



En Zor Olgum: Ne ¼ęrendim?



Dr. Ayşeg¼l İnci Sezen
Prof. Dr. Kadriye Kart Yaşar
Haziran-2026

Olgu 1:

- 36 yaş, E
- Bekar, üniversite mezunu, market çalışanı
- MSM
- 3 aydır üşüme, titreme, ateş, kuru öksürük, eklem ağrısı, 10 kilo kaybı
- Dahiliye polikliniğinden ‘anti HIV: laboratuvara başvurunuz’ olması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş.
- Hasta ileri tetkik amacı ile servisimize yatırıldı.

Özgeçmiş:

- Bilinen hastalık ya da ilaç kullanım öyküsü yok
- 15-20 paket/yıl sigara kullanım öyküsü var.
- Alkol ve madde kullanım öyküsü yok.
- Tekstilde çalışma, seyahat, hayvan teması vb. yok.

Fizik Muayene:

- GD orta
- Bilinç açık, oryante, koopere, vitalleri stabil
- Orofarenks: Doğal
- Solunum sesleri: Doğal, ral yok, ronkus yok
- Sağ aksiller ele gelen minimal LAP mevcut

Laboratuvar Sonuçları:

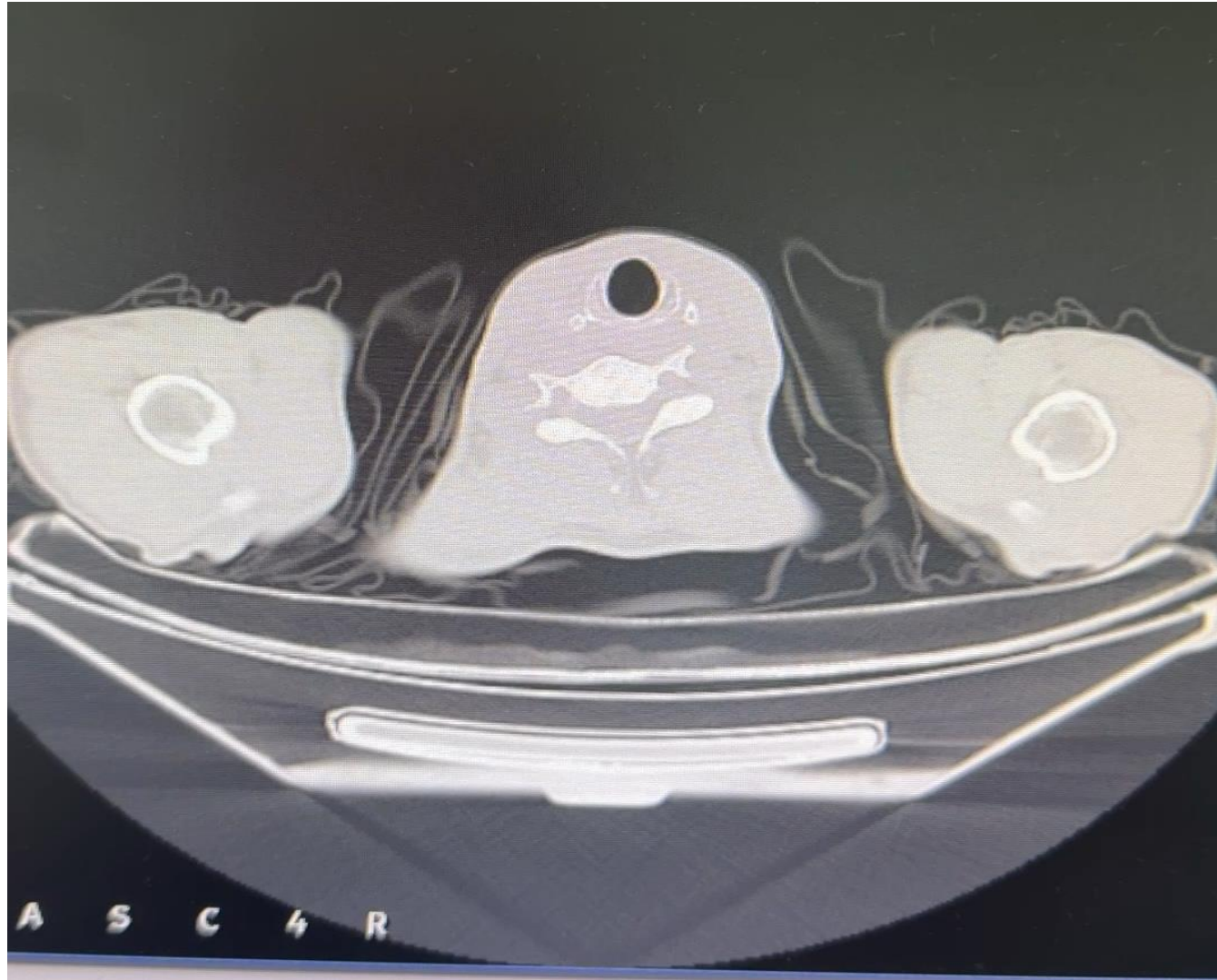
14/08/2025: Anti HIV: pozitif

20/08/2025: HIV RNA: 5400000 kopya/ml, CD4: 33 hücre (%5)

WBC	PNL %	LNF%	CRP	ESR	Hgb	Plt	AKŞ	BUN	Kre	ALT	AST	Na	
4380 / µl	71.3	20.3	56.4 mg/L	63 mm/hr	8.4 g/dL	153000 /µl	120	25.5 mg/dL	0.73 mg/dL	23.2 IU/L	42.7 U/L	132 mmol /L	
T. prot		Alb	VZV IgG		Kabakulak Ig G		Kızamık IgG		EBV VCA IgG		EBV EBNA IgG	LDH	ALP
73.3 g/L		33.1 g/L	pozitif		pozitif		pozitif		pozitif		pozitif	493 U/L	120 U/L
HbsAg		Anti-HbcIgG	Anti- Hbs	Anti-HAV IgG	Anti-HCV		Toxo-IgG		CMV-IgG		VDRL/RPR		TPHA
negatif		negatif	negatif	pozitif	negatif		negatif		pozitif		negatif		negatif

PA AC Grafisi:
Sağ hiler genişleme
Her iki akciğerde
hafif yaygın
peribronşiyal ve
interstisyel
değişiklikler
mevcut.





Toraks BT:

- Sağ akciğer orta lob medial segment minör fissür düzeyinde 7.5x5 mm LAP
- Mediastende büyükleri prevasküler düzeyde 10x5 mm boyutunda, paraaortik düzeyde 13x6 mm boyutunda, sağ üst paratrakeal alanda 14x6 mm, bilateral hiler bölgede büyüğü 10x6 mm multiple LAP.
- Mediastende tariflenen lenf nodları açısından bulgular granülomatöz hastalık ile uyumlu olabilir.

Diğer Tetkikleri

- Abdomen BT: Hepatosplenomegali mevcut
- TEE: kapaklarda kitle vejetasyon yok
- Göz Dibi: Bilateral disk makula doğal, retina doğal izlendi.



Ne düşünürsünüz?

Önerileriniz?

Göğüs Hastalıkları Konsültasyonu:

Toraks BT'de tbc lehine bulgu yok, BAL yapılması ve non-spesifik AB

- Hastaya ART (TDF/FTC + DTG) ve SXT profilaksisi başlandı.(24/08/2025)
- Taburcu edilerek dış merkezde EBUS planlandı
- Taburculuktan hemen sonra dış merkezde Bronkoalveoler lavaj ve (subkarinal 13x16 mm hipoekojen, sağ paratrakeal 16x20 mm düzgün sınırlı hipoekojen ve sağ hiler konglomere 15x20 mm hipoekojen lenf noduna) EBUS yapıldı.

- 27/08/2025: BAL ARB: Pozitif
- 28/08/2025: EBUS örnek ARB: Pozitif
- Hastaya 2/09/2025'de 4'lü anti tbc başlandı.



15 gün sonraki poliklinik kontrolü:

- Aralıklı anlamsız konuşma, bilinç bulanıklığı
- 19/09: CD4:64 hücre (%10,7)
- Bunun üzerine HIV kraniyal tutulum ? IRIS? tetkik amacıyla servise yatırıldı

WBC	Hgb	Plt	Lenf (%)	Neut (%)	BUN	Kreat	AST	ALT	Na	CRP	ESR	Prc
8580/ µl	7 g/dL	43200 0/ µl	8.8	82.2	15.6m g/dL	0.7 mg/ dL	28.8 U/L	75.9 IU/L	125.7 mmol /L	101m g/L	47 mm/s aat	0.19 ng/mL

23/09/2025-22/10/2025 arasında servis yatışı

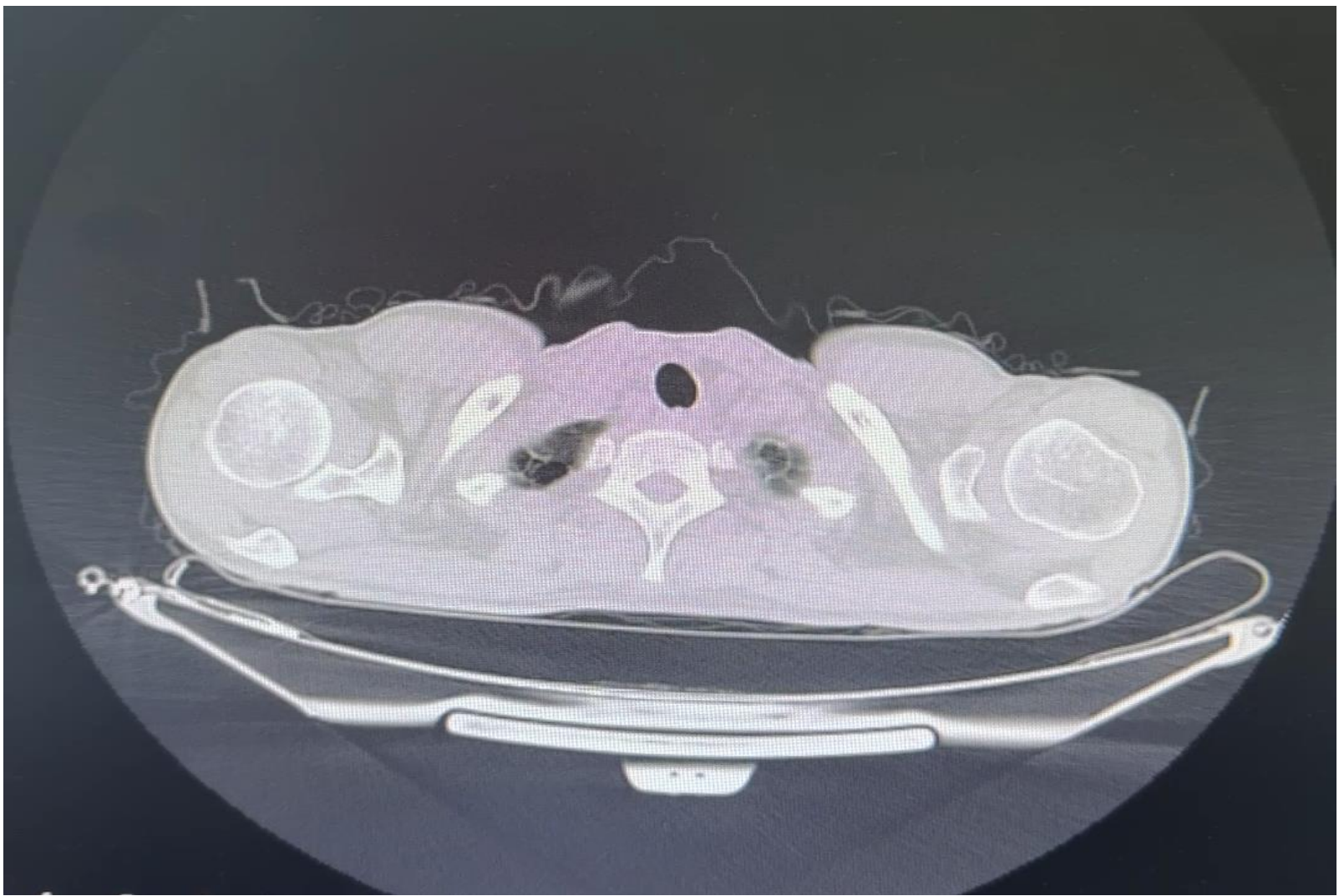
- 29/09: LP yapıldı: 2 lökosit, 7000 eritrosit/ mm³ EKŞ: 178 mg/dL BOS glukoz: 57 mg/dL (%32,) BOS protein: 93mg/dL, BOS ARB: negatif, Mikobakteri PCR: Negatif
- Olası IRIS açısından 60 mg prednol başlanıyor.
- Kontrastlı Kranial MRG: Sinüsler doğal, serebral serebellar gri-ak madde ayrımı tabii olup patolojik sinyal kaydı yok, trombüs yok.
- Kontrastlı Spinal vertebra MRG: Vertebra korpuslarının artiküler platolarında marjinal osteofit oluşumları, milimetrik Schmorl nodülleri ve eşlik eden dejeneratif kemik iliği değişiklikleri, faset eklemlerde dejeneratif hipertrofik değişiklikler mevcut. Disk herniasyonu yok.

BOS Menenjit Paneli: Negatif

- E. coli K1
- H. influenza
- L. monocytogenes
- S. agalactia
- S. pneumoniae
- CMV
- Enterovirus
- HSV-1
- HSV-2
- HHV-6
- VZV
- Cryptococcus neoformans

WBC	Hgb	Plt	Neut	Lenf	BU N	Kreat	AST	ALT	LDH	CRP	Prc	Na	Alb
7350/ µl	9 g/dL	362000 / µl	%85. 4	%7.4	21.8 mg/ dL	0.69 g/dL	48.5 U/L	44 IU/L	274 U/L	141 mg/L	0.56 ng/m L	129 mmol /L	28.2 g/L

- Gastroskopi: Pangastrit, Hiatal yetmezlik
- Kolonoskopi: Normal
- Batın BT: Süperior mezenterik arter ve ven çevresinde dansite artışları, milimetrik boyutta lenf nodları mevcut (mezenterik pannikülit).
- Toraks BT: Sol Akciğer'de tomurcuklanmış ağaç manzarası? atipik-fırsatçı infeksiyon? Her iki akciğer üst loblarda amfizematöz değişiklikler.



- 50 gün Anti tb, 60 gün TDF/FTC+DTG alan hasta
- IRIS için almakta olduğu steroid tedavisi azaltılarak kesildi.
- GD toparladığı için oral ART ve Anti tb ile taburcu edildi.

3. yatışı: 31/10/2025-25/11/2025 arası

- 2 gündür 39 °C ateş, terleme, karın ağrısı, kusma, yaygın hassasiyet
- GD bozukluğu, yürürken zorlanma ve dengesizlik
- 68 gündür TDF/FTC+DTG, 58 gündür anti-TB tedavi alan hasta

WBC	Hgb	Plt	Neut	Lenf	Glk	BUN	Ürik Asit	Kreat	AST	ALT	CRP
13460 /µl	7.8 g/dL	28900 0/µl	%88.3	%8.1	138	27.3	8.2	0.72	18.5 U/L	19.4 U/L	275 mg/L

- Batında sol alt kadranda hassasiyet mevcut. Defans rebound yok.
- Rektal tuşede gaita bulaşı var. Gaz ve gaita çıkışı mevcut.
- **WBC: 13.000 / μ l**
- **CRP: 275 mg/L**
- Batın BT: Batın içi serbest hava ve serbest sıvı yok, splenomegali mevcut.
- Genel Cerrahi Konsultasyonu: Önceki görüntülemelerde gözlenen mezenterik pannikülit bulgusu, hastanın güncel görüntülemelerinde yoktur. Mevcut tablo enfeksiyona sekonderdir.

- Hastaya intraabdominal infeksiyon ön tanısı ile meropenem ve tigesiklin başlandı. Tigesiklin 3. günde hastanın sırtta gövdede kalçalarda basmakla solan minimal kaşıntılı döküntü geliyor. Dermatoloji ilaç erüpsiyonu düşünüyor. Tigesiklin tedavisi kesiliyor. Döküntü sebebi ile prednol 60 mg başlandı.
- Tedavisi meropenem olarak devam ederken kan kültürü sonuçlandı.



- Kan kx: 1 şişede *Klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae* (meropenem, seftazidim avibaktam ve kolistin duyarlı)

Meropenem tedavisine devam edildi ve kontrol kültürleri alındı.

- Hastadan alınan (27/08 tarihinde gönderilmiş olan) EBUS örneğinde **non-tüberküloz mikobakteri** üremesi olduğu ve tiplendirmenin devam ettiği söylendi.
- Tedavisine klaritromisin 2x500 ve etambutol 1x1000 mg eklendi.
- Prednol tedavisi azaltılarak kesildi. Döküntüleri geriledi.
- Genel durumu stabil olan, ateşi düşen hastanın kan kx negatifliği görülerek ve antibiyotik tedavisi kx negatifliği sonrası 14 güne tamamlanarak taburcu edildi.

3/12/2025-19/1/2025 arası yatışı

- Karın ağrısı, oral alım bozukluğu, genel durum bozukluğu ile

WBC	Hgb	Plt	Lenf	Neut	BUN	Kreat	AST	ALT	CRP	Prc
10780/ µl	7.1 g/dL	22700 0/ML	%7.8	%84.1	21.9m g/dL	0.74 mg/dL	20 U/L	19 IU/L	219mg /L	1.47ng /mL

- Crp yüksekliği de olan hastaya meropenem başlanıyor.
- Servikal yüzeyel usg de sağ servikal zincir level 4'de ve klavikula komşuluğunda 14x13 mm boyutunda 10x9 mm boyutunda sferik şekilli, yağlı hilusu silinmiş, kalın korteksli patolojik görünümlü, birkaç adet lap izleniyor.

- Anti-mikobakteriyal tedaviye rağmen klinik yanıt tam alınamayan hasta malignite açısından hematolojiye danışıldı.

- **PET/BT Tüm Vücut Görüntüleme: 17/11/2025**

Toraks: sağ supraklavikuler, üst paratrakeal, alt paratrakeal, brakiosefalik, sağ hiler lenf nodlarında artmış FDG tutulumu (**SUVmax:14**)

Her iki aksillar lenf nodlarında artmış FDG tutulumu (SUV max:3)

Abdomen: Karaciğer SUV max:2.5; Dalak SUVmax:3.3

Dalak FDG tutulumu karaciğere göre artmıştır.

Çölyak, paraaortakaval, mezenterik lenf nodlarında artmış FDG tutulumu izlenmektedir.

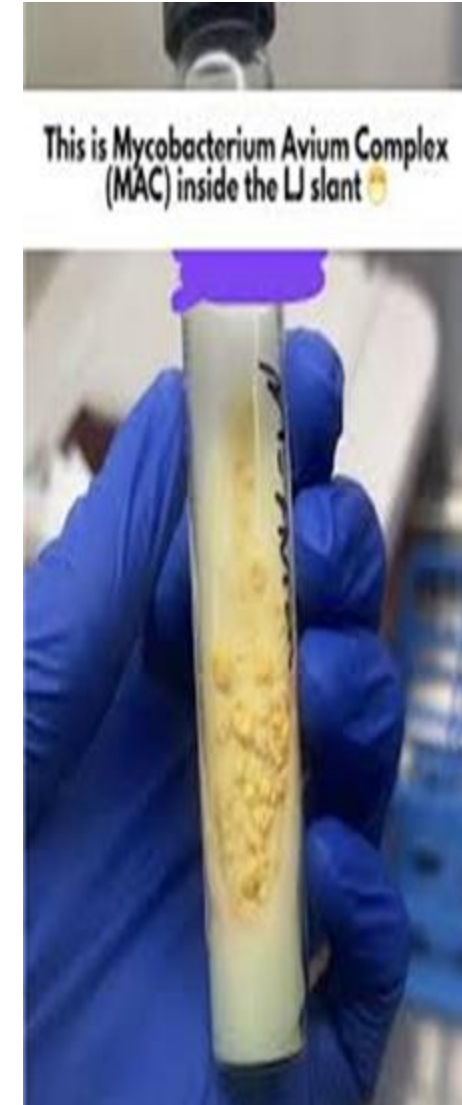
Kas-İskelet: Kemik iliği FDG tutulumu (SUVmax:4.1)

- **PET de suv max 14 olan sağ supraklavikuler lap'a yönelik eksizyonel biyopsi önerildi.**

- **EBUS patoloji sonucu:** Non-nekrotizan granülomatöz lenfadenit, hastanın sarkoidoz ve tüberküloz başta olmak üzere granülomatöz hastalık açısından araştırılması önerilir.
- **Balgam tbc kx sonucu:** *Mycobacterium avium intracellulare*

Ebus tbc identifikasyon sonucu: *Mycobacterium avium*

- | | MIK/Zon Çapı |
|---|------------------------|
| • Amikasin: Hassas | (4mg/L) |
| • Ciprofloksasin: Dirençli | (>16mg/L) |
| • Clarithromycin: Hassas | (1mg/L) |
| • Doxycycline: Dirençli | (>16 mg/L) |
| • Ethambutol: Hassas | (<0.5 mg/L) |
| • Ethionamide: Dirençli | (>20 mg/L) |
| • Isoniazid: (INH) Hassas | (0.25 mg/L) |
| • Linezolid: Hassas | (4 mg/L) |
| • Moxifloxacin: Dirençli | (1mg/L) |
| • Rifabutin: Hassas | (<0.25 mg/L) |
| • Rifampicin: Dirençli | (2 mg/L) |
| • Streptomycin: Dirençli | (16 mg/L) |
| • Trimetoprim-sulfamethoxazole: Hassas | (0.5/0.5 mg/L) |





Ne düşünürsünüz?

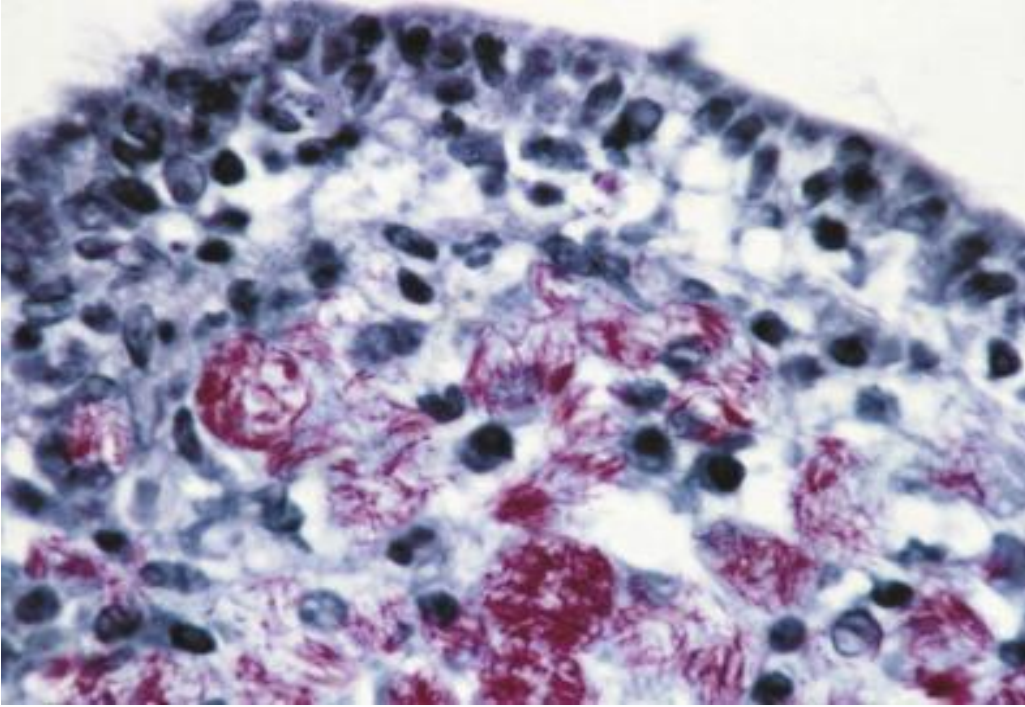
Önerileriniz?

19.1.26 tarihli lab:

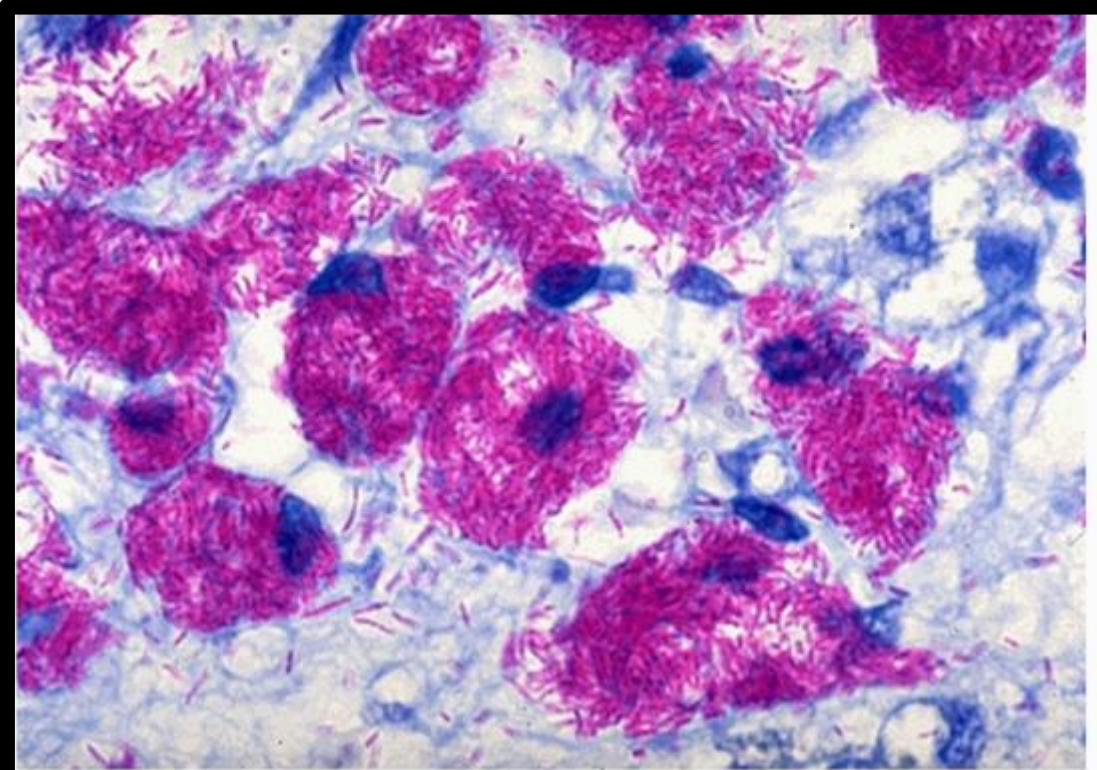
BUN	Kreat	AST	ALT	LDH	CRP	Albumin	WB C	Hgb	Plt	CRP	Prc	Sedim
10.6 mg/dL	0.76 mg/dL	47.6 U/L	39.1 IU/L	365 U/L	126 mg/L	31.7 g/L	970 0/μl	8.1g/dL	25500 0/μl	150 mg/L	0.28 ng/mL	58mm3 /saat

- Klaritromisin ile gastrik intolerans tanımlayan hastanın tedavisi;
- Rifabutin 2x150 mg, azitromisin 1x250 mg, etambutol 1x1000 mg, olarak düzenledi.
- Tedavi sonrası kilo alımı gerçekleşti, hasta 48 kg'dan 50.4'e sonra 53.3 kg'a çıktı. Karın ağrısı geriledi. En son bakılan CD4: 146 hc/ML, HIV RNA: 168 kopya/mL
- Polikliniğimizden takip ediliyor, GD iyi

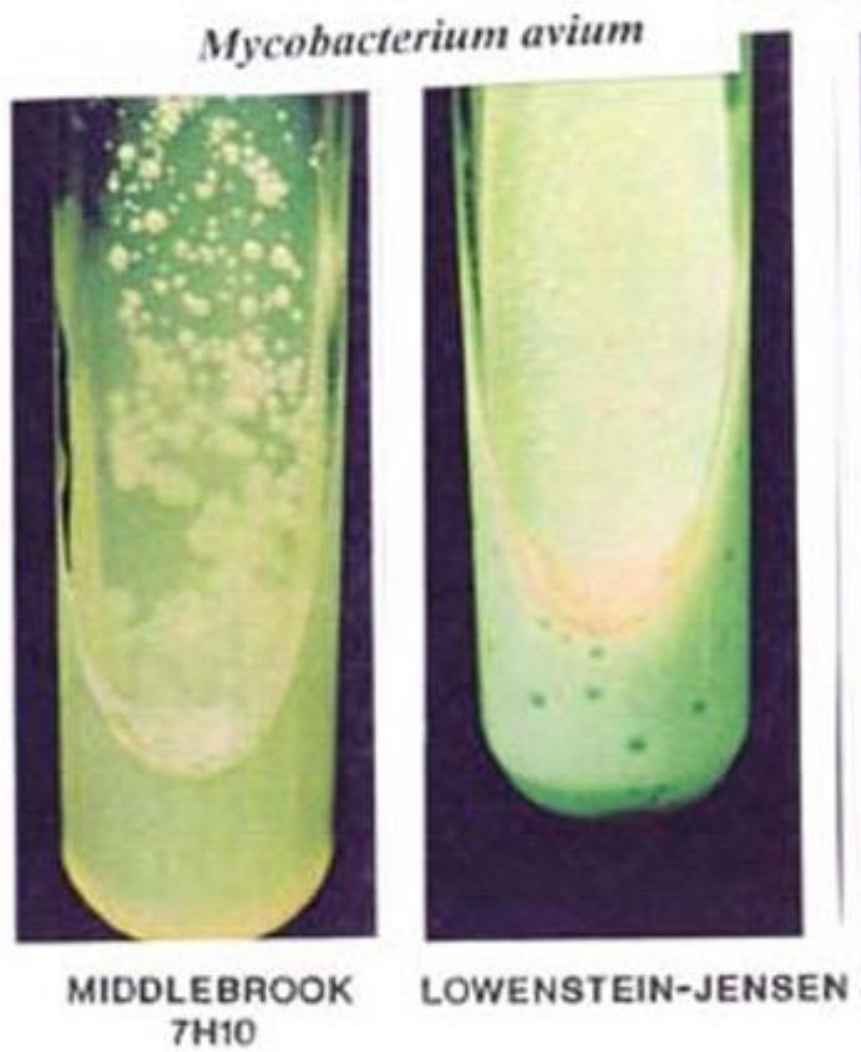
MAC



HIV enfeksiyonu ve dissemine *M. avium* hastalığı ince bağırsak kesitinin ARB. Fotoğraf, bağırsak biyopsisinin villus ucunda çok sayıda ARB göstermektedir. Granülom yoktur. (Courtesy of L.S. Young.)



Microscopically, *Mycobacterium avium*-intracellular infection is marked by numerous acid fast organisms growing within macrophages. Lots of bright red rods are seen, particularly in macrophages, in this acid fast stain of lymph node.



HIV'li Hastalarda MAC İnfeksiyonunun Yönetimi

- *Mycobacterium avium complex* (MAC), özellikle CD4 sayısı 50 hücre/mikroL'nin altında olan ve bağışıklık sistemi ciddi şekilde zayıflamış HIV hastalarında ciddi infeksiyonlara neden olan çevresel bakterilerden oluşur.
- Bu infeksiyonlar genellikle ya birden fazla organı etkileyen yaygın hastalık şeklinde ya da sıklıkla antiretroviral tedaviye (ART) karşı inflamatuvar bir yanıtın parçası olarak ortaya çıkan lokalize lenfadenit şeklinde kendini gösterir.



HIV'li Hastalarda MAC İnfeksiyonunun Yönetimi

- Tanı genellikle kan veya doku örneklerinden organizmanın kültürde üremesiyle konulurken, tedavi klaritromisin veya azitromisin gibi makrolidler ile etambutolün kombinasyonunu içeren çoklu ilaç rejimini gerektirir.
- Eskiden profilaksi standart bir uygulama iken, ART'nin bağışıklık fonksiyonunu geri kazandırmadaki yaygın başarısı, MAC insidansını önemli ölçüde düşürmüştü ve modern önleme stratejilerini değiştirmiştir.
- Bağışıklık sisteminin iyileşmesi, hastanın stabil bir viral baskılama ve yeterli CD4 hücre sayısını koruması koşuluyla, tedavinin nihai olarak sonlandırılmasına olanak tanır.

HIV enfeksiyonlu hastalarda *Mycobacterium avium complex* (MAC) tanısı

- Klinik şüphe
- Radyografik görüntüleme
- Kùltürler yoluyla organizmanın kesin tanımlanması
- **Teşhis genellikle enfeksiyonun yaygın mı yoksa lokalize mi olduğuna göre sınıflandırılır:**
- Klinik Şüphe: CD4 sayısı <50 hücre/mikroL olan ve ateş, zatürre, lenfadenopati, hepatosplenomegali veya gastrointestinal semptomlar gösteren HIV hastalarında MAC'dan şüphelenilmelidir.

HIV enfeksiyonlu hastalarda *Mycobacterium avium complex* (MAC) tanısı

- **Görüntüleme:** Batın BT değerli olabilir. Lokalize hastalıkta, genellikle mezenterik veya karın lenf düğümlerinde büyüme görülür. Yaygın hastalıkta ise lenfadenopati, hepatosplenomegali veya ince bağırsak kalınlaşması görülebilir; ancak vakaların %25'ine kadarında tarama normal olabilir.

Radyografik İpuçları ve Kısıtlılıklar (BT Görüntüleme)



Organizmanın Tanımlanması:

- **Dissemine Hastalık:** Tanı genellikle kan kültürlerinden veya lenf düğümlerinden MAC izole edilerek doğrulanır. Kemik iliği veya karaciğer biyopsi örneklerinden de organizma elde edilebilir.
- **Lokalize Hastalık:** Kan kültürleri genellikle sterildir. Tanı, genellikle lenf düğümünden alınan doku aspiratının kültürüyle doğrulanır. Kültürler negatifse (örneğin, hasta zaten tedavi altındaysa), histoloji iyi oluşmuş granülomlar gösterebilir.
- **Tür Tanımlaması:** MAC'ı *Mycobacterium tuberculosis*'ten ayırt etmek için moleküler yöntemler kullanılır.
- **Duyarlılık Testi:** Tüm izolatlar üzerinde makrolid duyarlılık testi yapılmalıdır, ancak bu sonuçlar beklenirken tedavi geciktirilmemelidir.

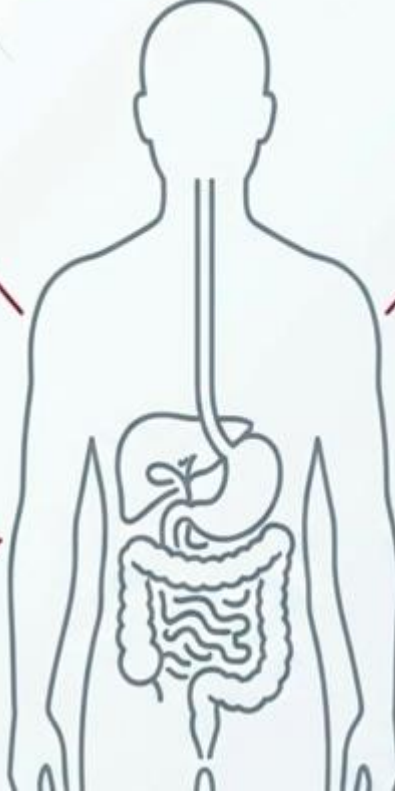
Dissemine Enfeksiyon Profili

Ateş ($\geq 39^{\circ}\text{C}$) -
Hastaların %78'inde
görülür.

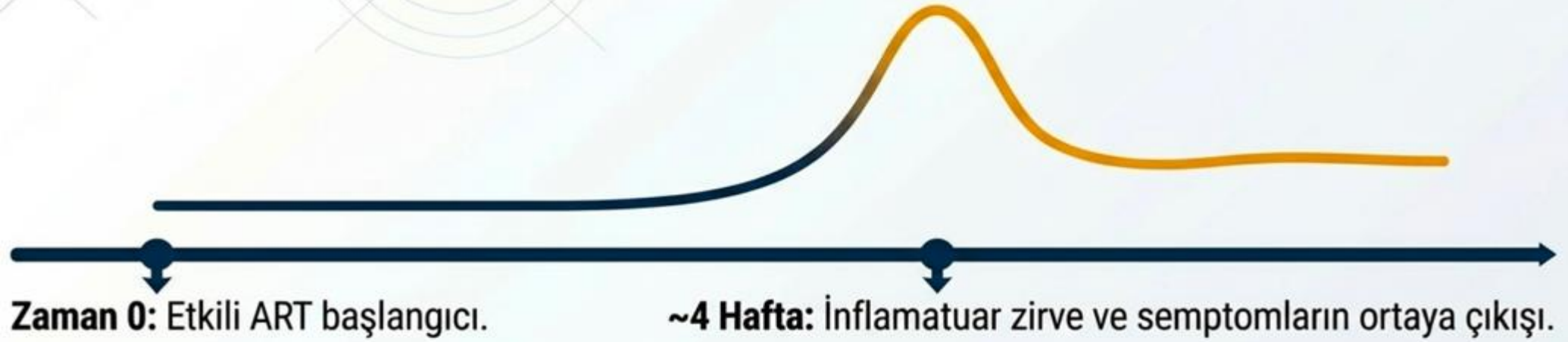
Ciddi kilo kaybı (%100).
**Gece terlemeleri, karın
ağrısı ve diyare** (%44).

Anemi (Sık görülen
laboratuvar bulgusu).

**Artmış Alkalen Fosfataz
(ALP) ve Laktat
Dehidrogenaz (LDH).**



Lokalize Hastalık ve IRIS (İmmün Rekonstitüsyon)



Klinik Bulgular:

Odak noktası: Servikal, intraabdominal veya mediastinal lenfadenit.

Nadir/Atipik formlar: Spinal MAC, nekrotik subkutan nodüller, osteomyelit.

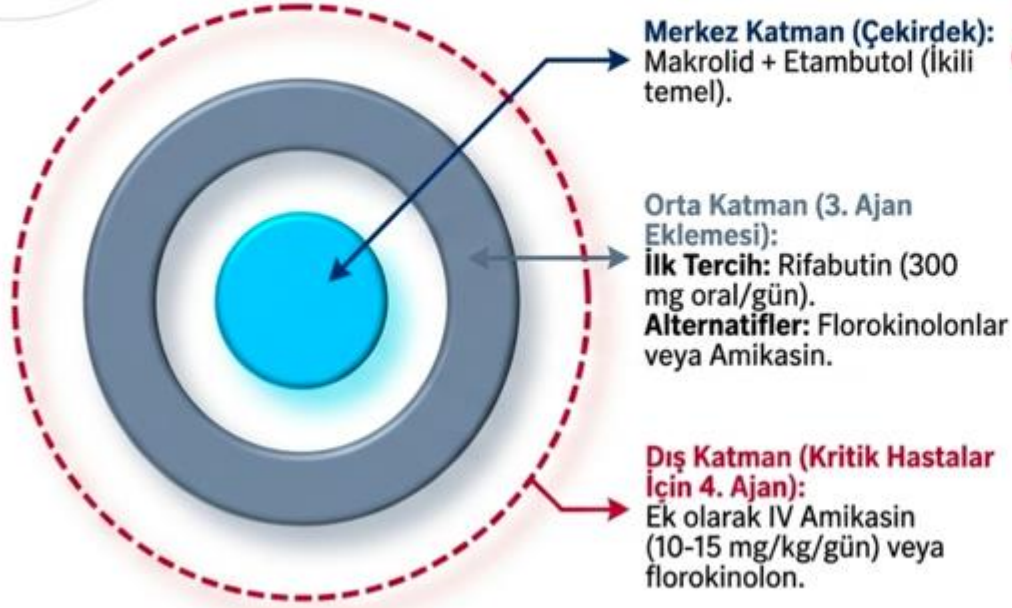
Patoloji Notu:

Kan kültürleri sterildir; doku biyopsisinde nispeten az sayıda organizma içeren iyi biçimlenmiş granülomlar görülür.

MAC İnfeksiyonunun Tedavisi

- İlaç direncini önlemek için kombine antimikrobiyal tedavi rejimleri kullanılır.
- **Antimikrobiyal Tedavi Yöntemleri:**
- **Lokalize Hastalık:** Makrolid (klaritromisin veya azitromisin) ve etambutol içeren ikili bir tedavi rejimi kullanılır.
- **Yaygın Hastalık:** Makrolid ve etambutole tercihen rifabutin olmak üzere üçüncü bir ajan eklenir. Rifabutin kullanılamıyorsa, alternatifler arasında florokinolonlar (levofloksasin veya moksifloksasin) veya parenteral aminoglikozidler (amikasin) bulunur.

Dissemine Hastalık Rejimi (Çoklu Tedavi Katmanları)



Kritik Etkileşim Uyarısı:
Rifabutin, CYP3A4 inhibitörü olduğundan Proteaz İnhibitörleri ile doz ayarlaması gerektirir.

**Biktegravir ile birlikte
KULLANILMAMALIDIR.**

MAC İnfeksiyonunun Tedavisi

- **Makrolidler:** Klaritromisin genellikle kılavuzlarda ilk tercih, ancak ilaç etkileşimleri veya intolerans konusunda endişeler varsa azitromisin sıklıkla kullanılan bir alternatiftir.
- **Etambutol:** Nüks oranlarını düşürdüğü gösterildiği için tercih edilen ikinci ajandır.

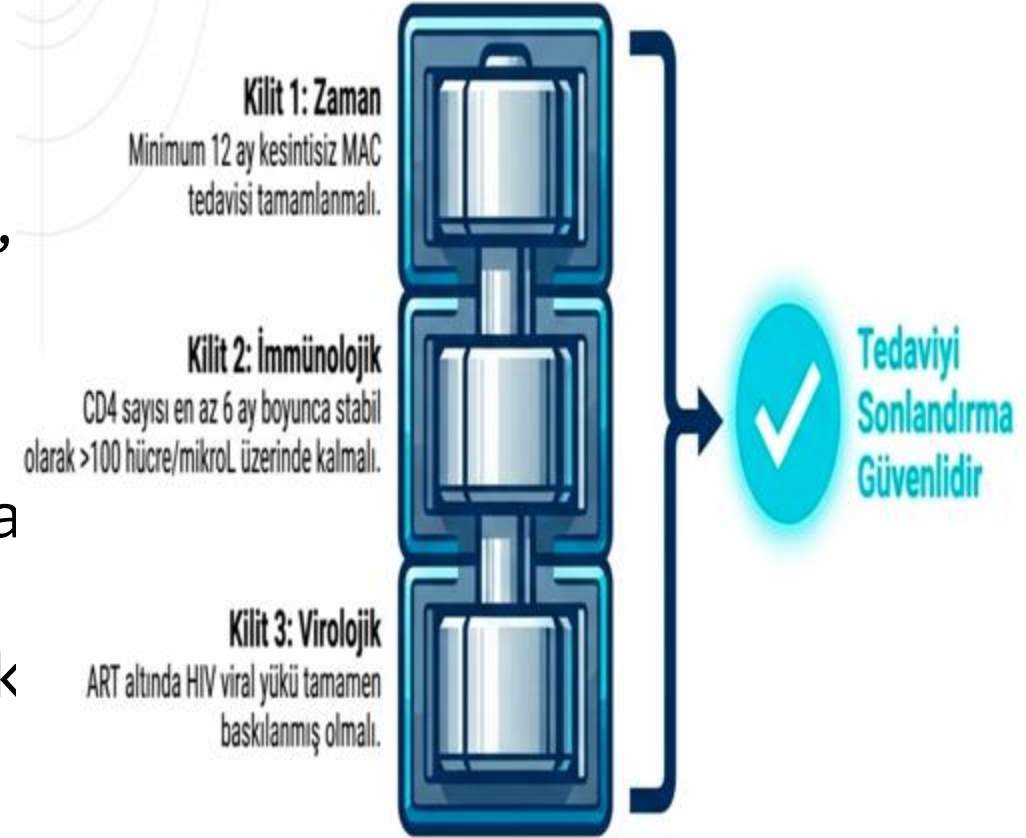
Antiretroviral Tedaviye (ART) Başlama:

- Hasta daha önce tedavi görmemişse, MAC tedavisine başlandıktan sonra mümkün olan en kısa sürede ART'ye başlanmalıdır.
- Hasta zaten ART alıyorsa, HIV viremi tamamen baskılanmamışsa tedavi rejimi devam ettirilmeli ve optimize edilmelidir.

Tedavi takibi

- Minimum Süre: MAC tedavisi **en az 12 ay** sürmelidir.
- Tedavinin Sonlandırılması Kriterleri: Tedavi, ancak hasta 12 aylık tedaviyi tamamladıktan
- **En az 6 ay boyunca CD4 sayısını >100 hücre/mikroL seviyesinde** tuttuktan sonra sonlandırılabilir.
- İzleme: Hastalar klinik iyileşme (tipik olarak 2-4 hafta içinde ateş sınırlar) ve etambutol kaynaklı optik nörit veya rifabutin kaynaklı üveit gibi yan etkiler açısından izlenmelidir.

Çıkış Stratejisi: Tedaviyi Sonlandırma Kriterleri



Kanıt: Bu 3 kriter karşılandığında idame tedavisinin kesilmesi güvenlidir (Gözlemsel kohortlarda nüfus oranı 100 kişi-yılında sadece 1-1.44'tür).

Olgu 2:

- 22 yaş, E
- Bekar, lise mezunu, garson
- 2 haftadır ÜSYE, ateş, GD bozukluğu
- 1 haftadır oral alım azalmış, günde 10-15 kez olan kusma mevcut, ishal yok, 1 haftada 4 kilo kaybetmiş.
- Acilde ölçülen ateşi 40°C.

- FM: Orofarenks: hiperemik, candidal plaklar mevcut batında yaygın hassasiyet var
- Crp:151mg/L wbc: 3000/ μ l neu: 1430 lym: n gfr:91 prc: 0.47 ng/ml
Na:124mmol/L Ast: 45 Alt:48 Alb:36 g/L
- Anti HIV:? Hbs Ag:- Anti HCV: -
- Toraks bt: doğal
- Abdominopelvik bt: İleal jejunal anslarda duvar kalınlık artışı, villuslarda belirginleşme, enterit

İlk Yatış: 25/4/2026-9/5/2026 arası

- 25/4/2026: akut batın açısından genel cerrahiye danışıldı
- Enfektif odak HSM? açısından BT çekildi
- EBV Vca Ig M: Negatif, Coombslu wright testi:negatif
- Vdrl: negatif, Tpha: pozitif

Yüzeyel USG : (28/4/2026)

- sol servikal zincirde en büyüğü 17x7 mm, sağ servikal zincirde en büyüğü 21x7 mm boyutlu olmak üzere level 2-3-4 düzeyinde yağlı hilusları izlenebilen bazıları kalın korteksli ovoid formda reaktif görünümlü multiple sayıda lenf nodu
- Her iki aksiller bölgede en büyüğü sağda 18x7 mm, solda 18x9 mm boyutlarında birkaç adet reaktif lenf nodlu
- Sağ inguinal bölgede büyüğü 17x5 mm boyutlarında yağlı hilusları izlenebilen ovoid tarzda reaktif lenf nodu



Ne düşünürsünüz?

Önerileriniz?

- HIV RNA: 895000 kopya/ml
- CD4: 7 (%1.78)
- 2 set kan kx: 4 şişede *Salmonella spp* üredi, tiplendirme için referans lab.a gönderildi
- ART (TDF+Emtrisitabin+DTG) başlandı.
- SXT profilaksisi başlandı.
- Hastanın başlanmış olan seftriakson tedavisinde devam edildi.

- Bu sırada hastanın Salmonella üremesi olan kan kx sonucu vitek ile doğrulanıp direnç profili de disk difüzyon ile doğrulandı. Kx sonuçları sisteme yansıdı. 29/4/2026:
- Salmonella spp.

D) Imipenem, Pip. tazobaktam, Meropenem

Yüksek dozda duyarlı) Seftazidim, Amoksisilin klavulonat,
Seftriakson

R) Ciprofloksasin, Ampisilin

- Kranial Bt'de Her iki orta konkada sıvı dansiteleri mevcut. Etmoid, maksiller, sfenoid sinüslerde mukozal kalınlaşma mevcut, sol maksiller sinüs tabanında retansiyon kisti var.
- Hastanın seftriakson tedavisine yanıt alınmış olması sebebi ile tedaviye devam edildi.
- TEE: Vejetasyon tespit edilmedi.
- Göz dibi: Doğal
- Crp:5 mg/L wbc: 4000/ μ l neu: %67 lym:%33 n gfr:91 prc: 0.01ng/mL Na:136 mmol/L Ast: 45U/L Alt:44U/L Alb:36 g/L
- Seftriakson tedavisiyle altında genel durumu düzelen, ateşi olmayan hastanın alınan kontrol kan kx.leride de üremesi olmaması üzerine, toplam tedavi 14 güne tamamlanarak oral amoksisilin klavulonat ile taburcu edildi.

İkinci Yatış: 14/5-28/5 arası

- Hasta poliklinik takiplerinde taburcu olduktan 5 gün sonra başlayan ateş ile başvurdu.
- FM: GD, bilinç açık, oryante koopere

Ateş: 39°C TA:100/60 Nabız:126

OF: doğal

Solunum muayenesi: ral yok, ronkus yok

Batın: rahat, defans yok, rebound yok

PTÖ:-/-

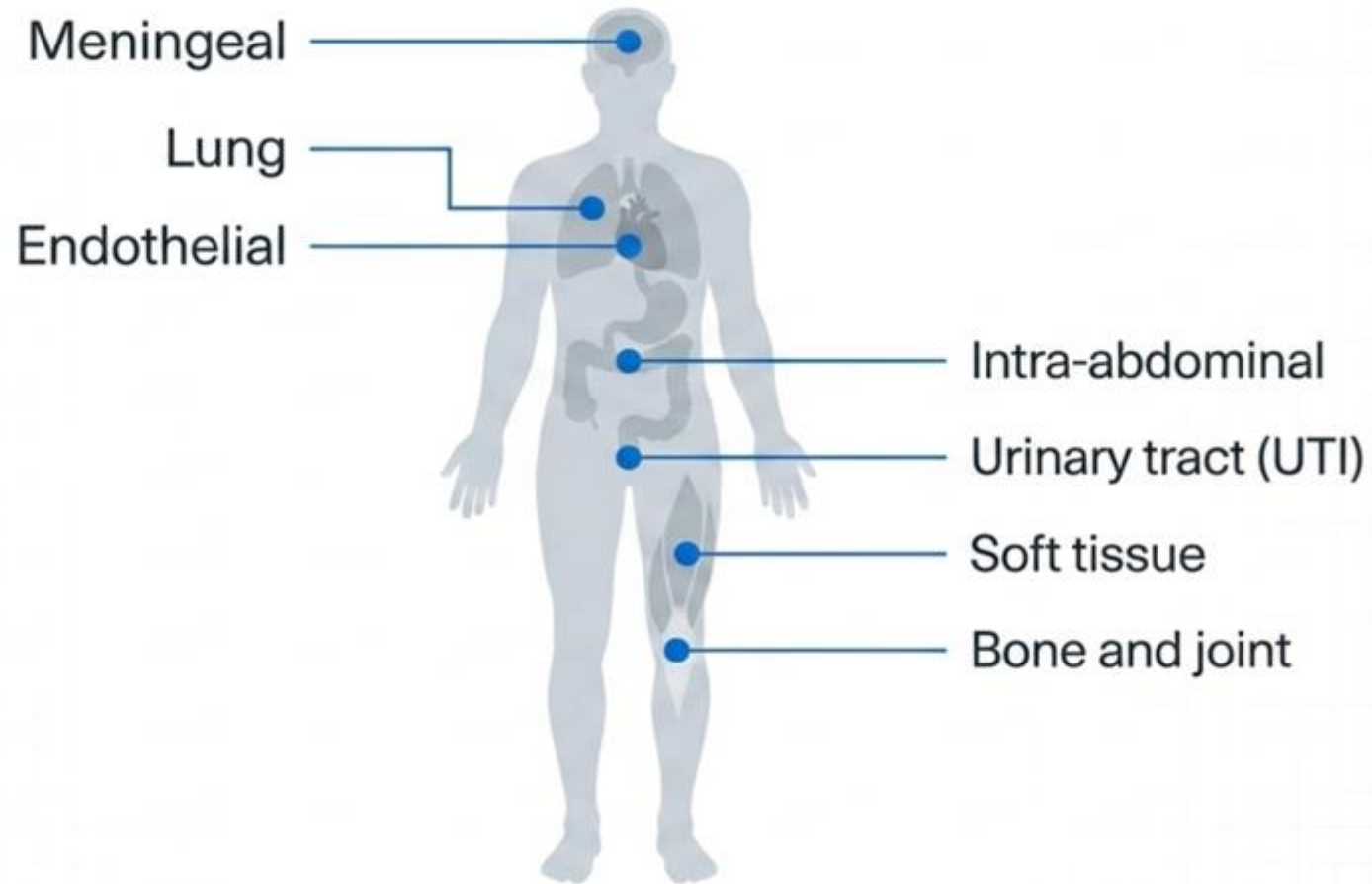
- Crp:140 mg/L wbc: 4000/ μ l
- neu: %70 lym: %30 gfr:91 prc: 0.41 ng/mL Na:140mmol/L Ast: 40 U/L
Alt:39IU/L Alb:37 g/L
- Kontrastlı Beyin MRG: Paranasal sinüslerde mukozal kalınlaşmalar mevcuttur. Akut sinüzit ile uyumlu olabilir.
- Kan ve idrar kx: Üreme olmadı.
- Toraks BT: Her iki akciğerde parankimde infiltrasyon, kitle yok. Nodül yok. Parankimde peribronkovasküler yoğunluk artışları izlenmiştir.
- Abdominopelvik BT: Doğal



Ne düşünürsünüz?

Önerileriniz?

Anatomical Mapping of Recurrent Foci



- Hastaya meropenem tedavisi başlanıyor. Meropenem tedavisi altında kontrol kan kültürleri alınıyor.
- Tedavinin 14. gününde şikayetleri gerilemiş olan, ateşi olmayan, kontrol kan kxlerinde üreme olmayan hastanın tedavisi sonlandırılıyor.

Patojene Özgü Tedavi

Nontyphoidal *Salmonella* Türleri

- HIV enfeksiyonu olmayan bağışıklık sistemi sağlam kişilerde, genellikle **Nontyphoidal *Salmonella*** türlerinin neden olduğu *Salmonella* gastroenteriti için antibiyotik tedavisine genellikle gerek duyulmaz, çünkü durum genellikle kendiliğinden iyileşir ve tedavi taşıyıcılık süresini uzatabilir.
- Buna karşılık, HIV pozitif ve salmonellozlu tüm kişilerin tedavi edilmesi gerekir. Özellikle, HIV enfeksiyonu, HIV enfeksiyonu olmayan kişilere kıyasla *Salmonella* bakteriyemisi riskini 20-100 kat, ölüm oranını ise 7 kata kadar artırır.

Tedavi

- Siprofloksasin tercih edilen ajandır.
- Levofloksasin ve moksifloksasin gibi diğer florokinolonlar alternatif olarak önerilmektedir.
- Antibiyotik duyarlılığına bağlı olarak, florokinolonlara alternatifler arasında TMP-SMX veya seftriakson gibi geniş spektrumlu sefalosporinler yer almaktadır..

- HIV ile ilişkili nonTyphi *Salmonella* infeksiyonu için optimal tedavi süresi henüz belirlenmemiştir. CD4 sayısı ≥ 200 hücre/mm³ olan ve bakteriyemi olmaksızın hafif gastroenterit geçiren hastalar için 7-14 günlük tedavi önerilir. Aynı hastalarda bakteriyemi varsa, bakteriyeminin ortadan kalktığı belgelenmişse 14 gün uygundur. Bakteriyemi devam ederse veya infeksiyon komplike ise (yani metastatik odak varsa) daha uzun tedavi önerilir.
- İleri evre HIV hastalığı (CD4 sayısı < 200 hücre/mm³) ve *Salmonella* infeksiyonu olan tüm hastalar için, genellikle en az 2 hafta antibiyotik tedavisi önerilir; şiddetli hastalık veya bakteriyemi durumunda ise bu süre 6 haftaya kadar uzatılabilir.

- HIV ve Salmonella bakteriyemisi olan kişilerde, özellikle ileri HIV hastalığı olanlarda, tedavi sonrası tekrarlama açısından klinik olarak izleme yapılmalıdır.
- Tekrarlama, bakteriyemi veya intraabdominal, endotelyal, idrar yolu, yumuşak doku, kemik ve eklem, akciğer veya meninks odakları dahil olmak üzere anatomik olarak lokalize bir enfeksiyon şeklinde ortaya çıkabilir.
- Tekrarlayan Salmonella bakteriyemisi, AIDS'i tanımlayan bir hastalıktır ve ART ile HIV baskılanması, tekrarlayan hastalık riskini azaltabilir.
- Ayrıca, hastalığın tekrarlama tedavi sırasında antimikrobiyal direncin geliştiğini gösterebilir.



- Teşekkür ederim,