

# En Zor Olgum: Ne Öğrendim?

24.02.2026

Dr. Ahmet Doğukan Bayrak

Prof. Dr. Dilek Yıldız Sevgi

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal EAH

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

# Başvuru Şikayetleri

- Baş ağrısı
- Bulantı kusma
- Üşüme titreme
- Konuşma bozukluğu
- Denge kaybı



# Olgu Özellikleri

- T.P, 40 yaş erkek
- İstanbul'da yaşıyor, serbest meslek
- Özgeçmiş: Özellik yok
- Soygeçmiş: Annede DM
- Sigara: 10 paket/yıl
- Alkol: Ayda 1 kez.
- İlaç kullanımı yok
- İnfluenza, pnömokok aşısı yapılmamış.



# Hikaye

- 24 saat içerisinde ani başlangıçlı
  - Baş ağrısı, kusma, konuşmada peltekleşme, yürüme dengesizliği
- Menenjit ön tanısıyla dış merkezden acil servisimize sevk
  - Dış merkezde seftriakson 2gr IV. uygulanmış



# Hikaye

- Bir önceki gece ense bölgesinde baş ağrısı
- Sabahında üşüme titreme ve 1 kez kusma
- Son 6 saatte başlayan konuşmada peltekleşme ve yürüme sırasında denge kaybı



- Oryantasyon bozukluğu, bilinç kaybı ve nöbet olmamış
- ÜSYE semptomları yok
- Kulakta ağrı, akıntı yok



# Fizik Muayene

Ateş:38,5°C Nabız:95/dk TA:110/70mmHg

Solunum Sayısı:18/dk SpO2:%97

- Bilinç açık, koopere ve oryante, GKS: 15
- **Nörolojik Muayene:**
  - Yüz mimikleri simetrik, göz hareketleri her yöne doğal.
  - Pupiller izokorik, ışık refleksi bilateral mevcut.
  - **Dizartri** mevcut, yürüme **dengesi kurulamamakta**, kas gücü tam.
  - Ense sertliği, Kernig ve Brudzinski negatif.

# Diğer Sistem Muayeneleri

- Saç ve saçlı deri doğal, lenf sistemleri doğal
- Cilt doğal görünümde, döküntü yok.
- Tonsillerde hiperemi, eksuda, hipertrofi yok.
- Solunum düzenli, her iki hemitoraks solunuma eşit katılmakta, ral-ronküs duyulmadı.
- Kardiyak ritm düzenli, üfürüm duyulmadı.
- GÜS ve GİS muayeneleri doğal.

# Laboratuvar (Acil Servis)

## Tam kan sayımı

- **Lökosit: 15.750 mm<sup>3</sup>**
- **Nötrofil: 13.550 mm<sup>3</sup> (%86)**
- Hb: 12,6 g/L
- Plt: 246.000/L

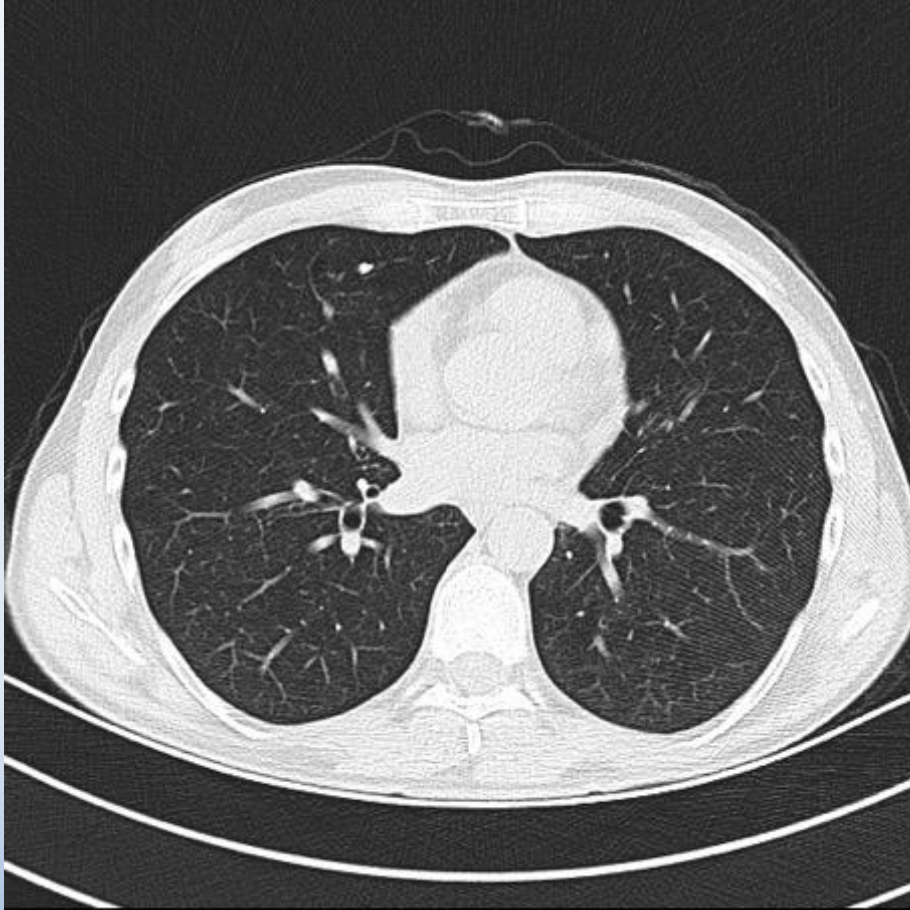
## Biyokimya

- Glukoz: 98 mg/dL
- Üre: 26 mg/dL
- Kre: 0.9mg/dL
- AST: 14 U/L , ALT: 9 U/L
- Na:136 mmol/L
- K: 3,62 mmol/L
- **CRP: 70 mg/L (0-5)**
- Prokalsitonin: <0,12 ng/L

# Akciğer Grafisi



# Kontrastsız Toraks BT



- Mediastende patolojik karakterde olmayan **milimetrik lenf nodları**
- Sağ akciğer orta lob medial segmentte **4 mm çapında kalsifik nodül**
- Sol akciğer alt lob laterobazal segmentte **4 mm çapında non-spesifik nodül**

# Pozitif Bulgular



**AYIRICI TANILAR ???**

# Ayırıcı Tanılar



- Akut bakteriyel menenjit
- Ensefalit
- Beyin apsesi
- Tüberküloz menenjit
- Kriptokokal menenjit
- Malignite (Primer tutulum veya metastaz)
- Akut SVO (Hemorajik/İskemik)
- Otoimmün ensefalit
- Romatolojik hastalıklar
- İlaç ilişkili tablo

# Acil Servis Konsültasyonları

## **Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji:**

Göz dibi muayenesi, nörolojik ayırıcı tanı ve kranial görüntüleme



**Göz Hastalıkları:** Göz dibi muayenesi doğal, papil ödem saptanmamıştır.



**Nöroloji:** Acil beyin BT ve kontrastlı beyin MR tetkikleri istenmiştir.

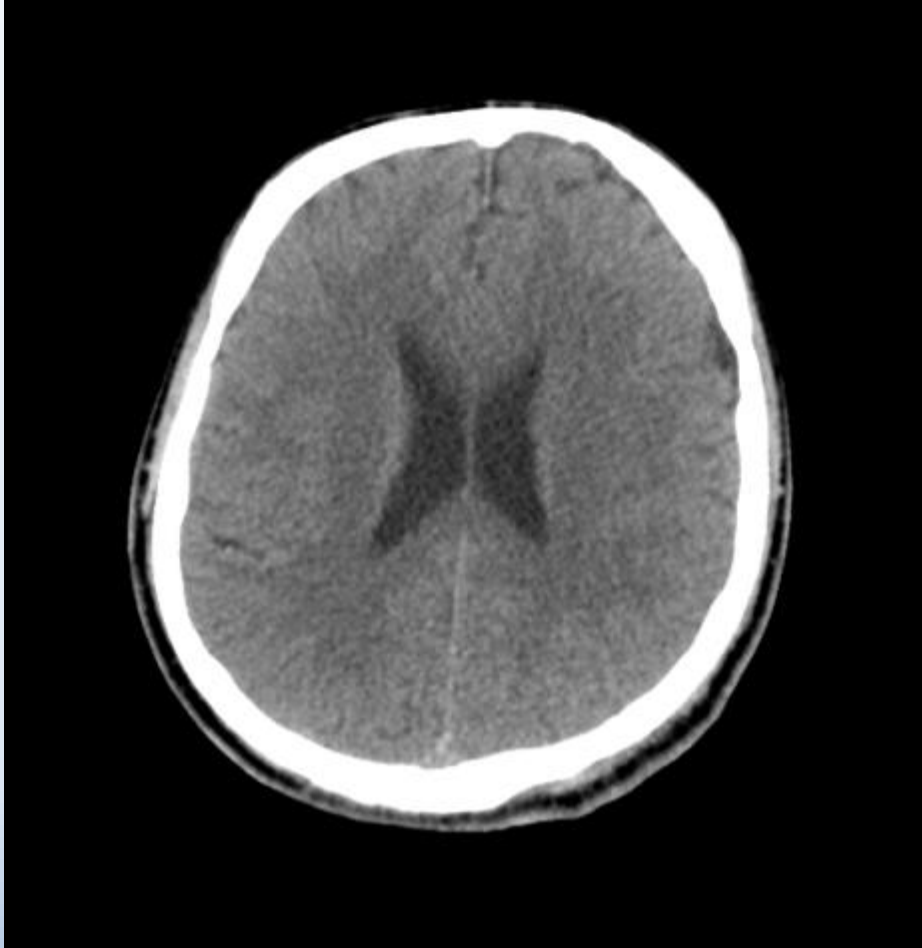


# LP Öncesi Görüntüleme?

- İmmunosupresyon
- Ciddi bilinç bozukluğu (GKS<11)
- Yeni gelişen nöbet öyküsü
- Fokal nörolojik defisit (Motor, duyu, görme, **konuşma, denge bozuklukları**, kafa çifti tutulumu)
- Önceki MSS patolojisi (SVH, kitle)
- KIBAS bulguları (Papil ödem, Cushing triadı, projektil kusma)
- İleri yaş (>60)



# Beyin BT-Acil



**\*Paranasal sinüslerde inflamatuvar değişiklikler izlenmektedir.**

Posterior fossa yapıları doğal, ventriküler sistem doğal, supratentorial patoloji görülmedi.

# Lomber Ponksiyon

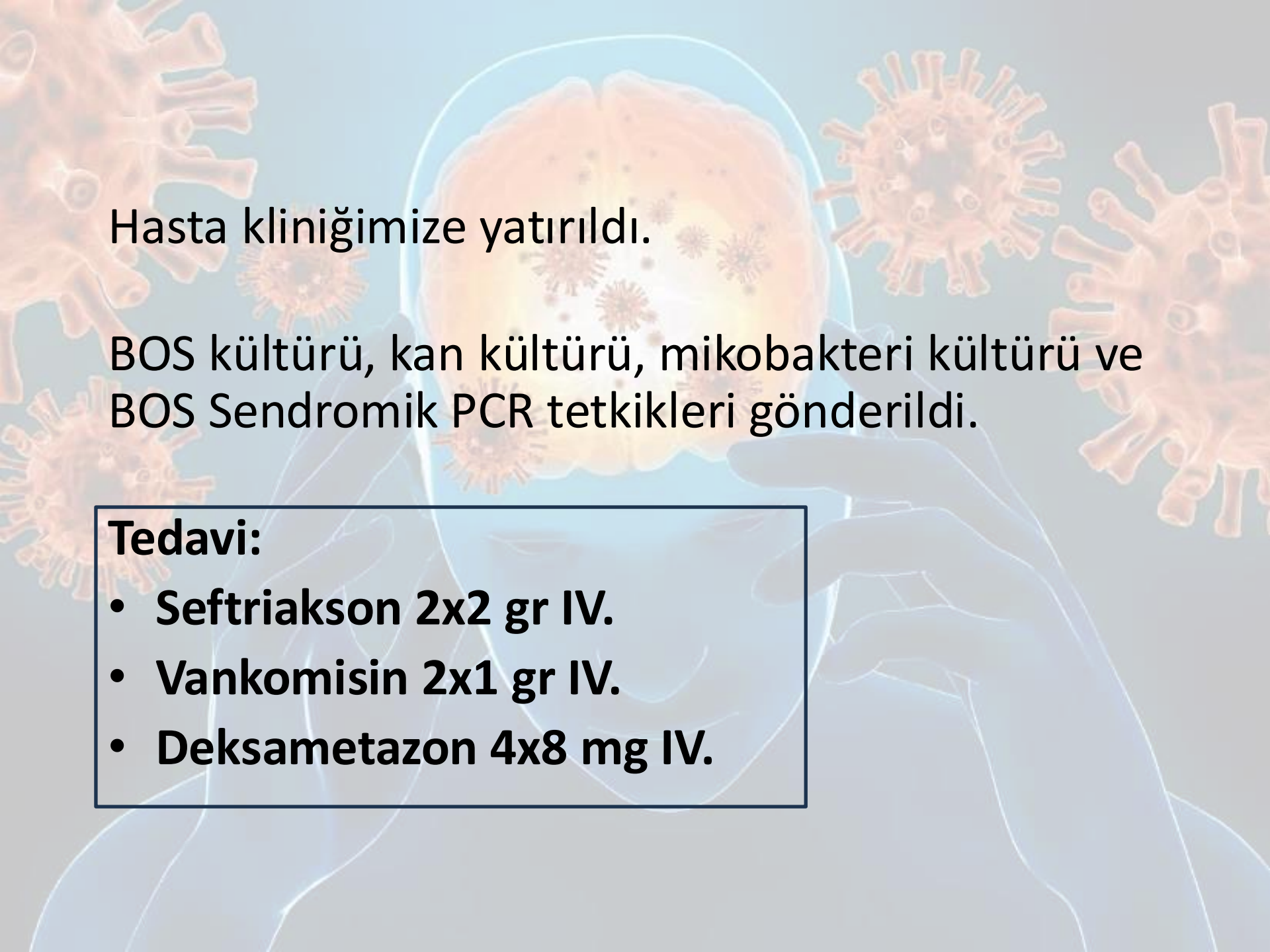


- Lökosit: 980 /mm<sup>3</sup> (%60 lenfosit, %40 PMNL)
- Eritrosit: 30 /mm<sup>3</sup>
- Glukoz: 24 (EKŞ: 85 mg/dL)
- Protein: 140 mg/dl
- Gram boyama: Bol lökosit görüldü, mikroorganizma görülmedi.
- EZN boyama: ARB görülmedi.

| BOS Parametreleri             | Akut Bakteriyel Menenjit  | Viral Menenjit | Tüberküloz Menenjit       | Kriptokokal Menenjit    |
|-------------------------------|---------------------------|----------------|---------------------------|-------------------------|
| Açılış Basıncı                | 20-50 cm H <sub>2</sub> O | Normal (5-20)  | 20-50 cm H <sub>2</sub> O | >25 cm H <sub>2</sub> O |
| WBC Sayısı (mm <sup>3</sup> ) | 1000-5000                 | 10-1000        | 50-300                    | 20-500                  |
| Hücre Dağılımı                | >%80 nötrofil             | Lenfositler    | Lenfositler               | Lenfositler             |
| Protein (mg/dl)               | 100-500                   | <200           | 50-300                    | >45                     |
| Glukoz (mg/dl)                | <40                       | >45            | <45                       | <40                     |
| BOS/Serum Glukoz              | <0,40                     | >0,40          | <0,40                     | <0,40                   |
| Gram Boyama                   | %60-90 pozitif            | -              | ARB %10-40                | -                       |
| Kültür                        | %70-85 pozitif            | -              | %40-70 pozitif            | %80-95                  |

- Lökosit: 980 /mm<sup>3</sup> (%60 lenfosit, %40 PMNL)
- Eritrosit: 30 /mm<sup>3</sup>
- Glukoz: 24 (EKŞ: 85 mg/dL)
- Protein: 140 mg/dl
- Gram boyama: Bol lökosit görüldü, mikroorganizma görülmedi.
- EZN boyama: ARB görülmedi.





Hasta kliniğimize yatırıldı.

BOS kültürü, kan kültürü, mikobakteri kültürü ve BOS Sendromik PCR tetkikleri gönderildi.

**Tedavi:**

- **Seftriakson 2x2 gr IV.**
- **Vankomisin 2x1 gr IV.**
- **Deksametazon 4x8 mg IV.**

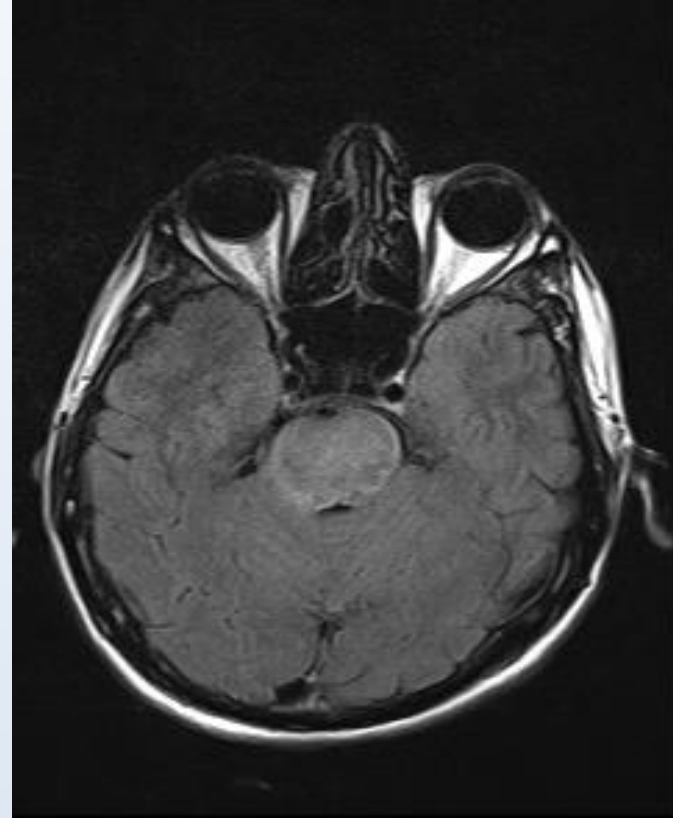
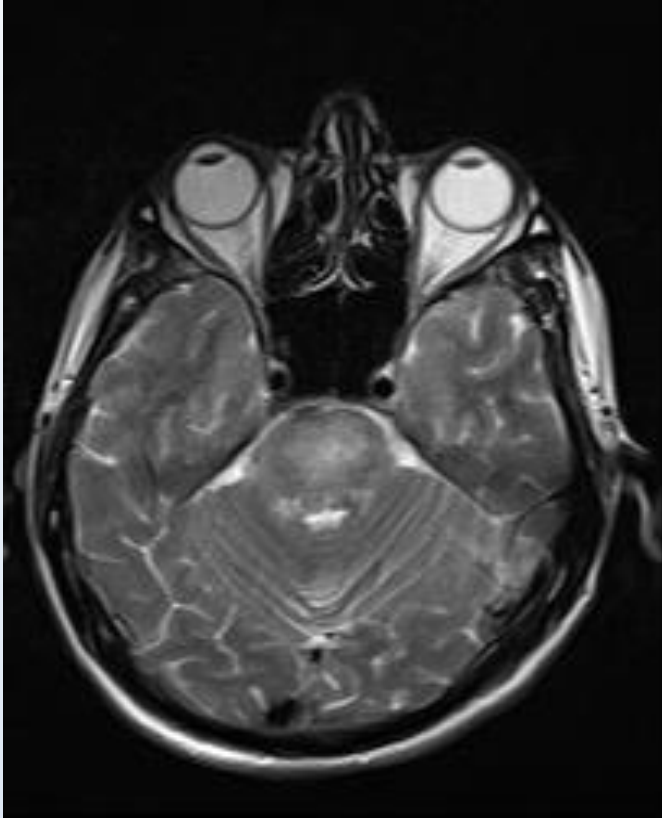
# Servisteki Tetkikler

- HBsAg negatif
- Anti-HCV negatif
- Anti-HIV negatif
- VDRL, TPHA negatif
- **ESH: 51 mm/sa**
- Tiroid fonksiyon testleri normal
- B12 vitamin: Normal

## TİT

- Dansite: 1015
- **Eritrosit: 41 mm<sup>3</sup>**
- Lökosit: 1 mm<sup>3</sup>
- **Protein: Eser**
- Glukoz: Negatif

## Kontrastlı Kranial MR



Kortikospinal trakt boyunca kapsüla interna posterior limbden **ponsu yaygın tutarak uzanan, bilateral T2/FLAIR hiperintens, kontrast tutmayan lezyon alanları** mevcuttur.

# Yatışının 2. günü

- Ataksik yürüme devam ediyor
- Dizartri devam ediyor
- Atipik klinik seyir, kranial MR ve BOS bulguları

Nöroloji konsültasyonu → → →



# Nöroloji Konsültasyonu:

- Oryante, koopere. Yürüyüş ataksik. Dizartrik konuşma
- Bilateral simetrik lezyonlar metabolik etiyolojiyi düşündürmekte
- Elektrolit imbalansı/hızlı düzeltme öyküsü yok
- Kronik alkolizm-malnütrisyon öyküsü bilinmiyor.

## Öneriler:

- 1- Diffüzyon MR çekimi yapılması,
- 2- Olası wernicke ensefalopatisine yönelik tedavi

# Difüzyon MR

- **Pons düzeyinde** multipl sayıda milimetrik **akut** **iskemi ile uyumlu difüzyon kısıtlaması** gösteren lezyon odakları izlenmektedir.
- **Akut SVO?**

# BOS Sonuçları

- BOS kültüründe üreme yok
- Kan kültüründe henüz üreme yok
- BOS HSV DNA tip 1 ve 2 negatif
- BOS Tüberküloz PCR negatif
- BOS Kriptokok neoformans antijeni negatif saptandı.

**BOS sendromik PCR paneli: *N.meningitidis* pozitif**





# Nöroloji Konsültasyonu

- Kontrastlı kranial MR, difüzyon MR ve PCR sonuçları ile tekrar değerlendirildi.
- **BOS bulguları ve meningokok PCR pozitifliği** olan hastada ön planda **enfeksiyöz hadiseler ve vasküler komplikasyonu** düşünülmüştür
- 3 gün sonra progresyon/regresyon takibi amacıyla kranial MR, difüzyon MR ve MR spektroskopi yapılarak tekrar değerlendirilmesi...

# Polymerase chain reaction (PCR)

- Hedef N.A. dizisinin enzimatik olarak in vitro çoğaltılmasını sağlayan moleküler tanı yöntemi
- BOS Sendromik PCR, aynı örnekte birden fazla N.A. dizisini eş zamanlı olarak tespit edebilir
- Geleneksel yöntemlere göre bazı avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır.





# PCR Avantajları

- Hızlı sonuç ile kültüre göre **erken tanı** imkanı,
- Yakın zamanlı **antibiyotik kullanımından etkilenmemesi**,
- Epidemiyolojik çalışmalar için **genotip tayini**,
- Sendromik PCR testi ile **eş zamanlı birçok etken**,
- Düşük patojen varlığında **yüksek duyarlılık** verileri,
- **Üremesi zor ve yavaş üreyen etkenleri** saptayabilme

# PCR Dezavantajları



- Canlı/ölü bakteri ayrımını yapamaz
- Kolonizasyon/enfeksiyon ayrımı güçtür
- Duyarlılık profili veremez
- Özellikle bazı etkenlerde yanlış pozitiflik sık
- Maliyetlidir, teknik altyapı gerektirir
- Panel dışı mikroorganizmaları saptayamaz

# Meningokok PCR

Prospective Study of a Real-Time PCR That Is Highly Sensitive, Specific, and Clinically Useful for Diagnosis of Meningococcal Disease in Children

Bryant ve ark., 2004, Journal of Clinical Microbiology

- Prospektif, çocuk hastalarda,
- 118 MSS enfeksiyonu ön tanısı yatan hasta,
- 24'ü klinik, BOS bulguları, kültür veya gram boyama ile kesin meningokok menenjit tanısı konulmuş.
- **24 hastanın 23'ünde PCR pozitif, diğer hastalarda yanlış pozitiflik görülmemiş.**
- **Duyarlılık %96, özgüllük %100** olarak belirlenmiş.
- Bu 24 hastanın yalnızca 15'inde kültür pozitifliği mevcut olup duyarlılığı %63 olarak kalmış.

# Duyarlılık ve Özgüllük

- BOS Sendromik PCR panelindeki her bir etken için duyarlılık ve özgüllük farklıdır.
- N.meningitidis için duyarlılık ve özgüllük bir çok çalışmada %90'ın üzerinde
- HSV'de duyarlılık %98, özgüllük %94 olduğunu gösteren çalışmalar mevcut. Erken dönemde PCR negatifliği de vurgulanmakta
- Enterovirüste BOS PCR duyarlılığı düşük bulunmuş (16 hastalık bir çalışmada %31)
- VZV'de duyarlılık %80 civarında, özgüllük %95'in üzerindedir.
- HHV-6'nın genoma entegre olup yanlış pozitiflikler
- HHV-7, CMV, EBV için de yanlış pozitiflikler sık

*Utilization, Yield, and Accuracy of the FilmArray  
Meningitis/Encephalitis Panel with Diagnostic Stewardship and  
Testing Algorithm*

**Broadhurst MJ ve ark.**

**J Clin Microbiol 2020;58:e00311-20**

- Sendromik PCR'ın **gereksiz kullanımının ve yanlış pozitifliklerin önlenmesi**
- Şubat 2017-Nisan 2019 arasında, tek merkezli, retrospektif kohort
- **459 hastadan BOS sendromik panel istenmiş, bu hastaların 196'sında (%42,7) BOS pleositozu olmadığından reddedilmiş.**
- Çalışılan 263 örneğin 51'i pozitif sonuçlanmış, bunların 4'ü yanlış pozitif (*GBS, H.influenza, C.neoformans*)
- **Reddedilen 196 hastadan yüksek MSS enfeksiyonu şüphesi olanlardan hedefe yönelik PCR tetkikleri istenmiş ve tüm bu hastaların yalnızca 4'ünde pozitiflik (1 VZV, 1 CMV, 2 HHV-6)**
- Bu hastaların tamamında sendromik PCR çalışılmış olsaydı pozitiflik oranı %11,5 olacak iken, pleositoz dışlaması ile oran %18,6'yı bulmuştur.
- **Testlerin akılcı kullanımı ile maliyet azaltılabilir, olası yanlış pozitifliklerin önüne geçilebilir, gereksiz antibiyotik kullanımları önlenabilir.**

*Differential Performance of the FilmArray Meningitis/  
Encephalitis Assay To Detect Bacterial and Viral Pathogens in  
Both Pediatric and Adult Populations*

**Schnuriger ve ark.**

**Microbiol Spectr; 2022 Apr 27;10(2):e0277421**

- Mayıs 2017-Kasım 2019 arasında, çok merkezli, retrospektif
- **1744 BOS örneğine sendromik PCR ve geleneksel yöntemler**
- **1133 örnekte virüs-spesifik PCR** (çoğu *Enterovirüs*)
- Virüs spesifik PCR+Sendromik PCR+BOS bulguları+Klinik+Antibiyotik başlanmış olma gibi durumlarla gerçek hasta grupları belirlenmiş.
- **Viral enfekte 139, enfekte olmayan 994 örnek** belirlenmiş. PCR panelinde 2 yanlış pozitif (*HSV-2* ve *VZV*), **14 yanlış negatif (12 *enterovirüs*, *HSV-1*, *HSV-2*)** —→ Duyarlılık%90, Özgüllük%99, PPV%89
- **Bakteriyel enfekte 22, enfekte olmayan 1722 örnek** belirlenmiş. Panelde **13 yanlış pozitif(9 *H.influenza*, 4 *S.pneumoniae*)**, 0 yanlış negatif sonuç —→ Duyarlılık %100, özgüllük %99.2, **PPV:%63**
- **BOS'ta pleositoz olmayan örnekler dışlandığında gerçek pozitif örnekler kaçırılmamış, yanlış pozitiflik sayısı 5 görülmüş: PPV:%87**

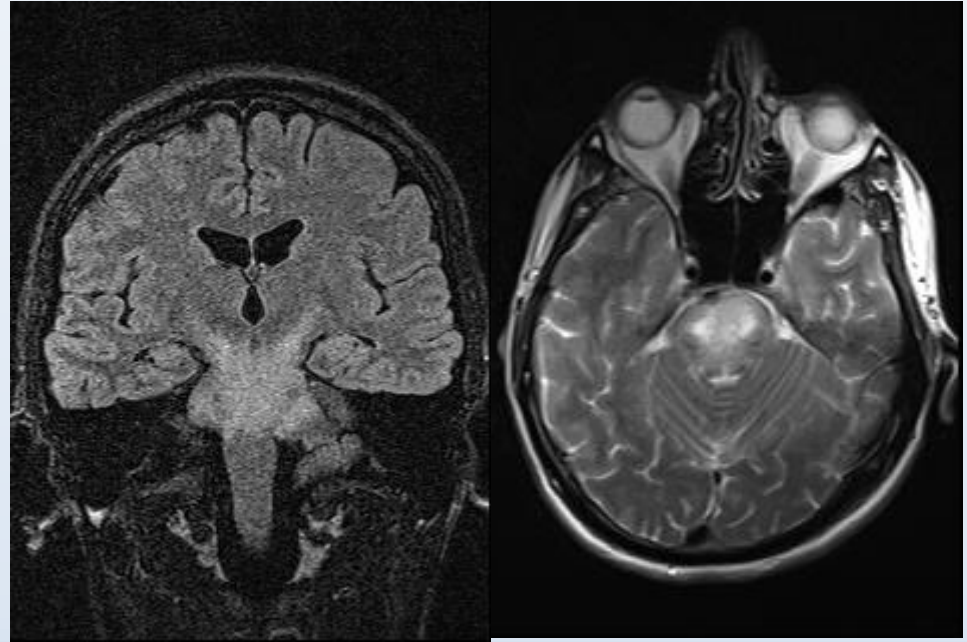
# Merkezimizdeki Panel (Bio-Speedy® Meningitis/Encephalitis RT-qPCR MX-17L Panel)

- *Cryptococcus neoformans/gattii*
- *CMV*
- *Enterovirüs*
- *E.Coli K1*
- *H.Influenza*
- *HSV (1,2,6,7,8)*
- *Listeria*
- ***N.meningitidis***
- *S.agalactiae*
- *S.pneumoniae*
- *VZV*



# Kontrastlı Kranial MR (4.gün)

- **Ponsu tamamen tutan** serebellar pedinküllere ve mezensefalona uzanan **T2 hiperintens lezyonlar**,
- **24x23x15 mm periferik kontrast tutulumu gösteren kaviter görünümlü lezyon** izlenmektedir; **tumor-apse?**



# Yatışının 4. günü

- Dizartri, denge bozukluğunun devam etmesi ve progresyon/regresyon takibi nedeniyle kontrol görüntülemelerle nörolojiye tekrar danışıldı.

## Nöroloji konsültasyonu:

- Beyin sapı lezyonu enfeksiyona sekonder?  
serebrit? vaskülit?
- **Ayırıcı tanılarda vaskülit** tetkik edilmesi.

# Romatoloji Konsültasyonu

- **Nöro-Behçet hastalığı** olarak değerlendirilen hastaya 5-7 gün süreyle 1gr/gün prednizolon IV verilmesi ve sonrasında rekonsülte edilmesi önerildi.



# Yatışının 5.günü

- Pulse steroid 1 gr/gün dozda başlandı.
- Vankomisin tedavisi 5. gününde kesildi
- Seftriakson tedavisi 7. gününde kesildi.
- **Pulse steroid 5. gününde** ataksi ve dizartrik konuşmasında **belirgin düzelme görüldü.**
- Hasta yatışının 10. gününde dış merkez romatoloji kliniğine sevk edildi.

## **Behçet Hastalığı: Mukokutanöz+nörolojik tutulum**

- Toplam 7 gün 1 gr/gün metilprednizolon
- İdame 1 mg/kg/gün prednizolon + azatioprin  
100 mg/gün

# Behçet Hastalığı

- 1937'de Hulusi Behçet
- Doğu Asya'dan Akdeniz'e eski İpek Yolu boyunca
- **20-40 yaş arası genç** yetişkinler (Erkeklerde şiddetli)
- Küçük, orta, büyük damarları tutabilen **vaskülit**
- **Tekrarlı, ağrılı mukokutanöz ülserler** (oral,genital)
- Cilt tutulumu, GİS tutulumu, artrit, akciğer, böbrek
- %66 göz tutulumu, %33 vasküler tutulum (pulmoner arter anevrizması vb), %10-20 nörolojik tutulum

# Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri

|                                                                   |                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tekrarlayan oral ülserasyon +</b>                              | Aftöz (idiyopatik) ülserasyon;<br>herhangi bir 12 aylık dönemde en az 3 atak    |
| <b>Ve aşağıdakilerden 2 tanesinin bulunması tanı koydurmakta.</b> |                                                                                 |
| <b>• Tekrarlayan genital ülserasyon</b>                           | Aftöz ülser veya skar                                                           |
| <b>• Göz lezyonları</b>                                           | Anterior/posterior üveit ya da vitrözde hücre görülmesi; veya retinal vaskülit  |
| <b>• Deri lezyonları</b>                                          | EN, papülopüstüler lezyonlar veya akneiform nodüllerle seyreden psödofollikülit |
| <b>• Paterji testi</b>                                            | 24–48 saat içinde klinisyen tarafından değerlendirilir                          |

“Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu’ndan uyarlanmıştır. Lancet 1990; 335:1078.”

# Nöro-Behçet

- Nörolojik tutulum, morbidite ve mortalite nedeni
- **Sistemik tutulum öncesi nörolojik bulgular** gelişebilir, erken tanı için bulguları bilmek önemli
- **Parankimal formda** akut dönemde **meningoensefalit**, kronik dönemde ise atrofi ve gliosis gelişmektedir. En fazla etkilenen bölge **beyin sapı ve diensefalondur**.
- **Nonparankimal nöro-Behçet** hastalığının en sık klinik prezentasyonu, **serebral büyük venlerin** tutulumu sonucu gelişen **lokal tromboz**dur.

# Parankimal Nöro-Behçet

- **Beyin sapı**, serebral hemisfer, bazal ganglion tutulumu
- Ateş, baş ağrısı, ataksi, davranış değişiklikleri, fokal nörolojik defisitler, bilişsel/psikiyatrik bozulmalar
- Akut veya kronik form
- Akut formda **BOS'ta hücre sayımı artabilir, protein artabilir**, glukoz genelde normale yakındır; **enfeksiyöz patolojilerle karışabilir**.
- Kronik formda bilişsel/psikiyatrik bozulmalar, beyin sapı değişiklikleri daha sık görülür.

## **Menenjitit Taklit Eden Bir Nöro-Behçet Hastalığı Olgusu**

*A Case of Neuro-Behçet's Disease Mimicking Meningitis*

Süda Tekin-Koruk, Öznur Tavşan, Celal Çalışır, Yusuf Ehi, Tülay Doğantürk

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Klimik Dergisi 2011; 24(1): 71-74**

- 27 y, erkek, kronik hastalık öyküsü yok
- 20 gün önce başlayan **ateş, baş ağrısı**
- **Hemiparezi, yürüme güçlüğü, dizartri, görme bulanıklığı**
- LP öncesi antibiyotik öyküsü
- Hc sayısı: **580/mm<sup>3</sup> (%25 PML)**, protein **61 mg/dl**, glukoz **53 mg/dl** (EKŞ:118) —————> Ampirik seftriakson başlanmış
- **Beyin sapı ve serebellar pedinkülde kontrastlanan lezyonlar**
- Rekürren **oral/genital ülser** öyküsü ve tedaviye yanıtızsızlık
- **Nöro-Behçet** düşünüldü. Steroid ve azatioprin tedavisi sonrası klinik ve radyolojik düzelme sağlandı.

## **Menenjitle Karışan Bir Nörobehçet Olgusu**

Mehmet Çelik<sup>1</sup>, Ali İrfan Baran<sup>2</sup>, Mahmut Sünnetçioğlu<sup>2</sup>, Yusuf Arslan<sup>2</sup>, Mustafa Kasım<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Cizre Dr. Selahattin Cizrelioğlu Devlet Hastanesi

<sup>2</sup> Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>3</sup> Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Fırat Tıp Dergisi, 2020; 25(1): 59–61**

- 18 y, kadın, 7 yıldır Behçet tanılı
- 2 gün süren ateş, baş ağrısı, bulantı-kusma şikayeti
- **Ateş, ense sertliği, lökositoz, CRP yüksekliği**
- Hc sayısı: **1650/mm<sup>3</sup> (%90 ly)**, protein **264 mg/dl**, glukoz **50 mg/dl** (EKŞ:124). Kültürler ve viral/bakteriyel etkenler negatifti.
- İlk beyin MR normaldi. Menenjit ön tanısıyla seftriakson başlandı.
- 2 hafta sonra klinik kötüleşti; **fasial paralizi, alt ekstremitte güçsüzlüğü ve mesane disfonksiyonu**
- **Parietofrontal subkortikal alanlar, korpus kallozum ve kortikospinal traktlarda lezyonlar**
- **Steroid, siklofosamid ve interferon tedavisi sonrası BOS bulguları düzeldi.** Klinik düzelme kısmi oldu; parapleji sekeli ile rehabilitasyon

Olgu-2 😊

# Başvuru Şikayetleri

- Halsizlik
- Baş ağrısı
- Çift görme
- Bacaklarda uyuşma



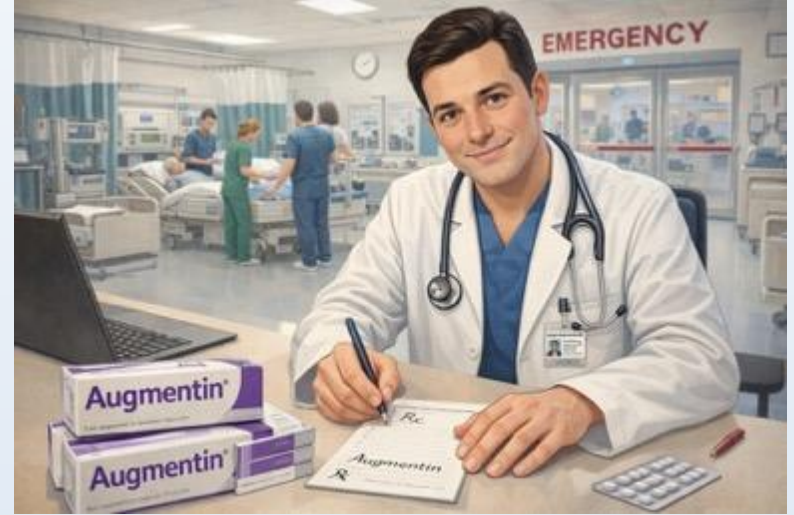
# Olgu Özellikleri

- S.M., 41 yaş kadın
- Temizlik işçisi, İstanbul'da yaşıyor
- Özgeçmiş: Özellik yok.
- Soygeçmiş: Özellik yok.
- Sigara, alkol kullanımı yok.
- İlaç kullanımı yok



# Hikaye

- 3 hafta önce başlayan ateş, boğaz ağrısı, halsizlik = Dış merkez amoksisilin-klavulanat
- Şikayetlerine **baş ağrısı, çift görme ve ayaklarda uyuşma +**
- Kontrastlı kranial MR'da periventriküler **kontrast tutmayan multiple lezyonlar**
- Nöroloji servis yatışı (Akut demiyelinizan hastalık?)



# Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Konsültasyonu

2. gününde ateş yüksekliği ile enfeksiyon hastalıklarına danışılıyor, aktif değerlendirmede:

- **3 haftadır süren baş ağrısı, iki gün önce başlayan diplopi ve ayaklarda uyuşma, aralıklı halüsinasyon**
- Bulantı kusma, karın ağrısı, ishal kabızlık yok
- Dizüri, pollaküri, genital akıntı yok
- Boğaz ağrısı, disfaji, geniz akıntısı, kulak ağrısı yok
- Döküntü yok. B semptomları yok.

# Fizik Muayene

**Ateş:37,5°C Nabız:82/dk KTA:110/70mmHg DKSS:22/dk SpO2:%97**

- Bilinç açık, koopere ve oryante, apatik, GKS: 15
- **Nörolojik Muayene:**
  - **Bilateral alt ekstremitelerde parestezi**
  - Kas gücü tam, DTR normal, patolojik refleks yok.
  - **Dışa bakış kısıtlı, çift görme mevcut**
  - **Postural tremor ve temkinli yürüme mevcut**
  - **Ense sertliği pozitif, Kernig ve Brudzinski negatif**

# Laboratuvar (Acil Servis)

## Tam kan sayımı

- Lökosit: **6910 mm<sup>3</sup>**
- Nötrofil: **6200 mm<sup>3</sup> (%86)**
- Lenfosit: **300 mm<sup>3</sup> (%4)**
- Hb: 11,6 g/L
- Plt: 287.000/L

## Biyokimya

- Glukoz: 101 mg/dL
- Üre: 25 mg/dL
- Kre: 0.9mg/dL
- AST: 15 U/L , ALT: 10 U/L
- Na:138 mmol/L
- K: 3,9 mmol/L
- CRP: **8 mg/L (0-5)**
- Prokalsitonin: <0,12 ng/L

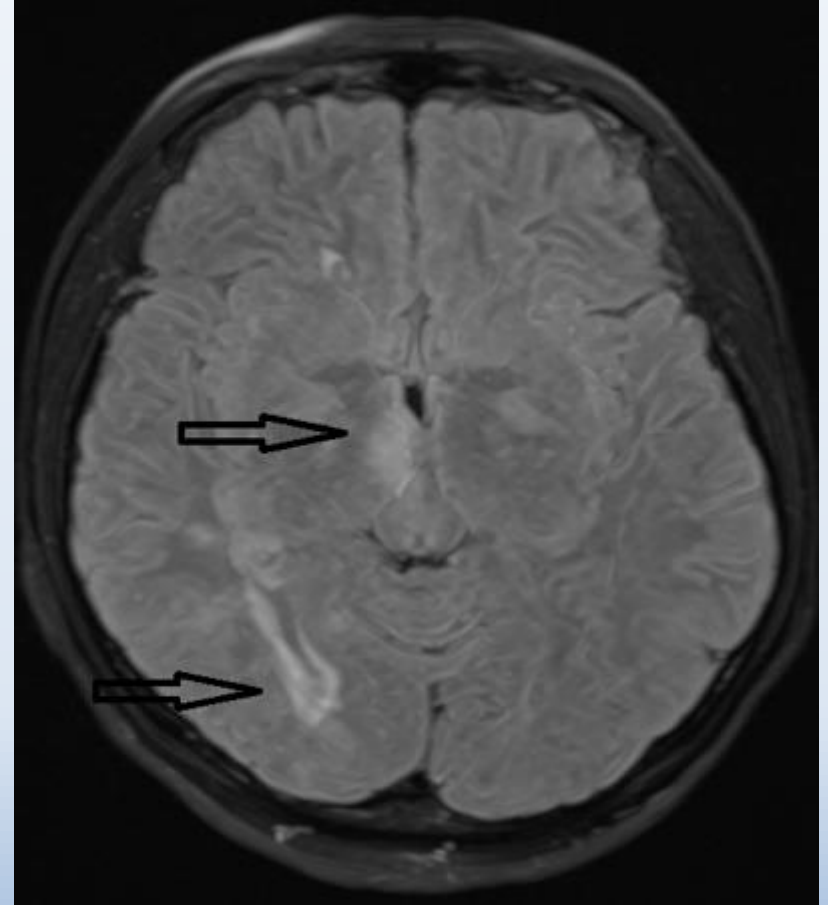
# Laboratuvar-2

- HbsAg negatif
- AntiHbc Total negatif
- AntiHbs pozitif
- AntiHCV negatif
- AntiHAV Total pozitif
- Anti HIV negatif

- VDRL, TPHA negatif
- Wright negatif
- TİT'te patoloji yok

# Kontrastlı Kranial ve Difüzyon MR

- **Korpus kallosum sağ yarısında ve sağ lateral ventrikül komşuluğunda temporal alana uzanan kontrast tutmayan multiple lezyonlar**
- **Sağ temporal lob medial kesimde şüpheli difüzyon kısıtlılığı**



# Pozitif Bulgular



**AYIRICI TANILAR ???**

# Ayırıcı Tanılar

- Kronik Menenjit (*Tüberküloz, bruselloz, nörosifiliz*)
- Ensefalit
- Beyin apsesi
- Akut bakteriyel menenjit
- Aseptik menenjit
- Demiyelinizan hastalıklar (ADEM, MS vb)
- Romatolojik hastalıklar
- Neoplazi

# BOS Bulguları



- BOS görünümü bulanık
- Açılış basıncı: 24 cm H<sub>2</sub>O
- BOS lökosit sayısı: 465 mm<sup>3</sup>, %90 PMNL
- BOS glukoz: 21 mg/dl (EKŞ: 110 mg/dl)
- BOS protein: 206 mg/dl
- BOS gram boyama: Bol lökosit mevcut, mikroorganizma görülmedi

BOS tüberküloz kültürü, EZN boyama, PCR'ı ve BOS sendromik PCR paneli

| Tetkik Adı                     | Sonuç        | Durum | Birim | Referans Aralığı / Karar Sınırı | Önceki Sonuçlar |
|--------------------------------|--------------|-------|-------|---------------------------------|-----------------|
| Cryptococcus neoformans/gattii | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Cytomegalovirus                | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Enterovirus                    | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Escherichia coli K1            | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Haemophilus influenzae         | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Herpes simplex virus 1         | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Herpes simplex virus 2         | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Human herpesvirus 6            | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Human parechovirus             | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Listeria monocytogenes         | POZİTİF      |       |       |                                 |                 |
| Neisseria meningitidis         | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Streptococcus agalactiae       | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Streptococcus pneumoniae       | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Varicella zoster virus         | Saptanamadı. |       |       |                                 |                 |
| Tıbbi Laboratuvar Yorum :      |              |       |       |                                 |                 |



Açıklama : Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde bulunan Merkez Laboratuvarında çalışılmıştır.

- Hastanın tedavisi Ampisilin 6x2 gr IV., Gentamisin 3x100mg IV. Olarak başlandı.
- Antibiyotik tedavisinin 2. gününde kan kültüründe *Listeria monocytogenes* üredi.

|                        |             |                                           |
|------------------------|-------------|-------------------------------------------|
| KAN KÜLTÜRÜ KOL 1.ŞİŞE |             | Ampicillin mic: 0.064 µg/mL               |
| KAN KÜLTÜRÜ KOL 1.ŞİŞE | Gram Boyama | Meropenem mic: 0.064 µg/mL                |
| KAN KÜLTÜRÜ KOL 1.ŞİŞE |             | Gentamicin mic: 0.38 µg/mL                |
| KAN KÜLTÜRÜ KOL 2.ŞİŞE |             | Sonuçları alt parametre olarak gözükmekte |
| KAN KÜLTÜRÜ KOL 2.ŞİŞE |             | 24.02.2021 tarihli 208150572126 numaralı  |
| KAN KÜLTÜRÜ KOL 2.ŞİŞE | Gram Boyama | gram (+) basil                            |
| KAN KÜLTÜRÜ KOL 2.ŞİŞE |             | Listeria monocytogenes                    |

## Antibiyoterapinin;

- 48. saatinde ateş olmadı, baş ağrısı azaldı
- 5. gününde diplopinin sebat etmesi ile göz muayenesi yapıldı, patoloji görülmedi.
- 14. gününde halüsinasyonlar geriledi, diplopi azaldı.
- Kontrol MR'da parankimal lezyonlarda gerileme
- Baş ağrısı, ateşi olmayan ve çift görme şikayeti sonlanan hasta tedavisi 21 güne tamamlanarak poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

# *Listeria monocytogenes* Enfeksiyonu

- Özellikle **immunsupresif, yaşlılar ve yenidoğanlar** gibi yaşın uç noktalarındaki kişiler, **gebeler** invaziv hastalık açısından riskli(MSS enfeksiyonu/Bakteremi)
- MSS enfeksiyonu olarak en sık **meningoensefalit** formu (Yaygın tutulum veya rombensefalit)
- İzole menenjit oldukça nadir
- Birçok hastada meningeal irritasyon bulguları olmaz
- KÇ tutulumu, ataksi, hemipleji, nöbetler
- **BOS bulguları değişkendir. Pleositoz lenfositler de görülebilir. Bakteriyel menenjit etkenlerine nazaran BOS glukoz ve proteini daha az bozar.**

# Sabrınız için teşekkürler...



# POLİKLİNİKLER GİRİŞİ-2

