



I. En Zor Olgum: Ne Öğrendim? OLGU-2

**SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir
Hastanesi
Dr. Kübra ŞİRİN**

OLGU-1

R.C.

-43 Yaşında

-Erkek

-Pendik'te apartman dairesinde yaşıyor

-Havalimanında güvenlik görevlisi olarak çalışıyor

Şikayet:

1 haftadır olan ateş, bilinç değişikliği, baş ağrısı ve baş dönmesi

Hikaye:

-Hasta 3 hafta önce sol kulak ağrısı ile dış merkeze başvurmuş→OM

- Topikal tedavi

-Takibinde 1 haftadır olan baş ağrısı ,baş dönmesi ve son 3 gündür eklenen ateş, bilinç değişikliği şikayetleriyle hastanemiz acil servisine başvurmuş

Öz geçmişi:

Bilinen kronik hastalığı yok

Soy geçmişi:

Özellik yok

Fizik Muayene Bulguları:

Ateş: 39 ° Nabız: 101/dakika Tansiyon: 110/70 mmHg Satürasyon:% 98 (OH)

Genel durumu orta-kötü, bilinç uykuya meyilli, non-oryante non-koopere

ES + ve MIB +

Diğer sistem muayeneleri haricen doğal

Acil Servis Başvuru Tetkikleri:

	04/08/2025
Wbc	15840 10 ⁹ /L
Hb	17.3 g/dl
Neu	13200 10 ⁹ /L
Plt	184 10 ⁹ /L
AST	19 U/L
ALT	13 U/L
Kre	1,5 mg/dl
Üre	44 mg/dl
CRP	22 mg/L

Beyin BT:

Intrakranial masif kanama izlenmedi.
Kemik yapılarda major patoloji izlenmedi.

Difüzyon MR:

Akut iskemi lehine belirgin patolojik sinyal değişikliği saptanmamıştır.

Nöroloji Konsültasyon Notu:

NM: Bilinç letarjik, oryante(zaman: ay :+ gün -) koopere

MİB şüpheli pozitif

Görüntülemeleriyle değerlendirildiğinde akut nörolojik patoloji düşünülmedi

**MSS infeksiyonu
ön tanısıyla
interne edildi**



Soru-1

Hastada en az olasılıkla etken ne olabilir?

S. pneumoniae

H. influenzae

M. catarrhalis

S. aureus

Yatışının birinci günü:

*Hastadan 2 set kan kültürü, BOS incelemesi yapıldı

*Kontrastlı Kranial MRG ve Temporal BT planlandı

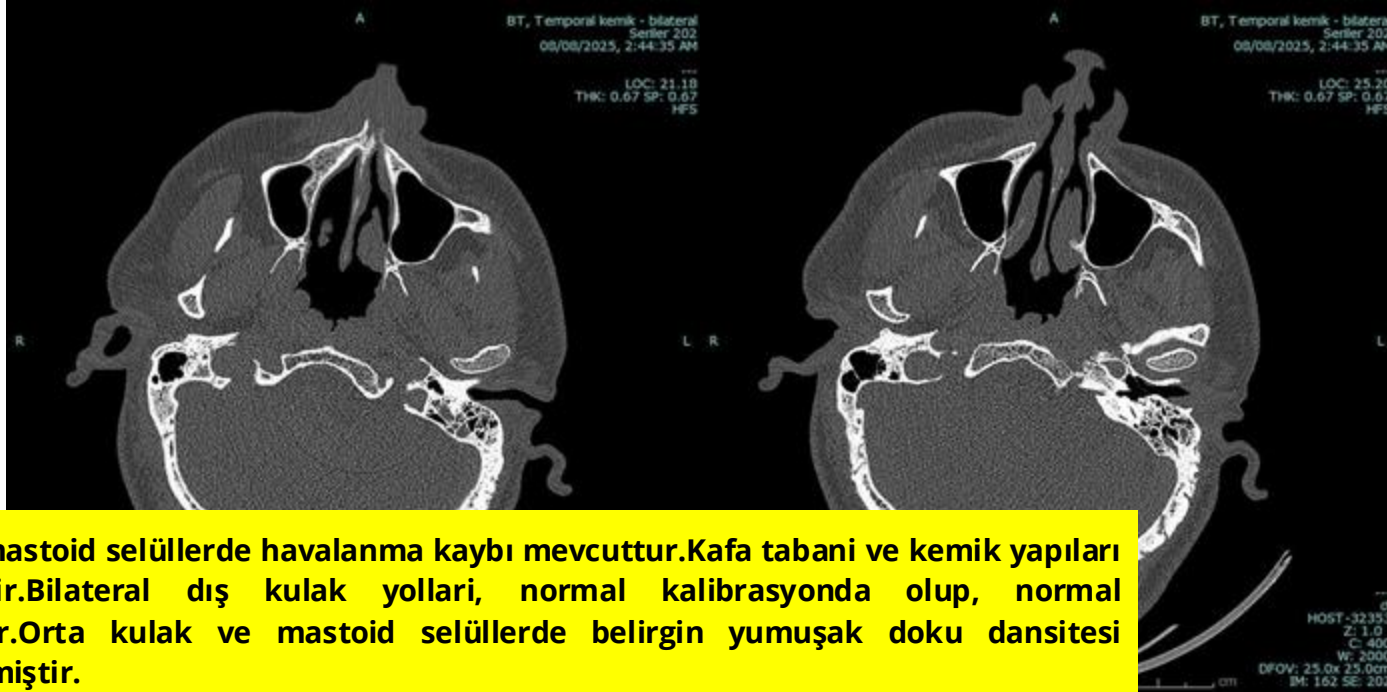
Lomber ponksiyon sonuçları:

Glukoz(BOS)	64 mg/dl (Kan Şekeri:140)
Protein(BOS)	79 mg/L (15-45)
Sodyum(BOS)	135 mmol/L

Hücre sayımı	10 lökosit mm3
BOS kültürü	
BOS Multipleks PCR paneli	Etken saptanmadı

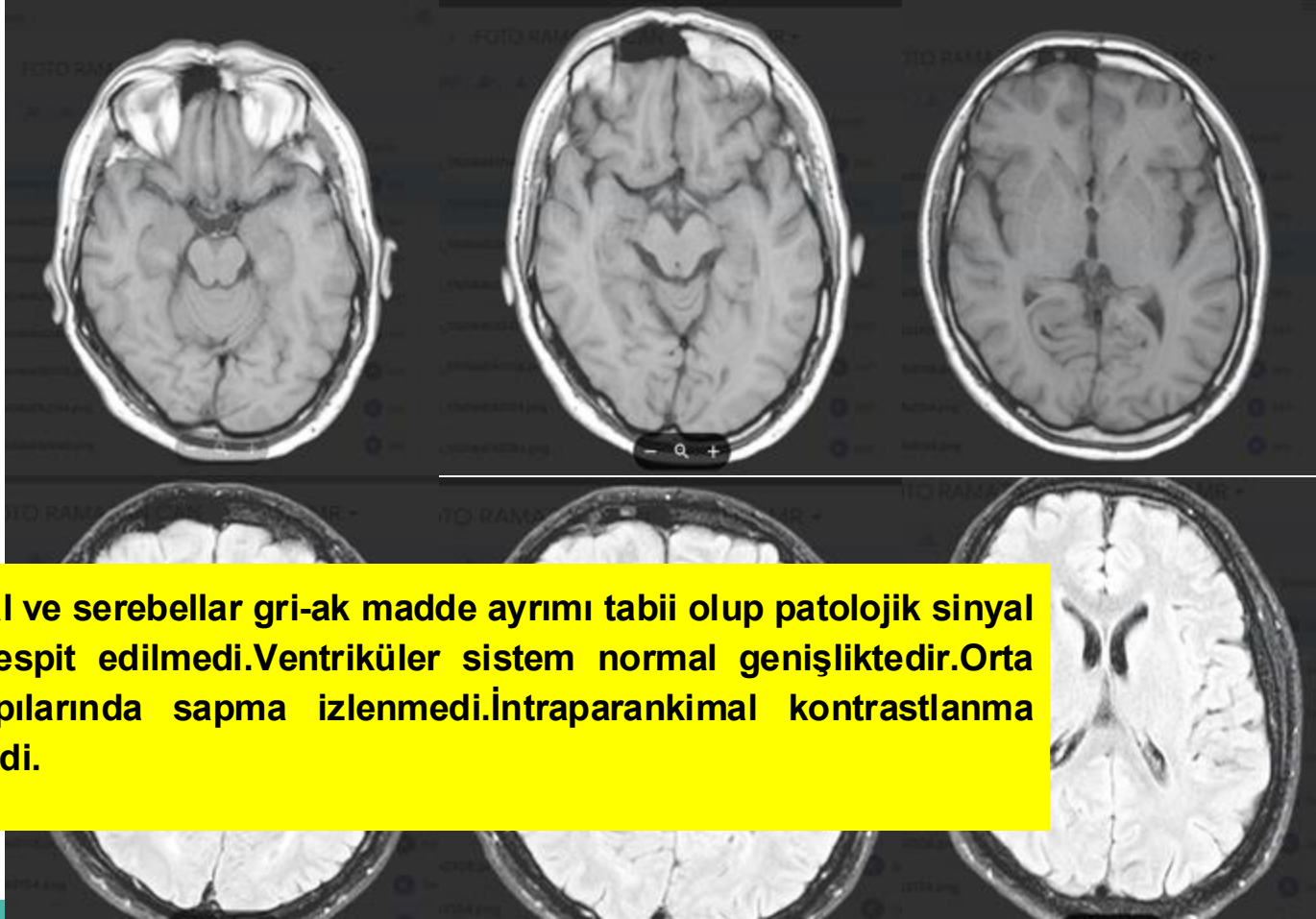
*Empirik seftriakson 2*2 gr flk, vankomisin 2*1 gr flk iv başlandı

Görüntüleme: Temporal BT



Her iki mastoid selüllerde havalanma kaybı mevcuttur. Kafa tabanı ve kemik yapıları normaldir. Bilateral dış kulak yolları, normal kalibrasyonda olup, normal yapıdadır. Orta kulak ve mastoid selüllerde belirgin yumuşak doku dansitesi izlenmemiştir.

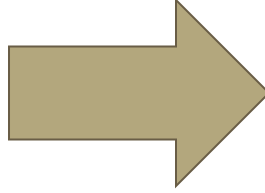
Görüntüleme: Kranial MR



Serebral ve serebellar gri-ak madde ayrımı tabii olup patolojik sinyal kaydı tespit edilmedi. Ventriküler sistem normal genişliktedir. Orta hat yapılarında sapma izlenmedi. İntraparankimal kontrastlanma izlenmedi.

Nöroradyoloji görüşü:

Solda mastoidit mevcut olup
mastoiditin intrakranial uzanımı
görülmedi



KBB görüşü:

Hastanın muayenesinde
patoloji izlenmedi

Yatışının beşinci günü:

*Seftriakson 2*2 gr iv 5. gününde , vankomisin 2*1 gr 5.gününde

*Hastanın mevcut tedavi altında genel durumu orta , **bilinç açık** , oryante koopere, fakat **apatik, uykuya eğilimli**

*Yer , kişi ,zaman oryantasyonu tam

***Hastanın takiplerinde akut böbrek yetmezliği kliniği gelişti ,ön planda vankomisine bağlı nefrotoksisite düşünüldü**

*Vankomisin 2*1 gr tedavisi kesilip, linezolid 2*600 mg iv tedavisi başlandı

***Kan kültürü:üreme yok**

***BOS kültürü:üreme yok**

Yatışının on ikinci günü:

- *Hastada yeni gelişen **sol gözde çift görme,baş ağrısı ve baş dönmesi** şikayeti başladı
- *Genel durum orta ,bilinç açık ES geriledi,MİB yok
- *Nöroloji ve göz kliniklerine konsülte edildi
- *Hastaya kontrol lomber ponksiyon yapıldı

Soru-2

Şimdi ne yapardın?

- **Antimikrobiyal tedavi değişikliği yapardım**
- **Tedavide değişiklik yapmaz kontrol tetkiklerini isterdim**

NÖROLOJİ:

Yeni başlayan baş ağrısı, çift görme tarifliyor.Yeni gelişen FM bulgusu yok. Baş ağrısı şu an başının tepesinde vaas 1 şiddetinde, Beyin MR, MR Anjiografi ve MR Venografi çekimi önerilir

GÖZ:

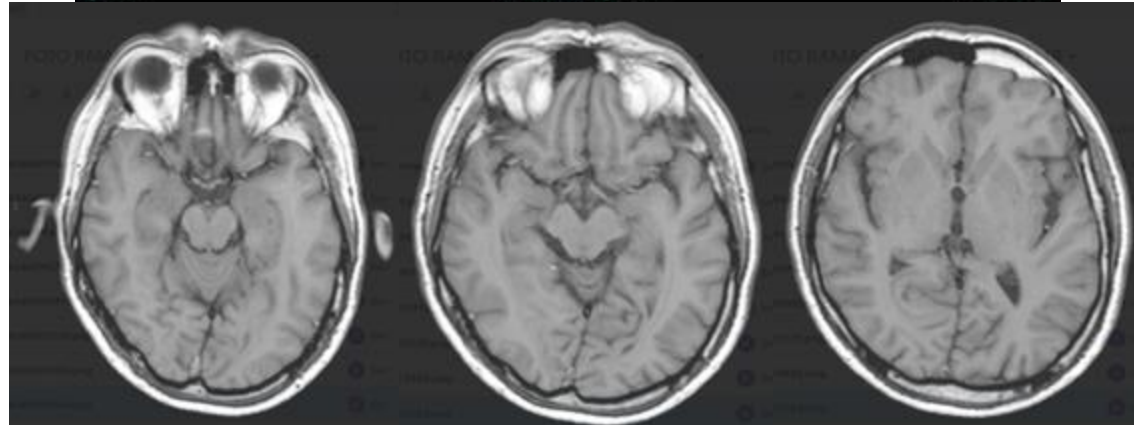
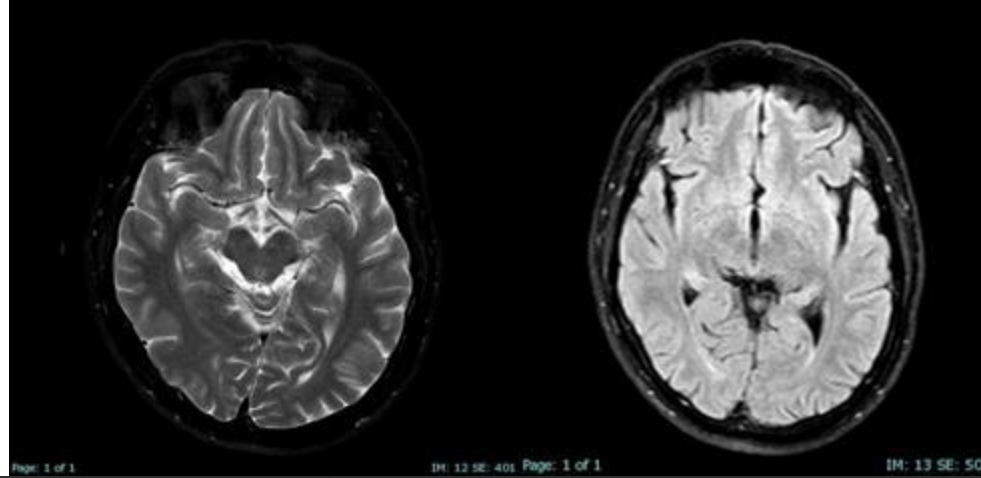
**Göz muayenesinde patoloji görülmedi.
Görüntüleme önerilir.**

Kontrol LP sonuçları:

Glukoz(BOS)	53 mg/dl (Kan şekeri:116)
Protein(BOS)	93 mg/L
Sodyum(BOS)	137 mmol/L

Hücre sayımı	Lökosit görülmedi
BOS kültürü	Takip edilmekte
BOS Multipleks PCR menenjit paneli	Etken saptanmadı

Kontrol Görüntüleme:Kranial MR



Nöroradyoloji Görüşü:

Sol mastoid hücrelerde T2A hiperintens sıvı intensitesi lehine sinyal artışları izlenmektedir. Sentrum semiovale korona radiata düzleminde bilateral frontoparietal subkortikal derin periventriküler beyaz cevherde milimetrik boyutlu T2A FLAIR hiperintens iskemik gliotik odaklar izlenmektedir. Nazofarenks düzeyinde mukozal duvar kalınlık artışı izlendi.

Intraparankimal patolojik kontrastlanma izlenmedi.

Laboratuvar takip sonuçları

	05/08/2025	11/08/2025	15/08/2025	21/08/2025
Wbc	15840 10 ⁹ /L	15100 10 ⁹ /L	6810 10 ⁹ /L	4570 10 ⁹ /L
Hb	14,7 g/dl	16,2 g/dl	14,7 g/dl	15,1 g/dl
Neu	12730 10 ⁹ /L	11150 10 ⁹ /L	4260 10 ⁹ /L	2810 10 ⁹ /L
Üre	43 mg/dl	28 mg/dl	37 mg/dl	27 mg/dl
Kre	1,3 mg/dl	1,0 mg/dl	1,6 mg/dl	1,2 mg/dl
CRP	73 mg/L	34 mg/L	20 mg/L	1 mg/L
PRC	0,08 µg/L	0,02 µg/L	0,03 µg/L	0,05 µg/L

Yatışının on sekizinci günü:

***Genel durum iyi ,bilinç açık oryante koopere**

***Sol gözde çift görme şikayeti devam etmekte**

***Seftriakson 2*2 gr 18 gün , linezolid 2*600 mg 10 gün , vankomisin 8 gün iv tedavi alan hasta nöroloji ,göz ve KBB taburculuk önerileri alındı**



HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
MİKROBİYOLOJİ REFERANS LABORATUVARLARI VE BİYOLOJİK ÜRÜNLER
DAİRESİ BAŞKANLIĞI
ULUSAL ARBOVİRÜS VE VİRAL ZONOTİK HASTALIKLAR LABORATUVARI
Tıbbi Analiz Raporu
Faaliyet İzin Belgesi No: 4

Numuneyi Gönderen Kişi/Kurum/Kuruluş : İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Fatura Kurumu : İSTANBUL KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ
İlgili Yazı Evrak ve Sayısı : 13.08.2025 /

HASTA BİLGİLERİ		ÖRNEK BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı :		İstem Nedeni / Ön Tanı :	
T.C. Kimlik No/ Pasaport No :		Örnek Alınma Tarih ve Saati :	11.08.2025 / 15:05
Cinsiyet :		Numune Kabul Tarih ve Saati :	14.08.2025 / 15:13
Doğum Tarihi :		Laboratuvar No :	5398663649
Dosya No :		Laboratuvar Kabul :	14.08.2025 / 15:13
Num.Kabul No :		Protokol/Sıra :	2025/2534 / 1

ULUSAL ARBOVİRÜS VE VİRAL ZONOTİK HASTALIKLAR LABORATUVARI

Çalışılan Analiz	Birimi	Yöntem	Tayin Limiti	Referans Değer	Analiz Sonuçları	Numune Cinsi
------------------	--------	--------	--------------	----------------	------------------	--------------

West Nile Virus (Batı Nil Ateşi virüsü) PCR : NEGATİF Serum

West Nile Virus (Batı Nil Ateşi virüsü) Antikoru, IgG(IFA) : POZİTIF Serum

West Nile Virus (Batı Nil Ateşi virüsü) Antikoru, IgM(IFA)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
MİKROBİYOLOJİ REFERANS LABORATUVARLARI VE BİYOLOJİK ÜRÜNLER
DAİRESİ BAŞKANLIĞI
ULUSAL ARBOVİRÜS VE VİRAL ZONOTİK HASTALIKLAR LABORATUVARI
Tıbbi Analiz Raporu
Faaliyet İzin Belgesi No: 4

Numuneyi Gönderen Kişi/Kurum/Kuruluş : İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Fatura Kurumu : İSTANBUL KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ
İlgili Yazı Evrak ve Sayısı : 13.08.2025 /

HASTA BİLGİLERİ		ÖRNEK BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı :		İstem Nedeni / Ön Tanı :	
T.C. Kimlik No/ Pasaport No :		Örnek Alınma Tarih ve Saati :	11.08.2025 / 15:05
Cinsiyet :		Numune Kabul Tarih ve Saati :	14.08.2025 / 15:13
Doğum Tarihi :		Laboratuvar No :	5398663649
Dosya No :		Laboratuvar Kabul :	14.08.2025 / 15:13
Num.Kabul No :		Protokol/Sıra :	2025/2534 / 1

ULUSAL ARBOVİRÜS VE VİRAL ZONOTİK HASTALIKLAR LABORATUVARI

Çalışılan Analiz	Birimi	Yöntem	Tayin Limiti	Referans Değer	Analiz Sonuçları	Numune Cinsi	Sonuç Tarih - Saati / Onaylayan
------------------	--------	--------	--------------	----------------	------------------	--------------	---------------------------------

***Poliklinikten takiplerine devam edilmesi planlanarak taburcu edildi.**

Poliklinik birinci kontrolü:

- *Taburculuk sonrası poliklinik kontrolünde yaklaşık bir ay önce klinik gelişmeden önce Şile’de denize girdiği ve sinek ısırması öyküsü olduğu öğrenildi**
- *Hastanın çift görme ve baş ağrısı şikayeti devam etmekteydi**
- *Başka herhangi bir şikayeti yoktu**

Poliklinik birinci ay kontrolü:

- *Hastanın taburculuk sonrası birinci ay kontrolünde çift görmesi ve baş ağrısı azalmakla birlikte devam etmekteydi**
- *Hastanın enfeksiyon ve nöroloji poliklinik takiplerine devam edilmektedir**

OLGU-2

A.K.

-53 yaşında

-Erkek

-Beykoz'da kahvehane sahibi orada hem çalışmakta hem de yaşamakta

Şikayet:

Ateş ve bilinçte gerileme

Hikaye:

Ateş, bilinçte gerileme, nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarma şikayetleri mevcut

Özbakımı kötü olan hasta son 3 aydır kahvehanede yaşıyormuş

Yaşadığı yerde şuuru kapalı şekilde bulunup 112 aracılığıyla hastaneye getirilmiş

Özgeçmişi:

***Diyabetes mellitus**

***Hipertansiyon**

***Düzenli kullanması gereken ilaçları kullanmadığı öğrenildi**

Soygeçmişi:

Özellik yok

Fizik Muayene Bulguları:

Ateş: 40 ° Nabız: 90/dakika Tansiyon: 160/ 90 mmHg Satürasyon:% 98 (OH)

Genel durumu kötü, bilinç uykuya meyilli, nonoryante nonkoopere

ES ve MİB yok

Diğer sistem muayeneleri haricen doğal

Acil Servis Başvuru Tetkikleri:

Wbc	9110 10 ⁹ /L
Hb	11,8 g/dl
Neu	7210 10 ⁹ /L
Plt	126 10 ⁹ /L
AST	22 U/L
ALT	16 U/L
Kre	3,5 mg/dl
Üre	130 mg/dl
CRP	10 mg/L

Görüntüleme -Beyin BT:



BEYİN BT:

İntrakranial masif kanama izlenmedi. Kemik yapılarda major patoloji izlenmedi.

**MSS infeksiyonu
ön tanısıyla
interne edildi**



Yatışının birinci günü:

***Hastadan 2 set kan kültürü, idrar kültürü alındı**

***BOS incelemesi yapıldı**

***Empirik seftriakson 2*2 gr flk, asiklovir 2x500 mg flk ve vankomisin 1 gr flk/48h iv başlandı**

***Kontrastlı kranial MRG planlandı. Hasta uyumsuzluğu nedeniyle çekimi yapılamadı**

Laboratuvar sonuçları:

Wbc	12170 10 ⁹ /L
Hb	11,4 g/dl
Neu	10230 10 ⁹ /L
Plt	117 10 ⁹ /L
AST	44 U/L
ALT	19 U/L
Kre	3,5 mg/dl
Üre	132 mg/dl
CRP	16 mg/L
PRC	0,2 µg/L

Anti HIV	negatif
HbsAg	negatif
Anti HCV	negatif

Lomber ponksiyon sonuçları:

Glukoz(BOS)	66 mg/dl (Kan şekeri:104)
Protein(BOS)	252 mg/L
Sodyum(BOS)	152 mmol/L

Hücre sayımı	720 hücre %55 PNL
BOS kültürü	Takip edilmekte
BOS Multipleks PCR paneli	Etken saptanmadı

Yatışının beşinci günü:

*Genel durumu orta ,bilinç açık , nonoryante nonkoopere

*Göz açıklığı mevcut, muayenesinde yeni gelişen **dışa bakış kısıtlılığı ve karanlık görme şikayeti** gelişti

*Özbakımı kötü olan bilinç geriliği ,ateş yüksekliği devam eden kontrastlı kraniyal MRG yapılamayan hastaya empirik dörtlü antitüberküloz tedavisi başlandı

Laboratuvar sonuçları

Antitüberküloz
tedavi başlandı

	23/08/2025	25/08/2025	29/08/2025
Wbc	12170 10 ⁹ /L	9040 10 ⁹ /L	6460 10 ⁹ /L
AST	44 U/L	73 U/L	30 U/L
ALT	19 U/L	33 U/L	18 U/L
Kre	3,5 mg/dl	3,2 mg/dl	1,9 mg/dl
Üre	132 mg/dl	84 mg/dl	78 mg/dl
CRP	16 mg/L	36 mg/L	73 mg/L
PRC	0,2 µg/L	0,1 µg/L	0,1 µg/L

Kan kültürü:sinyal yok

İdrar kültürü:üreme yok

Soru-3

Tedavi değişikliği yapar mıydınız?

- **Evet**
- **Hayır**

Yatışının onuncu günü:

- *Genel durumu orta ,bilinç açık , nonoryante nonkoopere
- *Sözel uyarılara cevap vermekte, kısmi anlamlı yanıtları mevcut
- *Dışa bakış kısıtlılığı ve görme kusuru devam etmekte
- *EEG: Orta şiddette zemin aktivite bozukluğu ile uyumlu , metabolik ve enfektif süreçlerde görülebilen bir durum, epileptiform aktivite değil
- *Lomber ponksiyon sonuçları ve EEG değerlendirilerek asiklovir tedavisi kesildi
- *Kontrol LP planlandı

Kontrol LP sonuçları:

Glukoz(BOS)	92 mg/dl (Kan Şekeri:110)
Protein(BOS)	71 mg/L
Sodyum(BOS)	146 mmol/L

Hücre sayımı	Lökosit görülmedi.
Bos kültürü	Takip edilmekte
Bos Multipleks PCR paneli	Etken saptanmadı

Tüberküloz Tetkik Sonuçları:

	25/08/2025	26/08/2025	27/08/2025
Balgam ARB	Ø	Ø	Ø
İdrar ARB	negatif	negatif	negatif
M.tuberculosis PCR(Balgam)	Ø	Ø	Ø
M.tuberculosis PCR(İdrar)	negatif	negatif	negatif

*BOS ARB:negatif
*M.tuberculosis
PCR(BOS):Negatif

IGRA:NEGATİF

Yatışının on ikinci günü:

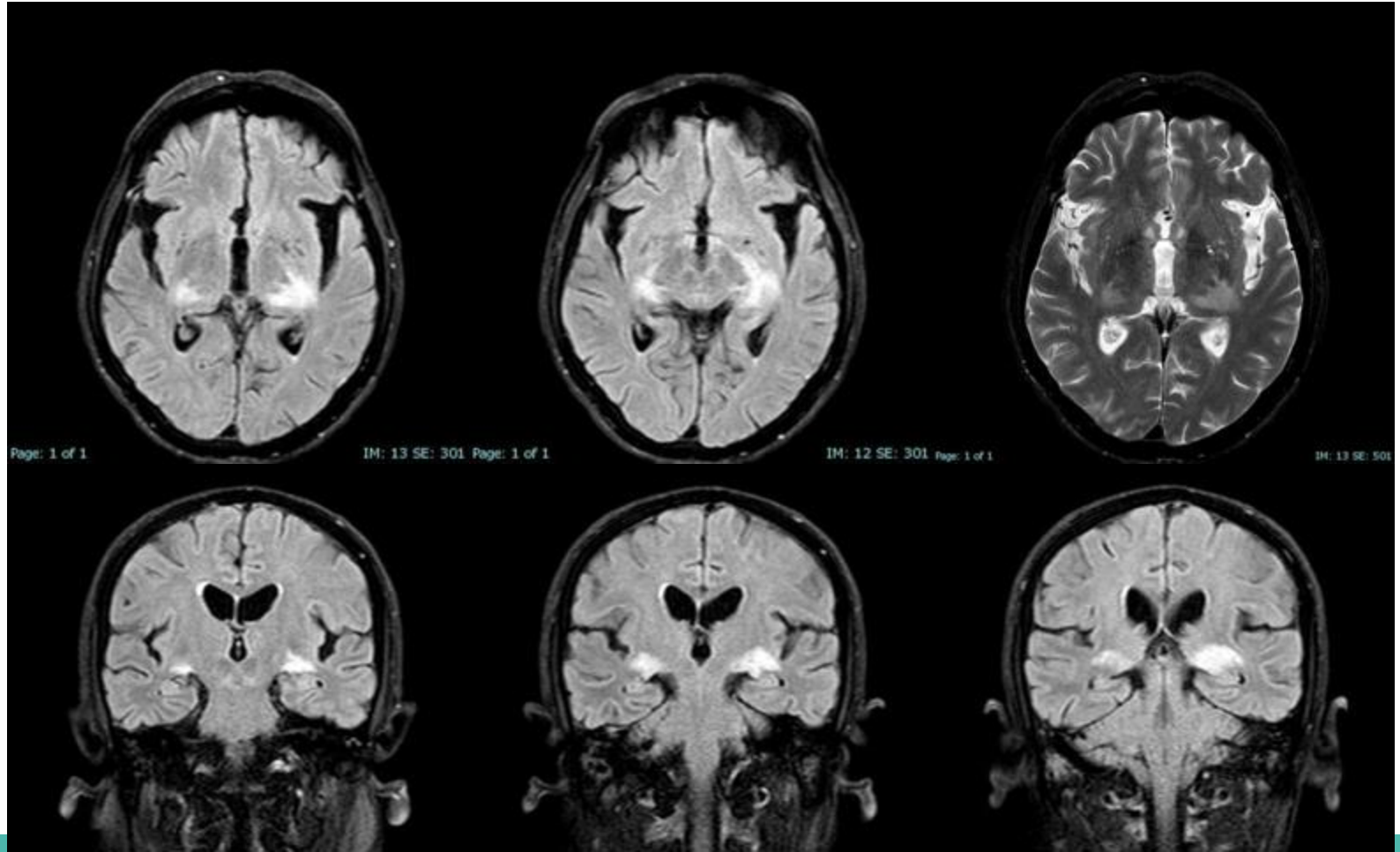
- *Genel durumu orta ,bilinç açık , oryante koopere
- *Sözel uyarılara cevap vermekte, kısmi anlamlı yanıtları mevcut
- ***Dışa bakış kısıtlılığı ve görme kusuru devam etmekte**
- *Bilinç açık ,gelişine göre görüntüleme için uyumlu olan hastaya kontrastsız Kranial MRG planlandı

Soru-4

Dışa bakış kısıtlılığı ve görme kusuru devam eden hasta için ek tetkik planlar mıydınız?

- **Evet, kranial MRG planlardım**
- **Hayır, tedavisini değiştirdim**

Görüntüleme: Kontrastsız Kranial MR



Nöroradyoloji Görüşü:

Sözel yorumunda “Talamustan internal kapsüle uzanan simetrik tutulum gösteren, optik sinirin tutulduğu optik nöritin olduğu viral ensefalit düşündüren ön planda japon ensefaliti, COVID ya da BNV ensefaliti bağlı tipik tutulum” olabileceği iletildi

Nöroloji Konsültasyon Notu:

Enfeksiyöz ve/veya postenfeksiyöz süreçle ilişkili olduğu düşünüldü.

1 hafta sonra mümkünse kontrastlı kranial MR ile rekonsu uygundur

Takiplerinde klinik ya da radyolojik kötüleşme olması halinde rekonsu uygundur. Tedavide pulse steroid başlanabilir????

2.MR dan sonra kontrol LP planlanması BOS analizlerin tekrarı önerilir.

***Hastanın yapılan tetkik sonuçlarında tüberküloz tetkikleri negatif görüldü, kranial MRG ile tüberküloz benzeri tutulumu görülmeyen hastanın antitüberküloz tedavisi kesildi**

***Optik nörit açısından tekrar göz muayenesi değerlendirilmesi için konsülte edildi**

Göz Konsültasyon Notu:

Sağ OD süperiorunda preretinal hemoraji dört kadranda da preretinal hemoraji ,mikrohemoraji ve eksuda alanları mevcut

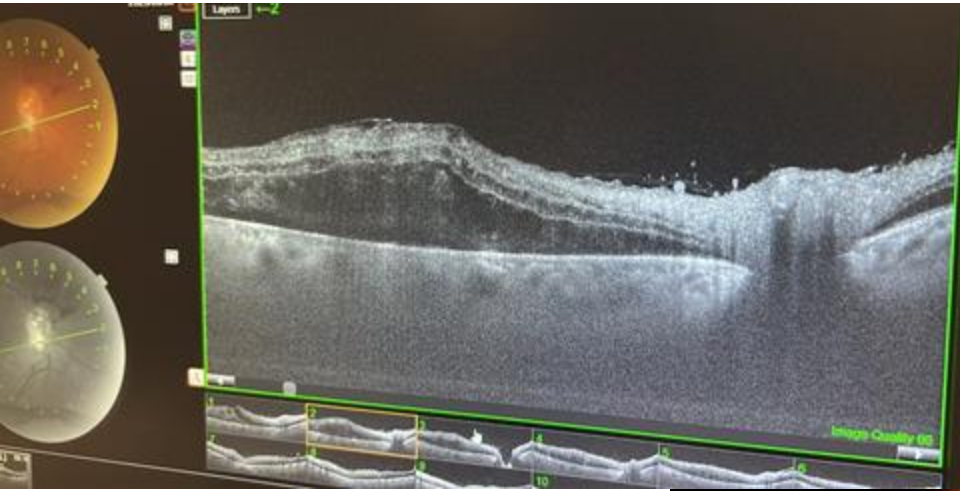
Sol OD ve makula üzerinde hemoraji alanları mevcut.Eksuda mevcut

Hastaya OCT çekildi

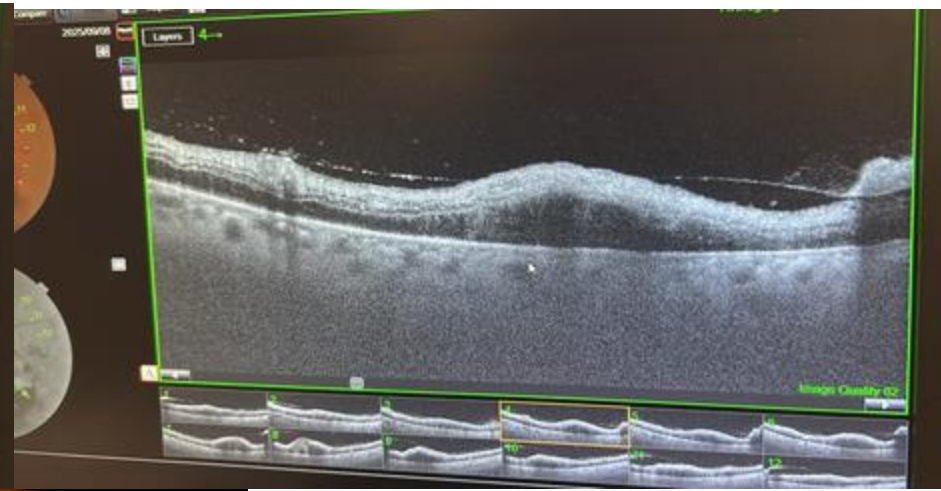
OCT: Bilateral kistoid makula ödemi ,sol vasküler kılıflanma vaskülit?

FFA önerildi. Sonucuna göre tedavi düzenlenecek

OCT:(Optik koherens tomografi)



Sağ göz



Sol göz



Referans Laboratuvar sonuçları:

Numuneyi Gönderen Kişi/Kurum/Kuruluş : İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Fatura Kurumu : İSTANBUL KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ
İlgili Yazı Evrak ve Sayısı : 29.08.2025 /

HASTA BİLGİLERİ

Adı-Soyadı :
T.C. Kimlik No/
Pasaport No :
Cinsiyet :
Doğum Tarihi :
Dosya No :
Num.Kabul No :



ÖRNEK BİLGİLERİ

İstem Nedeni / Ön Tanı :
Örnek Alınma Tarih ve Saati : 28.08.2025 /
Numune Kabul Tarih ve Saati : 30.08.2025 / 12:07
Laboratuvar No : 5401070174
Laboratuvar Kabul : 01.09.2025 / 11:21
Protokol/Sıra : 2025/2692 / 1

ULUSAL ARBOVİRÜS VE VİRAL ZONOTİK HASTALIKLAR LABORATUVARI

Çalışılan Analiz	Birimi	Yöntem	Tayin Limiti	Referans Değer	Analiz Sonuçları	Numune Cinsi	Sonuç Tarih - Saati / Onaylayan
------------------	--------	--------	--------------	----------------	------------------	--------------	---------------------------------

West Nile Virus (Batı Nil Ateşi virusu) PCR

NEGATİF

Serum

West Nile Virus (Batı Nil Ateşi Virusu) Antikoru, IgM(IFA)

IFA

POZİTİF

Serum

West Nile Virus (Batı Nil Ateşi Virusu) Antikoru, IgG(IFA)

IFA

POZİTİF

Serum

**ÇIKAN TETKİK SONUÇLARI VE
GÖRÜNTÜLEMELERİN
DEĞERLENDİRİLMESİYLE HASTADA
ÖN PLANDA BATI NİL ENSEFALİTİ
DÜŞÜNÜLDÜ**



**Dışa bakış kısıtlılığı ve
görme kusuru şikayetleri
için steroid tedavisi
gerekliliği açısından
nörolojiye tekrar konsülte
edildi**

Nöroloji Konsültasyon Notu:

Görme bozukluğu devam ediyor.

Sol göz 10-15 cm den hareketi algılıyor. Sağ göz 5 metreden parmak sayıyor

Hastanın son göz muayenesinde yaygın fundus patolojileri mevcut

Kranial lezyonları optik radyasyon yollarını etkileyebilir olarak değerlendirilse bile steroid endikasyonu tartışmalıdır. Mevcut durumda hastanın KCFT ve BFT yüksekliğiyle lenfopeni de göz önüne alındığında steroid uygun görülmemiştir

Yatışının yirmi birinci günü:

- *Genel durumu iyi, bilinç açık oryante koopere**
- *Yer, kişi ve zaman oryantasyonu mevcut**
- *Dışa bakış kısıtlıılığı ve görmede azalma şikayeti devam etmektedir**
- *Göz kliniği tarafından 1 hafta sonra retina poliklinik kontrolü önerileri ile taburcu edildi**

Poliklinik Birinci kontrolü:

- *Hastanın genel durum iyi, bilinç açık oryante koopere**
- *Ateş şikayeti yok**
- *Takibinin 3.haftasında çift görme şikayeti aynı şiddette devam etmekteydi**
- *Poliklinik takiplerine devam edilmektedir**

Poliklinik ikinci kontrolü:

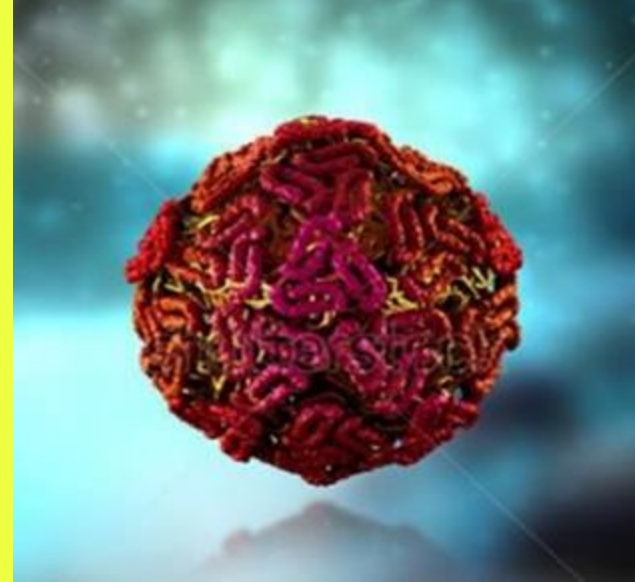
***Hasta diğer poliklinik kontrolüne gelmedi**

***Telefon ile iletişim geçildi**

***Görme sorunu ve dışa bakış kısıtlılığının devam ettiği öğrenildi**

BATI NİL VİRUS İNFEKSİYONU (BNVİ) ETKENİ

- Batı Nil Virusu (BNV)**; insanlar, atlar, kuşlar ve vahşi hayvanlarda çeşitli nörolojik semptomlara neden olan,
- Artropotlarla bulaştığı için arbovirus olarak adlandırılan (Arthropod Borne)
- Flaviviridae ailesinin Flavivirus genusunda yer alan zarflı bir RNA virüstür



BATI NİL VİRÜSÜ ENFEKSİYONU NEDİR?

Hastalık etkenini taşıyan sivrisineklerin sokması ile insanlara bulaşan bir virüs hastalığıdır.

Virüsün ana taşıyıcısı kuşlardır. Kuşlardan kan emen sivrisinekler, hastalık virüsünü insanlara, bazı memelilere (örn. atlara) ve yabani kuşlara taşırlar.

Hastalık genellikle yaz boyunca ve sonbaharın erken dönemlerinde (Temmuz - Ekim ayları arasında) görülür.

BATI NİL VİRÜSÜ ENFEKSİYONU BELİRTİLERİ NELERDİR?

- ▶ Ateş
- ▶ Baş ağrısı
- ▶ Halsizlik
- ▶ Kas ağrıları
- ▶ Bulantı, kusma, karın ağrısı ve ishal
- ▶ Cilt döküntüsü
- ▶ Kas titremesi ve kasılmalar
- ▶ Uyku hali, koma ve nadiren ölüm görülür

HASTALIĞIN BELİRTİLERİ VİRÜSÜN VÜCUDA GİRMESİNDEN 3-14 GÜN SONRA ORTAYA ÇIKAR

BATI NİL VİRÜSÜ ENFEKSİYONU NASIL BULAŞIR?

Hastalık, insanlara hastalığı taşıyan sivrisineklerin sokmasıyla bulaşır.

Hastalığı bulaştıran sivrisinekler;

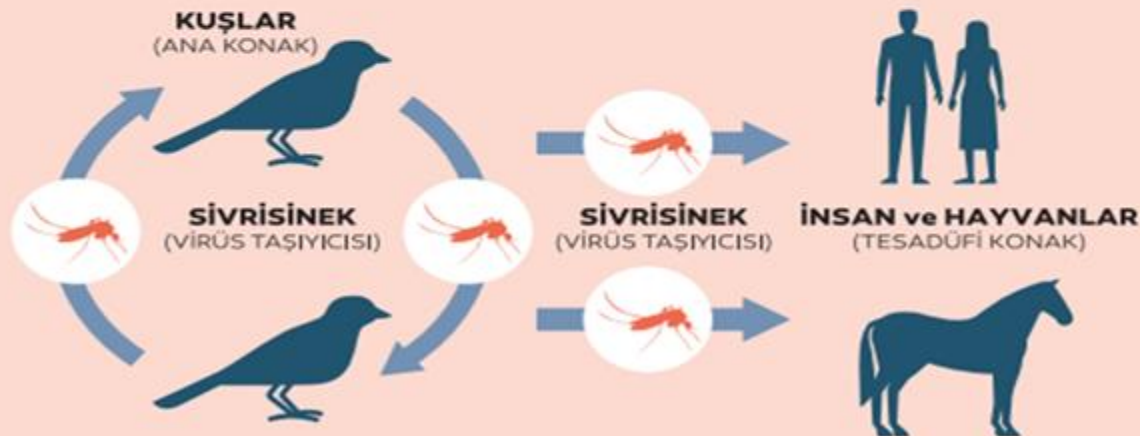
- ◆ Gündüzleri bodrum katları, kiler, bina eklentileri, mağara gibi ıssız alanlarda saklanırlar.
- ◆ Genellikle geceleri ortaya çıkar ve insanlar için tehlike oluşturmurlar.

Hastalığı bulaştıran sivrisineklerin başlıca üreme alanları;

ırmak kenarları, havuzlar, kuyular, yağmur suyu ile yerde, kayalıklarda oluşan su birikintileri, bataklıklar, ağaç kovukları, erimiş kar suları, su dolu lastik ve tenekeler gibi her çeşit yapay su birikintileridir.



HASTALIĞIN İNSANDAN İNSANA DOĞRUDAN YA DA TEMASLA GEÇİŞİ YOKTUR.

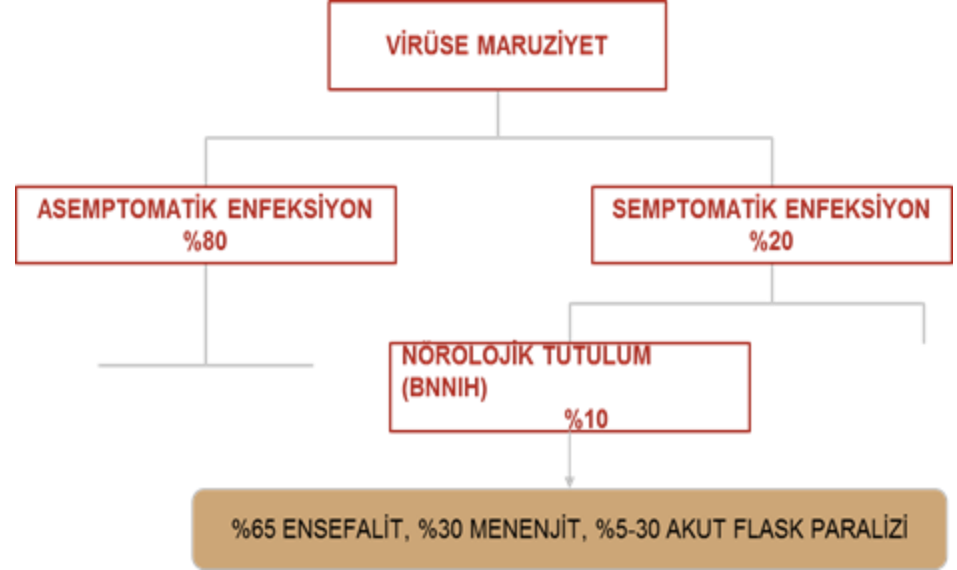


BNVİ KLİNİK SEYRİ

***BNV'nin inkübasyon süresi 3-14 gündür**

***Ani başlayan ateş ile birlikte baş ağrısı, halsizlik, retroorbital ağrı, kas ağrıları, gastrointestinal semptomlar (bulantı-kusma, karın ağrısı ve ishal) ve döküntü görülebilir**

***Ateş genellikle çok yüksek seyredebilir**



***Santral Sinir Sistemi (SSS) tutulumu olduğunda baş ağrısından aseptik menenjit ve ensefalite kadar değişen klinik tablolar görülebilir**

***Genellikle diğer benzeri viral sendromlardan ayırt edilemez**

***Nörolojik hastalık ve ölüm yaşı hastalarda daha sık görülmektedir**

BNVİ TANISI

I. Serolojik yöntemler

- Antikor arama (ELISA ve IFA)
- Plak Redüksiyon Nötralizasyon Testi (PRNT)

Hastalığın viremi dönemi kısa olduğundan daha çok antikor tayini ile tanı konulmaktadır.

II. Moleküler yöntemler

- In-house PCR
- RT-PCR

III. Hücre kültürü-virus izolasyonu

Viroloji L.		120.367	West Nile Virus (Batı Nil Ateşi Virüsü) Nötralizasyon Testi	Hücre Kültürü Nötralizasyon	2 mL Serum
Viroloji L.	40.138	912.820	West Nile Virus (Batı Nil Ateşi Virüsü) Antikoru, IgG	ELISA	2 mL Serum
Viroloji L.	40.174	120.360	West Nile Virus (Batı Nil Ateşi Virüsü) Antikoru, IgG	IFA	2 mL Serum
Viroloji L.		120.364	West Nile Virus (Batı Nil Ateşi Virüsü) IgG Avidite	ELISA	2 mL Serum
Viroloji L.	40.176	120.362	West Nile Virus (Batı Nil Ateşi Virüsü) Antikoru, IgM	IFA	2 mL Serum
Viroloji L.		912.830	West Nile Virus (Batı Nil Ateşi Virüsü) Antikoru, IgM	ELISA	2 mL Serum
Viroloji L.	40.180	908.339	West Nile Virus (Batı Nil Ateşi virüsü) PCR	Real Time PCR	2 mL EDTA'lı tüpe kan veya EDTA'lı plazma, 2 mL Serum, 5-10 mL idrar, 2 mL BOS

BNVİ TEDAVİSİ

***Tedavi BNVİ'nin bilinen bir tedavisi yoktur ve tedavide kullanımı önerilen spesifik bir antiviral bulunmamaktadır**

***Bu nedenle infeksiyonun tedavisi öncelikle destek tedavisi şeklinde olmalıdır**

Ocular manifestations of West Nile virus infection: A case report and systematic review of the literature

Raul E Ruiz-Lozano ¹, Sidra Zafar ², Meghan K Berkenstock ², Paulina Liberman ²

Affiliations + expand

PMID: 39659186 DOI: 10.1177/11206721241304150

Results: A total of 60 patients (111 eyes), including the present case, were included. Most patients were males (57%), diagnosed in the United States (77%), and with a mean age at presentation of 55 years. The median time elapsed between the viral prodrome, and eye symptoms was 7 days. Neurologic involvement was present in 47 (78%) patients. Diabetes mellitus was the most frequent systemic comorbidity (45%). Posterior segment findings were present in 107 (96%) eyes. Multifocal chorioretinal lesions (86%), vitreous inflammation (51%), intraretinal hemorrhages (43%), and retinal vasculitis (21%) were the most frequent findings. Fluorescein angiography was performed in 88 eyes. Fifty-seven (51%) eyes did not receive treatment. Topical and systemic steroids were prescribed to 35% and 28% of eyes, respectively.

* 60 Hasta (111 Göz)

* En sık görülen sistemik komorbidite diabetes mellitus idi (%45).

-Arka segment bulguları %96

-Multifokal koryoretinal lezyonlar %86

-Vitreus inflamasyonu %51

-İntraretinal hemorajiler %43

-Retinal vaskülit %21

Neuroinflammation-Induced SIADH in West Nile Virus Infection: An Uncommon Neurological and Endocrine Manifestation

Justin David Tse¹, Jackson Wang^{1, 2}

Affiliations + expand

PMID: 39340143 PMCID: PMC11446260 DOI: 10.12659/AJCR.944957

Abstract

BACKGROUND West Nile virus (WNV) is a vector-borne flavivirus that is typically transmitted by Aedes and Anopheles mosquitos. WNV infection typically presents with symptoms consistent with viral meningitis, which include fever, headache, and meningeal signs. WNV infections are typically self-resolving, with symptoms lasting 3-10 days. Although uncommon, patients with WNV infection can be afflicted with hyponatremia, although the etiology is unclear. Because of encephalitis, neuroinflammation may be involved in the deterioration of adrenal signaling, leading to salt wasting.

CASE REPORT We present the case of a 75-year-old man who presented with headache, neck pain, photophobia, and viral illness symptoms. He was found to be profoundly hyponatremic, concerning for SIADH. He had a sodium drop to 117 mmol/L, leading to further lethargy and confusion. He received 3% saline, fluid restriction, and salt tablets, and more common causes of SIADH were ruled out. MRI revealed the absence of the posterior pituitary bright spot. He was subsequently found to have positive WNV titers and improved with continued supportive treatment. **CONCLUSIONS** WNV presents a unique challenge to providers due to its difficult diagnosis and association with hyponatremia. There is no clear role for specific medical treatment such as corticosteroids vs IV immunoglobulins. Supportive care is recommended for those testing positive for WNV. Clinicians should consider the possibility of viral infections, such as WNV, in patients living in endemic areas who present with unexplained hyponatremia, cognitive symptoms, and relevant history.

**Açıklanamayan
hiponatremi, bilişsel
semptomlar, ilgili
öykü ile gelen ve
endemik bölgelerde
yaşayan hastalarda
BNV gibi viral
enfeksiyon olasılığını
göz önünde
bulundurmalıdır.**



West Nile Virus Disease Therapeutics: Recent Literature



Health Core Providers
MAY 15, 2024

KEY POINTS

- There are no approved or recommended therapies for West Nile virus (WNV) disease; management is supportive.
- Patients have been treated with products such as immune globulin, interferon, and corticosteroids.
- To date, none of the therapies has been demonstrated to improve outcomes.



Overview

- There are limited data on the use of various therapeutics to treat patients with WNV disease, such as standard and hyperimmune polyclonal immune globulin, monoclonal immune globulin, interferon, ribavirin, and corticosteroids.
- Most of the published data involve case reports and case series describing the use of different products in patients with WNV disease, with various dosing, timing of administration, and patient populations.
- Several products have been studied in controlled clinical trials, but the trials were often underpowered and the products showed no benefit.
- Larger, prospective, controlled clinical trials are needed to assess efficacy and the impact of factors such as dosing, timing, and patient populations who might benefit from certain treatments.
- Updated information about ongoing or completed clinical trials is available at clinicaltrials.gov website.

BNV hastalığı olan hastaların tedavisinde çeşitli tedavi edici ilaçların kullanımı konusunda sınırlı veri bulunmaktadır; bunlar arasında standart ve hiperimmün poliklonal immunoglobulin, monoklonal immunoglobulin, interferon, ribavirin ve kortikosteroidler yer almaktadır.



22/10/2024
Klimik Toplantı
Çıkışı

Teşekkürler