

Seçilmiş Poster Olgu Sunumları V

Gökhan Aygün
&
Birgül Mete



Sunum Planı

- *S. pyogenes* infeksiyonları
- MSS infeksiyonları
- Tularemi
- Tüberküloz
- Bruselloz
- Sıtma
- Layşmanyaz
- Viral pnömoniler
- HIV
- İnfeksiyonlar ile karışanlar
- Nadir mayalar

11 Başlık

S. pyogenes infeksiyonları

İnvaziv Streptokokal pyogenes Enfeksiyonları, Olgu Sunumu

Yağmur Sena Karaca, Elif Mulkime Sarıcaoğlu, İrem Akdemir, Güle Çınar, Ezgi Gülten, Elif Hilal Saldere, Kemal Osman Memikoğlu

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

***Streptococcus pyogenes*'in neden olduğu nekrotizan fasiit: nadir bir olgu**

Laman Aliyeva¹, Deniz Mercan Şentürk¹, Ayşegül Çınar¹, Merve Kahveci¹, Elif Ezgi Sönmez¹, Pınar Küçükdemirci Kaya², Ülkü Tüzemen³, Uğur Onal¹, Remzi İşçimen², Cüneyt Özakin³, Halis Akalın¹, Ramazan Kahveci⁴

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

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Bursa

³Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Bursa

⁴Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bursa



İki farklı *Streptococcus pyogenes* olgusu

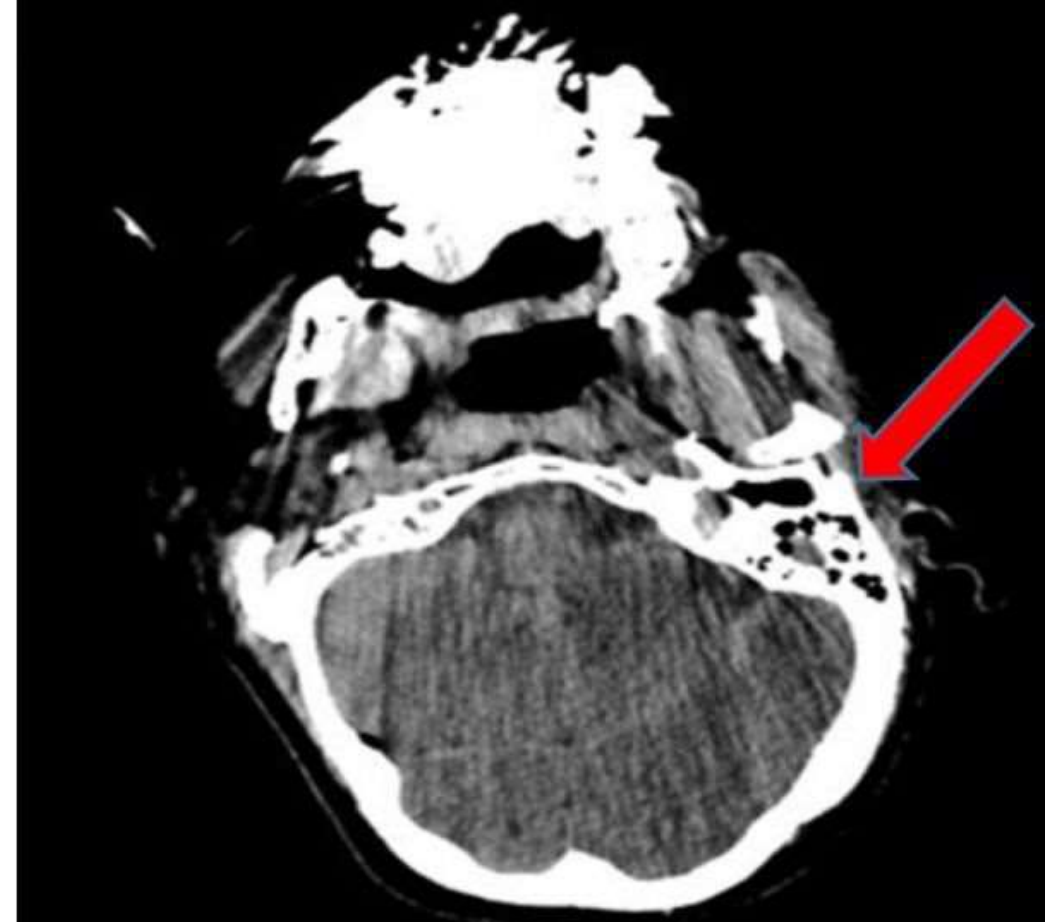
Seda Nur Çelik Akçakoca, Leyla Dursun

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

- **66 yaşında kadın hasta senkop sonrası düşme şikayetiyle** acile başvurmuştur.
- **Acil başvurusundan önce kulak temizletme işlemi yaptırmış.** Ateş nedeniyle konsülte edildi. Özgeçmişinde renal hücreli karsinom nedeniyle immünosupresif kullanımı mevcut.
- **Fizik muayene:** ateş (39°C), taşikardi (110/dk), sol dış kulak yolunda **pürülan akıntı mevcuttu.** Glasgow koma skalası 14'tü.
- Laboratuvar bulgularında; kreatinin, **CRP, PCT yüksekliği** vardı.

- Yapılan kranial görüntülemesinde **sol mastoidde efüzyon artışı ve fraktür**, perimezensefalik bölge ve sağ temporal bölgede **pnömosefali** ile uyumlu gaz dansiteleri izlendi.
- Hastaya lomber ponksiyon yapıldı.

BOS parametreleri	
BOS hücre sayısı (sayı/ μ L)	3200
BOS PMNL/%	2880/90
BOS glukoz/AKŞ	15/AKŞ 110
BOS protein	275
BOS klor	120



- BOS sonuçlarıyla meropenem tedavisi başlandı.,
- **Kan ve BOS kültüründe *S. pyogenes* üredi.**
- Takiplerinde KBB tarafından **mastoidit nedeniyle iki kulağa ventilasyon tüpü takıldı.**
- **Yeni başlayan öksürük ve balgam şikayetleri üzerine çekilen toraks BT'nin pnömoni ile uyumlu olmasından** dolayı meropeneme devam edildi.
- Kontrol kan kültüründe üreme olmayan, şikayetleri gerileyen hasta tedavinin 14. gününde taburcu edildi.

MSS infeksiyonları

Yüksek grade beyin tümörü sebebi ile kemoradyoterapi alan hastada HSV-2 ensefaliti sonrası otoimmün ensefalit gelişen olgu

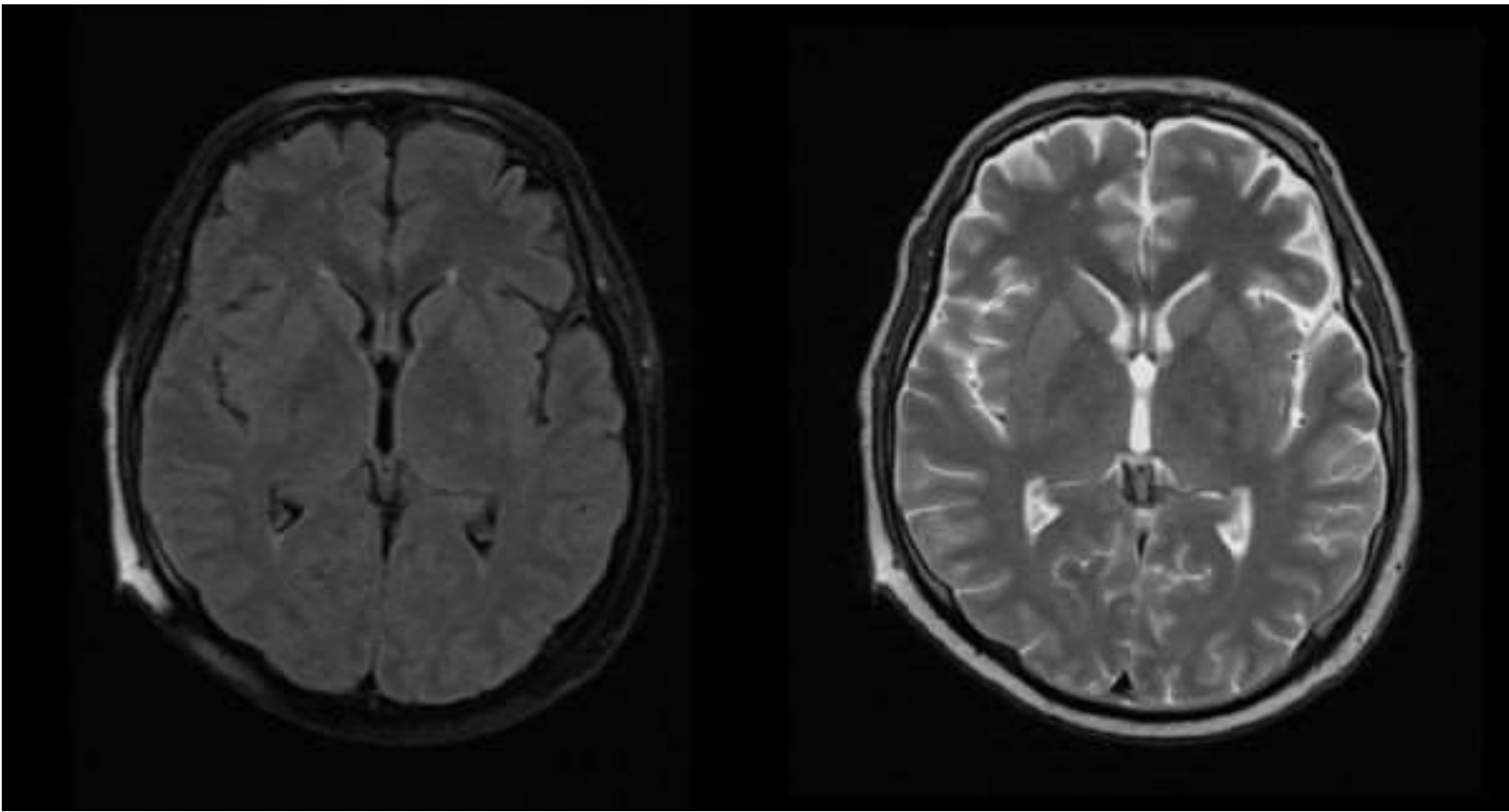
Fidan Sultanova¹, Feride Poladova²

¹Melhem Hospital, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Bakü, Azerbaycan

²Melhem Hospital, Nöroloji, Bakü, Azerbaycan

- **27 yaşında erkek hasta**
- **2 ay önce yüksek grade köşe tümörü tanısı almış, 1 hafta önce radyo+kemoterapi** (3 kür temozolomid kullanımı var) almış.
- Hasta **3-4 gündür olan 39°C ateş ve ilk kez olan nöbet sebebi ile** başvurdu, **GKS=8 olan hasta entübe edildi.**
- **Yutma disfonksiyonu** olan hastada aspirasyon pnömonisi bulguları olup ampirik antibiyotik başlandı. Nöbet sebebi ile yapılan **beyin MR** çekildi.
- **Herpes ensefaliti şüphesi** üzerine yapılan lomber ponksiyon sonucu

BOS'ta lökosit=87 hücre/mm³ (%97 mononükleer), eritrosit=0, protein=91,3mg/dl, glukoz=62 mg/dl (KŞ=85)



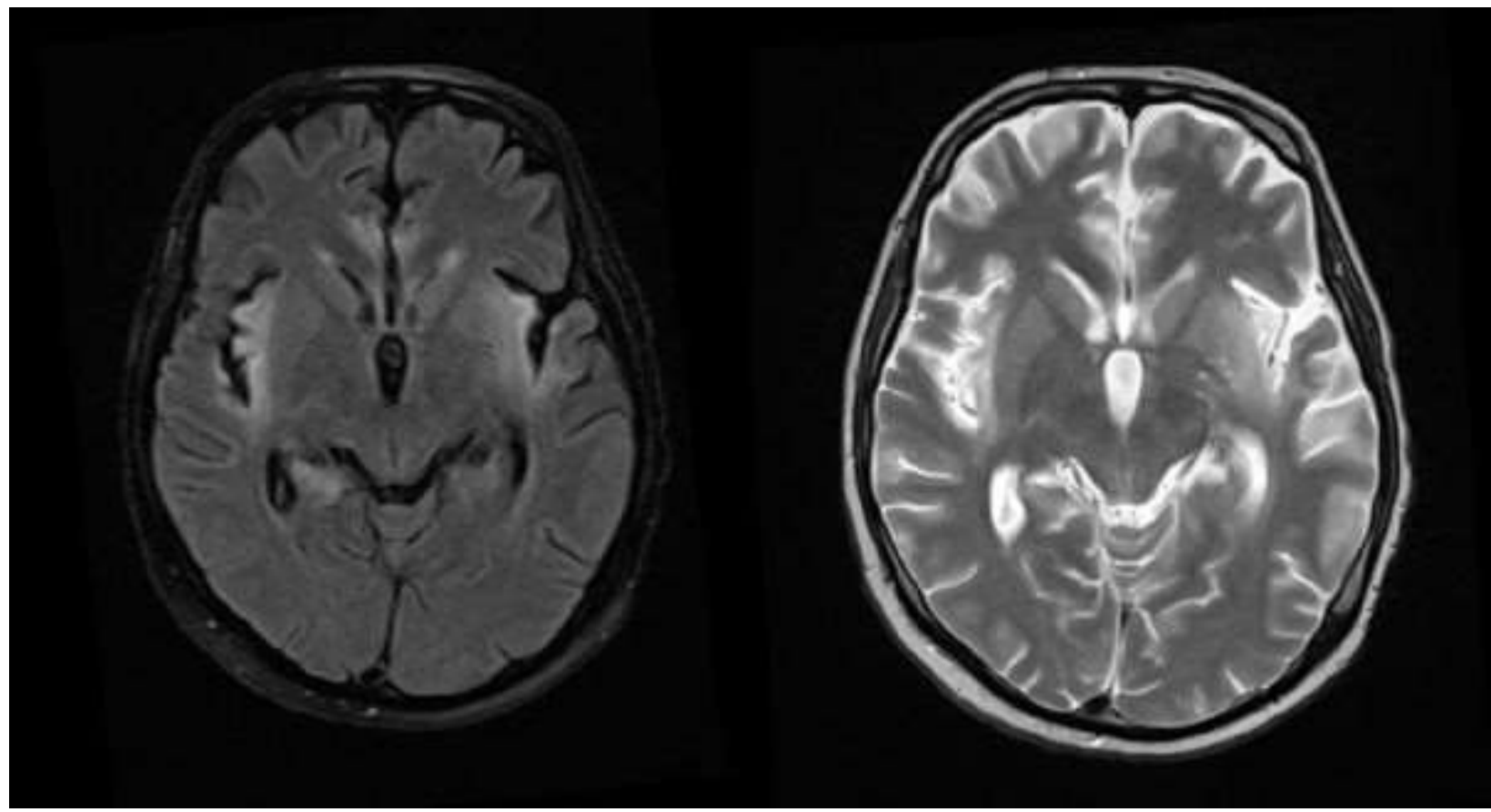
Herpes ensefalit olgusunun tanı anındaki MR görüntüsü

Nöbet sebebi ile yapılan beyin MR'ında **ponsta ekspansiyona sebep olan yüksek grade tümör**, sol serebellar pedinkülde T1-de hiperintens görünüm (hemoraji), **sol serebeller tonsilde ve vermiste ödem (radyoterapi ilişkili) sol insulada ve temporal bölgede silik ödem** bulguları izlendi.

- Tedavisine **ampirik asiklovir** 3x10mg/kg eklendi.
- **BOS HSV-2 PZR pozitif geldi.**
- Tedavisinin 7.gününde kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu ve pnömoniye bağlı septik şok gelişti. **Asiklovir tedavisi 21 güne tamamlandı.** Antibiyotik tedavileri 14 güne tamamlandı.
- Trakeostomi ile takip edilen hastanın **bilinci açıktı, konuşamıyordu, kas güçsüzlüğü vardı,** nörolojik değerlendirilmesi suboptimaldi.
- Vital ve laboratuvar bulguları düzelen hastanın **başka enfeksiyon odağı olmamasına rağmen günde 2 kez 38°C üzerinde ateşi devam etti.**
- **Deksametazon 2x8mg** başlandı, ateş sıklığı azaldı.

- Teknik ve maddi zorluklar sebebi ile kontrol beyin MR ve kontrol LP yapılamadı, hasta devlet hastanesine sevk edildi. **Asiklovir tedavisinin bitiminden 2 hafta sonra** hasta yeniden hastanemize sevk edildi.
- Gelişinde bilinci açıldı, trakeostomi sebebi ile konuşamıyordu, **davranış ve kişilik bozukluğu mevcuttu, ateşi devam ediyordu.**
- **Beyin MR çekildi.**
- Kontrol LP'de BOS'ta =2 hücre/mm³, protein=31,9 mg/dl, glukoz=70 mg/dl (KŞ:117)
- **HSV 1 ve 2 PZR negatif**

Serebellar bölgede hemoraji
odağı gerilemiş, bilateral
temporal ve insular,
hipokampal, minimal frontal
bölgelerde ödem görüldü.



Tanıdan 5 hafta sonraki MR görüntüsü (NMDAR ensefaliti)

Otoimmün ensefalit şüphesi üzerine metilprednizolon 1g/gün-5 gün boyunca verildi.
BOS Anti-NMDAR antikoru pozitif olarak sonuçlandı.
Tedavi sonrasında ateşi geriledi, antipsikotik tedavi ile tutarsız davranışları/ajitasyonu azaldı.
Fizyoterapi ve kemoterapisine devam edildi. 1,5 ay sonra hasta PTE sebebi ile kaybedildi.

BOS'da NMDAR Pozitifliği Eşlik Eden Tüberküloz Menenjit Olgusu

Yağmur Sena Karaca¹, İrem Akdemir¹, Müzeyyen Ay², Sena Ünal³, Murat Zaimoğlu⁴, Ezgi Gülten¹, Elif Muhkime Sarıcaoğlu¹, Güle Çınar¹

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

²Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

- Ek hastalığı olmayan **30 yaş kadın hasta**
- **Boğaz ve baş ağrısı şikâyetlerinin başlamasının dördüncü gününde** hastanın; **bulantı-kusma ve ardından gelişen bilinç değişikliği** ile hasta dış merkezde hastaneye başvuruyor.
- Burada **meningoensefalit tanısı** ile hastaya LP yapılıyor ve yine bu ön tanı ile hastaya ampirik olarak **seftriakson** (2x2 gr), **vankomisin** (1x25 mg/kg yükleme 2x20 mg/kg idame) ve **asiklovir** (3x10 mg/kg) tedavisi başlanıyor.

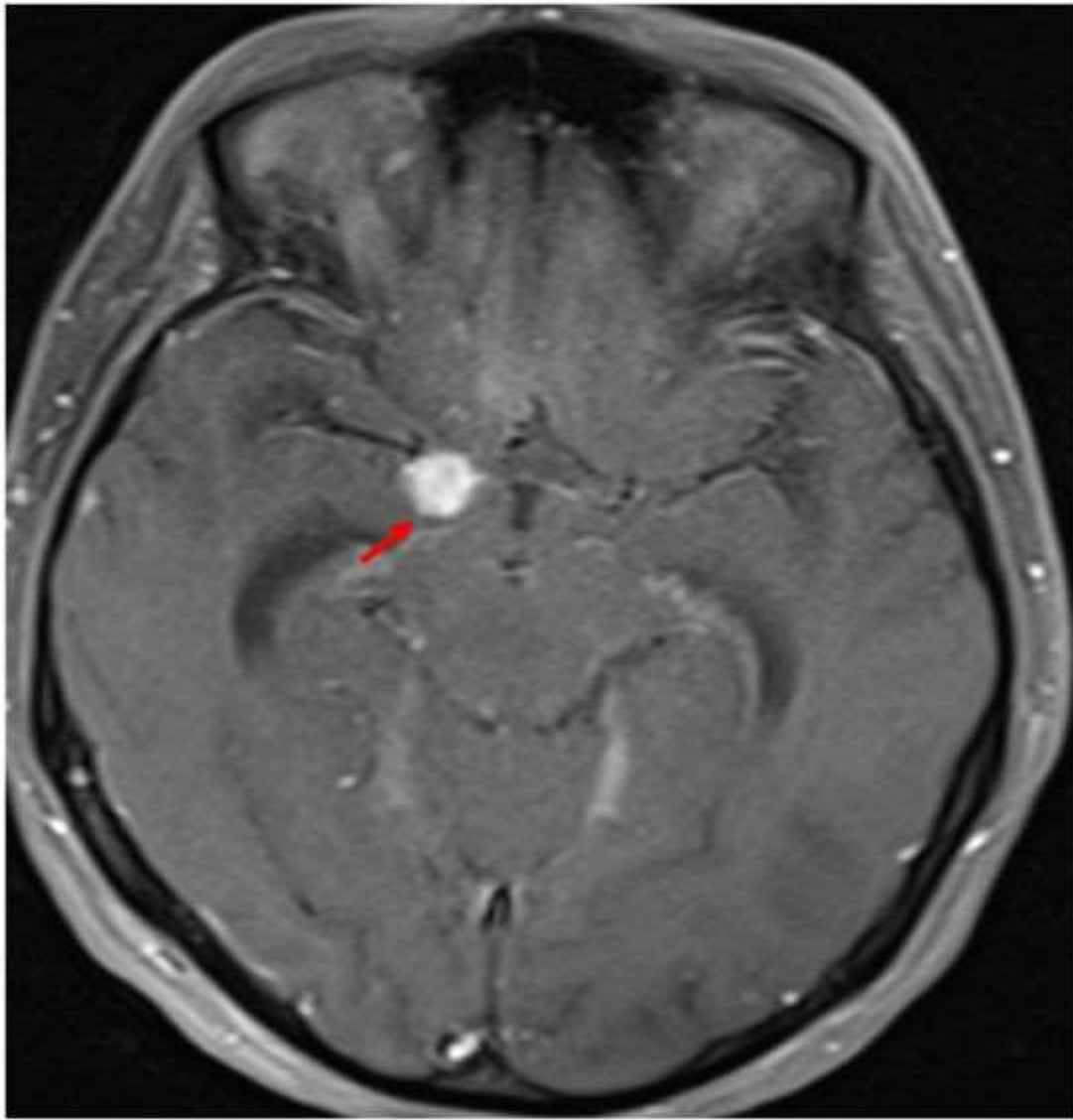
BOS bulguları Tarih	Hücre sayısı mm ³ ve cinsi	Glikoz (mg/dl)	Protein mg/dl	Kültür sonucu/ ek bulgular
04.08.2024	14 lökosit	Düşük	Yüksek	Üreme yok
11.08.2024	40 lökosit	9	1945	Üreme yok - ARB negatif BOS Rose bengal negatif

- **Tedaviden sonra klinik yanıt alınamaması, ardışık LP'lerde BOS basıncının yüksek olması ve görüntülemelerde hidrosefali de saptanması ile ön tanı TBM düşünülerek antitüberküloz tedavi + prednizolon** olarak değiştiriliyor.
- BOS biyokimya ve görüntülemesi TBM menenjit ile uyumlu olarak değerlendiren hasta için ardışık olarak yapılan mikrobiyolojik değerlendirmelerin hiçbirinde etken saptanamıyor.
- Hastanın **izleminde diplopi gelişmesi üzerine etambutol ilişkili düşünülerek kesilip streptomisin tedavisi başlanıyor.**
- **Alt ekstremitelerde kas güçsüzlüğü de gelişen hastanın MSS lenfoması ön tanısı** ile servisimize devri gerçekleşti.

- Merkezimizde hastanın **ateşi devam etti ve KİBAS bulguları vardı.**
- Hastaya bu dönemde **şift riski nedeniyle LP yapılamadı. Kemik iliği incelemesi yapılarak lenfoma dışlandı.**
- Alt ekstremitte kas güçsüzlüğü nedeniyle spinal MR planlandı.

•	08.10.2024	210 lökosit %70 mnl, %30 pmnl	36	2307	Kültür - mikobakteri kültürü üreme yok
•	04.11.2024	Laminektomi intraop granülom dokusu			Tüberküloz PZR pozitif

- Bu süreçte NMDAR pozitifliği için nöroloji ile tekrar görüşüldü ve hasta **otoimmün ensefalit olarak değerlendirilmedi.**



Postkontrast T1 ağırlıklı aksiyel beyin MR görüntülemesinde sağda optik trakt komşuluğunda kontrastlanan nodüler lezyon (Kırmızı ok).



Postkontrast T1 ağırlıklı sagittal spinal MR görüntülemesinde spinal kord çevresinde **leptomeningeal** kontrastlanma (kırmızı oklar), torakal düzeyde nodüler **dural** kontrastlanma (sarı ok) ve lomber düzeyde kauda ekuina liflerinde kontrastlanma (beyaz oklar).

Diagnostic criteria for anti-NMDA receptor encephalitis

Probable anti-NMDA receptor encephalitis*

All three criteria must be met:

1. Rapid onset (<3 months) of at least four of the six following major groups of symptoms:[¶]
 - Abnormal (psychiatric) behavior or cognitive dysfunction
 - Speech dysfunction
 - Seizures
 - Movement disorder, dyskinesias, or rigidity/abnormal postures

Yalnızca serumda bakıldığında yanlış pozitif ve negatif sonuçlar

- activity, or extreme delta brush)
 - CSF with pleocytosis or oligoclonal bands
3. Reasonable exclusion of other disorders

Definite anti-NMDA receptor encephalitis*

1. IgG anti-GluN1 antibodies^Δ in the presence of one or more of the six major groups of symptoms, after reasonable exclusion of other disorders

NMDA: N-methyl-D-aspartate; EEG: electroencephalogram; CSF: cerebrospinal fluid; IgG: immunoglobulin G.

False Positive Cerebrospinal Fluid NMDA Receptor Antibodies: A Single Center Case Series

Rumyar Ardakani, Steven Vernino, Kyle Blackburn

Objective

To report the presence of CSF NMDA receptor antibodies in four patients without NMDA receptor encephalitis encountered at a single tertiary care center.

- 2011-2021 yılları arasında Teksas Güneybatı Tıp Merkezi'nde **pozitif BOS NMDA reseptör antikör testi** olan hastaların tıbbi kayıtlarının retrospektif incelemesi
- Pozitif BOS NMDA reseptör antikörleri olan **40 hasta**
- 40 hastadan **4'ünde (%10) yanlış pozitif sonuç**
 - şüpheli sentetik kanabinoid kullanımından kaynaklanan refrakter **status epileptikus**
 - **anaplastik astrositom**
 - *Candida dubliniensis* kaynaklı **fungal menenjit**
 - şüpheli enfeksiyöz etiyolojili **bifrontal serebrit**



Concurrent Tuberculous Meningoencephalitis and Anti-NMDAR Encephalitis: A Case Report

Chen Xiaoli¹, Wang Qun^{2,3}, Li Jing^{2,3}, Yang Huan^{2,3} and Chen Si^{2,3*}

¹ Department of Neurology, Shaanxi Provincial People's Hospital, Xi'an, China, ² Department of Neurology, Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, China, ³ National Clinical Research Center for Geriatric Disorders, Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, China

Internal Medicine
The Japanese Society of Internal Medicine

doi: 10.2169/internalmedicine.4629-20
Intern Med 59: 2301-2306, 2020
<http://internmed.jp>

[CASE REPORT]

Cryptococcus Meningitis Can Co-occur with Anti-NMDA Receptor Encephalitis

Yusuke Sakiyama¹, Eiji Matsuura¹, Ayano Shigehisa¹, Yuki Hamada¹, Mika Dozono¹,
Satoshi Nozuma¹, Tomonori Nakamura¹, Keiko Higashi¹, Akihiro Hashiguchi¹,
Yukitoshi Takahashi² and Hiroshi Takashima¹

BOS PZR'de HSV-1 ve EBV'nin birlikte tespit edildiği viral ensefalit olgusu: EBV etken mi? Seyirci mi?

Oktay Yapıcı¹, Gülce Eylül Aldemir¹, Yasemin Derya Gülseren²

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi

- **54 yaşında, erkek hasta 5 gün önce başlayan ateş yüksekliği, şiddetli baş ağrısı, konfüzyon, davranış değişiklikleri, unutkanlık, bilinç bulanıklığı** şikayetleri ile acil servise başvurdu.
- Özgeçmişinde koroner arter hastalığı ve HBeAg negatif kronik hepatit B enfeksiyonu mevcuttu.
- **Nörolojik muayene: somnolan ve ekspresif afazik**
- Ense sertliği izlenmedi ve Kernig-Brudzinski bulguları negatif
- **GKS 12 (E3V5M4)**
- **Beyin MRG ve difüzyon MR: sağ medial temporal lobda kortikal seviyede difüzyon kısıtlanması ve ödem ile uyumlu sinyal değişiklikleri- akut ensefalit fazı ile uyumlu**

- **BOS PZR: HSV-1 ve EBV pozitif**

(EBV CT: 28, HSV-1 CT: 27)

- **Ampirik olarak herpes ensefaliti ön tanısı ile asiklovir başlatıldı.**

- EBV'nin BOS'ta saptanması, HSV-1'in **reaktive etmesi** veya **inflamasyon bölgesine göç eden lökositlerle taşınmış latent** kalmış virüsün olması ihtimallerini akla getirir de bu ihtimalleri ispatlamak kolay değildir.
- **Kortikosteroidin, potansiyel antiinflamatuvar etkileri** ile sitokin aracılı hasarı engellemiş olması mümkündür.



ağrısı tamamen geriledi. **Asiklovir tedavisi 21 gün boyunca devam etti ve hasta tam iyileşme ile taburcu edildi.**

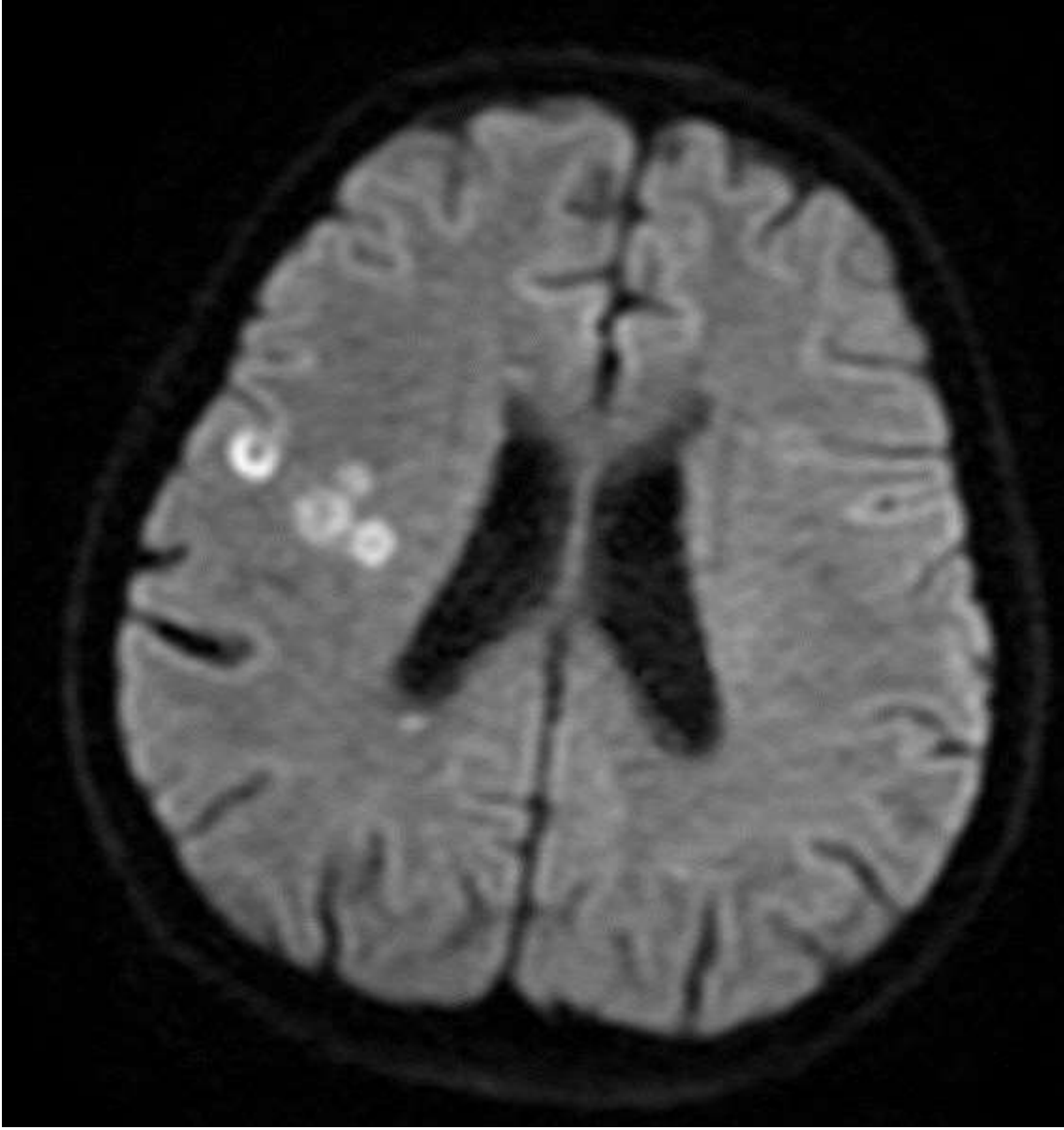
Bir HIV hastasında VZV vaskülopatisi olgusu

Hüseyin Nadir Kahveci, Ayşe Serra Özel, Mehtap Aydın

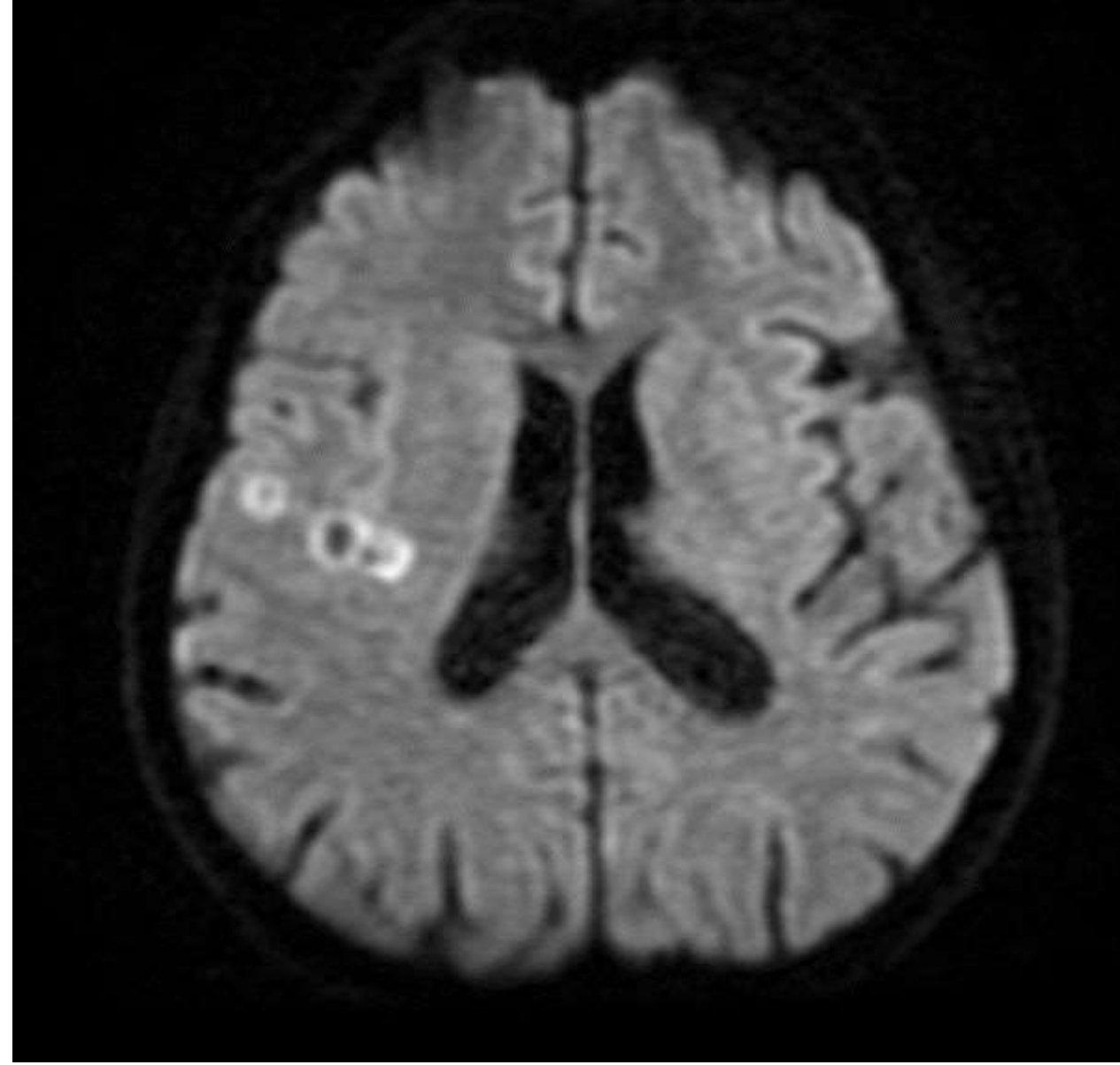
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

- **32 yaşında bir erkek hasta** acil servise **nöbet geçirme** şikayeti ile başvurmuştu.
- **Difüzyon MR: Halka şeklinde kranial lezyonlar** saptanan hastanın serolojik tetkiklerinde **Anti-HIV pozitif** gelmesi üzerine hasta tetkik edilmek üzere servisimize yatırıldı.
- Hasta **nöbetlerinin 3 ay önce başladığını ve antiepileptik tedavi kullandığını belirtti.**
- Özgeçmişinde, 4 yıl önce sifilis nedeniyle tedavi alma ve 6 ay önce de zona geçirme öyküsü
- Hastanın acil başvurusunda ateş, baş ağrısı, bulantı kusma ya da gece terlemesi şikayeti yoktu. Ancak **son üç ayda yaklaşık 20 kg kilo kaybettiğini** belirtti.

- Fizik muayenesinde bilinç açık oryante koopereydi. Ense sertliği yoktu ve meningeal irritasyon bulguları negatifti. Cilt muayenesinde döküntü saptanmadı. Vital bulguları stabildi.
- WBC: $2,53 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, LY: $0,8 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, Hgb:8,8 g/dL PLT: $166 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, CRP: 2 mg/L, Sedimantasyon:45 mm/saat, **HIV RNA:530.000 kopya/ml, CD4 sayısı:12 hücre/ μL** (%2.5) idi.
- **CMV IgG ve VZV IgG pozitif, TOXO IgG negatif.**
- TPHA pozitif ancak VDRL ve RPR negatif.



Difüzyon MR: sağ serebral hemisferde santrali hipointens halkasal difüzyon kısıtlanması gösteren odaklar tespit edildi



Kontrastlı kraniyal MR'da lezyonlar kontrast tutmuyordu

- VZV vaskülopatisi, **VZV'nin sinirler aracılığıyla arter duvarını enfekte etmesi** sonucu arter yapısında bozulma, **iskemi ya da kanamaya bağlı** nörolojik semptomlar ile kendisini gösteren klinik bir tablodur.
- MR bulguları, özellikle **gri-beyaz cevher** bağlantılarında iskemik veya hemorajik lezyonlar
- Tanı beyin omurilik sıvısında VZV DNA PZR pozitifliği veya Anti-VZV antikorlarının saptanmasıyla doğrulanır.
- VZV vaskülopatisinin tedavisi 10-14 günlük asiklovir ($3 \times 10-15$ mg/kg) tedavisidir. Bazı kaynaklarda asiklovirin yanında kısa süreli (5-7 gün) kortikosteroid tedavisi önerilmektedir.

İntraserebral VZV Vaskülopatisi ile Komplike Olan Bir Herpes Zoster Olgusu

Sabahat Çeken¹, Serkan Suakıtcı², Nur Öztürk Avcı³, Bülent Barış Güven²

¹Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, KKTC

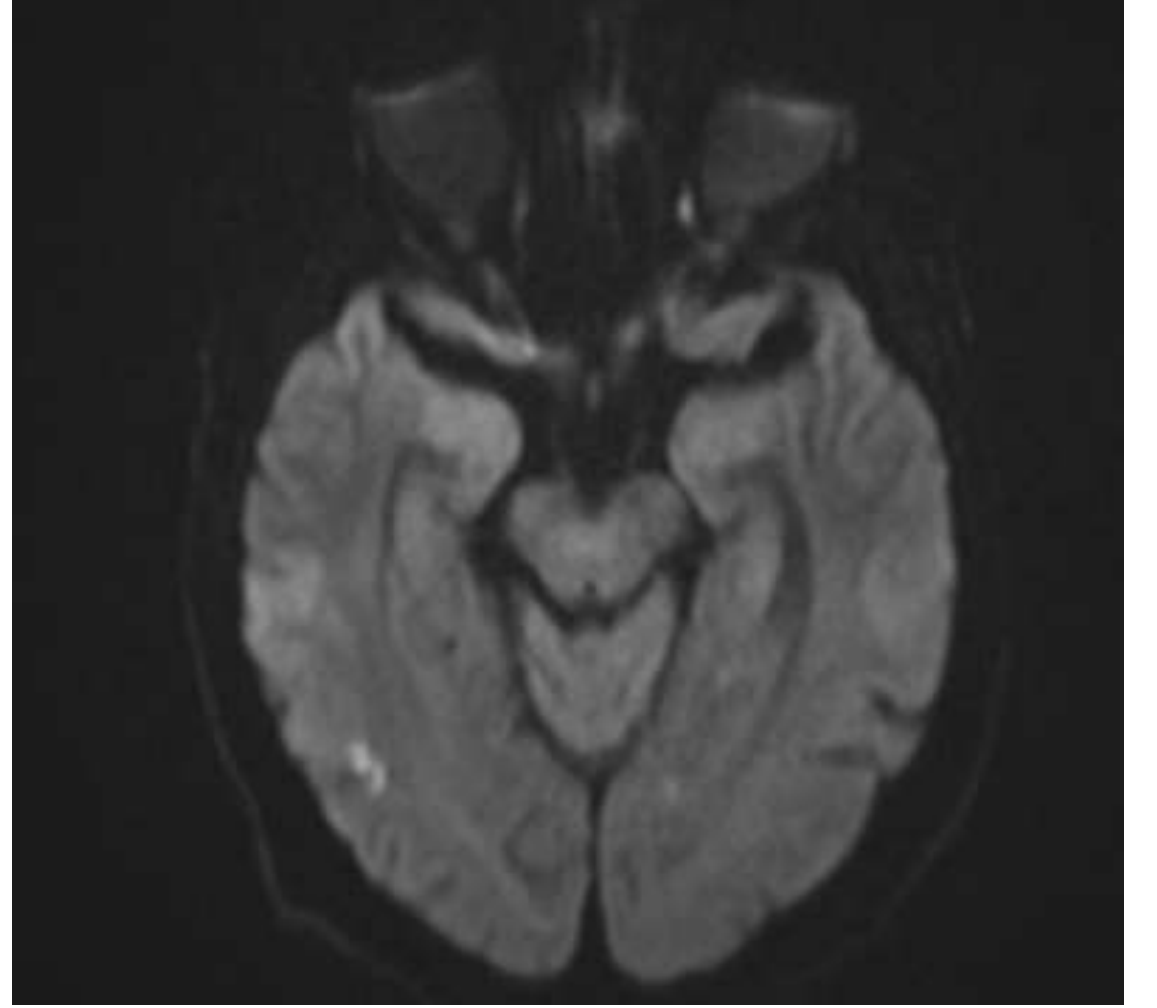
²Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon AD, KKTC

³Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, KKTC

- **75 yaşında kadın hasta, bilinç kapanması** nedeniyle dış merkezden YBÜ'ye yönlendirildi.
- **4 gün önce gövdesinde veziküler lezyonlar nedeniyle hastaneye başvurmuş** ve antibiyotik reçete edilmişti.
- Bir gün önce doktor olan bir yakını, hastaya **zona tanısıyla valasiklovir (3 gün içinde) başlamıştı**.
- **Antiviral tedavinin başlandığı gün bilinç bulanıklığı gelişen hasta, acil servise başvurmuş ve ensefalit/menenjit ön tanılarıyla merkezimize sevk edilmişti**.
- **Nörolojik muayene:** hastanın bilinci konfü idi, koopere değildi ve anlamsız konuşma mevcuttu. Ense sertliği saptanmadı. Motor kuvvetler tama yakın olup, refleksler canlıydı. Hasta YBÜ'ye yatırıldı ve **ampirik olarak asiklovir 3x750 mg, seftriakson 2x2 g ve ampisilin 3x4 g** başlandı.



Gövdede sol meme altından sırtı uzanan
veziküler döküntü



Difüzyon MR'da sağ oksipital ve temporal lobda birkaç
akut laküner infarkt ile uyumlu difüzyon kısıtlaması

- **BOS incelemesinde**

- VZV reaktivasyonu sadece cilt lezyonları ile sınırlı kalmayıp, MSS tutulumu ile ciddi komplikasyonlara yol açabilir.

- **VZV ensefaliti, vaskülopati, miyelit ve radikülopati** gibi MSS komplikasyonları ile komplike olabilir, özellikle ileri yaştaki ve immün yetmezlikli hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir.

Dirençli pnömokok menenjitli olguları

Hasan Yılmaz, Merve Aytekin, Habibe Tülin Elmaslar Mert, Zerrin Yuluğkural, Hüsnüye Figen Kuloğlu, Filiz Akata
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne

OLGU 2:

Kronik hastalık öyküsü olmayan 56 yaşında erkek hasta bir gün önce başlayan ateş ve bilinç durumunda değişiklik şikayetleri ile getirildi. Üç gün önce kulak ağrısı nedeniyle amoksisilin-klavulanat reçete edildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinci kapalıydı. Ateşi 37,6°C, nabızı 87/dk, solunum sayısı 14/dk ve kan basıncı 135/75 mmHg ölçüldü. Ense

ANTİBİYOTİK	OLGU 1 MIC (mg/L)	OLGU 2 MIC (mg/L)	DUYARLILIK KRİTERİ
PENİSİLİN	2	4	≤ 0.06 : S, > 0.06 : R
SEFTRİAKSON	1	1	≤ 0.5 : S, > 0.5 : R
VANKOMİSİN	0,25	0,5	≤ 2 : S, > 2 : R
MEROPENEM	0,75	0,125	≤ 0.25 : S, > 0.25 : R
MOKSİFLOKSASİN	0,094	0,094	≤ 0.5 : S, > 0.5 : R
TRİMETOPRİM/ SÜLFAMETAKSAZOL	1	-	≤ 1 : S, > 2 : R

Pnömonokok Menenjitisi ve Tedavi Sonrası İnfluenza B Meningoensefaliti: HIV Olgusu ve Korunma

Ceren Demircan, Emine Gül Özdaş, Sibel Yorulmaz Göktaş, Merve Sefa Sayar, Hilmi Akdağ, Ali Asan, İsmail Necati Hakyemez
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- **43 yaşında erkek hasta**, acil servise bilinç bulanıklığı, kusma ve ateş şikayetleriyle başvurdu. Başvurudan 2-3 gün önce kulak ağrısı nedeniyle hastaneye gittiği ve otitis media tanısıyla tedavi başlandığı öğrenildi. Alkol ve sigara kullanmayan hastanın öyküsünde, **5 yıldır HIV tanısıyla düzenli olarak biktgravir/tenofovir alafenamid/emtrisitabin tedavisi aldığı belirtildi.**
- Fizik muayenede bilinç uykuya meyilli, ense sertliği pozitif saptanırken, diğer sistem muayeneleri normaldi. Vital bulguları; kan basıncı 230/110 mmHg, nabız 110/dk, ateş 36°C idi. Şuur bulanıklığı nedeniyle entübe edilen hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) analizinde glukoz 63 mg/dl, protein 585 mg/dl, klor 114 mEq/L, hücre sayımında 420 eritrosit ve 470 lökosit tespit edildi.
- Ampirik olarak meropenem 3x2 g, vankomisin 25 mg/kg yükleme dozu sonrası 2x15 mg/kg idame ve asiklovir 3x750 mg başlandı.

- YBÜ yatışının 5. gününde **menenjit panelinde *Streptococcus pneumoniae* PZR pozitif saptandı**; asiklovir ve meropenem kesilerek seftriakson 2x2 g ve vankomisin ile tedavive devam edildi.
- Tedavinin 7. gününde tekrar g...
Strepto...
bilateral parietal bölgelerde gyral edem izlenir, ön planda meningeceerant düşünöldü. Öksürük şikâyeti de olan hastanın solunum yolu panelinde influenza B virüsü pozitif bulundu ve oseltamivir başlandı. Tekrarlanan LP'de hücre görölmedi; menenjit paneli sonuçları henüz bekleniyor. Hastaya konjuge pnömokok aşısı uygulandı ve yatışı devam etmektedir.

**HIV enfeksiyonu gibi durumlarda
pnömokok ve influenza aşılmasının yanı sıra ko-enfeksiyonların
erken tanısı, morbidite ve mortaliteyi azaltmada önemli**

Tularemi

Bir Turistte Geç Tanılı lseroglandler Tularemi

Ümit Rezzukoğlu

Özel Akdeniz Hastanesi

- **66 yaşında Estonyalı bir kadın hasta**
- **Antalya'da tatildeyken ateş, kusma ve sağ kasık bölgesinde şişlik, kızarıklık** şikayetleriyle İç Hastalıkları kliniğimize başvurdu.
- Enfeksiyon Hastalıkları'na danışıldığında **selülit tanısıyla ampirik olarak başlanan Ampislin-sulbaktam tedavisine yanıtız**
- Tarafımızca alınan anamnezde, semptomların gelişmesinden **bir hafta önce bir kene teması** olduğunu belirtti.



- **Fizik muayene:** sağ bacak distal-lateralinde ülseratif nodüler bir lezyon ve aynı taraflı inguinal lenfadenopatisi
- **Ülseroglandüler Tularemi ön tanısı ile siprofloksasin 2x 400 mg İV** başlandı.
- ***Francisella tularensis* IgM 52 U/ml (normalde <10 U/ml) olarak pozitif olarak tespit edildi.**
- İki gün boyunca ateşi olmayan hasta oral antibiyotikle taburcu edildi.
- Bu vakada örneklendiği gibi, **Türkiye'de en sık görülen form orofaringeal form** olmasına rağmen, turistik bölgelerde ateş ve lenfadenopati ile başvuran hastalarda, tulareminin tüm formları düşünülmelidir.

Nadir Bir Koenfeksiyon: Bruselloz ve Tulareminin Klinik Bilmecesi

Fatih Enes Yaylacı, Faruk Karakeçili, Orçun Barkay, Umut Devrim Binay, Betül Sümer

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Erzincan

- **56 yaşında erkek hastada bir aydır olan boyunda şişlik**
- Hasta, **bir ay önce ateşli bir hastalık** geçirdiğini ifade ediyordu. Bu nedenle çeşitli kliniklere başvurmuş ve bu süreçte **bir hafta süreyle klindamisin kullanmış ancak fayda görmemiş.**
- **Boyun MRG: 36x22x34 mm boyutlarında nekroze LAP? tespit edilmiş.**
- **Rose-Bengal testi pozitif ve Brucella Coombs'lu aglütinasyon testi 1/320 titrede pozitif**
- Hasta, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji servisine yatırıldı ve hastaya **seftriakson 2x1 gr İV, doksisisiklin 2*100 mg po ve rifampisin 1*600 mg po** başlandı.
- **2 yıldır bel, kalça ağrısı ve son 5-6 ayda yaklaşık 8-9 kilo kaybı olduğu** öğrenildi.

- **Kontrastlı lomber ve sakroiliyak MRG: sakroileit ve spondilodiskit**
- **Nekroze LAP ayırıcı tanısı için serumda tularemi mikrooaglutinasyon testi (MAT) istendi.** Hastaya eksizyonel biyopsi yapılması planlandı ancak KBB değerlendirmesinde İİAB yapılması önerildi.
- **İİAB yapıldı ve materyalin patolojisinde lenf nodu yapısına ait belirgin eleman izlenmediği ifade edildi.**
- Materyalden tularemi PZR testi gönderildi. Mikrobiyoloji laboratuvarında biyogüvenlik seviye 3 kabin olmadığı için *Francisella tularensis* kültür ekimi yapılamadı.
- Hastadan alınan tetkiklerde T-SPOT testi pozitif olarak sonuçlandı. Olası tüberküloz kliniğinin maskelenmemesi için rifampisin tedavisi kesildi ve trimetoprim sulfametoksazol tedavisine geçildi.

- **Serum tularemi MAT 1/1280 titrede pozitif** saptandı.
- **LAP materyalinden çalışılan tularemi PZR pozitif**
- **Kan kültürlerinde üreme olmadı. Bruselloz tetkiklerinde çapraz reaksiyon nedeniyle pozitiflik olabileceği düşünülse de on dört gün parenteral tedavi** verilen hasta oral doksisisiklin ve ko-trimoksazol tedavisi ile taburcu edildi.
- Eksizyonel biyopsi yapılması için KBB poliklinik kontrolü önerildi. Poliklinik kontrolünde KBB tarafından eksizyonel biyopsiden vazgeçildi ve hastaya LAP drenajı yapıldı.
- **Sonuç: Bruselloz ve tularemi gibi zoonotik enfeksiyonların koenfeksiyon olarak görülebileceği unutulmamalıdır.**
- Özellikle lenfadenopati ile başvuran hastalarda bu tür nadir koenfeksiyonların ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir. Hastamız halen poliklinik takibinde olup, tedaviye yanıtı ve uzun dönem sonuçları yakından izlenmektedir.

Tüberküloz

El Parmağında Tüberküloz Tenosinoviti Olgusu

Elif Akkuzu, Merve Aytekin, Habibe Tülin Elmaslar Mert, Zerrin Yuluğkural, Hüsnüye Figen Kuloğlu
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne

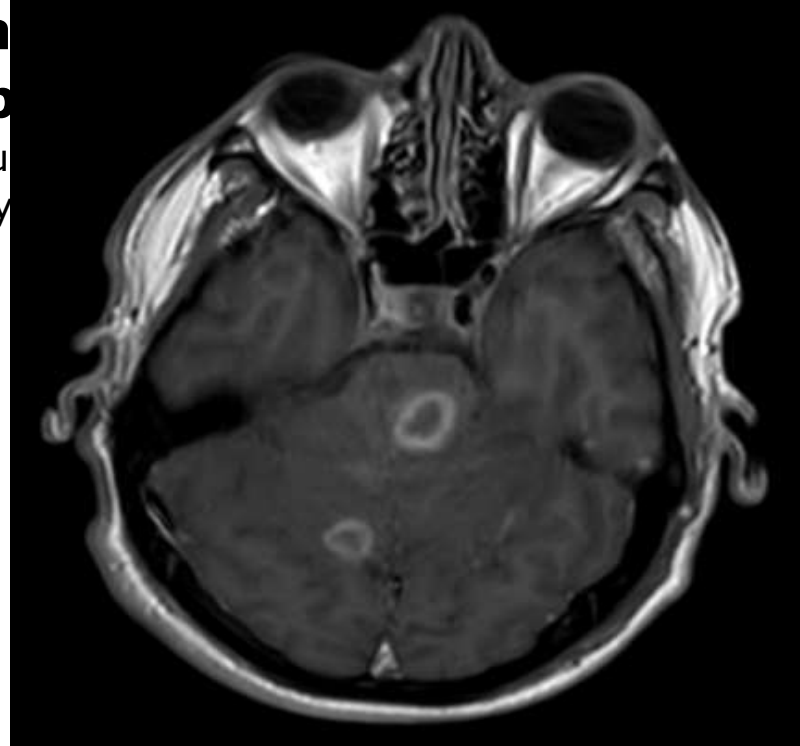


Multiple



**Olma
Tüb**

Göknu
Enfeksiy



ir Bir Hastalık:

Skvamöz Hücreli Karsinom İle Karışan Bir Tüberküloz Lenfadeniti

Havva Nur Erken, Derya Yapar, Özlem Akdoğan, Aysel Kocagül Çelikbaş, Nurcan Baykam
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Çorum



- ❑ Hidradenitis suppurativa için **adalimumab** tedavisi alan 48 yaş erkek hasta
- ❑ **Sol bukkal mukozadan alınan punch biyopsisi :Granülomatöz** benzeri yoğun kronik aktif inflamasyon, PAS ile boyanan kalın septalı dallanan mantar hifaları, immünohistokimyasal olarak PanCK ile dağınık epitelyal hücrelerin varlığı nedeniyle olası bir **skvamöz hücreli karsinom şüphesi**
- ❑ Wedge biyopsi:**nekrotik granülomatöz inflamasyon**
- ❑ Sürüntü: **ARB (+)**

İzoniazid Profilaksisi Yetersiz Mi Kaldı?

TB peritonit- 4 yıl adalimumab

Ekrem Salduz, Funda Memişoğlu, Zeynep Burçin Yılmaz, Adem Köse, Sibel Altunışık Toplu, İsmail Toprak
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

Latent Tüberküloz Tedavi Sonrası Gelisen Periton Tüberküloz Olgusu

Ekrem Salduz, Funda Memişoğlu, Zeynep Burçin Yılmaz, Adem Köse, Sibel Altunışık Toplu, İsmail Toprak, Sena Kaçan, Makbule Bozdağ

Malign

sarımtırak-beyaz plak

Zeynep Selin Vur
Atatürk Ünivers

Kortikal Ven Trom

Aslı Ka

İmmun

Ayşenur

¹Bolu Abant İzzet Baysal Ünive

²Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği, Bolu



usu

süpüratif granülom
Alaettin Özden
Pulmonoloji A.D.

Menenjit Olgusu

En Binici

elişen

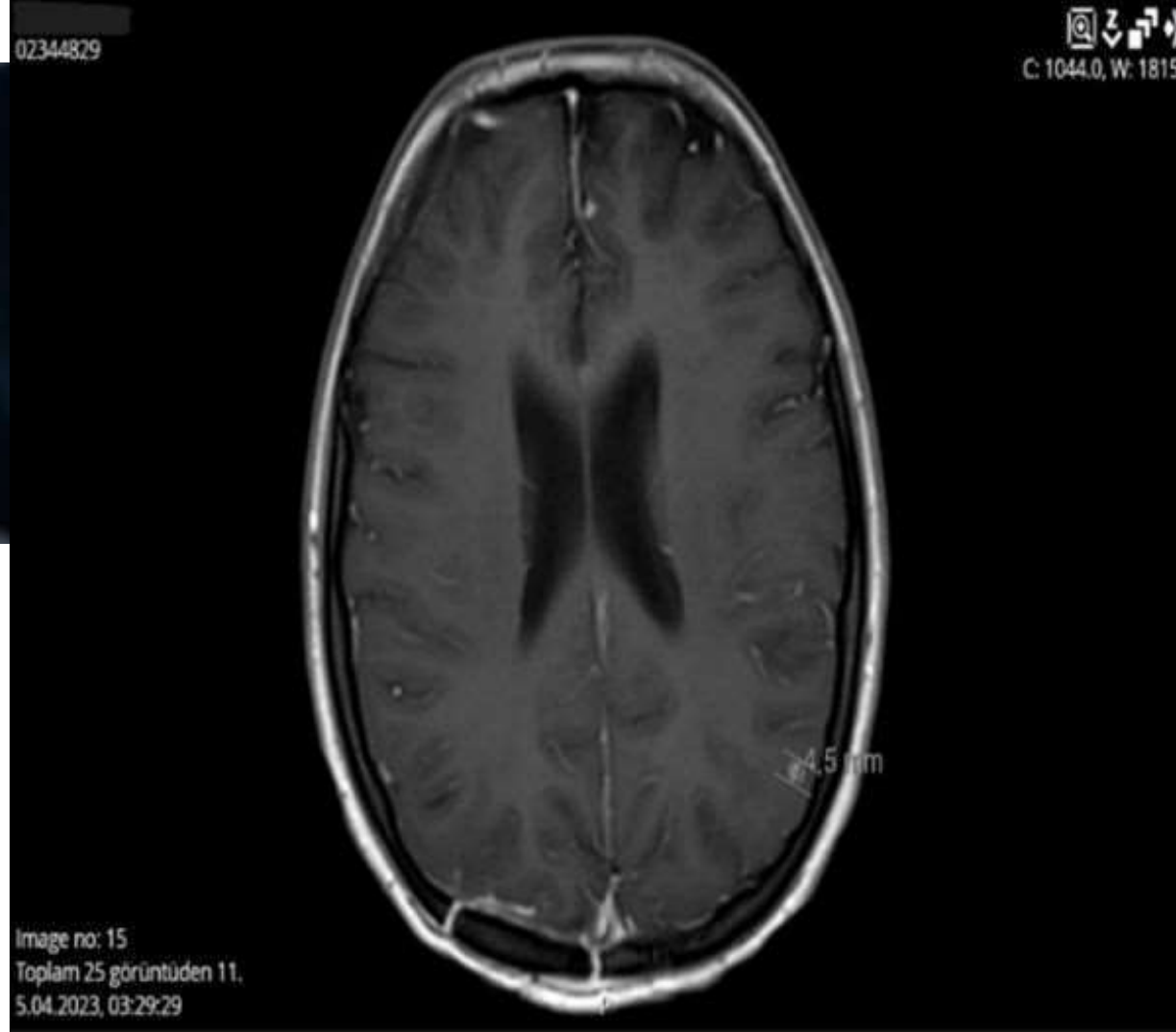
Taşçı²
Pulmonoloji Ana Bilim Dalı, Bolu

Beyin absesi tanısı alan bir miliyer tüberküloz olgusu

Züleyha Ölgün¹, Kübra Aycan¹, Deniz Mercan Şentürk¹, Zeynep Abanoz¹, Şeyma Öncül¹, Egemen Özdemir¹, Uğur Önal¹, Esra Kazak¹, Yasemin Heper¹, Emel Yılmaz¹, Cüneyt Özakin², Halis Akalın¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji AD



Over malignitesini taklit eden tüberküloz peritoniti:olgu sunumu

Damla Biçer, Pınar Korkmaz, Duru Mıstanoğlu Özatağ, Cemile Uyar, Öznur Ak, Faden Yurt
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

İntravezikal BCG uygulaması sonrası gelişen Milier TBC ve TBC Sepsisi: Bir Olgu Sunumu

Ahmet Tarık Araz, Merve Kanber Tiryaki, Tuba Kuruoğlu, Fatih Temoçin, Aynur Atilla
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

İntravezikal BCG komplikasyonları

- Hipersensitivite
- Enfeksiyon (%1-5)
- Hipersensitivite + enfeksiyon

- **Erken-** < 3 ay
- **Geç-** > 3 ay, aylar-yıllar

- **İnfeksiyon risk faktörleri:**
 - travmatik kateterizasyon
 - aktif sistit
 - transüretal cerrahiyi takiben kalıcı yoğun hematüri
 - immünosupresyon
 - ≥70 yaş

Lokal **genellikle geç**

- Sistit
- Mesane kontraktörü
- 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**

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

- **Tedavi**: antimikobakteriyel tedavi + steroid

Bruselloz

Laboratuvar Kurumları Bruselloz Olgusu

Bitlis D... talıkları

Serebral kitle

sağ frontal lob anteriorda 1,5
Ayşe Akkaya, Damla Ertürk,
Çukurova Üniversitesi

Epididimorşit ve

Semra Karama

³Sağlık Bilimleri Üni

Atipik Klin

Betül Altunbaş¹,

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri

³Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri U

⁴Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri U

Bruselloz olgusu

ronla ayrımı yapılamayan bir oluşum
Aslıhan Candevir, Yeşim Taşova
ji Ana Bilim Dalı, Adana

ut bruselloz vakası

Adriye Kart Yaşar³

si
e Araştırma Hastanesi

z Olguları

eşe Demirtürk¹

Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı,Afyonkarahisar

na Bilim Dalı,Afyonkarahisar

arı Ana Bilim Dalı,Afyonkarahisar

oji Ana Bilim Dalı,Afyonkarahisar

Mikotik Anevrizma ile Komplike Olan Brusella Endokarditi Vakası

Elif Özge Damar Mıdık¹, Ayşe Batırel², Elif Sargın Altunok², Sibel Bolukçu²

¹Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi



Sakroileit, Nörobruselloz, Dura

Fatma Kesmez Can, Rumeyza
Atatürk Üniversitesi Tıp Fak

Akut Viral He

Düzce Atatürk

Brusellozda nadir bir

Elif

Ondokuz Mayıs Ünive

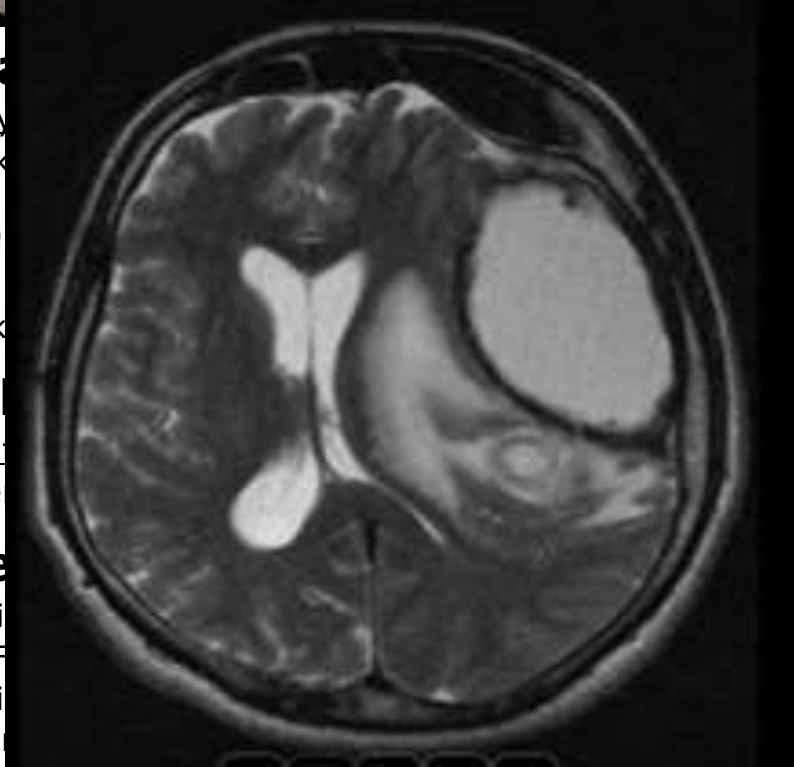
Bruce

Hülya Yaşa¹, Nihal Pi

¹Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp F

²Bülent Ecevit Üni

³Bülent Ecevit Ünive



ile Seyreden Bruselloz Olgusu

an Alay, Kemalettin Özden
oloji Ana Bilim Dalı, Erzurum

selloz Olgusu

m Dalı, Düzce

epididimoorşit birlikteliği

Tanyel
oloji Anabilim Dalı, Samsun

psesi

hert², Emrah Keskin³
yoloji Ana Bilim Dalı, Zonguldak
m Dalı, Zonguldak
Bilim Dalı, Zonguldak

Sitma

Artesunat ve Şiddetli Sıtma: Tedavide Doğru Adımların ve Laboratuvar Takibinin Önemi

Deniz Özer¹, İbrahim Çavuş², Ahmet Özbilgin²

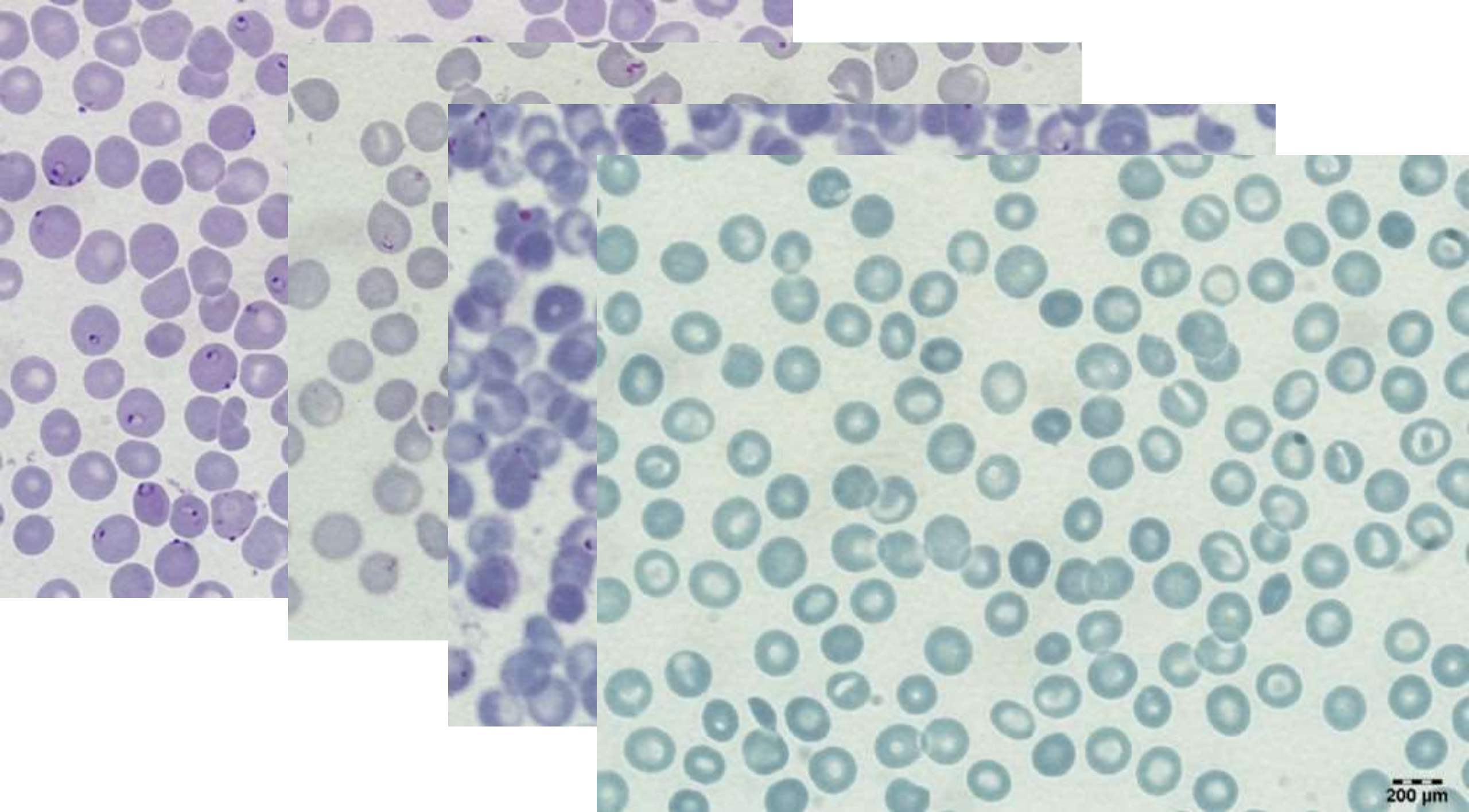
¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Parazitoloji Anabilim Dalı, Manisa

- Hasta, **Liberya seyahat öyküsü bulunan 52 yaşında bir erkek** olup, **üşüme-titreme, bulantı-kusma ve diyare** şikayetleri ile dış merkezdeki acil servise başvurmuştur. Yapılan fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri sonucunda **hematokezya, trombositopeni ve akut faz reaktanlarında artış** saptanması üzerine hasta, sepsis ön tanısı ile bir üniversite hastanesine sevk edilmiştir.
- **Daha sonraki süreçte, hastada metabolik asidoz ve akut böbrek yetmezliği gibi şiddetli sıtma bulguları gelişmiştir.**
- Alınan anamnezde, hastanın **Liberya’da** kepçe operatörü olarak çalıştığı ve bu süre zarfında **10-11 kez sıtma geçirdiği öğrenilmiştir.** Hasta, 24 Mayıs 2024 tarihinde Türkiye’ye döndüğünü ve sağlık kuruluşuna başvurmadan üç gün önce halsizlik, üşüme ve titreme şikayetlerinin başladığını, son iki gündür ise diyarenin eşlik ettiğini belirtmiştir.

- Laboratuvar: lökosit sayısı 9370/mm³, hemoglobin 18.3 g/dL, AST 57 U/L, ALT 28 U/L, GGT 160 U/L, LDH 629 U/L, **total bilirubin 8 mg/dL, direkt bilirubin 4.64 mg/dL**, protrombin zamanı 14.9 sn, uluslararası normalize oran (INR) 1.27 ve **CRP 247.7 mg/L**
- Ateş yüksekliği bulunan hastaya, Giemsa boyalı ince yayma kan preparatları, Abbott Bioline™ Malaria Ag P.f/P.v hızlı tanı kiti ve gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu [real-time quantitative polymerase chain reaction (qRT-PZR) uygulanmış ve ***P. falciparum*** saptanmıştır.

- **Entübe durumda YBÜ’de izlenen hastaya intravenöz artesunat ve sekonder bakteriyel enfeksiyonlara karşı meropenem tedavisi uygulanmış, tedaviye hızlı yanıt alınmıştır.**
- **Parazit yoğunluğu tedavi başlamadan önce %50 düzeyinde iken parazit yoğunluğu altı saatte bir ince yayma yapılarak izlenmiş tedavi sonrası 48. saatte parazitemi yoğunluğu %0 olarak saptanmıştır.**
- Oral alıma geçince artemeter+lumefantrin tablet ile tedavisi tamamlanmıştır. Son kontrol yaymalarında parazit saptanmayan hasta şifa ile taburcu edilmiştir.



Ölümlle Sonuçlanan Yerli *Plasmodium falciparum* Sıtma Olgusu

Yusuf Ziya Demiroğlu¹, Yurdaer Bulut², Osman Şahin³, Tunzala Asgarova⁴, Hasibullah Yaqoobi¹, Hayriye Altunay¹

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

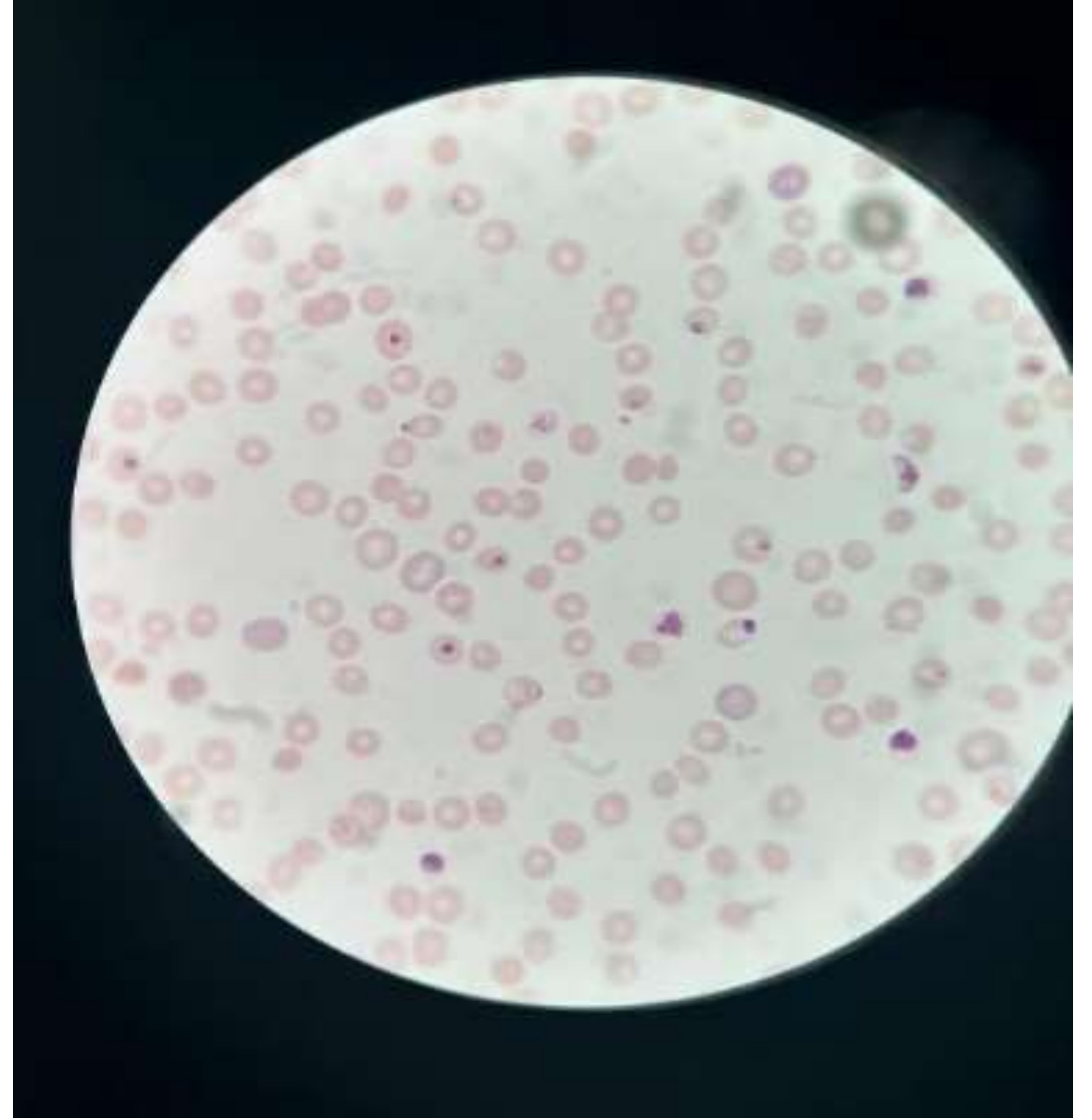
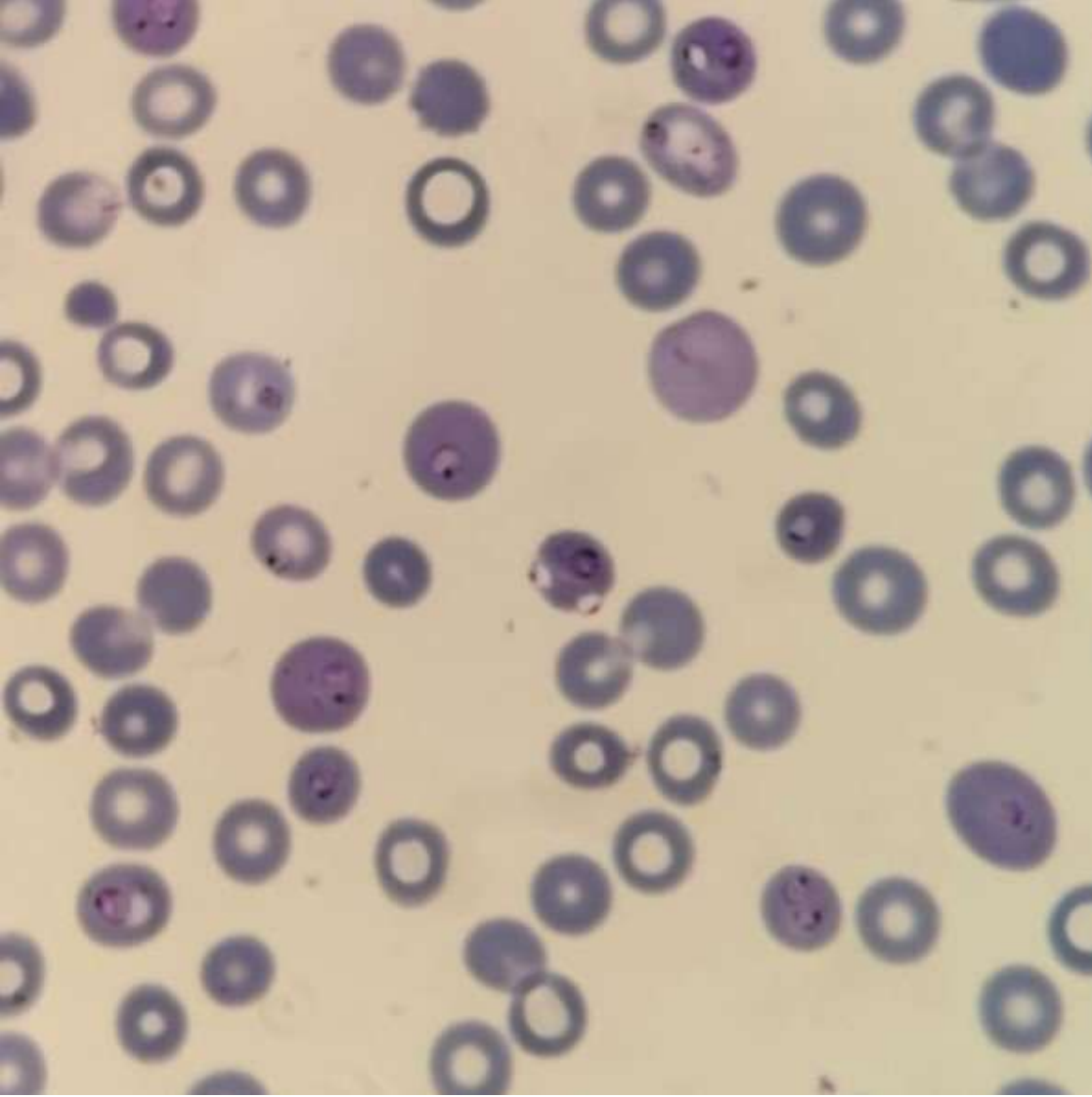
²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yoğun Bakım, Adana

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Ana Bilim Dalı, Adana

⁴Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

- **Bilinen kronik hastalığı ve yurt dışı çıkış öyküsü olmayan, Osmaniye'nin Düziçi ilçesine** ait bir köyde büyük ve küçükbaş hayvancılık ile uğraşan **24 yaşında erkek hasta**, 2024 yılının Ekim ayında, **1 hafta önce ateş, eklem ağrısı ve halsizlik** yakınması ile dış merkezde doktora başvurmuş.
- Tetkiklerinde **trombositopeni, karaciğer fonksiyon testlerinde hafif yükseklik** saptanmış. Ekokardiografide **orta düzey perikardiyal efüzyon tespit** edilmiş, **olası viral perikardit ön tanısı** ile kolşisin, NSAİD, steroid tedavisi başlanmıştır.

- Takibinde **GİS kanama** geçiren, 3 ünite eritrosit süspansiyonu verilen, ateşi devam eden hasta sepsis, ön tanısı ile hastanemize sevk edilmiş.
- YBÜ'de yapılan fizik muayenesinde ateş 38 °C, tansiyon: 100/60 mm Hg, bilinç açık, koopere ve oryanteydi. Baş-boyun incelemesinde skleralar subikterik, konjunktivalar soluktu. Kalp sesleri ritmik, taşikardikti. Akciğer sesleri doğaldı. Karaciğer ve dalak ele gelmiyordu, traube kapalı idi.



Trombositopeni ve anemi nedeniyle değerlendirilen hastanın yapılan periferik yayma incelemesinde eritrositler içerisinde birden çok taşlı yüzük hücreleri görüldü

Yapılan ince yayma incelemesinde de muz şeklinde gametositlerin görülmesi ile ***P. falciparum*** sıtması tanısı konuldu.

	Referans	Başvuru	2. gün	6.gün (exitus)
Lökosit	4,5-11 x 10 ⁹ /L	5,260	5,600	1,380
Nötrofil (%)	40-72	41,5	50,98	21,19
Nötrofil	2-7.8	2,185	2,853	0,293
Hemoglobin	13.5-18 g/dL	11,46	9,02	10,63
Trombosit	150-400 x 10 ⁹ /L	20,39	21,25	19,00
D-Dimer	0-500 µg/L		23670	35200
Protrombin Zamanı	11-15 sn	15	16,3	23
CRP	<5 mg/L	157	141	192
Prokalsitonin	<0.07	20	17,1	30,32
Ferritin	30-300 µg/L	>2000		
Glukoz (mg/dl)			66	
Kreatinin	0,6-1,2 mg/dL	1,30	1,02	0,81
Kalsiyum	8,40-10,20 mg/dL	6,80	6,10	5,50
ALT	0-45 U/L	274	221	369
AST	11-34 U/L	508	364	2046
T.Bil	0,2-1,2mg/dL	2,91	2,64	4,28
D. Bil	0-0,5 mg/dL	1,53	1,48	3,47
LDH	125-220 U/L	5693	4093	

- Parenteral mayii desteği, noradrenalin, dopamin, trombosit

Yakın tarihte ÷lkemizden **30 merkezin katılımı ile yapılan, 10 yılda izlenen 299 sıtma olgusunun** değerlendirildiği çalışmada, **yurt dışı öyküsü olmayan 9 olgu** tespit edildiği, bu olguların 8'inde *P. vivax*, birinde *P. falciparum* etken olduğu bildirilmiştir.

- Yatışının 5 günü mekanik ventilatöre bağlandı, 6. günü **kardiyak arrest** gelişti. Yapılan kardiyopulmoner resüsitasyona yanıt vermedi ve hayatını kaybetti.

Kayseri İlinde Görülen Yerli Sıtma Olguları

Domestic Malaria Cases in Kayseri Province

Zeynep TÜRE¹(ID), Orhan YILDIZ¹(ID), Ozan YAMAN²(ID), Gamze KALIN ÜNÜVAR¹(ID),
Bilgehan AYGİN¹(ID)

¹ Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri.

¹ Erciyes University Faculty of Medicine, Department of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Kayseri, Türkiye.

² Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Parazitoloji Bilim Dalı, Kayseri.

² Erciyes University Faculty of Medicine, Department of Medical Parasitology, Kayseri, Türkiye.

Makale Atfı: Türe Z, Yıldız O, Yaman O, Kalın Ünüvar G, Aygen B. Kayseri ilinde görülen yerli sıtma olguları. Mikrobiyol Bul 2023;57(2):307-316.

***Plasmodium falciparum/vivax* koinfeksiyonlu serebral sıtma olgusu**

Nurefşan Tuba Kurt, Nuran Sarı, Ozan Yıldız

Başkent Ankara Hastanesi

Yurt dışı kaynaklı zor tanı konan rekrudesens

***Plasmodium falciparum* olgusu**

Habibe Sevil, Bahar Örmən, Beyza Erol, Figen Kaptan Aydoğmuş, Alper Şener

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

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.

Layşmanyaz

Akut Viseral Leishmaniasis Olgusu

Feden Şimşek, Melda Türken, Serap Pamukçuoğlu, Süheyla Serin Senger
İzmir Şehir Hastanesi

- 69 yaş, kadın
- 10 gündür süren halsizlik ve akşamları belirginleşen 38°C'nin üzerinde ateş yüksekliği
- **Fizik Muayene:** Vücut Isısı: 38.2°C TA: 120/70 mmHg Nabız: 92/dk Solunum: 18/dk
- **Genel Durum:** Orta, bilinç açık, HSM (karaciğer 1 cm palpabl), ince raller (+)
- **Laboratuvar testleri** (10/01/2025)
WBC: 2.19 x10³/µL Hb: 9.3 g/dL Trombosit: 58 x10³/µL AST/ALT: 60/24 U/L.
CRP: 213 mg/L Sedim: 47 mm/s
- Kan Kültürü: Tek set *S. haemolyticus*
- Rose bengal negatif, Toxoplasma IgG, CMV IgG, EBV-VCA IgG pozitif; HbsAg, Anti-HCV negatif

- **Toraks BT** (13/01/2025): Mozaik atenüasyon değişiklikleri, fibroatelektatik bantlar, **6 mm ve 3 mm boyutlarında nodüller**
- **Abdomen US** (13/01/2025: **Hepatomegali (182 mm), splenomegali (158x60 mm),** safra kesesinde taşlar
- **Yüzeyel Doku US** (15/01/2025): **Bilateral aksiller ve inguinal reaktif lenf nodları**
- **Pelvis ve Abdomen BT** (27/01/2025): Sol iliopsoas kasında dansiteli lezyonlar (**hematom?**), sol böbrekte nodüler oluşum
- **Üst Abdomen MRG** (04/02/2025): **Sol iliopsoas** kasında 76x30mm kolleksiyon (**hematom?**), hsm devam ediyor.

- **Pnömoni ön tanısıyla seftriakson ve klaritromisin başlandı.**
- Ateşin devam etmesi üzerine tedavi **piperasilin-tazobaktam + linezolid + oseltamivir olarak genişletildi.**
- Hematolojiye danışıldı, otoimmün panel planlandı.
- 20/01/2025'te **hemofagositoz düşünülerek İVİG tedavisi planlandı, eritrosit süspansiyonu ve trombosit replasmanı yapıldı.**
- **Desatürasyon nedeniyle deksametazon başlandı.**
- 24/01/2025'te Halk Sağlığı Laboratuvarı'ndan **Leishmania PZR pozitif sonucu geldi.**
Viseral leishmaniasis ön tanısı ile lipozomal amfoterisin B tedavisi başlandı.

İzole Laringeal Mukoza Tutulumlu Leishmaniasis; Vokal Kord Leishmaniasis Olgusu

Cemile Arslan Yeşil¹, Cihan Yeşil²

¹Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Muğla

- **76 yaşında erkek hasta, bilinen KOAH tanısı ve 10 paket/yıl sigara**
- **3 haftadır olan ses kısıklığı şikayeti** ile Osmaniye Devlet Hastanesi'ne başvurdu.
- Vücudunda lezyon öyküsü yoktu. Ateşi 36.7 °C idi.
- Hemoglobin düzeyi 10,3 g/dL, lökosit sayısı 4270 hücre/mm³,trombosit 153 mc/L, AST 31 U/L, ALT 41 U/L idi.
- Serolojide Anti-HIV, Anti-Sifilis testleri negatifti.
- Ultrasonografi ve Tomografi'lerinde lenfadenopati ve organomegali saptanmadı.

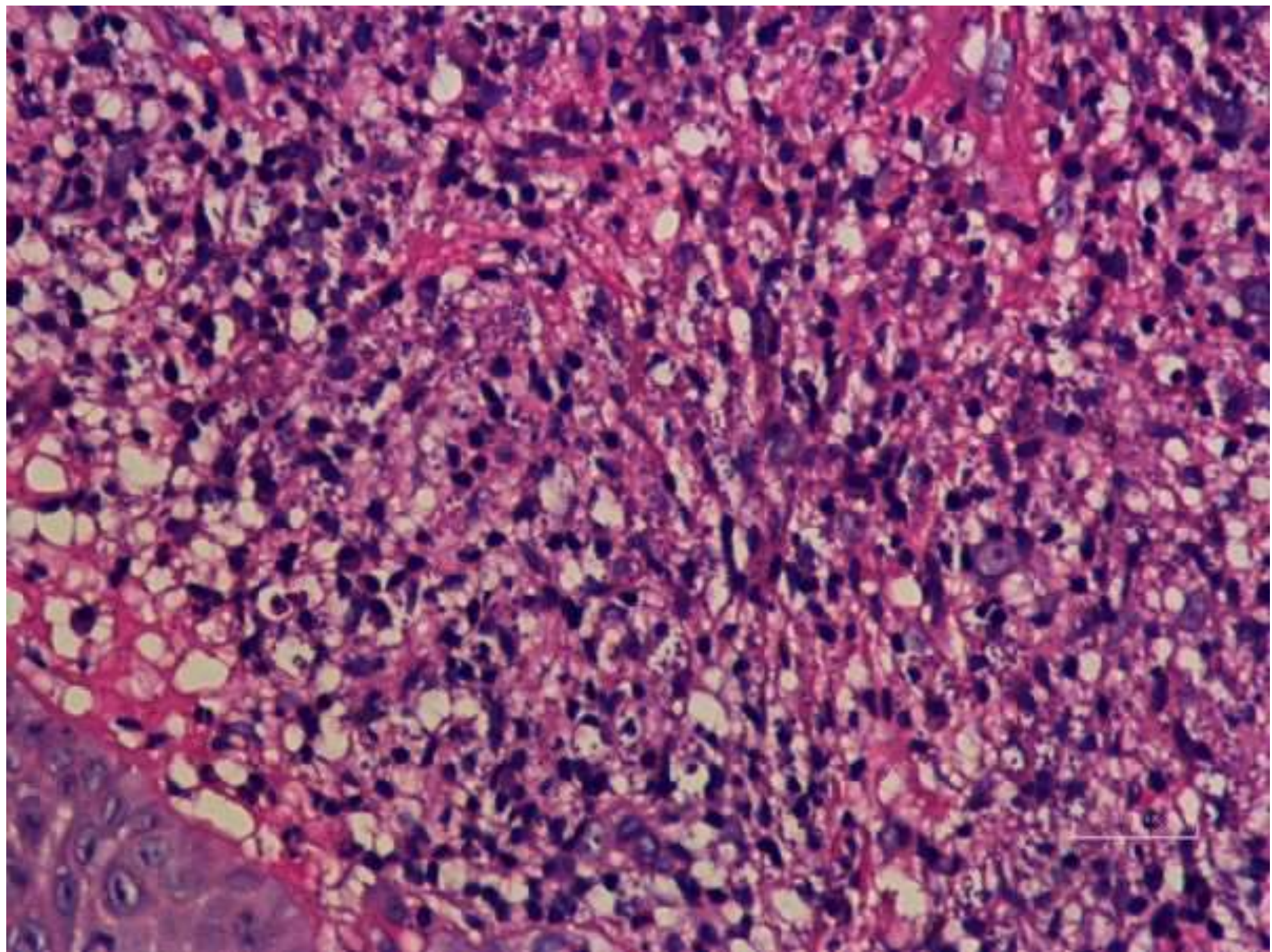
- **Mukozal leishmaniasis olguları sıklıkla Güney Amerika, Latin Amerika, Asya, Avrupa ve Afrika'da bildirilmiştir.**

- Olgumuz **Akdeniz bölgesinde şimdiye kadar nadiren bildirilmiş sadece mukozayı tutan leishmaniasis olgusu olma niteliği** taşımaktadır.

- Ayrıca **mukozal tutulum içlerinde en nadir görülen laringeal tutulum** ile karşımıza çıkmış olup **vokal kord tutulumun olması da nadir diğer bir özellik** olmuştur.

- Ayrıca konağın adaptif immünitesinin leishmaniasisin tutulum yerinde rolü olduğu bilinmektedir.

- Hastamızda da **risk faktörü olarak sigara kullanımı ve KOAH mevcuttu.**



HIV ile Koenfekte Bir Viseral Leishmaniasis Olgusunda Tanı ve Tedavi Deneyimi

Mehmet Ali Tüz¹, Yener Özel², Derya Tuna Ecer¹, Gülce Eylül Aldemir¹, Ahmet Özbilgin³

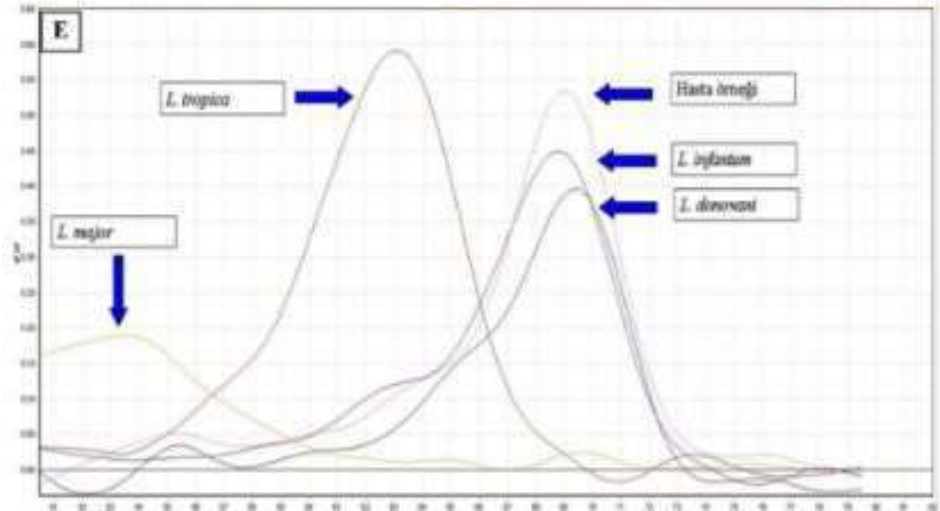
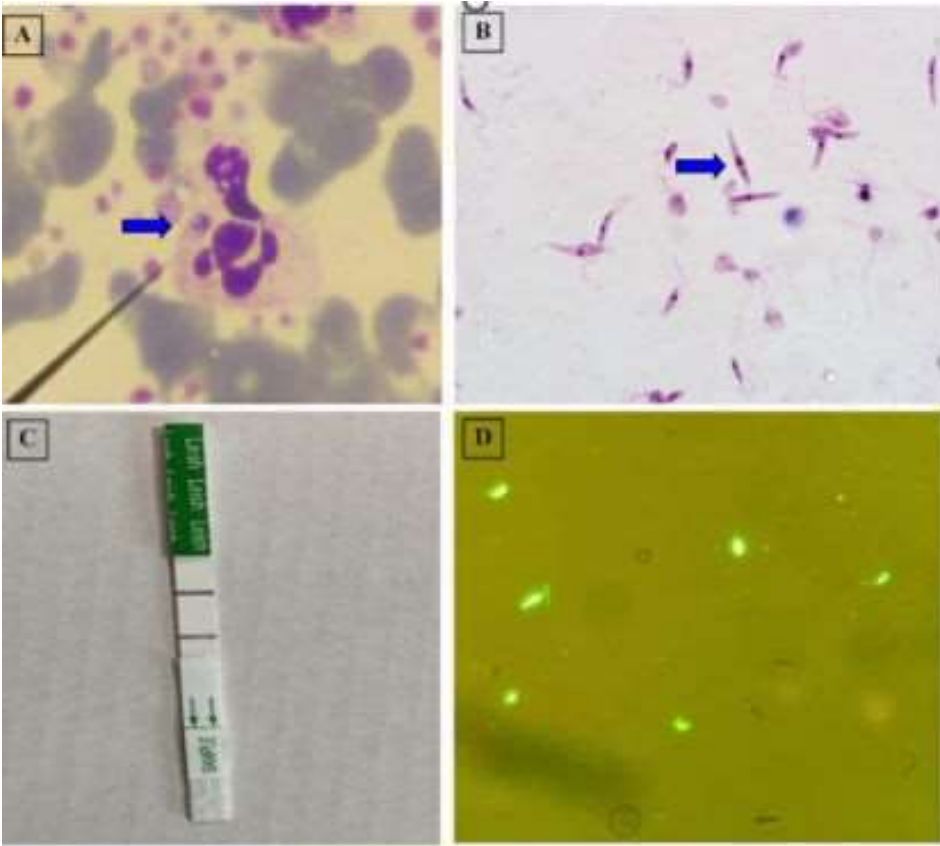
¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir

²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Balıkesir

³Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Parazitoloji Anabilim Dalı, Manisa

- Dış merkezde **HIV tanısı alan 60 yaş erkek hasta**
- **3-4 aydır artan halsizlik ve kilo kaybı** ile polikliniğe başvurdu.
- **Pansitopeni nedeniyle kemik iliği biyopsisi yapılmış, malignite saptanmamış.**
- Fizik muayenede **ateş olmayıp**, vitaller stabil ve **hepatosplenomegali dışında patolojik bulgu yok.** PPD:4 mm ve toraks BT'de aktif enfeksiyöz bulgusu olmayan hastaya **TAF/FTC/Bictegravir ve profilaktik TMP/SXT 1x1000 mg** başlandı.
- ART'nin ilk 1 ayında şikayetler gerilemekte, hemogramda hücre serileri düzelme eğilimindeydi.
- **ART'nin 45. gününde bulantı-kusma, oral alım bozukluğu şikayetleri ile tekrar başvuran hasta, HIV-RNA negatifleşmesi ve CD4 sayısında artış olmasına rağmen tekrar pansitopeni gelişmesi üzerine ileri tetkik ve tedavi amaçlı yatırıldı.**

- Tedaviye ART ve TMP/SXT ile devam edildi, ek ampirik tedavi başlanmadı.
- **Balgamda 3 gün üst üste mikobakteri PZR ve ARB negatif saptandı.**
- **Görüntülemeler:** Beyin görüntülemeleri doğal, toraks ve batin görüntülemelerinde **hepatosplenomegali ve ön planda reaktif değerlendirilen jeneralize LAP dışında bulgu saptanmadı.**
- **LAP eksizyonel biyopsisi planlandı, fakat hasta kabul etmedi. Hastanın köyde yaşadığı, hayvancılıkla uğraştığı, çevrede çoban köpeklerinin olduğu öğrenildi. Hastadan visseral leishmaniasis (VL) araştırılması için periferik kan örnekleri alındı. Tetkik sonuçları çıkana kadar IRIS ön tanısıyla prednizolon 1x40 mg başlandı. Steroid ile sitopenileri düzelme eğilimine girmesi üzerinde 7. günde prednizolon 20 mg'a düşüldü.**



- Serum örneklerinden yapılan IFAT (1/1024) ve rK39 hızlı antijen testleri ile serum örneğinin buffy-coat kısmından yapılan Giemsa boyalı yayma ve PZR testleri pozitif saptandı.
- Ayrıca tür tayini içi yapılan PZR testinde etken türün *L. infantum/donovani* olduğu saptandı.
- Hastadan alınan periferik kan örneğinin buffy-coat kısmından parazit izolasyonu için NNN besiyerine ekim yapıldı.

- VL tanısı kesinleşen hastaya toplam 50 mg doza ulaşacak şekilde 1-5, 10.,17.,24. ve 31. gün **Lipozomal Amfoterisin B** 5 mg/kg/gün dozunda uygulandı.
- **Tedavinin 5. gününden sonra yapılan PZR testi ve periferik kanın buffy-coat kısmından yapılan Giemsa boyalı yaymada negatiflik saptandı.**
- Tedavinin 21. gününde kontrol USG'de **splenomegalide yaklaşık 3 cm gerileme görüldü.** 2 hafta sonra NNN besiyerinde promastigot formlar görüldü ve PZR testinde etken tür yine *L. infantum/donovani* olarak saptandı.

	İlk Başvuru	ART 1. gün	ART 45. gün- Prednol 1. gün	ART 55. gün- Prednol 5. gün	Lipo Amp B başlangıç -ART 60. gün-	Lipo Amp B 5. gün	Lipo Amp B 10. gün	Lipo Amp B 28. gün
WBC (/uL)	2000	4900	2400	3900	4100	4800	3900	8900
Nötrofil (%)	69,4	87,2	81,5	84,3	88,8	84,1	77,8	88,4
Hgb (g/dl)	9,3	9,6	7,7	9,3	11,4	10,8	11,4	11,3
Plt (x1000/uL)	144	119	97	143	103	66	135	287
CRP (mg/L)	124	24	116	16	36	32	50	6
PCT (ug/uL)	0,3	0,3	2,7	0,6	1,6	1,9	0,3	0,08
Sedim (mm/sa)	104	126	140	52	28	51	67	64
ALT (IU/L)	N	N	N	N	N	N	N	N
AST (IU/L)	N	N	N	N	N	N	N	N
Total Bil. (mg/dl)	N	N	N	N	N	N	N	N
Albümin (g/L)	3,1	3,0	1,9	2,3	3,3	2,9	3,0	3,2
Üre (mg/dl)	52	58	52	73	57	66	48	54
Kreatinin (mg/dl)	1,40	1,86	1,40	0,98	0,93	1,25	1,10	1,16
CD4 (/mm3)	11	-	47	-	-	-	-	-
HIV-RNA x10 ³ (kopya/ml)	886	-	<45	-	-	-	-	-
	Tedavi							

Viral pnömoniler

Askeri birlikten başvuran adenovirüs pnömoni olgusu

Ufuk Urtimur, Sengül Üçer, Çiğdem Ataman Hatipoğlu, Günay Tuncer Ertem, Selin Yalınç Tuncer
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- **20 yaş erkek hasta**
- **10 gün önce başlayan öksürük, boğaz ağrısı, ateş, halsizlik, bulantı ve baş ağrısı** şikayetiyle acil servise getirildi.
- 15 gün önce askeri birliğe katıldığı ve şikayetlerinin başlangıcından bu yana semptomatik tedavi aldığı öğrenildi. Birlikte diğer kişilerde benzer şikayet yoktu.
- Şikayetlerine **günde iki kez olan ishal, karın ağrısı ve miyalji** eklenmişti.
- **Fizik muayene:** ateş 40°C, nabız 140/dk, tansiyon 100/60 mmHg, solunum sayısı 22/dk, nazal kanül ile 8 Lt/dk oksijenle SO₂ 98 idi. Orofarenks hiperemikti. Akciğer seslerinde sağ bazalde solunum sesleri azalmıştı ve bilateral alt zonlarda inspiratuar ralleri saptandı. Bilateral ayak bileklerinde ve karında peteşiyal döküntüleri mevcuttu.

- **WBC; 4800/mm³, Hgb;12 g/dL, PLT; 91bin/mm³, CRP; 282 mg/L, prokalsitonin; 56 mg/L, AST; 600 U/L, ALT; 116 U/L, LDH; 1676 U/L, Kreatinin Kinaz; 5296 U/L, Kreatinin; 2,3 mg/dL, D-dimer; 80000mg/L, Sodyum 118 mmol/L**
- Hastanın kan, boğaz, balgam ve idrar kültürleri alındı. Pnömoni ön tanısıyla **seftriakson 1*2 gr IV ve levofloksasin 1*750 mg** 48 saatte bir IV tedavileri başlandı.



sağ orta ve alt lobda konsolidasyon,
sağda plevral efüzyon



sağda 3 cm, solda 1 cm'e ulaşan efüzyon, sağ
akciğer alt lobu tamamen etkileyen buzlu cam

- **Takipte yatışının 3. gününde ateşi düştü ve 4.gününde oda havasında izlenmeye başlandı.** Kültürlerinde üreme olmadı.
- Covid ve Influenza PZR negatif, HbsAg, Anti HCV, Anti HIV negatif sonuçlandı.
- Göğüs hastalıkları tarafından önerilen **prednizolon 3 gün 40 mg+3 gün 20 mg şeklinde IV tedavisi eklendi.**
- **Nazofarengeal sürüntü Multipleks PZR ile Adenovirus** saptandı.
- Legionella üriner antijen, KKKA PZR, Leptospira MAT negatif, **Coxiella Faz 1 IgG 1/64 (+)**
- 2 hafta sonra titre takibi için yeniden polikliniğe çağrıldı. Takibinde genel durumu iyi, kontrol akciğer grafisinde infiltrasyon ve efüzyonu gerileyen hasta **şifayla taburcu edildi.**

İmmünokompetan askeri personelde gelişen Adenovirüs pnömonisi

Ertuğrul Yazıcı, Mine Filiz, Fatma Nur Özcan Çok, Sevgi Sökülmez Yıldırım

Sağlık Bilimler Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

- **23 yaşında** bilinen ek hastalığı olmayan **er hasta**
- **10 gün önce başlayan yüksek ateş, prodüktif öksürük ve nefes darlığı** ile dış merkeze başvurmuş. Takiplerinde klinik kötüleşme olması nedeniyle **yoğun bakım ünitesine transfer edilerek entübe edilmiş**.
- Dış merkezde gönderilen solunum yolu hastalık etkenleri **multipleks PZR panelinde *Streptococcus pneumoniae* ve Adenovirüs** etkenleri saptanmış.
- Hastaya **Piperasilin-tazobaktam İV tedavi başlanmış ve tedaviye yanıt alınamaması nedeniyle hastanemiz YBÜ'ye ARDS** tanısı ile sevk edilmiş.



bilateral yaygın buzlu cam opasiteleri, infiltrasyon alanları,
konsolide görünüm ve mozaik atenuasyon paterni

- Hastaya **geniş spektrumlu antimikrobiyal tedavi** ve **1 mg/kg dozunda prednizolon** başlandı.
- Hepatit paneli ve HIV testleri negatif olarak sonuçlandı. Hastaya Pulse Contour Analizi (PiCCO) cihazı bağlanarak **invaziv hemodinamik monitörizasyon ve septik şok tanısı ile sitokin filtresi** uygulandı. Adenoviral keratokonjonktivit açısından Göz hastalıkları tarafından değerlendirildi ve patoloji saptanmadı.
- Hastaya endikasyon dışı Sidofovir tedavisi başlanması açısından gerekli başvurular yapıldı. Yatışının ikinci gününde **Sidofovir 5 mg/kg İV (haftada bir kez) tedavisi başlandı. Tedaviden üç gün sonra sedasyonların tedricen azaltılması ile bilincinde düzelme olduğu gözlemlendi ve ertesi gün ekstübe edildi.** Bir hafta sonrasında ikinci kez Sidofovir dozu verildi.



YBÜ takibinin 14. gününde nazal oksijen tedavisi ile kliniğimize nakil alındı.

Çekilen akciğer grafisinde regresyon izlendi.

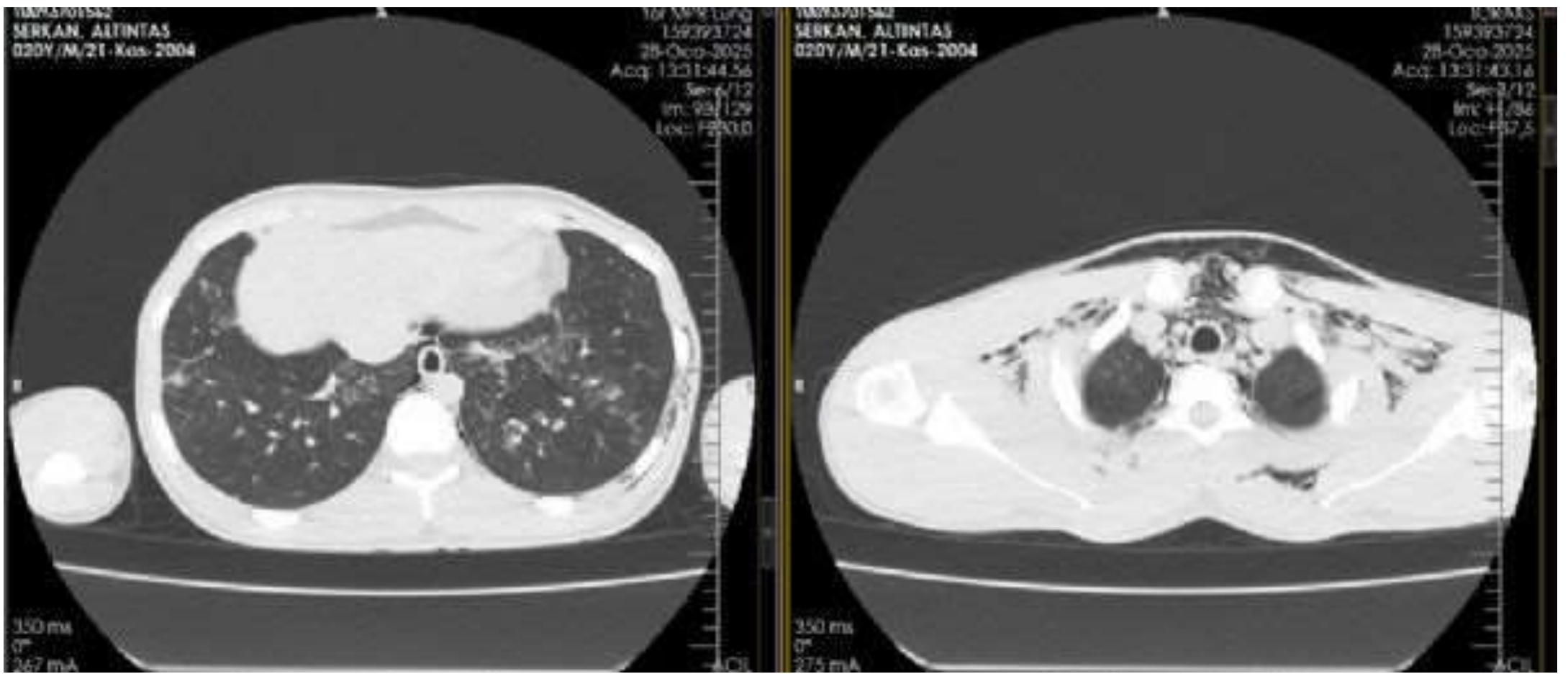
İki haftada bir idame Sidofovir tedavisine klinik düzelme olması nedeniyle devam edilmedi. Er hasta pulmoner rehabilitasyon, fizik tedavi ve egzersizler nedeniyle kliniğimizde yaklaşık 10 gün kadar takibi sonrasında **şifa ile taburcu edildi.**

Adenovirus pn6monisi zemininde gelişen subkutan amfizem ve pn6momedistinum

Sevgi S6k6lmez Yıldırım, Cemal Bulut, Zehra Karacaer, Ali G6khan Akçay

G6lhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

- **20 yaşında erkek hasta**, acil servisimize **6ks6r6k sonrası gelişen boyunda şişlik şikayeti** ile getirildi.
- **1 hafta 6nce 6ks6r6k, sarı balgam, boğaz ağrısı ve ateş**
- 6z geçmişinde 2 paket/yıl sigara kullanımı mevcuttu.
- **Fizik muayene:** TA: 110/60 mmHg, Nabız 110/dk, Ateş 38°C, SpO2 %92 idi.
- **Boyunda 6dem** mevcuttu. **Boyun ve g6đ6s 6n duvarı palpasyonunda krepitasyon**
- Solunum sistemi muayenesi normaldi. Dinlemekle **kalp 6zerinde krepitan ses duyuluyordu**.



Bilateral alt loblarda belirgin olmak üzere multisegmenter retikülonodüler infiltrasyon alanları
Anterior toraks duvarı ve boyun yumuşak doku planları boyunca, tüm derin ve yüzeysel boyun
kompartmanlarında belirgin olmak üzere yaygın **sübkütan amfizem alanları** ve mediasteninin tüm
planlarını ilgilendiren **pnömomediastinum** izlendi.
Fokal pulmoner interstisyel amfizem alanlarının da eşlik ettiği gözlemlendi.

- Lökosit:10700/mm³, hemoglobin:15,4 gr/dL, trombosit:147.000/mm³,
- **CRP:174 mg/L**, prokalsitonin:0,5 µg/L, **AST:87 U/L**,ALT:25 U/L, LDH:542 U/L olup biyokimyasal diğer parametreler normal
- Hasta YBÜ'ye yatırıldı.
- **Balgam : multipleks PZR yöntemiyle insan adenovirus pozitifliği saptandı.**
- **Sidofovir 5 mg/kg haftada bir başlandı.**

- Hastane yatışının ilk 24 saatinde ateş ve ileri derecede halsizliği olan hastanın **yatışının 2. gününde ateşi subfebril düzeye** geriledi. Akut faz reaktanlarında düşüş saptandı. **Tedavinin 48. saatinde transaminaz değerleri normale döndü.**
- YBÜ'de 4 gün izleminin ardından enfeksiyon hastalıkları servisine çıkarıldı. Öksürük, balgam, boğaz ağrısı ve boyundaki şişliği gerileyen, laboratuvar değerleri normale dönen hastanın kontrol akciğer grafisinde gerileme olduğu görüldü. Hastane izlemi süresince herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta sekiz günlük izlemin ardından **şifa ile taburcu edildi.**

- **Üst solunum yolu** veya dışkı örneklerinin **PZR incelemesinde adenovirüs pozitifliğinin yorumlanması zordur** çünkü semptomatik enfeksiyondan ziyade **virüs saçılımını** temsil edebilir.
- Bu nedenle, PZR sonuçları adenovirüs hastalığının klinik bulguları bağlamında yorumlanmalıdır.



- **Hasta örneklerinin %6,1'inde ve kontrollerin %10,5'inde** HAdV-DNA, saptandı ($p < 0,001$).
- Mevcut 61 plazma örneğinde, %16,4'ü HAdV DNA'sı açısından pozitif, hepsi hastalardandı.
- **HAdV DNA'nın kalitatif PZR ile tespiti tanı testi olarak yararlı değildir.**
- **Tanıda en güçlü iki yöntem viral kültür ve yüksek viral HAdV DNA yükü**
 - Nazofaringeal aspiratlar
 - Bakteriyel ve viral kültüre ek olarak gerçek zamanlı PZR ile 23 viral ve bakteriyel patojen açısından incelenme
 - HAdV konsantrasyonu, Ct değerinden yarı kantitatif olarak ve ADENOVIRUS R-gene® kullanılarak kantitatif olarak değerlendirildi.

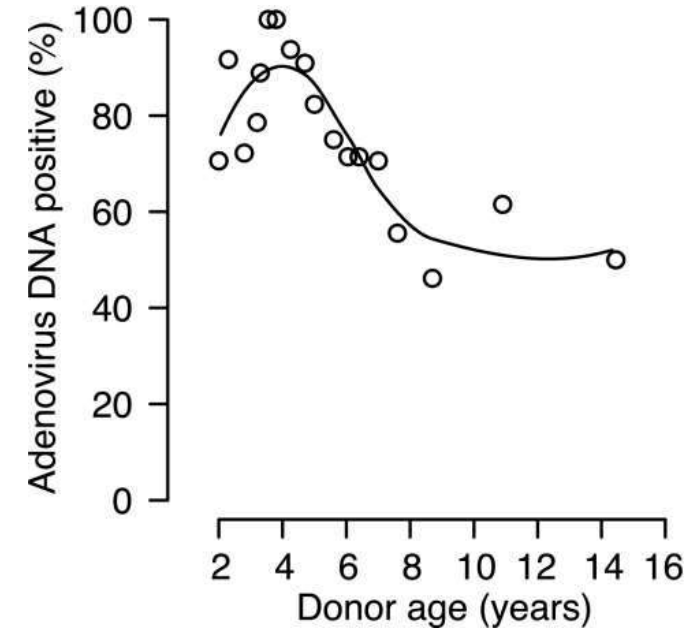
Latent Species C Adenoviruses in Human Tonsil Tissues^{∇†}

C. T. Garnett,^{1‡§} G. Talekar,^{1‡} J. A. Mahr,^{1¶} W. Huang,¹ Y. Zhang,^{1||}
D. A. Ornelles,² and L. R. Gooding^{1*}

Emory University School of Medicine, Department of Microbiology and Immunology, Atlanta, Georgia 30322,¹ and Wake Forest University School of Medicine, Department of Microbiology and Immunology, Winston-Salem, North Carolina 27157²

Received 18 November 2008/Accepted 18 December 2008

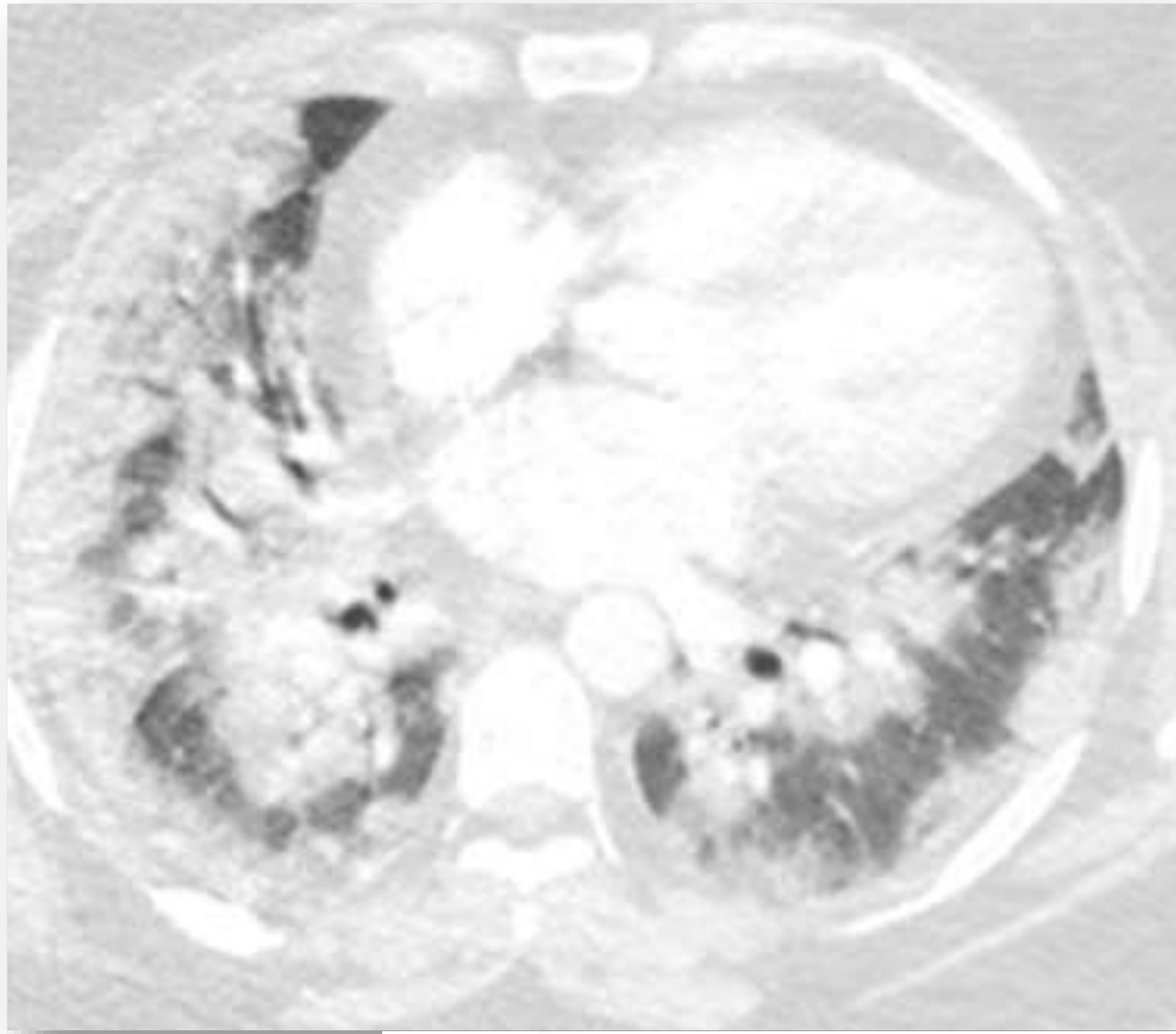
- 203 tonsillektomi yapılan kişide tonsil ve adenoid dokuları incelemesi
- Viral DNA'nın varlığı 4 yaşında zirveye ulaşıyor
- Ortalama viral genom sayısı donörün yaşıyla birlikte azalıyor.
- Tür C **adenovirüsleri mukozal lenfositlerde latent enfeksiyonlar oluşturabilir** ve bu hücrelerin uyarılması ile RNA transkripsiyonu, DNA replikasyonu ve bulaşıcı virüs üretimi ile sonuçlanan viral reaktivasyon gelişebilir



İmmunkompetan Bireyde Ciddi Seyirli Respiratuvar Sinsitiyal Virüs Pnömonisi

Ayşe Köroğlu, Derya Yapar, Özlem Akdoğan, Aysel Kocagül Çelikbaş, Nurcan Baykam
Hitit Üniversitesi

- **Özgeçmişinde kronik hastalığı olmayan 35 yaş kadın hasta**
- **3 gündür öksürük, balgam, ateş yüksekliği** yakınması ile başvurdu.
- Düzenli ilaç kullanımı son 3 ay içerisinde hastane yatış öyküsü ve antibiyotik kullanım öyküsü yoktu. Seyahat öyküsü yoktu. Bakım evinde yaşama ve çocuklarla yakın temas öyküsü yoktu.
- Hastanın bilinci açık, koopere oryante idi. Subfebril ateşi vardı. Hipotansiyon ve taşikardisi yoktu.
- Fiziki bakıda **solunum sistemi muayenesinde bilateral yaygın kaba ral olması** dışında patolojik bulgu saptanmadı.



Radyolojik incelemede **yaygın interstisyel tutulumu** tespit edilen hasta **atipik pnömoni ön tanısı ile interne edildi.**

Hastanın laboratuvar parameterlerinde **prokalsitonin yatış sürecinde hep negatif** WBC değeri yatış sürecinde hep normal aralıkta CRP değeri ise dalgalı seyir gösterdi. Hastaya **moksifloksasin ve oseltamivir** tedavisi başlandı.



- Yatışının **2. gününde genel durumu ve bilincinde bozulma, oksijen ihtiyacında artış gelişti.**
- **YBÜ'de mevcut tedaviye meropenem eklendi.**
High flow tedavisi başlandı.
- **Takipte ARDS tablosu gelişen hastaya TMP-SMX ve prednizolon 250 mg İV tedavisi eklendi.**
- **Solunum yolu PZR panelinde RSV A/B pozitif olarak sonuçlanması üzerine ribavirin tedavisi başlandı.**
- **Ribavirin tedavisi ile birlikte hastanın dispnesi geriledi, oksijen ihtiyacı progresif olarak azaldı.**
Ribavirin tedavisi 14. güne tamamlanarak şifa ile taburcu edildi



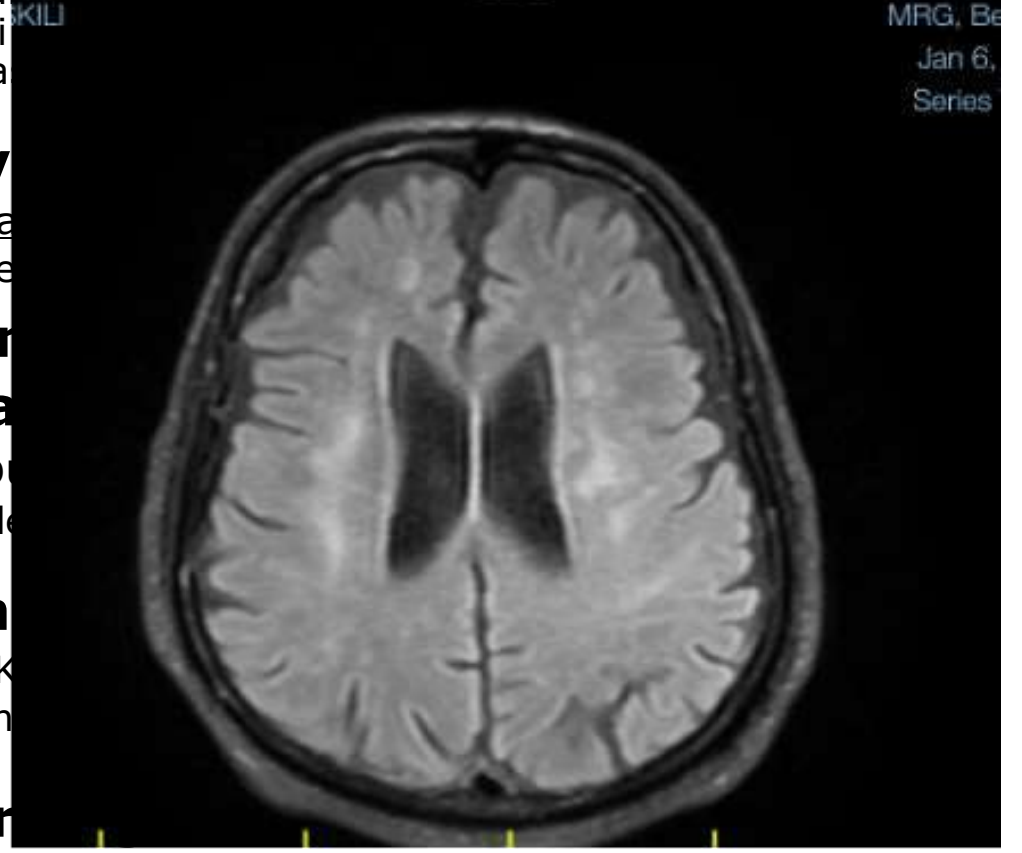
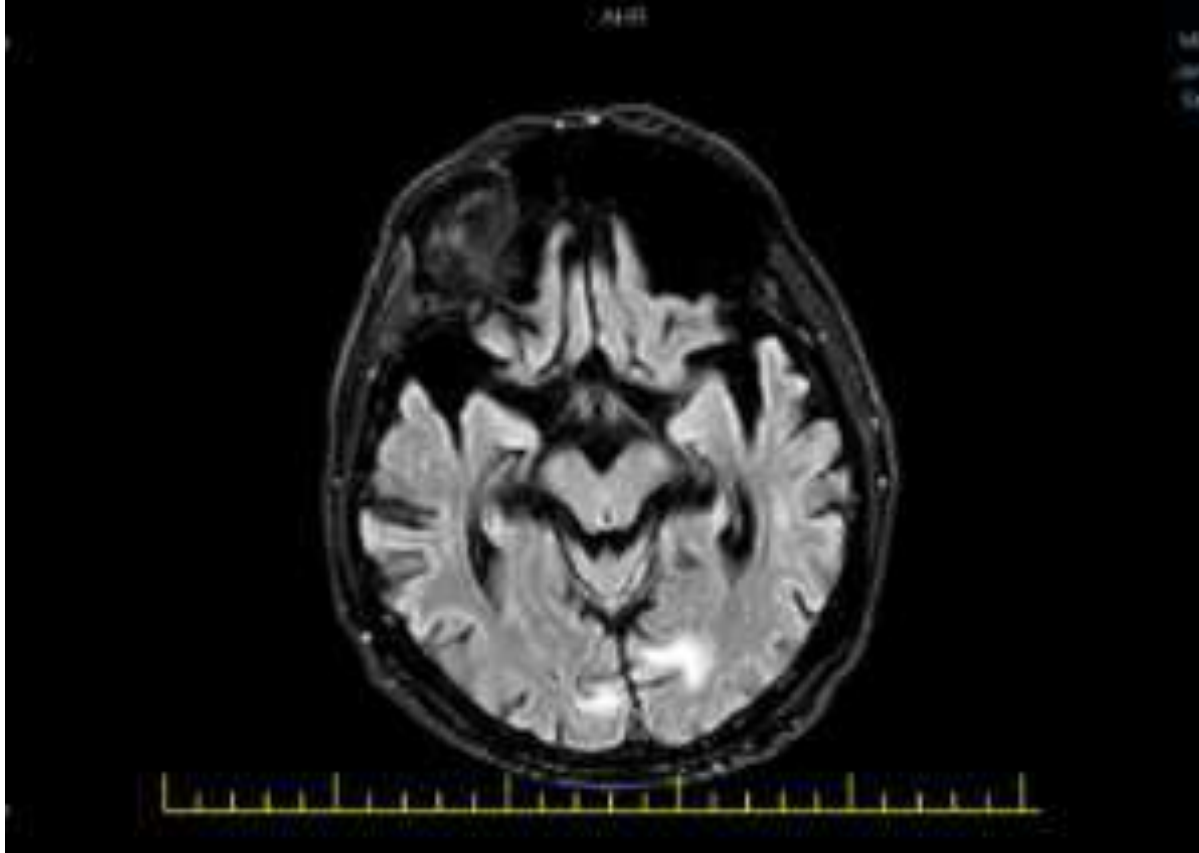
Hastanın taburculuktan 1 ay sonraki Toraks BT'si

HIV

Nadir Bir Olgu: HIV ile Enfekte Bireyde HHV-8 İlişkili Multisentrik Castleman Hastalığı

Sadeddin Talha Uygun¹, Fatma Nur Uygun², Düzgün Özatlı³, Aydın Deveci¹

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



Latent tüberküloz enfeksiyonu taraması (n=108 %15.7)

Feden Şimşek, Melda Türken, Yeliz Özdemir, Melis Demirci, Funda Bayındır Bilman, Süheyla Serin Senger
İzmir Şehir Hastanesi-İzmir

CD4 sayısı yüksek olan yeni tanı HIV olgusunda görülen CMV ensefaliti

Ezgi Sakarya Yüce, Beksultan Zayırbek Ulu, Birsen Asena Emre, Meliha Meriç Koç
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

HIV ile yaşayan bireyde görülen dissemine Nocardia enfeksiyonu

Tuğçe Başarı Omak¹, Dilek Yağcı Çağlayık²

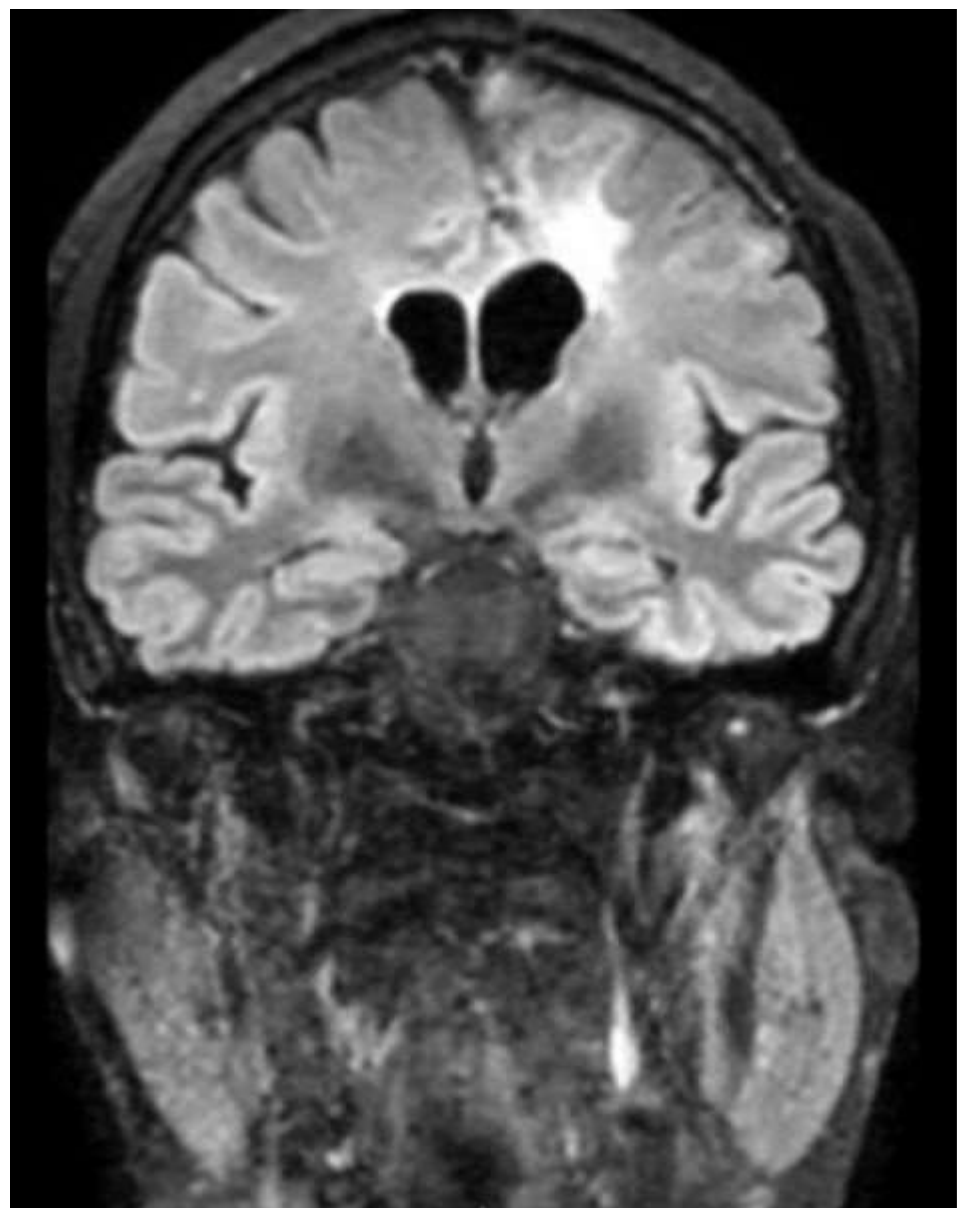
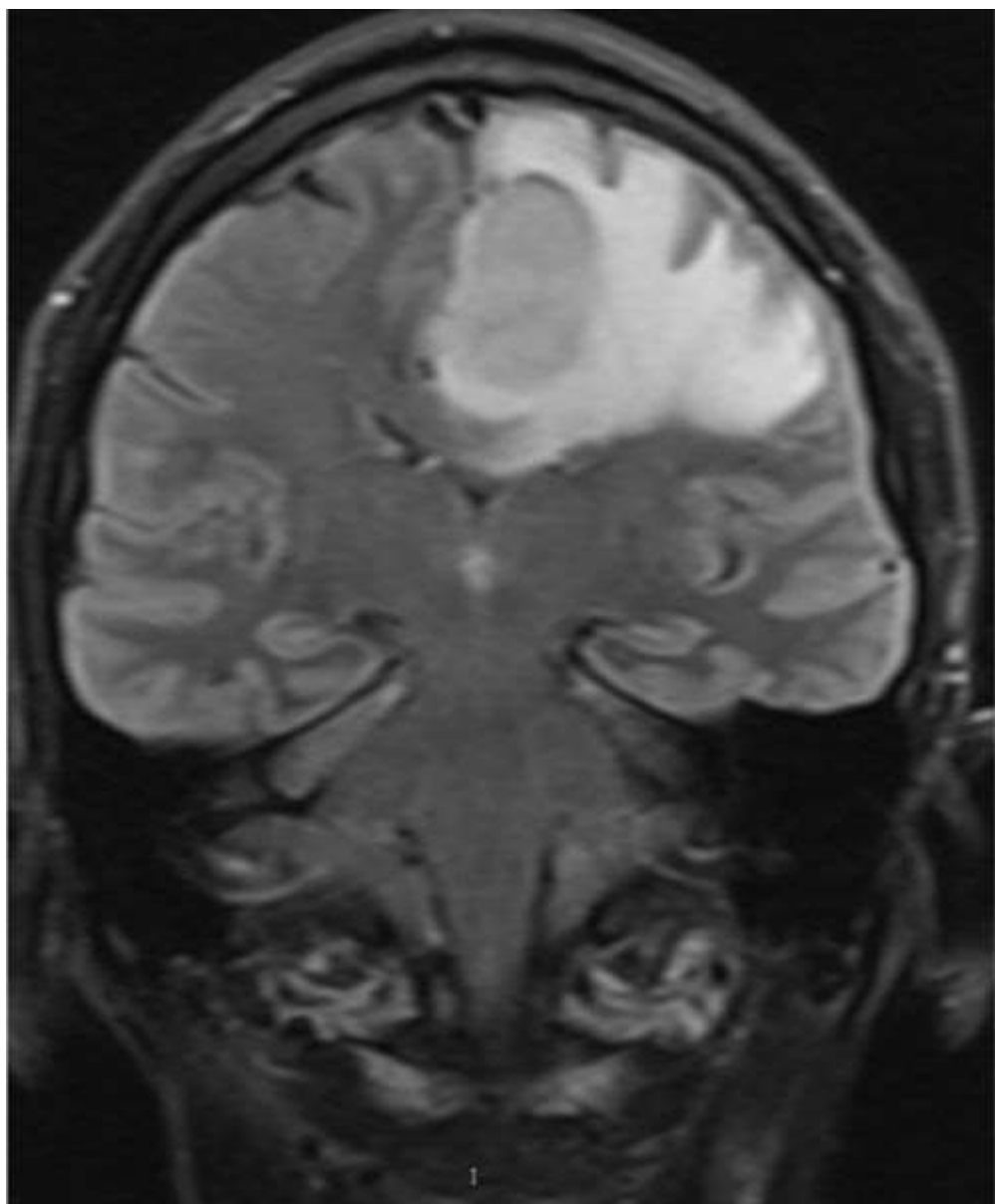
¹Beykoz Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

- **49 yaşında erkek hasta** acil servise **4 gündür olan konuşma bozukluğu, cümle kurmakta güçlük, sağ hemipareziyle** başvurmuş.
- **Beyin MR:** sol frontal lobda büyüğü **47 mm** ve lateralinde **13 mm**, sağ oksipital lobda **12mm**, çeperi kontrastlanan çevresinde geniş vazojenik ödem ve şift görülen hasta operasyon planıyla yatırılmış.
- Hasta **2 ay önce dış merkeze 3 aydır aralıklı ateş, balgam, gece terlemesi ve kilo kaybıyla (23 kg)** başvurmuş.
- **Akciğerde nodüler tutulum** görülmüş. PPD 0mm, **balgam ARB negatif** sonuçlanması üzerine **akciğer biyopsisi planlanmış** ve **preop anti-HIV testi pozitif sonuçlanmış**. Hastaya dolutegravir, tenofovir disproksil fumarat, emtrisitabin, PJP profilaksisi ve oral kandidiyazis için flukonazol başlanmış.

- ART'nin 1.haftasında **patoloji sonucunda nekrotizan granülomatöz inflamasyon görülmüş, tüberküloz kabul edilerek dörtlü tedavi eklenmiş**. Anti-tüberküloz tedavinin 3.gününde **KCFT yüksekliği nedeniyle kesilmiş**.
- **Akciğer ve beyin tutulumu olması nedeniyle ön planda tüberküloz, Toxoplasma ve Nocardia düşünüldü**, ART stoplandı. Anti-ödem ve anti-epileptik tedavi başlandı ve **yatışın 4. gününde lezyon eksize edildi, periferdeki kist boşaltılarak örnek alındı**. Toksoplazma IgG antikoru negatif sonuçlandı, devam eden KCFT yüksekliği nedeniyle ampirik tüberküloz tedavisi başlanmadı. Post-op 5.günde **doku biyopsi kültüründe gram pozitif filamentöz koloniler izlendi**. Patoloji örneğinde **EZN negatif, metanamin gümüş sülfat boyamasında ince dallanan filamentöz yapılar izlendi**.
- Tetkiklerinde **CD4 115/mm³(%5)** ve HIV RNA 134 kopya/ml sonuçlandı.

- Postop 12.gün kültürde ***Nocardia spp.*** tanımlandı ancak MALDI-TOF MS ile tür tayini yapılamadı.
- Dissemine tutulum nedeniyle duyarlılık sonucuna göre **trimetoprim sulfametoksazol, seftriakson ve amikasin** üçlü tedavi başlandı. Amikasin 14 güne tamamlanarak kesildi, ART tedavisi yeniden başlandı. Tedavinin 19.gününde trimetoprim sulfametoksazol tablet ve seftriakson ile taburcu edildi. Altıncı hafta beyin MR'da %30 gerileme görülmesi üzerine seftriakson kesilerek doksisikline geçildi. 3 ayda bir kontrol görüntülemeleri yapıldı.
- **Sağ oksipitaldeki lezyon tamamen regrese olurken sol frontal lobda boyut artışı olmayan lezyon sekel kabul edildi tedavisi 14 aya tamamlandı. Takiplerinde lezyon boyutlarında progresyon veya nüks izlenmedi.**



Yönetimi Zor Bir Olgu; HIV Pozitif Bireyde

Psöriatik Lezyonlar Zemininde Gelişen Kaposi Sarkomu

Tuğçe Damarsoy Bolluk, Aysel Kocagül Çelikbaş, Derya Yapar, Özlem Akdoğan
Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Çorum



İnfeksiyonlar ile karışanlar

SarsCov2 Enfeksiyonu Sonrası Erişkin Still Hastalığı Tanısı Konulan Olgu

İbrahim Keskin¹, Mahmut Sünnetçioğlu¹, Fatih Dilce¹, Beyza Nur Aydın Keskin²

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Van

²SBÜ. Van Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Van

- Bilinen ek hastalığı olmayan **18 yaş kadın hasta**
- **10 gündür eklem ağrısı, öksürük, balgam, halsizlik, ateş** için sefaklor kullanımı olması ve döküntü gelişmesi nedeniyle tarafımıza başvurdu.
- Yatışının 2. günü düşmeyen ateşleri nedeniyle seftriakson ve doksisisiklin tedavileri ampirik başlandı.
- **Ultrasonografi: Bilateral aksiller 32x7 ve inguinal 14x5 servikal 14x6 mm yağlı hilusu seçilebilen reaktif lenfadenopati** saptandı.
- Wright negatif, PPD 0 mm; Leptospira, Coxiella ve tularemi için gönderilen tetkikler negatif
- **Solunum yolu paneli: Sarscov2 pozitif** saptandı.
- D-dimer 9 µg/mL olması nedeni ile profilaktik oksapar ve Sarscov2 için Molnupravir başlandı.

- **5. gün hipotansiyon gelişti**
- **WBC 13.000/uL, Hb 10.1g/dl, PLT 138.000/uL, Ferritin 20.000ng/mL, Trigliserid 190mg/dL, Fibrinojen 181mg/dL olması nedeni ile COVID ilişkili MAS tablosu açısından hematolojiye danışıldı.**
- **Periferik yayması normal olan hastanın günlük takibi önerildi. Laboratuvar bulguları düzelen hasta tedavinin 7. gününde taburcu edildi.**
- **Taburculuktan 10 gün sonra yine ateşlenme ve döküntüleri** olması nedeni ile tekrar yatışı yapıldı.
- Seftriakson ve doksisisiklin başlandı. Döküntülerin artması nedeni ile seftriakson kesildi.
- **Abdomen görüntülemeye hepatomegali** saptandı.

- 2. gününde **WBC 2600/uL, PLT 69000/uL, Ferritin 40000 ng/mL, Fibrinojen 56mg/dL, Trigliserid 132 mg/dL, Hb 9.8g/dl, D-dimer 80µg/mL**
- **Romatolojiye danışıldı. Mevcut tablo ESH ile uyumlu değerlendirildi.**
- **Günlük pulse steroid metilprednizolon 500 mg ve anakinra tedavisi 4 gün verildi.**
- **Döküntüleri geriledi laboratuvar düzeldi.** Steroid dozu düşülerek 1 haftada kesildi.
- Hb 11.1g/dl PLT 417.000/uL WBC 13.000/uL Ferritin 182 ng/mL D-dimer 0.9 µg/mL normal aralığa dönen hasta romatoloji poliklinik kontrolü önerilerek prednizolon 5 mg ile taburcu edildi.

Hemofagositik Lenfhistiositoz (HLH)

Tanı Kriterleri

Klinik ve laboratuvar tanı kriterleri

- 1- **Ateş (>7 gün, >38,5° C)**
- 2- Splenomegali
- 3- Sitopeni (en az 2 hücre serisi)
 - Hemogloblin <9 g/dL
 - **Trombositler < 100.000/mL**
 - Nötrofiller <1000/mL
- 4- Hipertrgliseridemi>265 mg/dL ve/veya **hipofibrinojenemi <150 mg/dL**
- 5- **Ferritin >500 µg/L**
- 6- sCD25 >2400 U/ml veya laboratuvar normal aralıklarına göre artmış olması
- 7- Yüksek CXCL9
- 8- NK hücre aktivitesinin azalması veya hiç olmaması
- 9- Kemik iliği, beyin omurilik sıvısı veya lenf nodlarında makrofajlarda hemofagositoz saptanması

8 kriterden 5'inin olması ile
tanı

Gebelikte erişkin başlangıçlı Still hastalığı

Kamile Nur Yüksel, Uluhan Sili

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

- Bilinen migren tanılı hasta **boyun sağ tarafında şişlik, ateş, artralji, miyalji ve boğaz ağrısı** şikayetleriyle enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu.
- Bosna Hersek seyahati son gününde ateş şikayeti başlayan hastanın seyahat öyküsü detaylandırıldığında özellik görülmedi.
- Hastane başvurusunda **oral amoksisilin klavulanik asit tedavisi başlanması sonrası bilateral bacaklarda eritematöz döküntüler gelişmiş**. Bu şikayetleriyle çoklu hastane başvuruları olmuş.
- **Lökosit: 13.260 ve sola kayma (PMN'lerin %83.9'u) Ferritin: 765 ESR: 55 mm/s CRP: 134**
- Fizik muayenede **sağ servikal ön zincirde ele gelen LAP** mevcuttu.
- Hasta ileri tetkik amacıyla servise interne edildi, ampisilin sulbaktam antibiyoterapisi başlandı.

- Viral solunum yolu paneli ve boğaz kültürü negatif sonuçlandı, perifer kan kültüründe üreme olmadı, antibiyoterapisi stoplandı.
- Sifiliz antikoru, geniş viral seroloji, brusella, tularemi tetkikleri negatif
- **Enfeksiyöz bir etiyoloji tespit edilemedi. Romatoloji ve hematoloji görüşü** istendi.
- **Antinükleer antikorlar zayıf pozitif, romatoid faktör ve antinötrofil sitoplazmik antikorlar negatif**
- **Yamaguchi kriterlerinden 2 major, 3 minör kriteri karşılayan dışlama kriterleri sağlanan hastaya romatoloji tarafından yetişkin still hastalığı ön tanısı ile prednol tedavisi başlandı.**
- **Artralji ve ateş şikayetleri devam etmesi üzerine Anakinra (IL-1 inhibitörü) eklendi.**

- Hızlı klinik ve laboratuvar iyileşme sağlandı.
- Ancak takibinde **transaminazlarda akut yükselme anemi ve trombositopenide derinleşme, hemolitik parametrelerde artış olması üzerine HELLP sendromu düşünülerek acil sezeryan operasyonuna alındı.**
- Anne ve bebek için olumlu sonuçlar elde edildi. Hasta Anakinra ve prednol tedavilerine ayaktan devam etmek üzere taburcu edildi.

Yamaguchi Kriterleri

Tablo 1. Yetişkin başlangıçlı Still hastalığı için Yamaguchi tanı kriterleri

Başlıca kriterler	1) ≥ 1 haftadır devam eden ≥ 39 santigrat derece ateş
	2) ≥ 2 hafta süren artralji/artrit
	3) Tipik döküntü
	4) Beyaz kan hücresi sayısı $\geq 10 \times 10^9 / L$ ($> \%80$ nötrofil)
Küçük kriterler	1) Boğaz ağrısı
	2) Lenfadenopati ve/veya splenomegali
	3) Artmış serum aminotransferaz veya laktat dehidrogenaz düzeyleri (diğer nedenler dışlandıktan sonra)
	4) Negatif IgM romatoid faktör ve antinükleer antikorlar (immünofloresan testi)
Dışlama kriterleri	1) Enfeksiyonlar, özellikle sepsis ve enfeksiyöz mononükleoz
	2) Malignite, özellikle lenfoma
	3) Diğer romatizmal hastalıklar, özellikle poliarteritis nodosa ve romatoid artrit seyrinde vaskülit

Erişkin başlangıçlı Still hastalığının tanısı için ≥ 2 majör olmak üzere ≥ 5 kriter karşılanmalıdır. Dışlama kriterlerinden herhangi birine sahip hastalarda tanı dışlanır.

Kriterlerin duyarlılığı $\%80,6$, özgüllüğü ise $\%98,5$ 'tir.

Nadir görülen bir lenfadenopati nedeni: Kikuchi-Fujimoto hastalığı

Kübra Aycan¹, Emel Yılmaz¹, Züleyha Ölgün¹, Deniz Mercan Şentürk¹, Naciye Kayha², Berna Aytaç Vuruşkan³

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Bursa

²Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları AD, Bursa,

³Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji AD, Bursa

- **Yirmi bir yaşında Mali uyruklu erkek hasta**
- **Yaklaşık bir aydır devam eden ateş yüksekliği, iki gün önce başlayan karın ağrısı ve son altı ayda kilo kaybı** şikayeti ile acil servise başvurmuş.
- **Nedeni bilinmeyen ateş ön tanısı** ile tarafımıza yatırılan hasta
- **Fizik muayene:** sol inguinal bölgede ele gelen 1x1 cm boyutunda ağrısız, hareketli lenfadenopati, batın sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede defans, göğüste, batında, pretibial bölgede hiperpigmente alanlar
- Servis takiplerinde **39,6° C ateş** yüksekliği gözlenen, tetkiklerinde **CRP 7,6 mg/dl** olan hastada **ampirik antibiyoterapiye yanıt vermeyen ateş yüksekliğinin** olması, bu süreçte lenfadenopatisinin küçülmemesi üzerine **tanısal laparoskopi ve kemik iliği aspirasyonu** yapıldı.

TARİHİ	BULGULAR
05/12/2022 Abdominal USG	Birbiriyle birleşmeye eğilimli en büyüğü 16x14 mm boyutunda yağlı hilusları seçilebilen öncelikle reaktif olduğu düşünülen çok sayıda lenf nodu ile uyumlu görünüm izlenmiştir.
05/12/2022 Abdomen BT	Apendiks çapı en geniş yerinde 7 mm olarak ölçülmüştür. Apendiks proksimali belirgin enflame görünümündedir. Pelviste 2 cm serbest sıvı mevcuttur. Sağ alt kadranda mezenterik yerleşimli büyüğü 2 cm boyutunda, bazıları nekrotik irili ufaklı lenf nodları mevcuttur. Tüm bulgular göz önüne alındığında appendiksin karsinoid tümörü başta olmak üzere olası diğer lokal yayımlı neoplastik süreçler açısından anlamlı olabilir. Histopatolojik verifikasyon fayda sağlayacaktır. Ayırıcı tanıda spesifik enfeksiyonlar (tb?) düşünülebilir.

Kemik iliği biyopsi sonucu patolojik bir bulguya rastlanmadı.

Laparoskopik patolojik tanısında:" Kikuchi- Fujimoto hastalığı"

Tarih	Laporoskopi sonucu
21/12/2022	PATOLOJİ TANI: FİBRÖZ OBLİTERASYONU; apandektomi materyali NEKROTİZAN LENFADENİTİS; lenf nodu, eksizyonel biyopsi
	YORUM: Lenf nodülü dokusunda izlenen morfolojik ve immünohistokimyasal çalışma bulguları ön planda" Histiositik Nekrotizan Lenfadenitis- Kikuchi Fujimoto hastalığı " düşündürmüştür.

Takiplerinde ateş yanıtı alınamayan ferritin, d-dimer ve karaciğer fonksiyon testleri yükselen hastaya romatoloji tarafından prednizolon başlandı.

Prednizolon tedavisinin 3.gününde ateş yanıtı alınmaya başlanmış olup klinik ve laboratuvar bulguları normale dönen hasta hematolojiye devir edildi ve poliklinik kontrolü ile taburcu edilmiş.

Nedeni Bilinmeyen Ateş Olgusunda Kikuschi Fujimoto Hastalığı

Seval Ayekin¹, Sena Naz Adsız Dayanç², Petek Şarlak Konya¹, Neşe Demirtürk¹

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD,
²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji AD

- **37 yaşında kadın hasta**
- **1 ay önce başlayan boynun sağ tarafında şişlik, ateş ve terleme, öksürük** şikayeti ile başvurmuştur.
- Hastaya üst solunum yolu enfeksiyonu ön tanısı ile sefuroksim aksetil reçete edilmiştir.
- **Antibiyoterapi sonrası şişlik şikayeti gerilemedi**
- **Ultrasonografi: sağ sternokleidomasteoid kas üzerinde 23x12 mm, solda 20x11 mm olmak üzere 2 adet lenfadenopati** saptanmıştır. Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırılmıştır.
- Fizik muayenede **sağ sternokleidomastoid kas üzerinde yaklaşık 2cm'lik şişlik.**
- Diğer fizik muayene bulguları ise doğaldı. Laboratuvar incelemesinde; patolojik bulgu saptanmadı. Periferik yaymada anormal bulgu saptanmadı.
- Kan kültüründe üreme olmadı. Ayırıcı tanıda hepatit serolojisi, brucella, EBV, Toxoplazma, Sifiliz,HIV,Tularemi testleri ve İGRA negatif olarak sonuçlandı.



BT: servikal zincirde büyüğü sağda level 3 düzeyinde yaklaşık **37x17 mm** boyutlarında ölçülen, yer yer içlerinde **kistik-nekrotik** olabilecek hipodens alanlar barındıran, multipl lenfadenopatiler izlendi.

- **Günde 3-4 kez 38°C'yi geçen ateşleri** olan hastaya ampirik olarak ampisilin-sulbaktam 4x2 gr İV başlandı.
- **Boyun sağ level 3 bölgesinden eksizyonel biyopsi** yapıldı.
- Antibiyoterapinin 3. gününde ateş yanıtı alınamayan hastada moksifloksasine geçildi. Moksifloksasine rağmen ateşi günde 3-4 kez 38 dereceyi bulan hastanın **histopatolojik inceleme sonucu Subakut Nekrotizan Lenfadenit (Kikuchi-Lenfadeniti)** olarak raporlandı.
- Hastanın almakta olduğu tüm tedaviler kesildi ve **1-1,5mg/kg/gün metilprednizolon tedavisi** başlandı.
- Tedavinin 2.gününden itibaren ateş yanıtı alınan hasta, 5 günlük ateşsiz takip izleminden sonra oral metilprednizolon tedavisi ile taburcu edildi. Hastanın poliklinik kontrollerinde şikayet saptanmadı ve takiplerinde de lenfadenopatilerinde gerileme gözlemlendi.

Ayırıcı tanıda akla gelmeyenlerden Nötrofilik Dermatit

Görkem Yılmaz, Bengihan İçöz, Şua Sümer, Nazlım Aktuğ Demir, Onur Ural
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya

- **73 yaşında erkek hasta**, bilinen hastalıkları:HT, DM, **prostat ca**
- Hasta **ateş, üşüme, titreme ve vücutta ağrılı lezyon** şikayetiyle Dermatoloji polikliniğine başvurmuş.
- Başvurusunda **deri biyopsisi** yapılmış.
- **Lökositoz, CRP yüksekliği, prokalsitonin yüksekliği olması** nedeniyle polikliniğimize konsülte edilmiş.
- Konsültasyonda değerlendirilen hastada **genel durumda bozukluk olması ve prokalsitonin yüksekliği olması** üzerine yatış verilmiş. Yatışında yapılan sistemik muayenede solunum, kardiyak ve batin muayenesi doğalmış.
- Anamnezde yakın dönemde **10 gün piperasilin tazobaktam** verilme öyküsü olduğu öğrenilmiş.



- Sol kolunda ve elinde daha yaygın olmak üzere tüm vücutta bozuk para büyüklüğünde basmakla solmayan kaşıntılı ve ağrılı ısı artışı eşlik eden eritemli plaklar görülmüş.
- Hasta lezyonların yaklaşık 1 haftadır olduğunu belirtmiş.

- Odak araştırmak için yapılan tam idrar tetkikinde ve direk akciğer grafisinde odak lehine bulgu saptanmamış.
- Hastadan idrar kültürü, kan kültürü ve yaralarından sürüntü kültürü alındıktan sonra ampirik olarak meropenem tedavisi başlanmış.
- **Meropenem tedavisinin 3. gününde laboratuvar kontrolünde akut faz yanıtı ve ateş yanıtı olmayan hasta Dermatoloji bölümü ile konsülte edilmiş.**
- **Daha önce alınan biyopsisi sonuçlanmayan hastaya prednol tedavisi önerilmiş.**
- **Prednol tedavisi sonrası cilt lezyonlarında, ateş yanıtında ve prokalsitonin dahil laboratuvar bulgularında dramatik yanıt görülmüş.**
- Hasta meropenem tedavisinin 7. gününde antibiyotikleri stoplanarak prednol tedavisi ile taburcu edilmiş.

- Poliklinik kontrolüne çağırılan hastanın

Patoloji raporu

“Deri derialtı dokusu kesitlerinde epidermiste hafif hiperkeratoz, dermiste ödem ve yaygın perivasküler yerleşimli damar endoteline de ilerleyen nötrofilik infiltrasyon izlendi. Sweet Sendromu ile Uyumlu Bulgular”

- Hasta takip için Dermatoloji Kliniğine yönlendirilmiş.

Majör Kriterler	Minör Kriterler
1-Ani başlangıçlı, hassas veya ağrılı eritematöz plaklar veya nodüller, bazen veziküller, püstüller veya	1- Öncesinde spesifik olmayan bir solunum veya gastrointestinal sistem enfeksiyonu veya aşılama ya da şunlarla ilişkili olabilir: Kronik otoimmün bozukluklar, enfeksiyonlar gibi inflamatuvar hastalıklar.
2- Lökositol olmaksızın, nötrofilik de	
	• Nötrofilik dermatozlar deri lezyonları, ateş ve lökositoz olan hastalarda mutlaka akla gelmelidir. • Tanı kriterlerinde prokalsitonin bulunmasa da prokalsitonin yüksekliği yapabileceği bilinmelidir. • Enfeksiyonların aksine kortikosteroid tedavisi ile klinik ve laboratuvar iyileşme görülmektedir.
	LÖKOSİTOZ > 8,000. Nötrofili > %70 4- Sistemik kortikosteroidler veya potasyum iyodür tedavisine mükemmel yanıt.

Nadir mayalar

Hematolojik Maligniteli İki Hastada Saptanan *Saprochaete capitata* Olguları

Hanife Mirac Mavi¹, Şeyma Yıldız², Emine Merve Savaş², Münevver İrem Kök², Elif Ayça Şahin³, Nazlıhan Boyacı Dünder⁴, Ayşe Kalkancı³, Zeynep Arzu Yegin², Zübeyde Nur Özkurt², Özlem Güzel Tunçcan¹

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

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erişkin Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

***Trichosporon* Osteomiyeliti İle Takip Edilen İmmünokompetan Hasta**

Gizem Çal, Ahsen Öncül, Hakkı Meriç Türkkkan, Okan Derin, İlyas Dökmetaş

S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

***Saccharomyces Cerevisiae* ile Yoğun Bakım Hastasında Kan Dolaşım Enfeksiyonu**

Erinç Sarıkulak Aşçı¹, Özlem Akdoğan¹, Derya Yapar¹, Aysel Kocagül Çelikbaş¹, Nurcan Baykam¹, Selçuk Kayır²

¹Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.B.D

²Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D

HIV ile Enfekte Hastada İnvazif ~~Trichophyton~~ *Trichophyton rubrum* Enfeksiyonu

Cansu Karaağaç, Esmâ Demir, Buket Ertürk Şengel

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

- Bilinen **koroner arter hastalığı olan 30 yaş erkek hasta**
- 6 aydır devam eden **karın ağrısı, oral alımda azalma, kilo kaybı, gece terlemesi** şikayetleri ile acil servise başvurdu.
- Fizik muayenesinde **orofaringeal candida plakları, sol aksiller alanda sert, fiks ve en büyüğü 4 cm boyutunda multiple LAP** (bilateral servikal zincirde, bilateral aksiller ve inguinal), **batında sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyet, hepatomegali, splenomegali, bilateral ayaklarda onikomikoz**
- WBC:5000/ μ L(NEU:%80.6, LYM:%9.8), HGB:10.7g/dL, PLT:335000/ μ L, AST:250U/L, ALT:114U/L, ALP:959U/L, GGT:477U/L olarak tespit edildi.
- İleri tetkik ve tedavi için interne edilen hastadan gönderilen **Anti-HIV pozitif** saptandı.

- **Lenf nodu eksizyonu ile Büyük B Hücreli lenfoma** tanısı konulan hastanın karaciğer enzim yüksekliği infiltratif hastalık ile ilişkilendirildi.
- **İlk kür R-CHOP** (Rituksimab, siklofosfamid, doksorubisin (hidroksidoksorubisin), vinkristin, prednizon) tedavisinden **2 gün sonra bilateral palpebralarda başlayıp infraorbital alanlara, burun sırtına, takibinde bilateral konkalar ve septuma yayılan, iki gün içerisinde sol nazal pasajı obstrükte eden nekrotik dokulara ilerleyen; eritemli zeminde, çoğunluğu mor-siyah renkli, üzerinde kurutları olan plak lezyonları oluştu. Sağ dış kulak yolunda da benzer karakterde lezyonlar görüldü.**
- Hastanın oksijen ihtiyacı ve bilinç geriliği gelişmesi nedeniyle görüntüleme yapılamadı. Lezyonlardan alınan **doku biyopsi kültürü direkt bakısında mayalar görüldü** ve ***Trichopyton rubrum*** olarak tiplendirildi (Şekil-2). Pulmoner ödem gelişmesi nedenli solunum yetmezliği ve karaciğer yetmezliği tablosu ilerleyen hastada kardiyak arrest gelişti ve **hasta exitus** kabul edildi.



