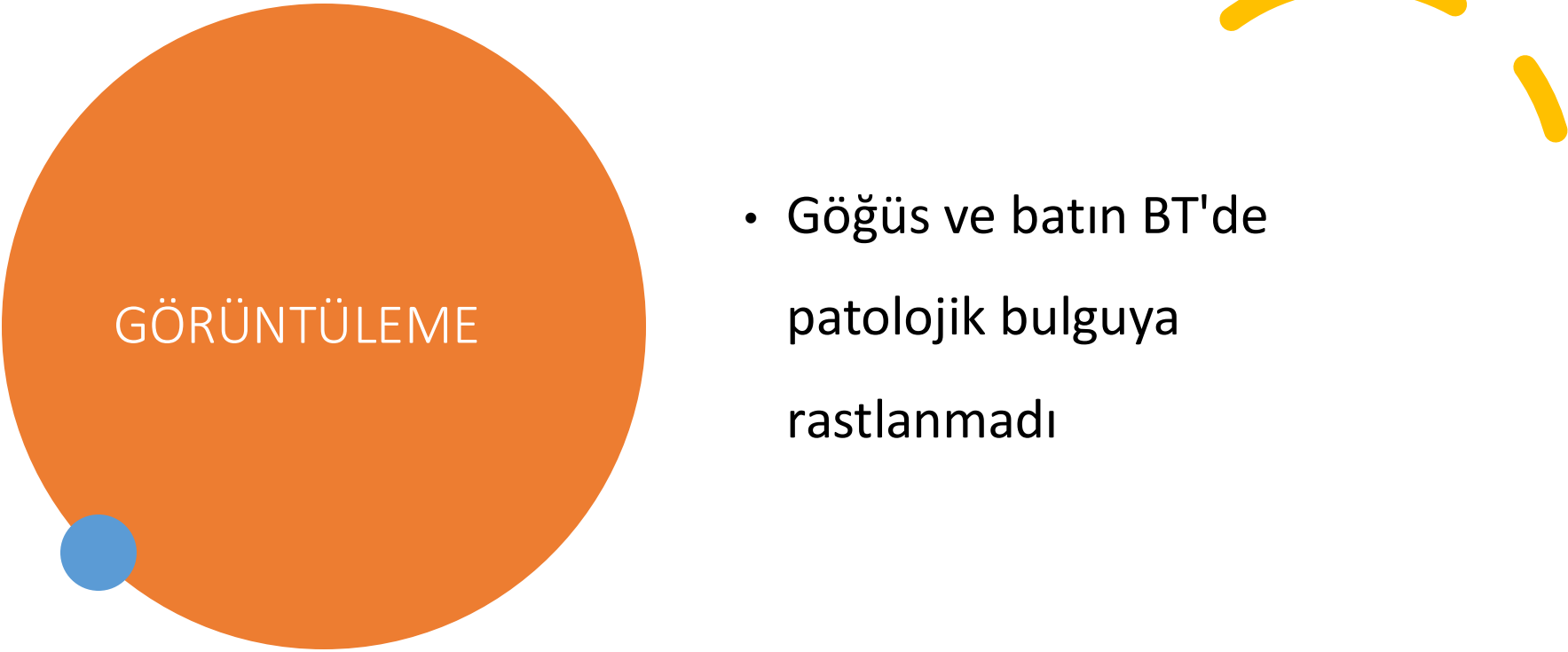
LABORATUVAR

- Wbc: 3510 /uL
- Lenfosit: 330 /uL
- Hgb: 16,3 gr/dL
- Plt: 89.000/uL
- Nötrofil sayısı: 2750 /uL
- Crp : 10 mg /dL (0-0,5)
- Prokalsitonin : 21 ng/ml



LABORATUVAR

- **Kreatinin: 1.8 mg/dL** (0,5-1)
- **AST:233 IU/L** (5-40)
- **ALT:156 U/mL** (5-41)
- **ALP:225 U/L**(35-104)
- **GGT:216 U/L**(0-40)
- **Total bilirubin: 4,2 mg/dL**(0,25-1,2)
- **Direkt bilirubin: 3,49 mg/dL**(0-0,2)
- **LDH: 549 U/L**(130-225 U/L)
- **İNR: 3.12**



GÖRÜNTÜLEME

- Göğüs ve batin BT'de patolojik bulguya rastlanmadı



- Ateş, halsizlik şikayetleri
 - Hayvan teması, fare teması ??
 - KCFT, bilirubin yüksekliği (direkt hakimiyeti)
 - Koagulopati
 - Lökopeni,
 - Mutlak lenfopeni
 - Trombositopeni
- Kreatinin: 1.8 mg/dL (0,5-1)
 - AST:233 IU/L (5-40)
 - ALT:156 U/mL (5-41)
 - ALP:225 U/L(35-104)
 - GGT:216 U/L(0-40)
 - Total bilirubin: 4,2 mg/dL(0,25-1,2)
 - Direkt bilirubin: 3,49 mg/dL(0-0,2)
 - LDH: 549 U/L(130-225 U/L)
 - İNR: 3.12

- 
- Hastaya leptospiroz ön tanısı ile infeksiyon hastalıkları adına yatış veriliyor .
- 

YATIŞIN 1. GÜNÜ

- Hastadan 2 set kan kültürü
- Leptospira PCR
- Brucella Rose Bengal testi
- KKKA PCR

tetkikleri isteniyor

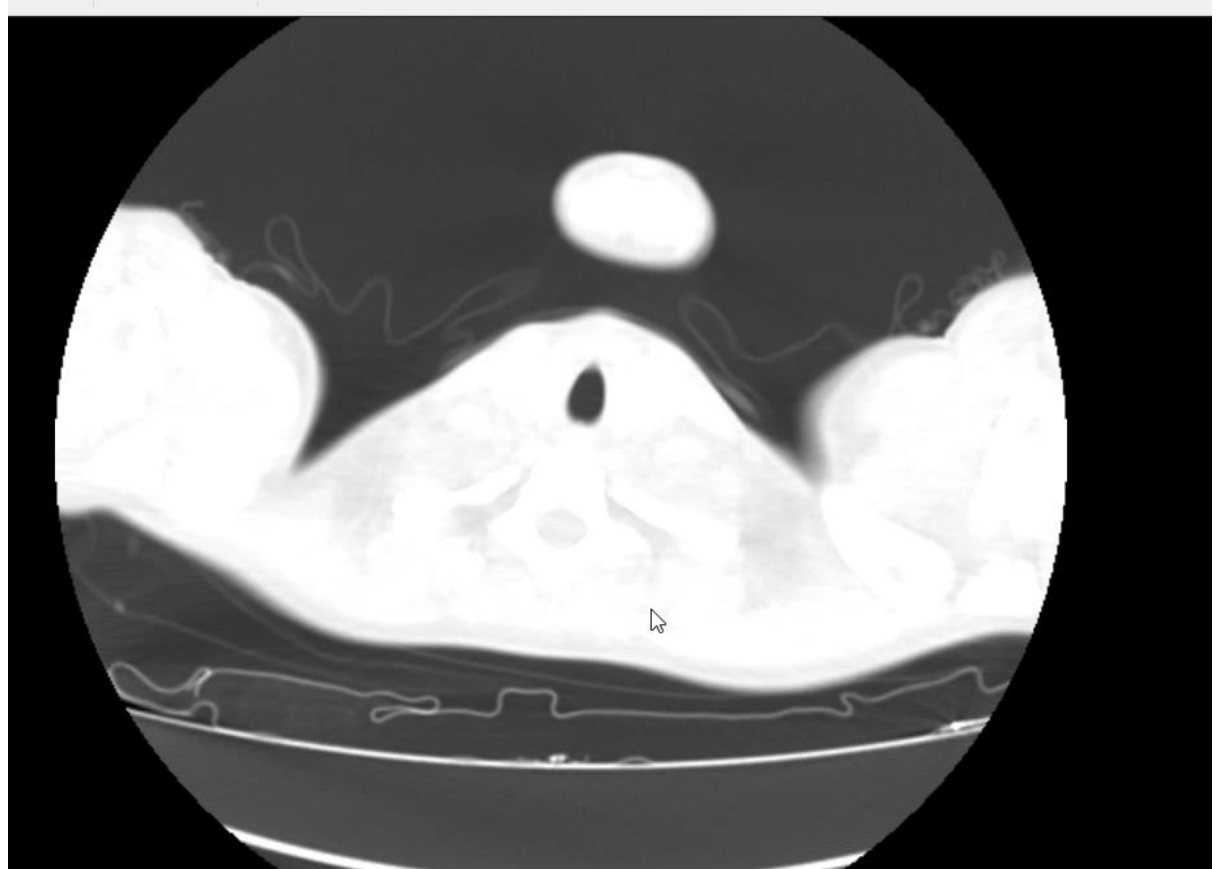
- Ampirik olarak **seftriakson 2x1 gr iv ve doksisisiklin 2x100 mg po** tedavileri başlandı .

YATIŞIN 2. GÜNÜ

- Genel durum orta bilinç açık oryante ve koopere
- **Vücut sıcaklığı : 38.7**
- nb : 100/dk
- TA : 88/53
- Solunum:20/dk
- **SAT: oda havasında 88**
- Batın ve göğüs BT çekildi.

YATIŞIN 2.
GÜNÜ

TORAKS BT



YATIŞIN 2. GÜNÜ

Akciğer BT

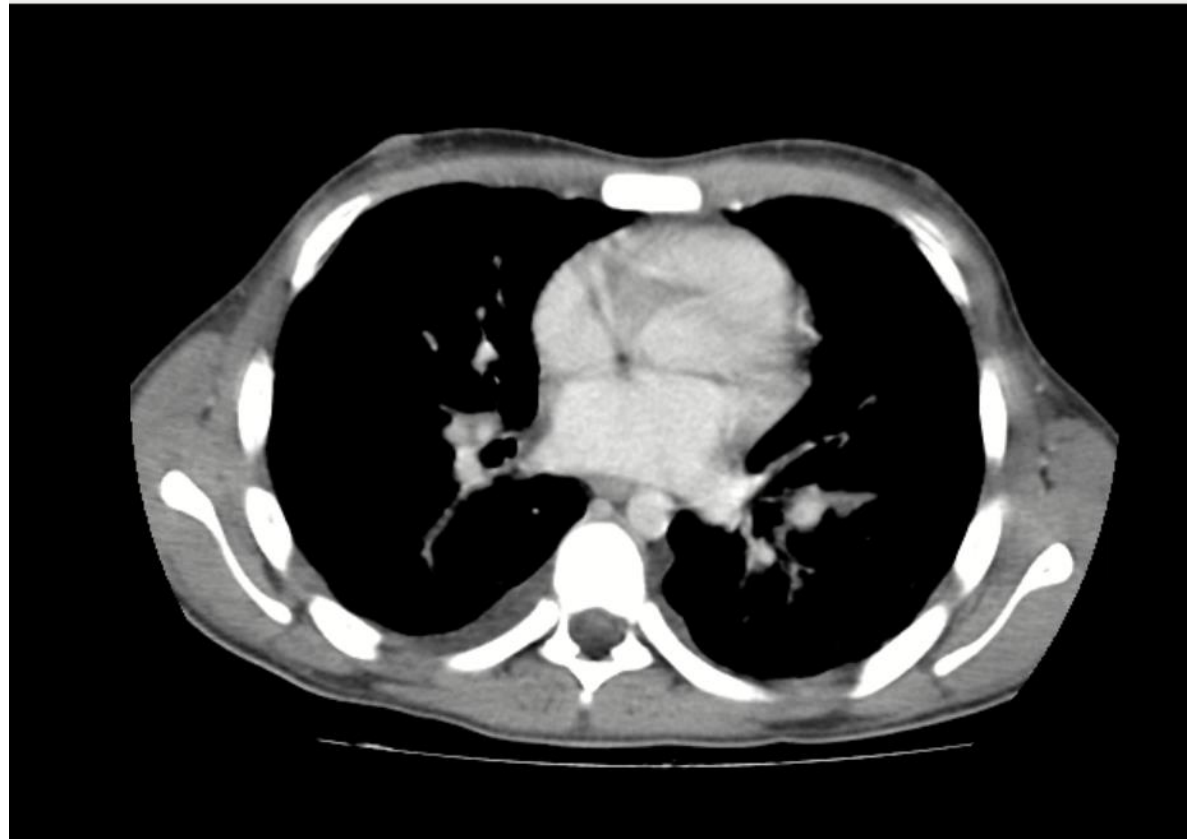
BULGULAR:

Her iki akciğerde alt loblarda daha belirgin olmak üzere **yamasal buzlu cam yoğunluk alanları**, interlobüler septal kalınlaşmalar ve bilateral 1 cm'den az derinlikte plevral efüzyon izlenmiştir.

Bulguların kısa intervalde geliştiği göz önüne alındığından öncelikle **pulmoner-interstisyel ödem** ayırıcı tanıda düşünülmüştür. Klinik-laboratuvar korelasyon önerilir.

YATIŞIN 2.
GÜNÜ

Batın BT



YATIŞIN 2. GÜNÜ

ABDOMEN BT

BULGULAR:

Karaciğer sağ lob kraniokaudal uzunluğu 21 cm ölçülmüştür **(Hepatomegali)**. Karaciğerde periportal alanda portal ven traseden takip eden lineer hipodens alanlar izlenmiş olup periportal kılıflanma ile seyreden hastalıklar açısından değerlendirilmesi önerilir.

Safra kesesi fossası belirgin ödemlidir.

Dalak uzun aksı 13,5 cm ölçülmüştür **(Splenomegali)**.

Paraaortik , interaortokaval ve portokaval alanda kısa aksı 1 cm'den küçük hafif belirginleşmiş lenf nodları izlenmektedir.

Batın içerisinde en derin yerinde **pelviste 5,5 cm** ölçülen serbest sıvı dikkati çekmiştir.

YATIŞIN 2. GÜNÜ

YATAK BAŞI TTE:

LVEF %60

**Kapaklar doğal apse vejetasyon
formasyonu izlenmedi**

Segmenter hareket kusuru izlenmedi
Perikardiyal mayii izlenmedi
Eser TY

YATIŞIN 2. GÜNÜ

Wbc : 5710 /uL

Nötrofil sayısı: 2500 /uL

Lenfosit sayısı: 880 /uL

PLT : 39 000 /uL

HGB : 11.5 gr /dL

İNR: 1.8

CRP: 3 mg /dL

PROKALSİTONİN: 2,4 ng/mL

SED: 1 mm/saat

AST : 259 IU/L

ALT : 177 U/L

GGT : 100 U/L

TOTAL BİL : 6,3 mg /dL

D.BİL :5,7 mg /dL

LDH: 737 U/L

FİBRİNOJEN: 46 mg/dL

TRİGLİSERİT: 212 mg /dL

YATIŞIN 2. GÜNÜ

- Hastanın oksijen ihtiyacında artış devam etti ve hemoptizi gelişti
- Hastaya Weil hastalığı ön tanısı ile metilprednizolon 1gr/gün başlandı

YATIŞIN 3. GÜNÜ

Leptospira PCR: negatif

Rose Bengal: pozitif

Tedavi, Seftriakson 2x1 gr iv , Streptomisin 1x1 gr im ve Doksisisiklin 2x100mg po olarak revize ediliyor

YATIŞIN 3. GÜNÜ

- YBÜ takip ihtiyacı nedeni ile YBÜ'ne devredildi.
- Vital bulgular:
- Ateş: 37.6
- Tansiyon: 108/62
- Nabız: 100
- SS: 30 /dk
- Saturasyon: "Highflow" 50 lt /dk O2 desteği ile 93
- Plazmaferez başlandı
- 1 gr/gün metilprednizolon 2. gün

YATIŞIN 4.
GÜNÜ

Laboratuvar

Brucella Tüp Aglütinasyon : 1/640 pozitif

Seftriakson kesildi. Mevcut Doksisisiklin + Streptomisin tedavisine Rifampisin 1x900 mg eklendi .

YATIŞIN 7. GÜNÜ

Ybü'de;

1 gr/gün pulse steroid tedavisi 3 güne tamamlanan,

2 gün Plazmaferez sonrası genel durum iyi oryante koopere; oda havasında desature olmayan hasta Enfeksiyon Hastalıkları servisine devralındı .

Laboratuvar

Wbc :4980 uL

nötrofil :2920 uL

Plt : 61 000 uL

Ast : 114 IU/L

Alt : 113 U/L

Ggt :537 U/L

T blb :11 mg /dL

D blb :10 mg /dL

Ferritin :1464 ng/ml

YATIŞIN 10. GÜNÜ

- Takiplerinde 3 gün ateşsiz seyir sonrasında 1 gün subfebril sonrasında 39- 40 dereceyi bulan ateşleri oldu. Üşüme titreme eşlik etmedi .
- Kardiyovaskuler sistem muayenesinde sistolik üfürüm fark edilen hasta endokardit açısından kardiyoolojiye konsulte ediliyor.
- TÖE planlandı.
- Leptospira MAT negatif sonuçlandı.

YATIŞIN 13. GÜNÜ

- Hasta TÖE ile değerlendirildi .
 - ✓ LVEF %60
 - ✓ Hafif AY egzantrik jet mitral kapak anterior leaflet yönünde ,Eser MY
 - ✓ **Aort kapak non-coroner cusp üzerinde polipoid - atipik görünümde hiperekojen 0,8-1,6 boyutlarında vejetasyon izlendi.**
- İki haftalık düzenli TTE ile takip edilmesi planlandı.
- Kalp damar cerrahisi tarafından değerlendirildi takip önerildi
- Wbc:2310 uL, Hb:8,58 g/dL, PLT: 180000 uL , CRP:0.84 mg/dl (0-0.5), T.bil:2.7 mg/d, l D bil: 2.33 mg/dl, AST:38 IU/L, ALT:51 U/mL

YATIŞIN 17. GÜNÜ

- **Brucella endokarditi** tanısı ile takibine devam edilen hastanın bruselloz tanısıyla üçlü antibiyoterapisinin 14. gününde ateşleri hala devam etti.
- Kalp damar cerrahisi tarafından konsülte ediliyor: kalp kapak replasmanı düşünülmedi
- Pansitopeni, hipertrigliseridemi, hipofibrinojenemi, hiperferritinemi, KCFT bozukluğu olan romatoloji tarafından değerlendirildi ve MAS/HLH düşünüldü.
- Wbc:1650 uL, Hb:7,25 g/dL, plt:113000 uL , CRP:4,24 mg/dl (0-0.5), T.bil:3,43 mg/dl, D bil: 3,03 mg/dl, AST:90 IU/L, ALT:50 U/mL

MAS Kriterleri ve Hastaya Ait Değerler

- Major kriterler ve hastaya ait değerler

MAS kriterleri	Ateş	Splenomegali	$\geq$ Hücre serisinde sitopeni Hb<9 g/dL Plt<100 bin/ uL Mutlak nötrofil <1000 / uL	Hipertrigliseridemi ($\geq$ 265mg/dl) Hipofibrinojemi ($\leq$ 150mg/dl)	Hemofagositoz Kemik iliği Dalak Lenf Düğümü BOS
Hasta tetkikleri	Persistan 38.5-39.5	+ (183mm)	Hb:7.3 gr/dL Plt:122bin Neu:1240/uL	Trigliserid : 235 mg/dL Fibrinojen: 46-138mg/dL	Kemik iliği normoselüler

- Alternatif kriterler ve hastaya ait değerler

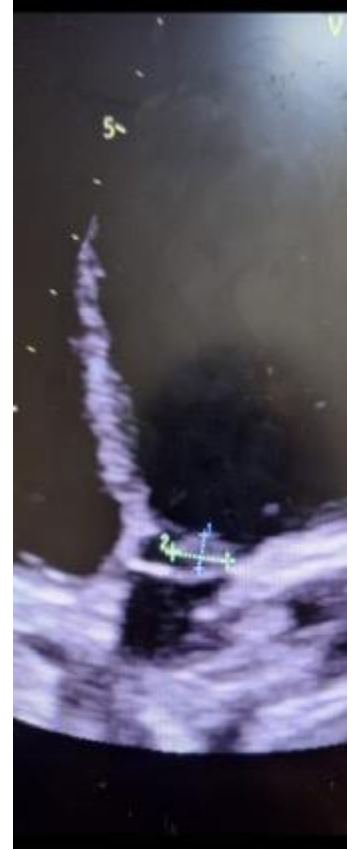
MAS kriterleri	NK aktivite yokluğu veya azalması	Serum ferritin >500 ug/dL	sIL2R (CD25) >2400 u/mL
Hasta tetkikleri	-	1862 ug/dL	-

YATIŞIN 17. GÜNÜ

- Klinik olarak **HLH** kriterlerini karşıladığı düşünülen hastaya
- **5 gün süre ile 1000 mg pulse prednizolon** tedavisi verildi
- Ateş yanıtı alınamayan hastaya IVIG, ardından Anakinra tedavileri verildi.
- Bu tedaviler sonrasında laboratuvar olarak kısmen yanıt alınmış olsa da ateş yanıtı alınamıyor ve kontrol TÖE planlandı.
- IGRA negatif

TÖE kontrolünde ;

- Aort kapak rcc ventrikül yüzünde **14x11 mm boyutlarında irregüler kenarlı taze vejetasyon**la uyumlu olabilecek hareketli yapı + sağ koroner arter perforasyonu?, 5 mm defekti üzerinden 2. derece AY geliştiği görülen hastaya **aort kapak replasman cerrahisi** yapıldı.
- **Ateş şikayeti gerileyen hasta, Doksisiklin + Rifampisin ve SXT** reçete edilerek ayakta takibe alındı.



Kalp kapak replasmanından 7 gün sonra acil servis başvurusu



BAŞ AĞRISI,



BULANTI KUSMA



KONUŞMA
BOZUKLUĞU



SENKOP



GÖZ DIBİ
İNCELEMESİ: GRADE
2 PAPİL ÖDEMI



BEYİN BT: PATOLOJİ
YOK

ACİL SERVİS

LP yapıldı

- BOS hücre sayımı :180 lökosit/mm³
- BOS glukoz :28 mg/dL (40-70)
- BOS sodyum:129 mEq/L (135-150)
- BOS klor:116 mEq/L (115-130)
- BOS albumin :1733 mg/L (110-350)
- BOS protein : 232 mg/dL (15-45)
- BOS basıncı 20 cm h₂O
- Serum glukoz: 104 mg/dL

908337 - Menenjit Paneli (BOS) tetkikinin sonucu... (İstem Tarihi:14.11.2024 10:52:06)		
Sonuç Tarihi : 15.11.2024 12:19:22		
TEST ADI	SONUÇ	
Human parechovirus	Negatif	-
Enterovirus	Negatif	-
Human herpes virus 7 (HHV-7)	Negatif	-
Parvovirus B19	Negatif	-
Streptococcus pneumoniae	Negatif	-
Escherichia coli K1	Negatif	-
Cryptococcus gattii / neoformans	Negatif	-
Escherichia coli	Negatif	-
Streptococcus agalactiae	Negatif	-
Listeria monocytogenes	Negatif	-
Herpes simplex virus 1 (HSV1)	Negatif	-
Herpes simplex virus 2 (HSV2)	Negatif	-
Varicella zoster virus (VZV)	Negatif	-
Human herpes virus 6 (HHV-6)	Negatif	-
CMV	Negatif	-
Haemophilus influenzae	Negatif	-
Neisseria meningitidis	Negatif	-

- Hasta Nörobruselloz ön tanısı ile takibe alındı .
- **BOS örneği Brucella tüp aglütinasyon 1/40 olarak sonuçlandı .**
- Tedavide doksisisiklin , kotrimoksazol ve rifampisin'e ek olarak sefotaksim 6x2 gr başlandı.

?

YATIŞIN 14. GÜNÜ

- Hafif baş ağrısı dışında aktif şikayeti olmayan hastanın **BOS mikobakteri kültüründe “*Mycobacterium tuberculosis complex*” üremesi oldu**
- Kontrol LP planlandı
- Akciğer TB’ye yönelik **Toraks BT** çekildi akciğer parankim normal, mediastinal ve hiler lenfadenopati görülmedi

YATIŞIN 14. GÜNÜ

- BOS hücre sayımı : 140 lökosit/mm³
- BOS glukoz :40 mg/dL (40-70)
- BOS sodyum :135 mEq/L (135-150)
- BOS Klor: 113 mEq/L (115-130)
- BOS albumin 1212 mg/L (110-350)
- BOS protein 153 mg/dL (15-45)
- BOS basıncı 28 cm/H₂O
- BOS ADA: 4.2 U/L (<10)
- Serum glukoz: 121 mg/dL
- Mikobakteri PCR: negatif
- Mikobakteri kültürü: *Mycobacterium tuberculosis*

Hastanın **RIF 900 mg** , Doksisisiklin 2x100 mg, Sefotaksim
6x2 gr tedavilerinin devamı, ek olarak

INH 5 mg /kg/gün 1X3 (100MG)

ETB 20 mg /kg/gün 1X2 (500MG) ve

PZ 25 mg /kg/gün 1X3 (500MG)

başlanması, ilaç etkileşimi göz önünde bulundurularak SXT
stoplandı,

**0,4 mg/kg/ gün Deksametazon
başlandı**



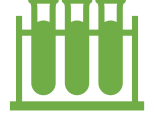
Hastanın takiplerinde baş ağrısı tamamen geriledi.



Göz dibi : papil ödem görülmedi.



Tüberküloz tedavisi 21. günde kontrol LP yapılan hastanın BOS bulgularında belirgin düzelme izlendi.



Bos Bulguları;

BOS hücre sayımı :15 lökosit mm³

BOS glukoz :43 mg/dL (40-70)

BOS sodyum :142 mEq/L (135-150)

BOS klor: 123 mEq/L (115-130)

BOS albumin :471 mg/L (110-350)

BOS protein :63 mg/dL(15-45)

BOS ADA: 2.56 U/L (<10)

Serum glukoz: 110 mg/dL

Sefotaksim tedavisi 4 haftaya tamamlanarak stoplandı.

Hastaya INH,ETB,PZ,RIF ve Doksisisiklin, Prednol 1x32 mg reçete edilerek hasta ayaktan takibe alındı .

Taburculuktan 7 gün sonra acil başvurusu

Şiddetli baş ağrısı

Göz arkasında ağrı

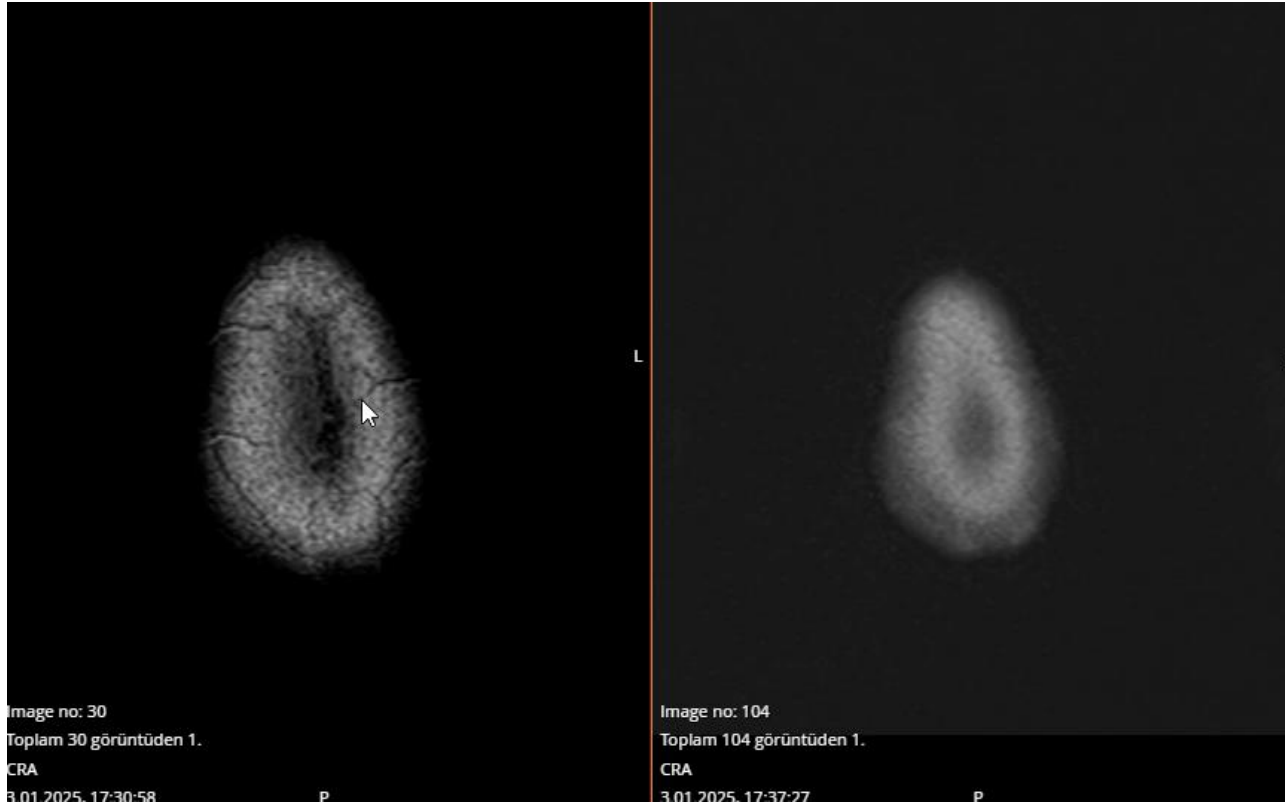
- Tedavileri düzenli kulladığını belirtiyor
- Baş ağrısı dışında başka aktif şikayeti yok, ateş yok
- Göz dibi inceleme papil ödemi yok, FM normal
- Acil serviste Beyin BT çekildi

BEYİN BT

Beyin BT radyoloji yorumu:

- **Sağ frontoparietal bölgede şüpheli hiperdens görünüm** izlenen tbc menenjitisi tanısı olduğu belirtilen hastanın Kontrastlı Beyin MR görüntülemesi ile birlikte değerlendirilmesi önerilir.

Beyin MR



Kontrastlı Kranial Mr raporu:

Sentrum semiovale düzleminde sol orta frontal girusta, bilateral supraorbital girus medial kesimlerinde, anterior kommissür düzeyinde, sağ insular korteks posteriorunda, her iki temporal lob anteriorlarında ve sağ tentoryum serebelli düzeyinde ağırlıklı olarak MCA, ACA ve PCA gibi vasküler yapıların komşuluğunda seyir gösteren, büyüğü sağ temporal düzeyinde 14x16 mm olarak ölçülen, T2AG'de hipointens, T1AG'de silik hiperintens, FLAIR görüntülerde periferinde ödematöz sinyal değişiklikleri bulunan, IVKM enjeksiyonu sonrası homojen kontrastlanan, büyük oranda intraaksiyel yerleşim gösteren ancak komşuluğunda ekstraaksiyel subaraknoid mesafelerini de etkileyen multipl sayıda lezyon izlenmiş olup tüberküloz öyküsü bilenen olguda granülom lehine yorumlanmıştır. 03.12.2024 tarihli Kontrastlı BT tetkiki ile karşılaştırıldığında optimal değerlendirilememekle birlikte sağ temporalde MCA komşuluğunda tariflenen lezyonun boyutlarında progresyon dikkati çekmiştir. Tedavi altında olduğu bilinen olgunun güncel görüntüsü itibariyle paradoks reaksiyon gösterdiği düşünülmüştür.

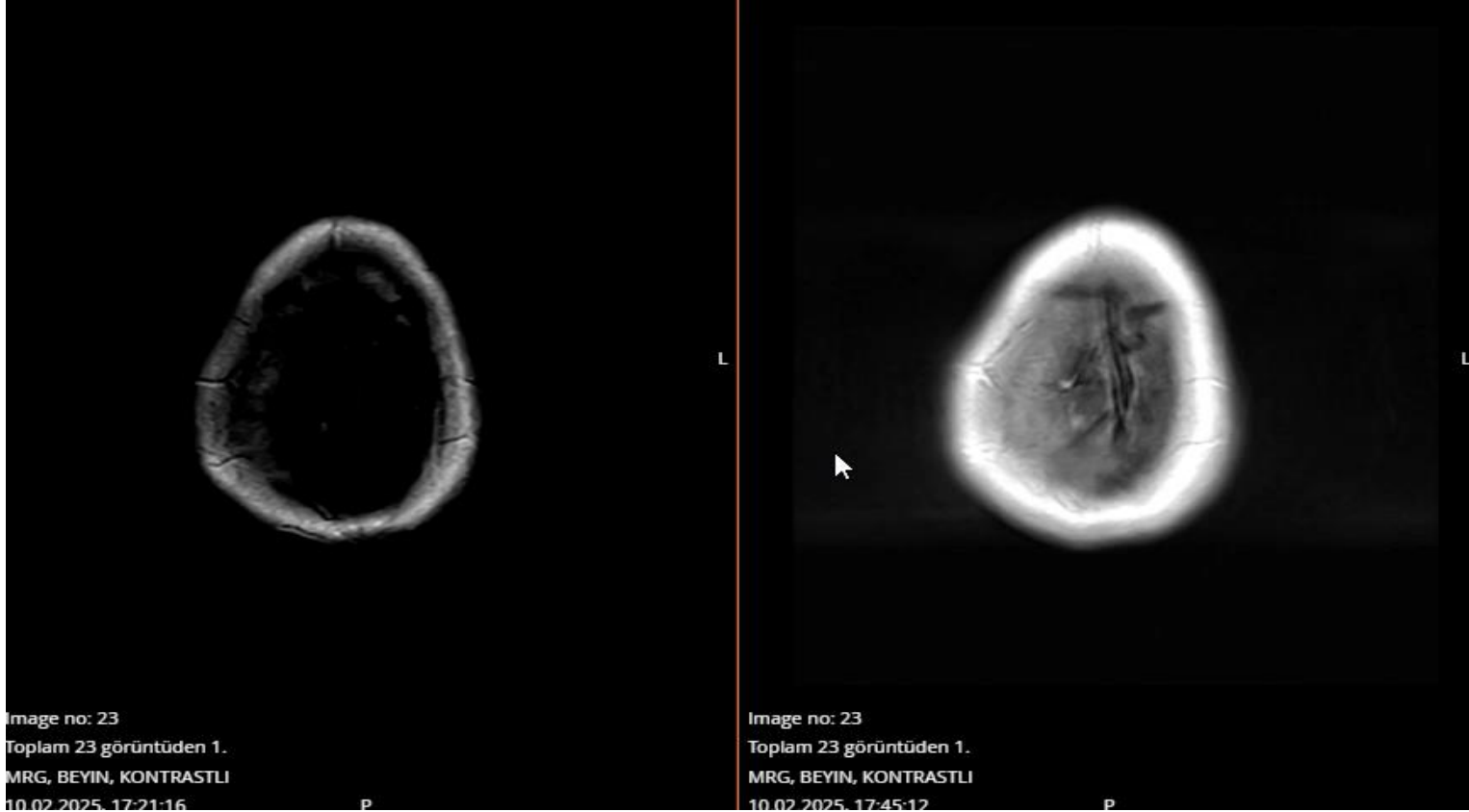
- Hastanın MR görüntülemesi klinik korelasyon ile birlikte değerlendirildiğinde “Paradoks” reaksiyon düşünüldü.
- Metilprednizolon dozu 1x48 mg (1mg/kg/gün) olarak revize edildi .

- Mycobacterium tiplendirmesi *Mycobacterium bovis* olarak sonuçlandı
- Prazinamid stoplanarak tedaviye moksifloksasin eklendi .

- 4' lü TB tedavisi 2 ay tamamlanan hastanın etambutol tedavisi stoplanarak INH,RIF ve moxifloksasin olarak devam edildi.
- **İki gün sonra 10 dk süren sağ kolda güç kaybı ve konuşmada peltekleşme şikayetiyle acil servise başvurdu**
- Hastaya kontrastlı Beyin MR çekildi

03.01.2025 tarihli karanial MR tetkikinde tariflenen bilateral serebral hemisferde, ponsta ağırlıklı olarak MCA, ACA ve PCA gibi vasküler yapıların komşuluğunda seyir gösteren, büyüğü oranda intraaksiyel yerleşim gösteren ancak komşuluğunda ekstraaksiyel subaraknoid mesafelerini de etkileyen, T2AG'de hipointens, T1AG'de silik hiperintens, FLAIR görüntülerde periferinde ödematöz sinyal değişiklikleri bulunan ve IVKM enjeksiyonu sonrası homojen kontrastlanan, tüberküloz öyküsü nedeniyle granülom lehine yorumlanan multipl lezyonların kontrolde sayısında ve boyutlarında belirgin progresyon izlendiği görülmüştür. Klinik öyküyle birlikte değerlendirilmesi ve takibi önerilir.

Beyin MR



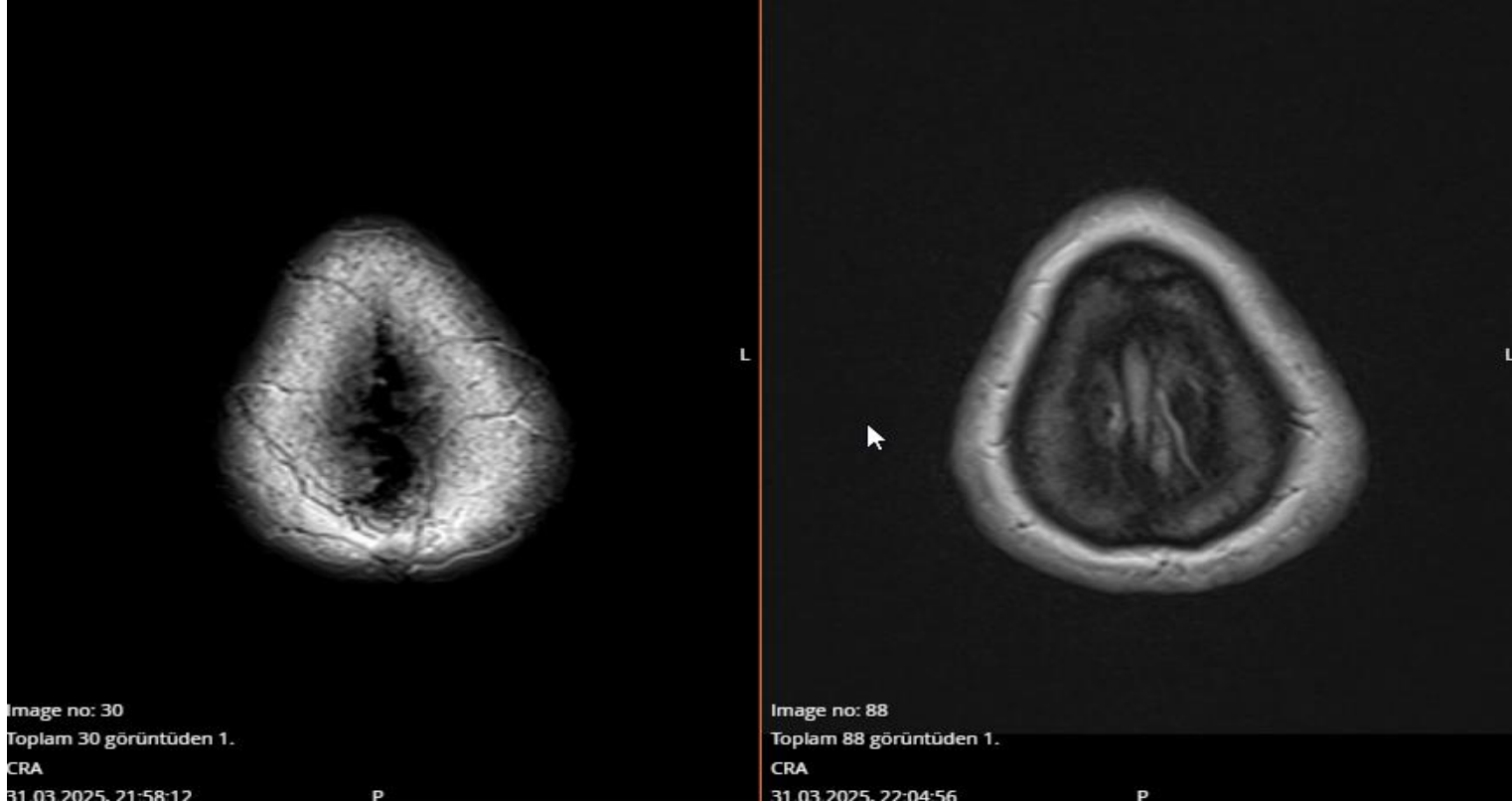
- Hastanın metilprednizolon dozu 64 mg/gün olarak revize edildi
- 6 hafta sonra kontrol kranial MR çekildi

Bilateral MCA M1 distallerinde izlenen intraaksiyel yerleşim gösteren ancak komşuluğunda ekstraaksiyel subaraknoid mesafelerini de etkileyen, T2AG'de hipointens, T1AG'de silik hiperintens, FLAIR görüntülerde periferinde ödematöz sinyal değişiklikleri bulunan ve IVKM enjeksiyonu sonrası homojen kontrastlanan, tüberküloz öyküsü nedeniyle granülom lehine yorumlanan lezyonların belirgin regrese oldukları izlenmiştir.

Bilateral serebral hemisfer parankiminde izlenen nodüler yapılar tamamen regresedir.

Bilateral supraorbital girus medial kesiminde ACA komşuluğunda, sağda kaudat nükleus gövde kesiminde, solda kaudat nükleus baş kesiminde, singulat gyrus orta kesiminde gyral yapıların üzerinde ve globus pallidus düzeyinde intraaksiyel yerleşim gösteren ancak komşuluğunda ekstraaksiyel subaraknoid mesafelerini de etkileyen, T2AG'de hipointens, T1AG'de silik hiperintens, FLAIR görüntülerde periferinde ödematöz sinyal değişiklikleri bulunan ve IVKM enjeksiyonu sonrası homojen kontrastlanan, tüberküloz öyküsü nedeniyle granülom lehine yorumlanan multipl lezyonların kontrolde sebat ettiği izlenmiştir.

Beyin MR



- INH, RIF, moksifloksasin tedavileriyle ayaktan takibi devam ediyor
- metilprednizolon 2 haftada bir 8 mg doz azaltılarak kesilmesi planlandı

- TEŞEKKÜRLER .

