

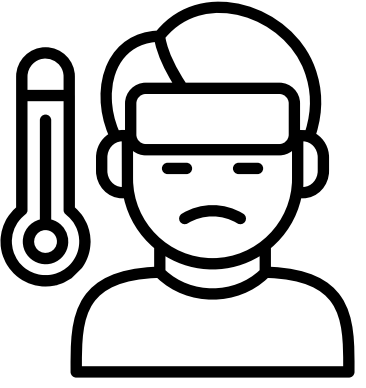


T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Olgu Sunumu

Dr. Öğr. Üyesi Bilge Çağlar
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Olgu Sunumu



27 yaşında erkek hasta, 24.08.2022 tarihinde ateş, avuç içi ve ayak tabanında döküntü, eklem ağrısı ve kanlı ishal şikayetleri ile dahiliye polikliniğine başvurmuş.

Hikayesi:

- Son 2 yıldır aralıklı karın ağrısı-ishal atakları (günde 4-5 kez sulu, dışkılama sonrası kanama)
- Son 2 haftadır büyük ve küçük eklemlerde gezici ağrı
- 1 haftadır avuç içi ve ayak tabanında döküntü
- Yeni başlayan ateşi olması üzerine dahiliye servisi yatış

Özgeçmiş:

- Bilinen kronik hastalık yok
- Düzenli ilaç kullanımı yok

Fizik muayene



- **Ateş: 38,9°C, Nabız: 160/dk**, TA: 127/79 mmHg, Solunum Sayısı: 20/dk SpO₂: %96
- Genel durumu orta, bilinç açık koopere-oryante
- Kardiyovasküler sistem: S1-S2 doğal, ek ses-üfürüm yok
- Solunum sistemi: doğal
- Batın: rahat, defans-rebound yok, palpasyonla hassasiyet mevcut. **Bağırsak sesleri hiperaktif**, KVAH bilateral negatif
- Deri-Mukozalar: **el ayası ve ayak tabanında 2-5 mm çaplı, makülopapüler ve püstüler döküntüler izlenmiş.**
- Kas-iskelet sistemi: **her iki ayak bileğinde, distal ve proximal interfalangeal eklemlerde ısı artışı ve şişlik**

Laboratuvar Sonuçları



Test Adı	Örnek Tarihi	Sonuç Tarihi	P.D	Sonuç	S.Detay	Birim	Sonuç Durumu
Hemogram	24/08/22 12:23	24/08/22 12:41					
WBC	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		13,9		10 ³ /uL	▲ Yüksek
RBC	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		4,84		10 ⁶ /uL	Normal
HGB	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		12,2		g/dl	▼ Düşük
HCT	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		38		%	▼ Düşük
MCV	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		78,3		fL	▼ Düşük
MCH	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		25,2		pg	▼ Düşük
MCHC	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		32,1		g/dl	Normal
RDW-SW	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		13,8		%	Normal
PLT	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		370		10 ³ /uL	Normal
MPV	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		10		fL	Normal
NEUT%	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		71,7		%	Normal
LYM%	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		20,9		%	Normal
MON%	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		6,8		%	Normal
EOS%	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		0,5		%	Normal
BASO%	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		0,1		%	Normal
NEUT	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		9,96		10 ³ /uL	▲ Yüksek
LYM	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		2,9		10 ³ /uL	Normal
MON	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		0,94		10 ³ /uL	Normal
EOS	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		0,07		10 ³ /uL	Normal
BASO	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		0,02		10 ³ /uL	Normal
PCT	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		0,4		%	Normal
PDW	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		16,3		%	Normal
RDW-SD	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		43		fL	Normal
NRBC#	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		0		10 ³ /uL	Normal
NRBC%	24/08/22 12:24	24/08/22 12:41		0		%	Normal

Test Adı	Örnek Tarihi	Sonuç Tarihi	P.D	Sonuç	S.Detay	Birim	Sonuç Durumu	Faz	Referans Değer
Glukoz	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		105		mg/dL	Normal		74 - 106
Üre (serum)	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		31		mg/dL	Normal		16,6 - 48,5
Ürik Asit	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		4,5		mg/dL	Normal		3,4 - 7
AST	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		26		U/L	Normal		0 - 40
ALT	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		38		U/L	Normal		0 - 41
LDH (Laktik Dehidrogenaz)	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		207		U/L	Normal		135 - 225
Kreatinin PANEL	24/08/22 12:23	24/08/22 13:40							
EGFR	24/08/22 12:23	24/08/22 13:40		121,8		ml/dk/...	Normal		
Kreatinin	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		0,81		mg/dL	Normal		0,7 - 1,2
Albümin	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		43,3		g/L	Normal		35 - 52
i : 4.33 -g/dL									
Düzeltilmiş Kalsiyum	24/08/22 12:23	24/08/22 13:40		9,136		mg/dL	Normal		8,4 - 10,2
Sodyum (Na)	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		134		mmol/L	▼ Düşük		136 - 145
Potasyum	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		4,9		mmol/L	Normal		3,5 - 5,1
Klor (Cl)	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		98		mmol/L	Normal		98 - 107
Kalsiyum (Ca)	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		9,4		mg/dL	Normal		8,6 - 10
Fosfor (P)	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		3,3		mg/dL	Normal		2,5 - 4,5
Magnezyum	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		2,15		mg/dL	Normal		1,6 - 2,6
CRP (Türbidimetrik)	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		66,4		mg/L	▲ Yüksek		0 - 5
Procalcitonin	24/08/22 12:23	24/08/22 13:04		0,722		ug/L	▲ Yüksek		< 0,5
Sedimantasyon	22/08/22 15:22	23/08/22 09:05		120		mm/saat	▲ Yüksek		0 - 15



- Kan kültürü alınmış.
- Romatolojik panel
- Endoskopi- kolonoskopi- MR abdomen
- Ekokardiyografi
- Elisa (Anti-HIV, TPHA, VDRL, HbsAg, Anti-Hbs, Anti HCV)

- **Ampirik Tedavi**

- Siprofloksasin 750 mg 2*1 , metronidazol 500 mg 3*1 başlanmış.

- **Mikrobiyolojik Sonuçlar**
 - Kan kültürü: Negatif
 - Anti HIV: Negatif
-



- **Otoimmün Panel**
- ANA: Negatif
- RF: Negatif
- Anti-CCP: Negatif
- Anti-dsDNA: Negatif
- Anti-endomisyum antikor: Negatif
- Anti Gliadin IgA ve IgG: Negatif
- Doku transglutaminaz IgA ve IgG: Negatif

Endoskopi ve Görüntüleme Sonuçları

Gastroskopi:

- Antral hiperemi

Kolonoskopi:

- Makroskopik olarak normal (Grade 1 internal hemoroid dışında patoloji yok)

Abdominal MR:

- Bağırsak duvar kalınlaşması yok, İBH lehine bulgu saptanmadı. Reaktif görünümlü paraaortik sub-santimetrik LAP

Ekokardiyografi

- Vejetasyon saptanmadı.
- Kapak yapıları normal



Taburcu

- Ateşı yok, vitalleri stabil
- Genel durumu iyi
- İshal şikayeti gerilemiş
- 29.08.2022' de poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edilmiş.

Poliklinik Kontrolü

- TPHA (+)
- VDRL (+)
- RPR: 1/64
- Sifiliz tanısıyla tek doz benzatin penisilin G 2.4 milyon U im uygulanmış.



Kolonoskopi Patoloji Sonucu

- Rektumda hafif kronik aktif kolit
- Bulgular özgül deęil
- Klinik korelasyon önerilir.

2. Yatış – Ateş Tablosu

Ateş, titreme, çarpıntı, eklem ağrıları ve ellerde morarma şikayetleri ile 07.09.2022 tarihinde dahiliye polikliniğine başvurmuş.

Hikayesi:

- 3 gündür olan üşüme titremenin eşlik ettiği ateş
 - Penisilin uygulamasından 1 gün sonra başlamış
- Ateşe eşlik eden çarpıntı
- Ateşli dönemlerde ellerde morarma
- 3 haftadır büyük ve küçük eklemlerde gezici ağrı ile dahiliye servisine yatırılmış.

08.09.2022- enfeksiyon konsültasyonu

- Ateş tetkik amacıyla kliniğimize devralındı.

Epidemiyolojik Öykü

- 2 ay önce Güneydoğu Anadolu seyahati
- **Korunmasız cinsel temas öyküsü**
 - Tek cinsel partner
- **Taze peynir yeme öyküsü mevcut**
- Kene teması yok
- Hayvan teması yok
- Yurtdışı seyahat öyküsü yok



Fizik muayene



- **Ateş: 38°C, Nabız: 120/dk**, TA: 110/68 mmHg, Solunum Sayısı: 20/dk, SpO₂: %98
- Genel durumu iyi, bilinç açık koopere-oryante
- Kardiyovasküler sistem: S1 + S2 normal, ek ses- üfürüm yok
- Solunum sistemi: doğal
- Batın: rahat, defans- rebound yok, KVAH bilateral negatif
- Ürogenital sistem: doğal, akıntı-ülser yok
- Deri-Mukozalar: **Palmoplantar makülopapüler ve püstüler lezyonlar gerileme eğiliminde.**
Ateşli dönemde ellerde Raynaud fenomeni izlendi.



Laboratuvar Sonuçları

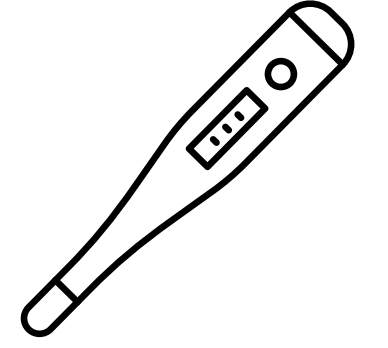


Test Adı	Örnek Tarihi	Sonuç Tarihi	P.D	Sonuç	S.Detay	Birim	Sonuç Durumu
Hemogram	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14					
WBC	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		15,7		10 ³ /uL	▲ Yüksek
RBC	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		4,28		10 ⁶ /uL	Normal
HGB	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		10,6		g/dl	▼ Düşük
HCT	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		34		%	▼ Düşük
MCV	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		79,2		fL	▼ Düşük
MCH	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		24,8		pg	▼ Düşük
MCHC	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		31,3		g/dl	Normal
RDW-SW	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		14,5		%	Normal
PLT	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		209		10 ³ /uL	Normal
MPV	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		12,9		fL	▲ Yüksek
NEUT%	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		75,8		%	Normal
LYM%	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		14,2		%	Normal
MON%	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		7,5		%	Normal
EOS%	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		2,4		%	Normal
BASO%	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		0,1		%	Normal
NEUT	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		11,9		10 ³ /uL	▲ Yüksek
LYM	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		2,2		10 ³ /uL	Normal
MON	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		1,17		10 ³ /uL	Normal
EOS	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		0,38		10 ³ /uL	Normal
BASO	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		0,01		10 ³ /uL	Normal
PCT	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		0,3		%	Normal
PDW	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		16,9		%	Normal
RDW-SD	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		46		fL	Normal
NRBC#	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		0		10 ³ /uL	Normal
NRBC%	07/09/22 14:23	07/09/22 16:14		0		%	Normal

Test Adı	Ornek Tarihi	Sonuç Tarihi	P.D	Sonuç	S.Detay	Birim	Sonuç Durumu	Faz	Referans Değer
Glukoz	07/09/22 14:23	07/09/22 16:24		104		mg/dL	Normal		74 - 106
Üre (serum)	07/09/22 14:23	07/09/22 16:24		23		mg/dL	Normal		16,6 - 48,5
AST	07/09/22 14:23	07/09/22 16:24		27		U/L	Normal		0 - 40
ilenmiştir.									
ALT	07/09/22 14:23	07/09/22 16:24		27		U/L	Normal		0 - 41
ilenmiştir.									
Kreatinin PANEL	07/09/22 14:23	07/09/22 16:58							
EGFR	07/09/22 14:23	07/09/22 16:58		123,06		ml/dk/...	Normal		
Kreatinin	07/09/22 14:23	07/09/22 16:24		0,79		mg/dL	Normal		0,7 - 1,2
Albümin	07/09/22 14:23	07/09/22 16:24		35,2		g/L	Normal		35 - 52
n : 3.52 - g/dL									
Düzeltilmiş Kalsiyum	07/09/22 14:23	07/09/22 16:58		8,784		mg/dL	Normal		8,4 - 10,2
Sodyum (Na)	07/09/22 14:23	07/09/22 16:24		135		mmol/L	▼ Düşük		136 - 145
Klor (Cl)	07/09/22 14:23	07/09/22 16:24		99		mmol/L	Normal		98 - 107
Kalsiyum (Ca)	07/09/22 14:23	07/09/22 16:24		8,4		mg/dL	▼ Düşük		8,6 - 10
Fosfor(P)	07/09/22 14:23	07/09/22 16:24		3,5		mg/dL	Normal		2,5 - 4,5
Magnezyum	07/09/22 14:23	07/09/22 16:24		1,75		mg/dl	Normal		1,6 - 2,6
CRP (Türbidimetrik)	07/09/22 14:23	07/09/22 16:24		78,29		mg/L	▲ Yüksek		0 - 5
Procalcitonin	09/09/22 13:34	09/09/22 14:55		1,45		µg/L	▲ Yüksek		< 0,5
Sedimantasyon	07/09/22 14:23	08/09/22 09:48		92		mm/saat	▲ Yüksek		0 - 15

Yatışın 2.günü

- Takibinde **38°C ateş** izlendi.
- Hemodinamik olarak stabil seyretti.
- Kan kültürleri alındı.
- Hasta kendi isteğiyle imza vererek hastaneden ayrıldı.



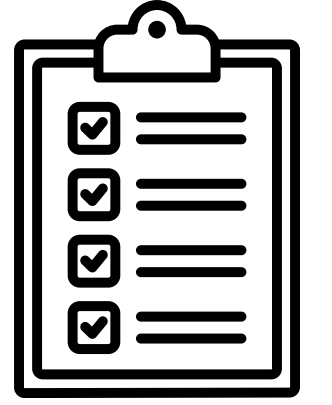
- 2 gün sonra ateşinin devam etmesi üzerine tekrar yatış yapıldı.
- **Ateş: 38°C, Nabız: 110/dk, TA: 110/70 mmHg, SpO₂: %97**

- Ampirik meropenem 3x1 g iv, linezolid 2x600 mg iv başlandı.



1. Bu hastanın ayırıcı tanısında aşağıdaki klinik tabloların hangisi ön planda düşünülmez?

- A) Sekonder sifiliz
- B) Enfektif endokardit
- C) Zoonotik enfeksiyonlar (Bruselloz)
- D) Jarisch Herxheimer reaksiyonu
- E) Kızamık



Endokardit açısından:

- 3 set kan kültürü
- Ekokardiyografi
- Göz dibi incelemesi

Zoonotik / viral enfeksiyonlar açısından:

- Viral serolojiler (Anti-HIV, EBV, CMV, Parvovirüs)
- Rose Bengal
- Coxiella Ig M/Ig G

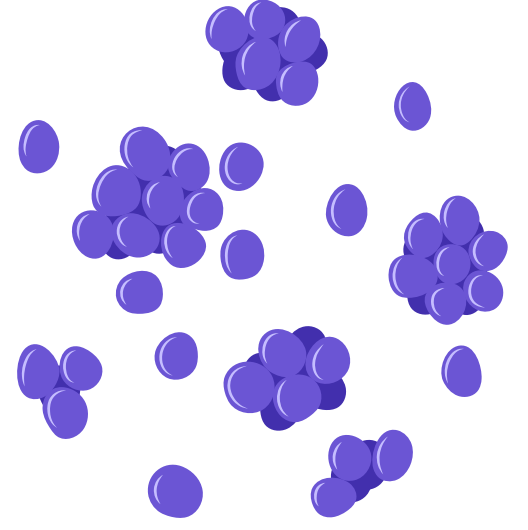
Diğer enfeksiyon odağı araştırması:

- Boyun-Toraks-Batın -Pelvis BT
- Gaita tetkikleri (kültür, mikroskopi, *Clostridium difficile* toksin A)

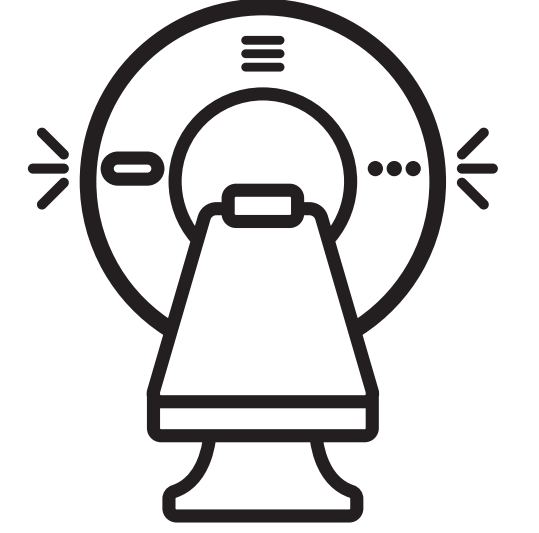
Otoimmün hastalıklar:

- Romatoloji konsültasyonu

- Yatışında alınan kan kültüründe iki sette **Gram pozitif kok** üremesi bildirildi.



Görüntüleme Sonuçları



- **Eko:** Vejetasyon saptanmadı.
- **Göz dibi:** Doğal
- **Boyun BT:** Normal
- **Toraks BT:** Her iki akciğer parankiminde aktif infiltrasyon/kitle/lenfadenopati saptanmadı.
- **Abdomen/Pelvis BT:** Duodenum 2. kıtada divertikül ve paraaortik milimetrik lenf nodları (reaktif?).



Mikrobiyolojik Sonuçlar

- Anti-HIV, Hbs Ag, Anti HCV: Negatif
- Parvovirüs Ig M: Negatif
- EBV VCA IgM: Negatif
- CMV IgM: Negatif
- Brucella (Rose Bengal): Negatif
- Coxiella IgM, IgG (faz 1, 2): Negatif
- Gaitada *Clostridium difficile* toksin A: Negatif

Otoimmün Panel

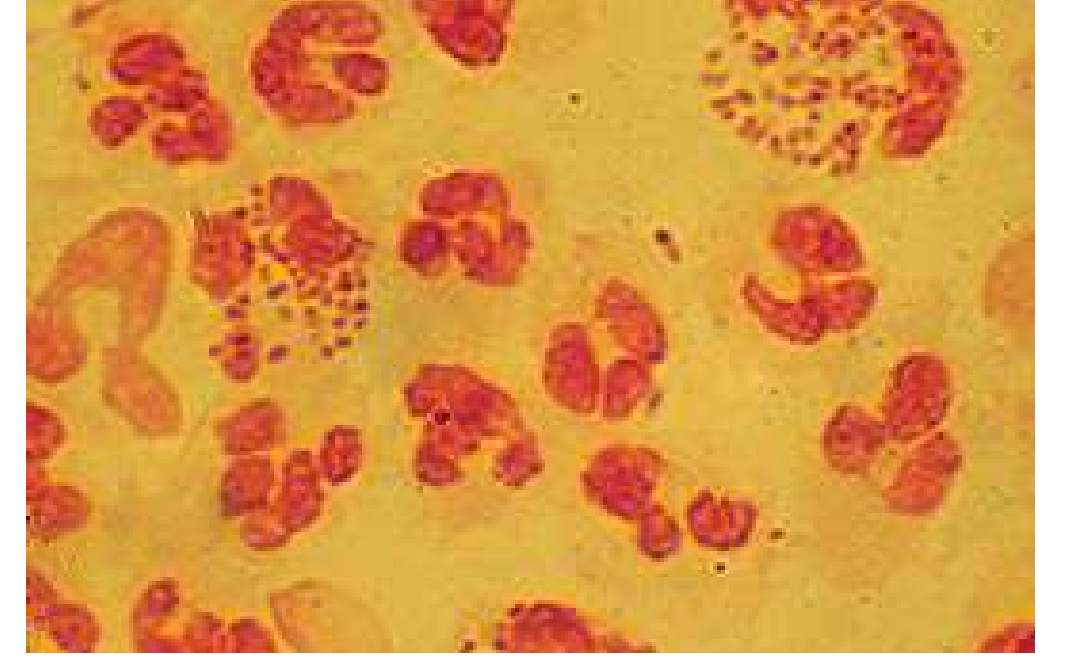
- ANA: Negatif
- ANCA: Negatif
- Anti-fosfolipid: Negatif
- ENA Profili (SS-A, SS-B, RNP/Sm, Sm, Scl-70, Jo-1, anti-histon, anti ribozomal P): Negatif
- Ferritin: 140 µg/L (Normal)

Kan kültürü: ***Neisseria gonorrhoeae***

- Ciprofloxacin → Dirençli (MIC: 1)
- Penisilin → Orta duyarlı (MIC: 0.25)



Gonore



- *Neisseria gonorrhoeae* Gram-negatif, hücre içi diplokoktur.
- 35–38°C’de, özel besiyerinde (Thayer-Martin) ürer.
- Servisit, üretrit, proktit ve pelvik inflamatuvar hastalık gibi genital inflamatuvar sendromların önemli bir etkeni
- Olguların çoğu **asemptomatiktir.**
- Tanıda: Kültür ve nükleik asit amplifikasyon testleri (NAAT)
- Birçok antibiyotiğe (**penisilin, tetrasiklin, florokinolonlar**) direnç geliştirmiştir.
- Tedavide ilk seçenek **seftriakson**
- Son yıllarda 3. kuşak sefalosporinlere karşı duyarlılık azalmakta

Dissemine Gonokok Enfeksiyonu (DGi)

- *Neisseria gonorrhoeae*'nin bakteriyemik yayılımı sonucu gelişir.
- *N. gonorrhoeae* ile enfekte olan hastaların %0,5 ila %3'ünde meydana geldiği tahmin edilmektedir.
- Asemptomatik mukozal enfeksiyon sonrası tanı ve tedavide gecikme sonrası görülür.
- Risk faktörleri: Menstrüasyon, gebelik, kompleman eksiklikleri, eculizumab kullanımı, homoseksüel veya biseksüel erkekler, dirençli suşlarla enfeksiyon
- İki klinik formu mevcut: artrit-dermatit sendromu ve pürülan septik artrit
- Daha nadir olarak endokardit, menenjit ve osteomyelit



2.Dissemine gonokok enfeksiyonu ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A) Hastaların %60'ında genital semptomlar görülmez.
- B) Kan kültürü hastaların çoğunda pozitifdir.
- C) Döküntüler genellikle distal ekstremitelerde görülür.
- D) N. gonorrhoeae ile enfekte olan hastaların %0,5-3'ünde görülür.
- E) En sık görülen klinik formu artrit-dermatit sendromudur.

Surveillance for Disseminated Gonococcal Infections, Active Bacterial Core Surveillance—United States, 2015–2019

Emily J. Weston,¹ Brooke L. Heidenga,² Monica M. Farley,^{3,4} Amy Tunali,^{3,4} Melissa Tobin D'Angelo,⁵ Ashley Moore,⁵ Kimberly Workowski,^{1,3}
Brian H. Raphael,¹ Hillard Weinstock,¹ and Elizabeth Torrone¹

¹Division of STD Prevention (DSTDP) National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STDs, and TB Prevention (NCHHSTP), Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA;

²California Emerging Infections Program, Oakland, California, USA; ³Emory University School of Medicine, Department of Medicine, Atlanta, Georgia, USA; ⁴Atlanta VA Medical Center, Atlanta, Georgia, USA; and ⁵Georgia Department of Public Health, Atlanta, Georgia, USA

- 2015–2019: 77 kültür-pozitif DGI
- İnsidans: 0,13 / 100.000
- Tüm gonore vakalarının %0,06'sı
- %55 kan kültürü pozitif
- %40 eklem sıvısı
- **İzolatların tamamı seftriakson duyarlı**
- %31 siprofloksasin dirençli
- %17 penisilin dirençli

Klinik

1.Artrit-dermatit sendromu

- Ateş, üşüme, halsizlik
- Büyük ve küçük eklemlerde migratuar asimetrik poliartralji
- Tenosinovit
- Distal ekstremitelerde genellikle püstüler / vezikülopüstüler lezyonlar
- Nadiren makülopapüller veya nodüllerde olabilir.
→ Genellikle 2–10 lezyon (nadiren >40)

2.Pürülan artrit formu

- Mono/oligoartrit
- En sık diz, el bileği, ayak bileği
- Nadiren dermatit ve tenosinovitte görülebilir.



Characterizing the Rise of Disseminated Gonococcal Infections in California, July 2020–July 2021

Eric C. Tang,^{1,✉} Kelly A. Johnson,^{1,2} Lizzete Alvarado,¹ Nicole O. Burghardt,¹ Cindy Hernandez,¹ Edwin Lopez,¹ Tazima Jenkins-Barnes,¹ Bryan Hughes,¹ Krysta L. Salas,¹ and Kathleen R. Jacobson¹

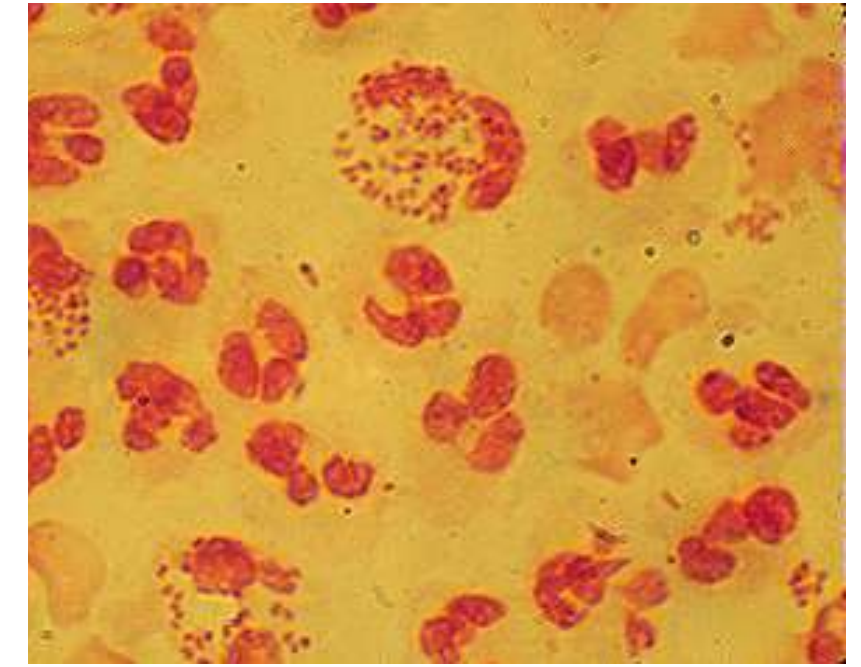
¹Sexually Transmitted Diseases Control Branch, Division of Communicable Disease Control, Center for Infectious Diseases, California Department of Public Health, Richmond, California, USA; and ²Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, University of California, San Francisco, California, USA

- 63.338 gonore vakasında 149 DGI (%0,24)
- İnsidans 0,47/100.000 kişi-yıl.

Klinik Özellik	Oran (%)
Genital semptom yok	61
Septik artrit	53
Poliartralji	35
Ateş	38
Deri lezyonu	12
Bakteremi	31
Hastaneye yatış	92

Tanı

- En az 2 set kan kültürü (intermitan bakteremi): kan kültür pozitifliği %4-70 arasında değişmekte
 - Mukozal örneklerde (ürogenital, rektal, farengeal) nükleik asit amplifikasyon testleri (NAAT)
 - Eklem sıvısı Gram boyama/kültür/NAAT
 - Püstüler deri lezyonlarından gram boyama/kültür/NAAT: Kültür sıklıkla negatiftir, tanısal duyarlılığı düşüktür.
-
- **Eşlik eden CYBH taraması:**
 - HIV
 - Sifiliz
 - *Chlamydia trachomatis*



Tanı

Dođrulanmıř DGi

- Kan, sinoviyal sıvı, BOS veya deri lezyonundan
→ *N. gonorrhoeae*'nin kültür veya NAAT ile gösterilmesi

Olası DGi

- DGi ile uyumlu klinik tablo
- Alternatif neden yok
- Mukozal örnekten (rogenital / rektal / farengeal)
→ *N. gonorrhoeae* kültür veya NAAT pozitifliği

Ayırıcı Tanı

- Sekonder sifiliz
- Viral enfeksiyonlar (HSV, Parvovirüs B19)
- Reaktif artrit
- Otoimmün artritler (RA, SLE)
- Enfektif endokardit
- Mpox



3. Dissemine gonokok enfeksiyonu tanısı konulan ve ampirik olarak meropenem-linezolid tedavisi başlanan hastanın tedavisini nasıl düzenlersiniz?

- A) Mevcut tedaviye deęişiklik yapmadan devam ederim.
- B) Mevcut tedavisine doksisiklin ekleyerek 7 günlük tedavi veririm.
- C) Mevcut tedaviyi keserek seftriakson + doksisiklin 7 gün süreyle veririm
- D) Sadece seftriakson 7 gün süreyle veririm.
- E) Linezolidi kesip meropenem ile 7 günlük tedavi veriririm.

4. Hastanın E nabız kontrollerinde daha önce sifilize ait tetkik bulunmadı. Bu hastada sifiliz evresini nasıl değerlendirirsiniz ve tedavisini nasıl planlarsınız?

A) Primer sifiliz, tek doz benzatin penisilin G 2.4 milyon U yeterlidir.

B) Sekonder sifiliz, tek doz benzatin penisilin G 2.4 milyon U yeterlidir.

C) Erken latent sifiliz, tek doz benzatin penisilin G 2.4 milyon U yeterlidir.

D) Erken latent sifiliz, birer hafta arayla 3 doz benzatin penisilin G 2.4 milyon U uygulam

E) Geç latent sifiliz, birer hafta arayla 3 doz benzatin penisilin G 2.4 milyon U uygulam

Tedavi

- İlk tercih: Seftriakson 1 g iv/im, günde tek doz
- Tedavi süresi **en az 7 gün**
- Pürülan artritte gerekirse drenaj
- Klamidya dışlanmadıysa → doksisiklin 100 mg 2×1 po, 7 gün
- Son 60 gündeki partnerlerin değerlendirilmesi ve tedavisi önemlidir.

Tedavinin 6.günü

- Meropenem ve linezolid kesildi.
- Dissemine gonokok enfeksiyonu tanısıyla seftriakson 1x1 g iv, 7 gün uygulandı.
- Olası Klamidya enfeksiyonu tanısıyla doksisisiklin 100 mg 2x1 po, 7 gün verildi.



4. Hastanın E nabız kontrollerinde daha önce sifilize ait tetkik bulunmadı. Bu hastada sifiliz evresini nasıl değerlendirirsiniz ve tedavisini nasıl planlarsınız?

A) Primer sifiliz, tek doz benzatin penisilin G 2.4 milyon U yeterlidir.

B) Sekonder sifiliz, tek doz benzatin penisilin G 2.4 milyon U yeterlidir.

C) Erken latent sifiliz, tek doz benzatin penisilin G 2.4 milyon U yeterlidir.

D) Erken latent sifiliz, birer hafta arayla 3 doz benzatin penisilin G 2.4 milyon U uygulam

E) Geç latent sifiliz, birer hafta arayla 3 doz benzatin penisilin G 2.4 milyon U uygulam

Sekonder sifiliz

- Primer lezyonun iyileşmesinden 3-6 hafta sonra
- *T. Pallidum*'un hematojen olarak yayılmasına bağlı, dermatolojik, nörolojik ve oküler belirtiler dahil sistemik tutulum

Semptomlar

- Sistemik semptomlar: ateş, baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, boğaz ağrısı, atralji
- Generalize lenfadenopati
- Gövde-ekstremiteler avuç içi ve ayak tabanlarını içeren makülopapüler döküntü
- Palmoplantar tutulum izole olarak görülebilse de, genellikle yaygın döküntünün bir parçasıdır.
- Mukozalarda tutulabilir. Ağız ve perine gibi sıcak ve nemli bölgelerde kondiloma lata adı verilen büyük, kabarık, gri-beyaz lezyonlar gelişebilir.
- Hepatit, üveit, retinit, optik nörit, artrit, tenosinovit



Sifiliz tedavisi

- Primer, sekonder ve erken latent sifilizde benzatin penisilin G, 2.4 milyon U tek doz
- Tersiyer ve geç latent sifilizde benzatin penisilin G, 2.4 milyon U/hafta, im, 3 doz

Penisilin allerjisi varsa;

- Doksisisiklin, 200 mg/gün, 2X1, 14-28 gün
- Seftriakson, 250 mg/gün, im, 10-14 gün

Jarisch–Herxheimer Reaksiyonu

- Spiroket enfeksiyonlarında (sifiliz, leptospiroz, Lyme) antibiyotik sonrası gelişir.
- İlk 24 saatte ortaya çıkan akut inflamatuvar reaksiyon
- %10–35, en sık sekonder sifilizde
- Ateş, titreme, taşikardi, miyalji, döküntüde geçici alevlenme
- Spiroket lizisi → lipoprotein/PAMP salınımı → sitokin fırtınası
- Tanı klinik
- Genellikle 12–24 saatte kendiliğinden düzelir
- Destek tedavi (NSAİİ, parasetamol)

Taburcu

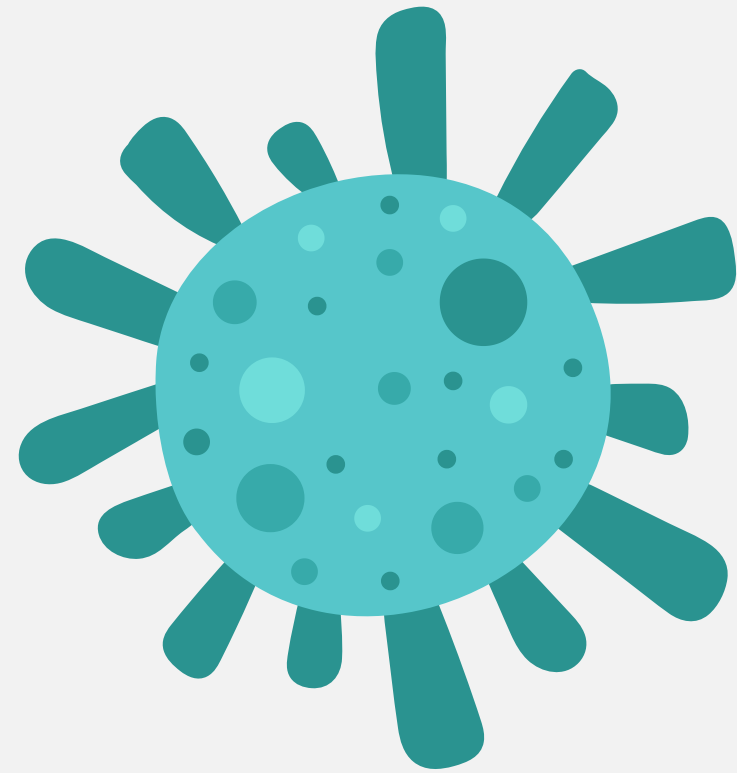
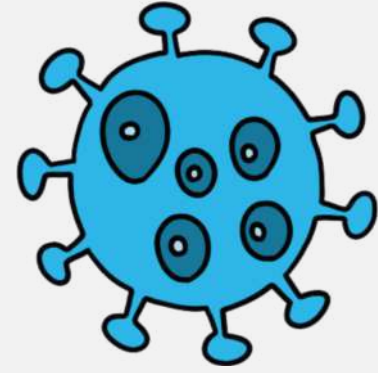
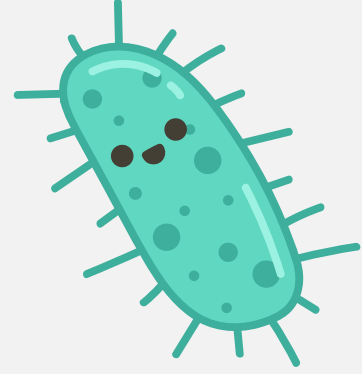
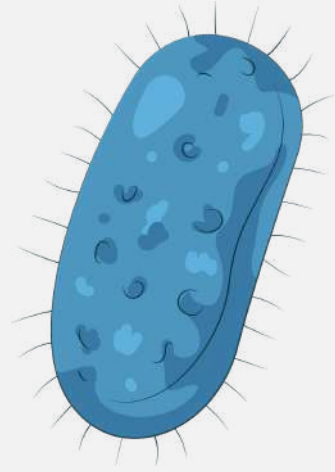
Klinik Seyir

- Ateş geriledi, vital bulgular stabil seyretti.
- Eşlik eden CYBH taramasında ***C. trachomatis* IgG pozitif, IgM sınırdan** saptandı.
- Klinik olarak belirgin düzelme sağlandı.
- Yatışının 11. gününde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç



- Dissemine gonokok enfeksiyonu genital semptom olmadan gelişebilir.
- Palmar–plantar döküntü sekonder sifiliz ile karışabilir.
- Poliartralji, ateş ve döküntü birlikteliğinde dissemine gonokok enfeksiyonu mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır.
- Eşlik eden CYBH'ler (sifiliz, klamidya vb.) mutlaka taranmalıdır.



TEŞEKKÜR EDERİM

