



En Zor Olgum: Ne Öğrendim?

Dr. Reşide Börçe AYDIN

Prof. Dr. Meliha Meriç KOÇ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Şubat-2026

Olgu

- 30 yaş erkek, Suriye uyruklu, çalışmıyor
- Evli, heteroseksüel, son 2 yılda tek partneri eşi (eşin HIV statüsü?)
- Çanakkale' de yaşıyor
- **Son 3-4 aydır olan halsizlik ve gece terlemeleri**
- DM tetkiklerinde **bisitopeni** ve **anti-HIV reaktivitesi >>>** polikliniğimize yönlendiriliyor
- Poliklinik muayenesi sırasında **ateş yüksekliği** olması nedeniyle ileri tetkik edilmesi amacıyla kliniğimize yatırıldı

Özgeçmiş

- Bilinen sistemik hastalık öyküsü yok
- Kullandığı ilaç yok
- Sigara ve alkol kullanmıyor
- Keyif verici madde: şüpheli anamnez veriyor
- Bilinen alerji öyküsü: yok
- Ailede hastalık öyküsü: yok

Fizik Muayene

- Genel durum: Orta
- Bilinç açık, koopere-oryante
- **Vücut sıcaklığı: 39,2°C**
- **Kan basıncı: 92/53 mmHg**
- **Nabız: 132/dakika**
- Oda havasında O₂ Satürasyon: %100
- **PTÖ ++/++ ve alt ve üst ekstremitelerde basmakla solmayan parlak kırmızı maküler lezyonlar**
- Başka bir FM bulgusu Ø
- Boy:175 cm Kilo:70 kg VKİ:22.9

Laboratuvar Sonuçları

Hemogram

Lökosit: 4 260/mm³

Hemoglobin: 5.6 gr/dl ▼

Hematokrit: %16.7

MCV: 82.7 fl

Trombosit: 32 000/mm³ ▼

Nötrofil: 3 470/mm³

Lenfosit: 420/mm³ ▼

Monosit: 370/mm³

Eozinofil: 0/mm³

Biyokimya

Glukoz: 114 mg/dl

Üre: 33.9 mg/dl

Kreatinin: 0.8 mg/dl

Na: 129 mEq/l **▼**

K: 5.1 mEq/l

Albümin: 17 gr/l **▼**

T. protein: 52 gr/l **▼**

CRP: 101 mg/l **▲**

Demir: 64 µg/Dl

B12: 337 pg/mL

AST: 54 Ü/l **▲**

ALT: 22 Ü/l

GGT: 56 iÜ/l

ALP: 114 iÜ/l

T. bilirubin: 0.4 mg/dl

LDH: 357 iÜ/l **▲**

Prokalsitonin: 4.04 ng/ml **▲**

Sedimentasyon: 51 mm/l **▲**

Diğer Testler

- **CD4 T+Lenfosit: 5/mm³**
- CD8 T+Lenfosit: 173/mm³
- CD4/CD8: 0.02
- **HIV-1 RNA: 664.000 kopya/mL**
- Cryptococcus neoformans antijeni: -
- HBsAg: -
- Anti-HBs: -
- Anti HCV: -
- T. pallidum Total Antikoru: -

- QuantiFERON TB-GOLD: -
- Toxo Ig G:-
- Kızamık Ig G:+
- Kabakulak Ig G:+
- Rubella Ig G:+
- VZV Ig G:+
- CMV Ig G:+

PA AC Grafi



Ne düşünürsünüz? Önerileriniz ?

- 30 yaş erkek
- Ateş yüksekliği
- CD4 T+Lenfosit: 5/mm³
- Bisitopeni
- Pretibial ödem
- Hipoalbüminemi
- Alt ve üst ekstremitelerde kırmızı papüler lezyonlar



Başlanan Tedaviler

- Hastadan 2 set kan kültürü alındı ampirik seftriakson i.v. başlandı
- Yatışının 3.gününde ART başlandı (TAF+FTC+BIC)
- CD4+T lenfosit sayısı<200 mm³ olduğundan SXT proflaksisi verildi

İstenen Tetkikler

- Bisitopenisi >> Periferik Yayma
- Ateş yüksekliği + ileri evrede tanı >> görüntüleme
- EKO
- İdrar Tüberküloz-PCR, ardışık 3 gün sabah balgam ARB ve Tüberküloz kültürü

Periferik Yayma/Hematoloji Konsültasyonu

- Periferik yaymasında atipik hücre, blast görülmedi
- Hemoliz bulgusu yok
- Hematoloji ön planda **primer hastalığına bağlı sitopeni** olarak değerlendirdi, izleminde sitopeninin devam etmesi halinde rekonsültasyon önerildi.

EKO

- EF: %58
- Kapak patolojisi yok

Toraks BT(Kontrastlı)

- **Bilateral hafif dereceli plevral effüzyon**
- Bilateral akciğerde **perihiler bölgede daha belirgin olan buzlu cam dansitesi**, interlobuler septal kalınlaşma

Karın BT(Kontrastlı)

- Organomegali yok
- Tüm kadrarlarda serbest sıvı izlendi

Kraniyal BT(Kontrastlı)

- Bilateral serebral hemisferlerde yaşı ile uyumlu olmayan parankimal atrofi
- İntrakraniyal yer kaplayan/kontrast tutan lezyon yok

Dermatoloji Konsültasyonu

- Bacaklarda ve kollarda basmakla solmayan parlak kırmızı renkte maküler ve yer yer kubbe şeklinde papüler lezyonlar
- Hastanın verileri incelendiğinde platelet düşüklüğü görülmüş olup, lezyonlar **ön planda trombositopeniye sekonder olduğu** düşünülmekle beraber ayırıcı tanı açısından biyopsi alındı

Bu aşamada ne düşünürsünüz? Önerileriniz?

- 30 yaş erkek
- Ateş yüksekliği
- CD4 T+Lenfosit: $5/\text{mm}^3$
- Bisitopeni
- Pretibial ödem
- Alt ve üst ekstremitelerde kırmızı papüler lezyonlar
- Bilateral minimal plevral efüzyon, bilateral hiler buzlu cam görünümü, batında serbest sıvı
- EKO EF:%58

Yatışının 2.haftasında

- ART 10. günü, seftriakson 14.günde, SXT profilaksi(3/7)
- Ateş 1. haftanın sonunda subfebril olmaya başladı, aralıkları da azaldı
- Genel durumu daha iyi
- Pretibial ödemi geriledi
- Deri lezyonları devam ediyor

CRP,türbidimetrik	140.3	140.3
CRP,türbidimetrik	110.1	110.1
CRP,türbidimetrik	81.9	81.9
CRP,türbidimetrik	53.3	53.3
CRP,türbidimetrik	42.6	42.6
CRP,türbidimetrik	32.5	32.5
CRP,türbidimetrik	18.7	18.7

- Kùltürlerinde üreme yok

2. Hafta

Hemogram

- Lökosit: 4 540/mm³
- **Hemoglobin: 8.9 gr/dl ▼**
- **Trombosit: 102 000/mm³ ▼**
- Nötrofil: 3 030/mm³
- **Lenfosit: 650/mm³ ▼**

Biyokimya

Üre: 14.5 mg/dl

Kreatinin: 0.5 mg/dl

Albümin: 35 gr/l

T. protein: 78 gr/l

LDH:160 iÜ/l

AST: 15 Ü/l

ALT: 12 Ü/l

CRP: 18 mg/l▲

ART 2.Hafta

- **CD4 T+Lenfosit: 44/mm³**
- **CD8 T+Lenfosit: 286/mm³**
- **CD4/CD8: 0.15**
- **HIV-1 RNA: 13.100 kopya/mL**

BAL

- Non-spesifik kültür: Üreme olmadı
- Mantar kültür: Üreme olmadı
- PCP PCR: -
- ARB: -
- Tüberküloz PCR: -
- Tüberküloz kültür: Kültür devam ediyor

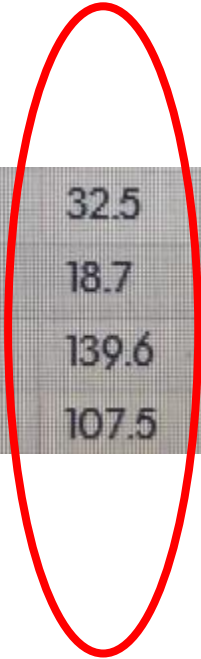
Dermatoloji-Deri punch biyopsi sonucu

MAKROSKOPİ	Üzerinde 0,3 cm çapta deri elipsi bulunan, 0,4 cm derinlikte 1 adet deri-deri altı doku parçası. 1P1K/Y Raporlama: FA
UYGULANAN ÖZEL YÖNTEMLER (Özel Boyalar, IHK, moleküler yöntemler, EM)	Histokimya Bulguları: PASAB: Özellik izlenmedi GMS: Mikroorganizma izlenmedi Whartin Starry: Mikroorganizma izlenmedi İmmünohistokimya Bulguları: HHV8: Negatif CD31 ve CD34: Vasküler yapılarda pozitif
TANI(ICD-O kodları)	Sağ Bacak Deri Punch Biyopsi: LÜTFEN YORUMU OKUYUNUZ.
Tıbbi Laboratuvar Yorum	Gönderilen biyopsi seri kestilerle incelenmiştir. Biyopsinin bir kenarında üst dermiste nodüler gelişim gösteren ekstrasvaze eritrositlerin izlendiği vasküler proliferasyon mevcuttur. Uygulanan immünohistokimyasal ve histomiyasal belirteçler bulgu saptanmamıştır. Hastanın başta hemanjiom olmak üzere vasküler orjinli tümörler açısından değerlendirilmesi önerilir.

Yatışının 3.Haftası

- Yatışının 3. haftasında ateş yüksekliği yeniden eskisi gibi $>38^{\circ}\text{C}$
- FM'de yeni bulgu yok, deri lezyonlarında değişiklik yok
- Antibiyoterapi hala devam ediyor, ART yaklaşık 3. haftasında
- AFR yüksekliği tabloya eşlik ediyor
- Kùltürleri alınıp, güncel görüntüleme planlanıyor

CRP,türbidimetrik	32.5	32.5
CRP,türbidimetrik	18.7	18.7
CRP,türbidimetrik	139.6	139.6
CRP,türbidimetrik	107.5	107.5



Yatışının 3.Haftası Laboratuvar Sonuçları

Hemogram

Lökosit: 4 300/mm³

Hemoglobin: 9.5 gr/dl ▼

Trombosit: 204 000/mm³

Nötrofil: 2 670/mm³

Lenfosit: 820/mm³ ▼

Biyokimya

Kreatinin: 0.71 mg/dl

Albümin: 36 gr/l

AST: 20 Ü/l

ALT: 14 Ü/l

LDH:164 iÜ/l

CRP: 139 mg/l ▲

Prokalsitonin: 0.2 ng/ml

Ne düşünürsünüz?



Takip-3.Hafta

- Alınan kültürlerinde üreme yok
- Görüntülemeleri yapıyor

Boyun BT (ilk çekimden 3. hafta sonra)

- **Bilateral** servikal zincirde büyükleri sağda düzey 2 de 15x8 mm boyutunda oval şekilli, **reaktif görünümde lenf nodları**

Toraks BT (ilk çekimden 3. hafta sonra)

- **Mediastende milimetrik çapta lenf nodları** mevcuttur
- Bilateral plevral effüzyon izlenmemiştir
- Parankimde kitlesel lezyon ya da aktif infiltrasyon bulgusu yok

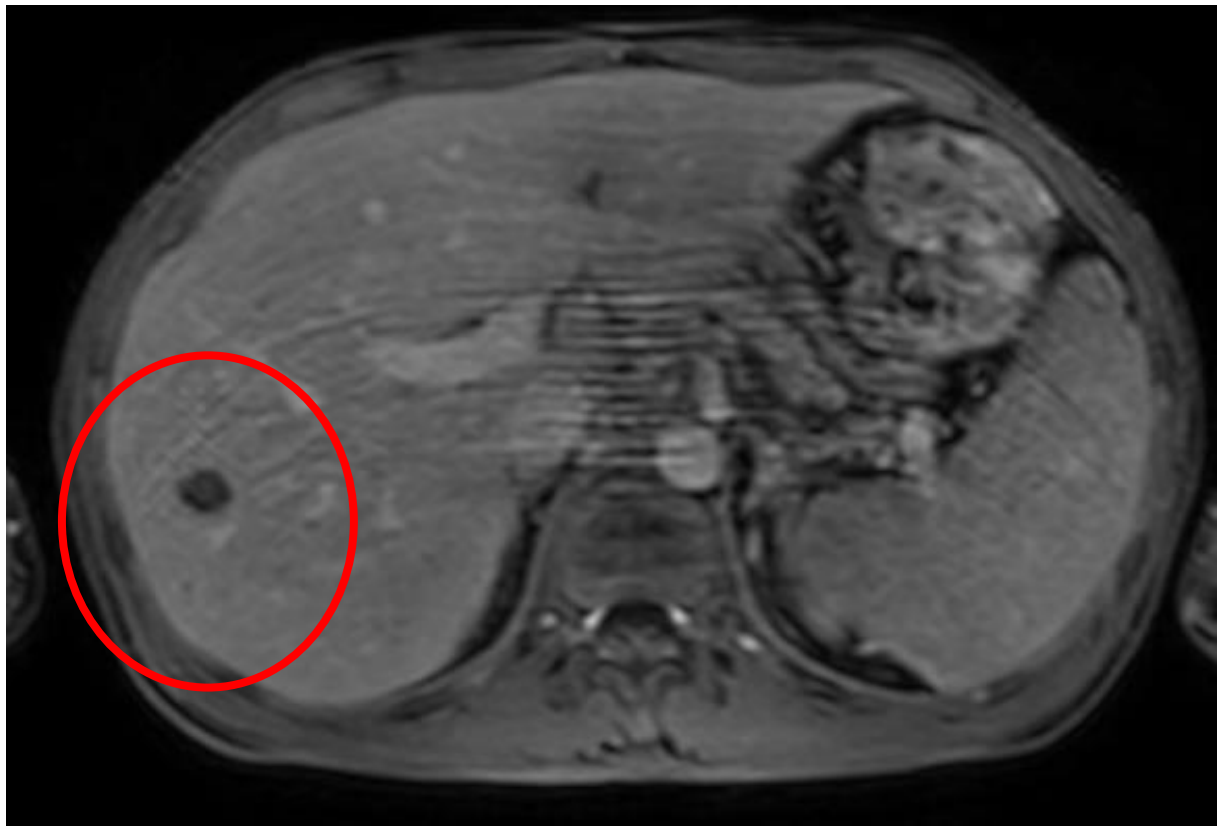
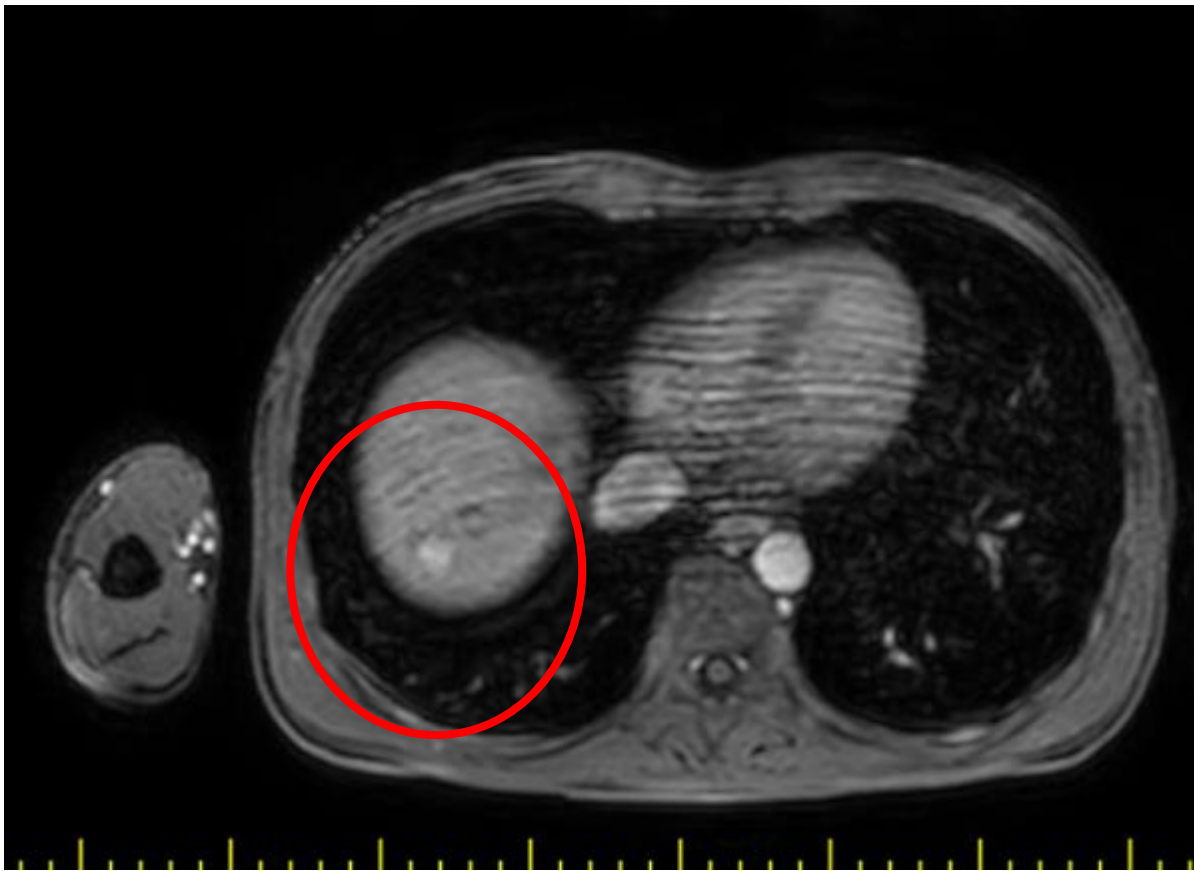
Karın BT (ilk çekimden 3. hafta sonra)

- Karaciğer uzun aksı 228 mm çapında olup artmış
- Karaciğerde büyüğü segment 7 subkapsüler alanda **15x19 mm boyutunda 4-5 adet hipodens lezyon** izlendi. Karakterizasyon açısından MR ile değerlendirilmesi önerilir
- Dalak uzun aksı 142 mm olup artmış
- Çölyak grupta, mezenterik grupta, aortakaval, paraaortik alan ve bilateral eksternal iliak grupta, büyükleri; sol paraaortik alanda 16x9 mm, sağ eksternal iliak grupta 13x10 mm, sol eksternal iliak grupta 16x10 mm boyutunda **çok sayıda lenf nodu** izlendi



MR-KC Dinamik MR

- Karaciğer **segment 8'de** kubbe kesiminde 15 mm çapında T1A\T2A serilerde hiperintens **İVKM eneksiyonu sonrası homojen kontrastlanan lezyon** mevcuttur **(malignite ekarte edilememiş olup PET CT çekilmesi önerilir)**
- Karaciğer **segment 6-7** bileşkesinde 15 mm çapında T1A serilede hipo, T2A serilerde hiperintens **İVKM eneksiyonu sonrası kontrastlanmayan** düzgün konturlu lezyon mevcuttur **(Basit kist?)**
- Karaciğer parankim T2A serilerde yer yer heterojen görünümündedir.



PET

- **Supra-infradiyafragmatik lenfatik lojlarda** yerleşimli özellikle servikal ve aksiller lenfatik lenfatik lojlarda yerleşimli olanlar **ilk planda reaktif süreçleri düşündürmekle birlikte hafif-artmış hipermetabolizma gösteren lenf nodlarının immün yetmezlik sendromu ile ilişkili lenfadenopatiler-lenfoproliferatif hastalıkların tutulumu açısından değerlendirme amacıyla histopatolojik olarak örneklenmesi önerilir.(SUVmax:2.3)**
- **Dalak parankim aktivitesinde diffuz olarak artmış ve kemik iliği ile uyumlu alanlarda diffuz artmış hipermetabolizma(klinik-laboratuvar bulgular ile değerlendirme önerilir.) seçilmektedir(SUVmax:2.7)**

PET

- **Karaciğerde segment 8 de ve segment 6-7 bileşkesi düzeyinde yerleşimli büyüğü aksiyel planda 1.3 cm'ye ulaşan ametabolik hipodens nodüler alanlar izlenmiştir(kist? MR ile değerlendirme önerilir)**

Karaciğer Lezyonu Konsültasyon Kupası



Ne düşünürsünüz?



ART 4. Hafta

- Genel durumu daha iyi, 3. haftanın ortasından itibaren ateşsiz
- Ampirik seftriakson tedavisi 4. haftada kesildi
- ART devam ediyor
- KC'deki lezyon aydınlatılmaya çalışılıyor, biyopsi önerildi

ART 4.Hafta

Lökosit: 3 700/mm³

Hemoglobin: 8.8 gr/dl ▼

Trombosit: 160 000/mm³

Nötrofil: 2 800/mm³

Lenfosit: 890 /mm³ ▼

CRP: 12 mg/lt

Prokalsitonin: 0.15 ng/mlt

BFT-KCFT: N

- **CD4 T+Lenfosit: 33/mm³**
- **CD8 T+Lenfosit: 323/mm³**
- **CD4/CD8: 0.1**
- **HIV-1 RNA: 3.060 kopya/mL**

CRP,türbidimetrik	71.3
CRP,türbidimetrik	80
CRP,türbidimetrik	12

KC Biyopsi

- Yatışının 40. günü
- Hastadan KC biyopsisi/Tru-cut
- Doku Tbc-PCR: -
- Patolojik inceleme için örnek gönderiliyor
- Hasta taburcu olmak istiyor

Taburculuk Reçetesi

- ART
- SXT proflaksisi
- Yakın dönem poliklinik kontrolüne çağırıyoruz

3 Hafta Sonra...



2. Başvuru

- Deri lezyonlarında progresyon, aralıklı ateş yüksekliği $>38^{\circ}\text{C}$
- Lezyonlar son 5 gündür belirgin artmış ilk döküntüler alt ve üst ekstremiteler ile sınırlı iken bu sefer yüz ve gözde ön yüz dahil daha geniş yayılım göstermiş, bazılarının vasfı değişiklik göstermiş
- Ek yakınması yok
- TAF/FTC/DTG ve TMP-SXT 3/7 altında

Hemogram

- Lökosit: 3 220/mm³
- **Hemoglobin: 10.9 gr/dl ▼**
- **Trombosit: 71 000/mm³ ▼**
- Nötrofil: 3 470/mm³
- Lenfosit: 1.290/mm³

Biyokimya

Üre: 17.1 mg/dl

Kreatinin: 0.71 mg/dl

AST: 66 Ü/lt ▲

ALT: 22 Ü/lt

GGT: 17 iÜ/lt

ALP: 78 iÜ/lt

LDH: 312 iÜ/lt ▲

CRP: 139 mg/lt▲

- **CD4 T+Lenfosit: 82/mm³**
- CD8 T+Lenfosit: 516/mm³
- CD4/CD8: 0.15
- **HIV-1 RNA: 17.500 kopya/mL!!!**

KC Biyopsi

MİKROSKOPİ	Küçük boyutlu karaciğer trucut biyopsi materyelinin seri kesitlerinde 6 portal alan izlenmiş olup suboptimal sayıdadır. Kesitlerde bazı vasküler yapıların duvarında kalınlaşma, lobüllerde az sayıda polimorfnüveli lökositleri de içeren hafif lobüler inflamasyon, bazı hepatositlerde hafif berraklaşma, bir alanda mikrogranülom yapısı mevcuttur. Histokimyasal incelemede Reticulin ile arşitektür olağan, Prusya mavisi ile Grade-1 düzeyinde demir birikimi, Masson Trichrom ile hafif perisellüler fibrozis mevcuttur. Pas, Ezn, Gms ile spesifik mikroorganizma mevcut değildir. Ek patolojik bulgular; Safra yolu inflamasyonu ve hasarı: İzlenmedi Lenfoid follikül oluşumu: İzlenmedi Steatoz: İzlenmedi İntrasellüler inklüzyon, PAS + globüller: İzlenmedi
UYGULANAN ÖZEL YÖNTEMLER (Özel Boyalar, IHK, moleküler yöntemler, EM)	Uygulanan ek histokimyasal ve immünohistokimyasal işlemler: Histokimya: Retikulum, Masson trikrom, PAS, dPAS, Prusya mavisi, Congo red: Negatif (ek rapor) İmmünohistokimya: Glypican: Negatif, Cmv: Suboptimal teknik.
TANI(ICD-O kodları)	TANI: KARACİĞER, TRUCUT BİYOPSİ; LÜTFEN MİKROSKOPİ VE YORUMU OKUYUNUZ
Tıbbi Laboratuvar Yorum	Küçük boyutlu biyopsi materyeli değerlendirme için suboptimal nitelikte olup, histomorfolojik bulgular yukarıda tariflenmiştir. Olgunun öncelikle mevcut kliniği ile de ilişkili olarak granülomatöz hastalıklar açısından araştırılması ve klinik-serolojik-görüntüleme bulguları eşliğinde değerlendirilmesi uygun olur.

Elimizde Neler Var?

- İleri evre edinsel yetmezlik ile başvuru (ART 2.ay dolmak üzere)
- Ateş (genel durumunu bozmuyor)
- Deri lezyonları (makül, papül)
- KC'de lezyon → biyopsi: granülomatöz hst?
- Multiple reaktif LAP'lar



Dermatoloji Konsültasyonu

- Hasta **Basiller Anjiyomatozis? Kaposi Sarkom?** ön tanılarıyla biyopsi alınması açısından dermatoloji kliniği ile konsülte edildi
- Biyopsi alınmasının ardından **doksisiklin 2x100 mg po** başlanması planlandı

Doksisiklin 2.Haftasında

- Ateşi olmuyor
- Genel durumu çok daha iyi
- Döküntüleri belirgin azalmış durumda
- AFR ↓

Doksisiklin 2. Hafta

Hemogram

- Lökosit: 6 120/mm³
- **Hemoglobin: 11.9 gr/dl ▼**
- Trombosit: 170 000/mm³
- Nötrofil: 3 000/mm³
- Lenfosit: 1.740/mm³

Biyokimya

AST: 18 Ü/l_t

ALT: 29 Ü/l_t

GGT: 20 iÜ/l_t

ALP: 90 iÜ/l_t

CRP: 24 mg/l_t

T.C. Kimlik No/
Pasaport No : 99*****56
Cinsiyet : Erkek
Doğum Tarihi : 1995-01-03 00:00:00
Dosya No : 5383670976
Num.Kabul No : 2088464242

Örnek Alınma Tarih ve Saati : 13.04.2025 /
Numune Kabul Tarih ve Saati : 22.05.2025 / 15:14
Laboratuvar No : 5383926031
Laboratuvar Kabul : 22.05.2025 / 15:44
Protokol/Sıra : 2025/6321 / 1

ULUSAL YÜKSEK RİSKLİ PATOJENLER REFERANS LABORATUVARI

Çalışılan Analiz	Birimi	Yöntem	Tayin Limiti	Referans Değer	Analiz Sonuçları	Numune Cinsi	Sonuç Tarih - Saati / Onaylayan
Bartonella spp. Real Time PCR		PCR			NEGATİF	Doku Biyopsisi	23.05.2025 14:21 / MERAL TURAN
Bartonella spp. (Kedi Tırmığı) kültür		Antibiyotik Duyarlılık			NEGATİF	Doku Biyopsisi	13.06.2025 14:57 / MERVE KAYABAŞ ACUN

7	Yüksek Riskli Patojenler L.	30.195	912.540	<i>Bartonella henselae</i> (Kedi Tırmığı) IgG	IFA	1-2 mL Serum	5
7	Yüksek Riskli Patojenler L.		130.234	<i>Bartonella quintana</i> (Trench fever/Siper ateşi) IgG	IFA	1-2 mL Serum	5
7	Yüksek Riskli Patojenler L.		140.308	<i>Bartonella</i> spp. Kültür (Doku materyalleri formalin ve parafin içermeyen SF içinde dıştan vidalı steril tüp/kapta gönderilmelidir.)	Kültür	2-3 g Doku biyopsi örneği	20
7	Yüksek Riskli Patojenler L.		908.339	<i>Bartonella</i> spp. PCR (Doku materyalleri formalin ve parafin içermeyen SF içinde dıştan vidalı steril tüp/kapta gönderilmelidir.)	Real Time PCR	2-3 g Doku biyopsi örneği	3

NUMUNE TÜRÜ		Tetkik İstem Zamanı : 10.04.2025 09:28:40
Alınma Şekli	: BIOPSI / KÜRETAJ	Numune Alma Zamanı : 10.04.2025 09:28:00
Alınma Yeri	: Alt ekstremitte, BBT	Numune Kabul Zamanı : 10.04.2025 13:57:16
Lokalizasyon	:	Uzman Onay Zamanı : 28.04.2025 12:10:10
KLİNİK BİLGİ VE ÖN TANI	Sol bacakdaki ve sağ bacakdaki 2 adet kırmızı renkli papülden 2 adet 4mm punch bx alındı. ön tanılar: 1-basiller anjiomatöz 2-kaposi sarkomu 3-hemanjom	
MAKROSKOPİ	T1B1. Üzerinde 0,4 cm çapında deri elipsi bulunan, 0,7 cm derinliğinde bir adet deri-deri altı doku parçası 1P1K/Y. T1B2. Üzerinde 0,4 cm çapında deri elipsi bulunan, 0,7 cm derinliğinde bir adet deri-deri altı doku parçası 1P1K/Y. Raporlama: AY	
TANI(ICD-O kodları)	1, 2) Deri; Sağ ve sol bacak kayıtlı örnekler, punch biyopsi: Basiller angiomatozis (2 adet). - ERG: Endotel hücrelerinde pozitif. - HHV8: Lezyonlarda negatif.	

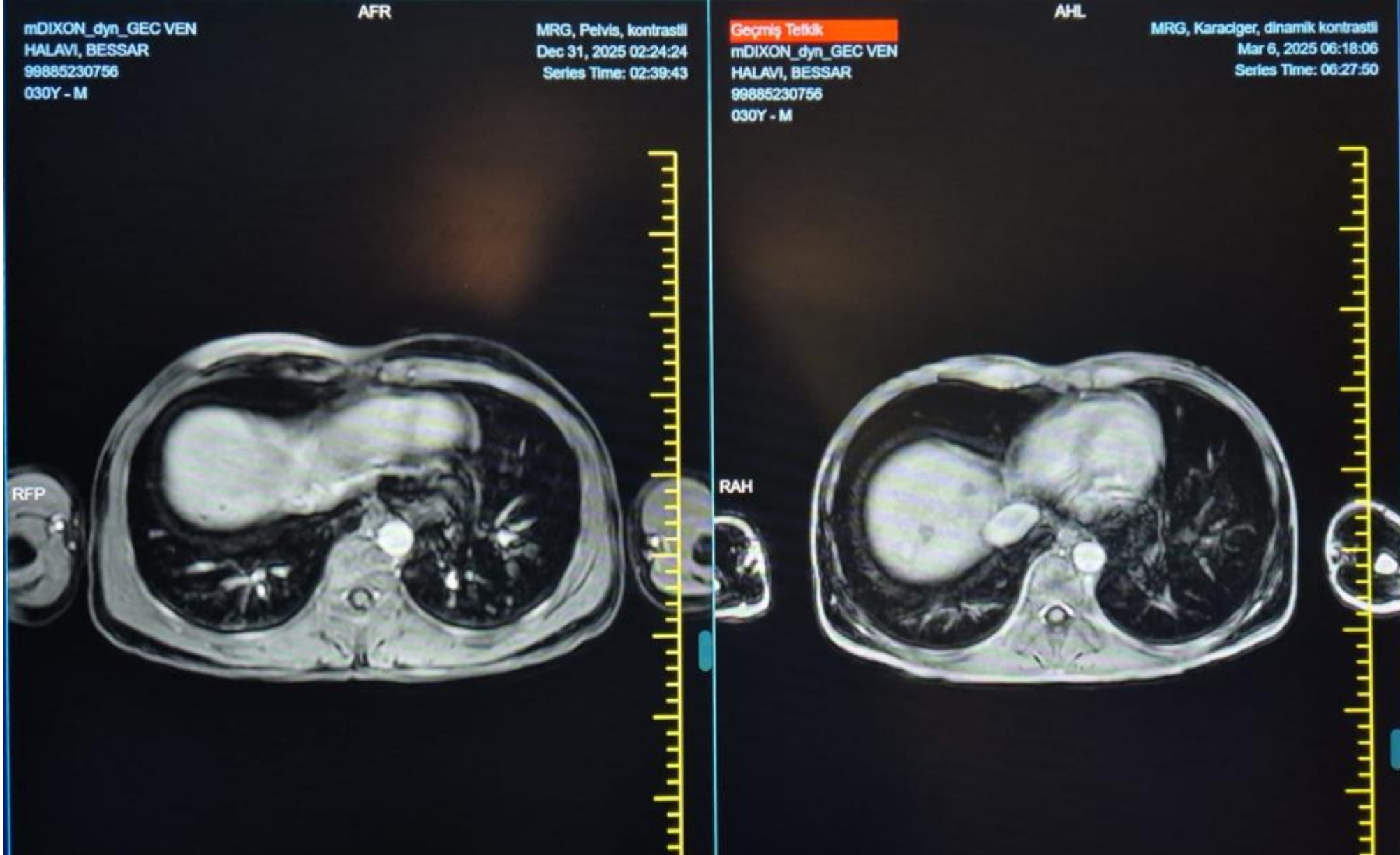
- Hasta doksisiklin tedavisinin 14.gününde taburcu edildi ayaktan tedavinin devamı planlandı
- ART' ye ve SXT proflaksisine devam edildi

Taburculuk Sonrası Poliklinik Takip

- Poliklinik takiplerinde hastanın tüm döküntüleri geriledi
- KC'de yer alan lezyonların tama yakın regrese olduğu görüldü

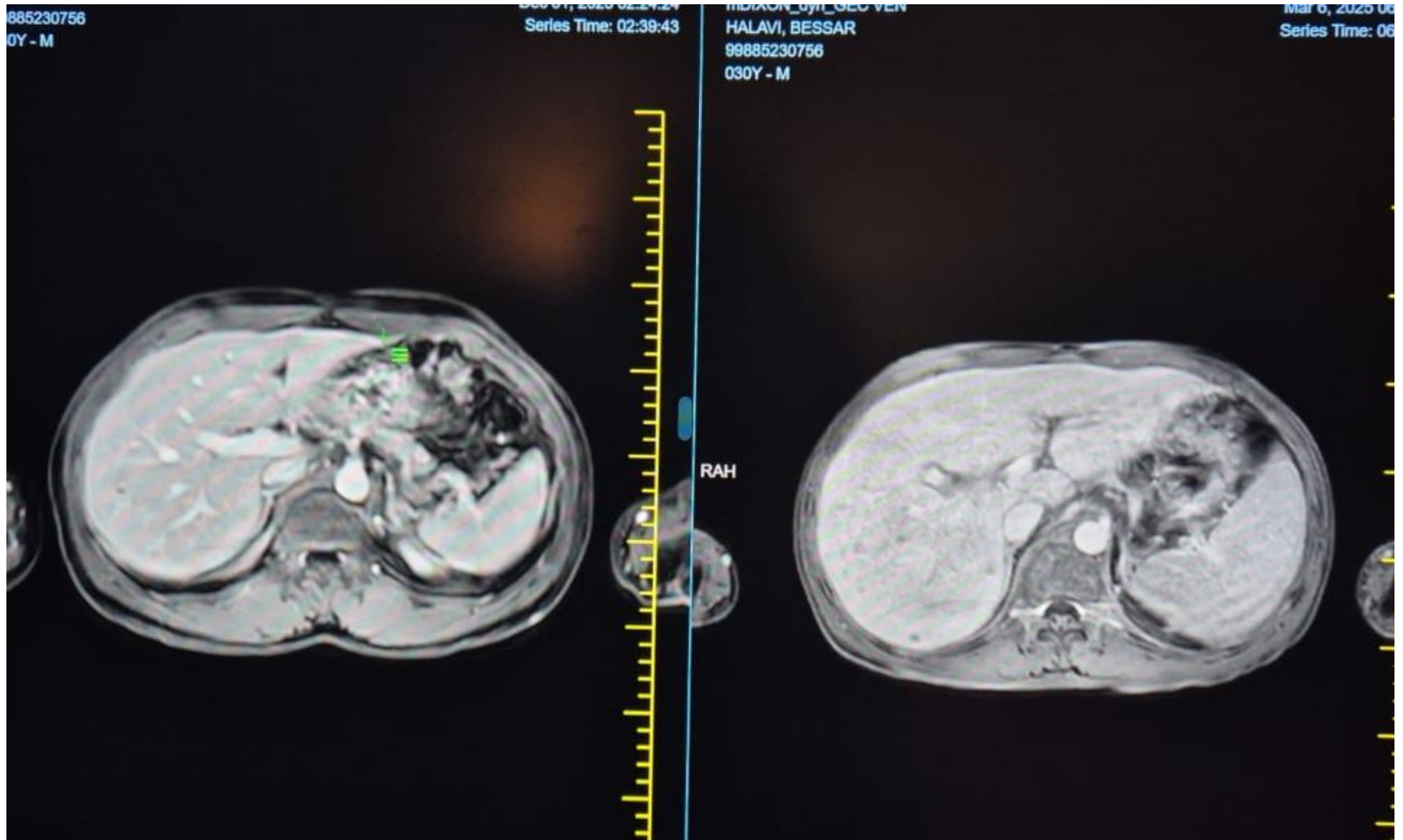
YENİ

ESKİ

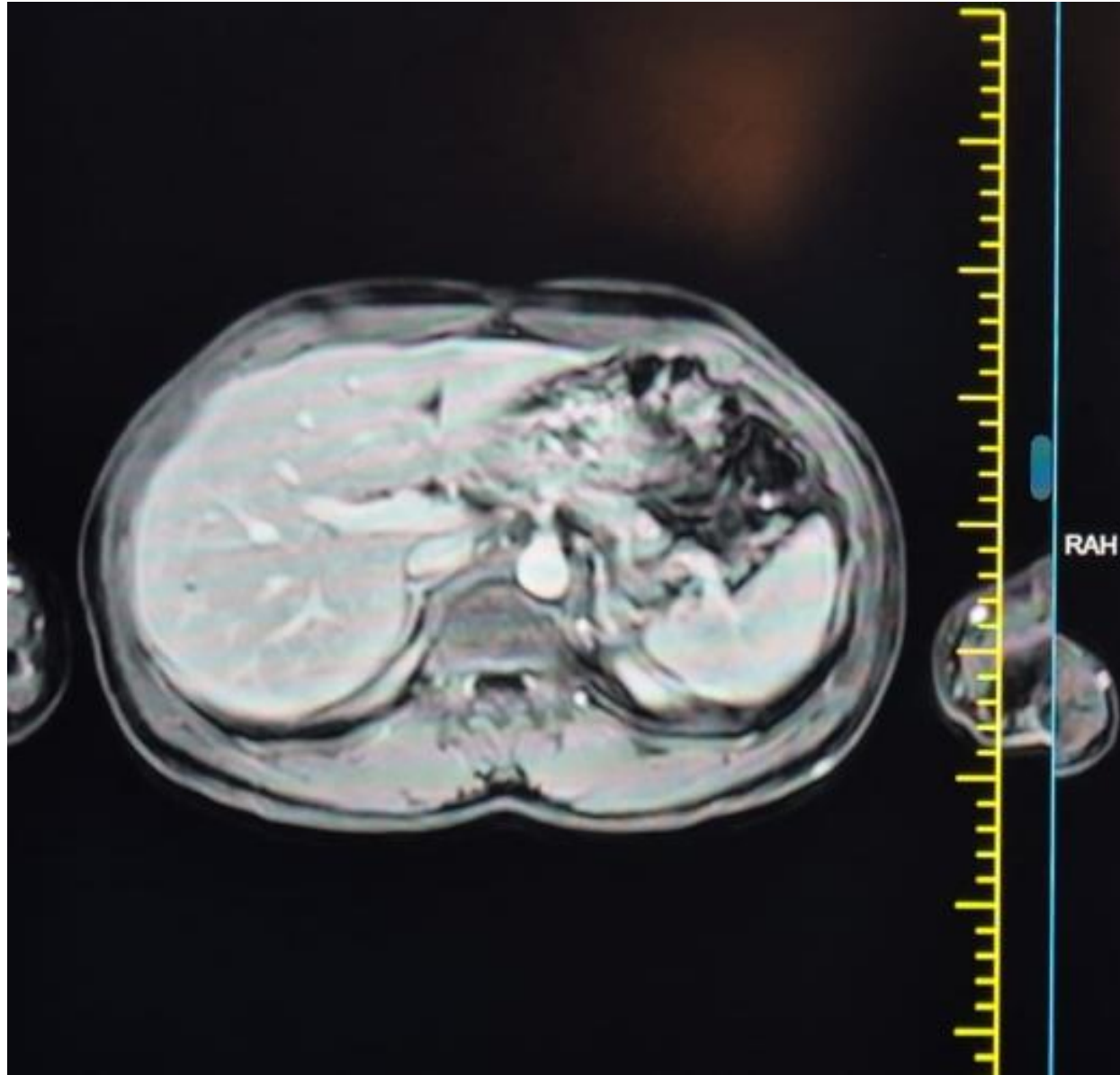


YENİ

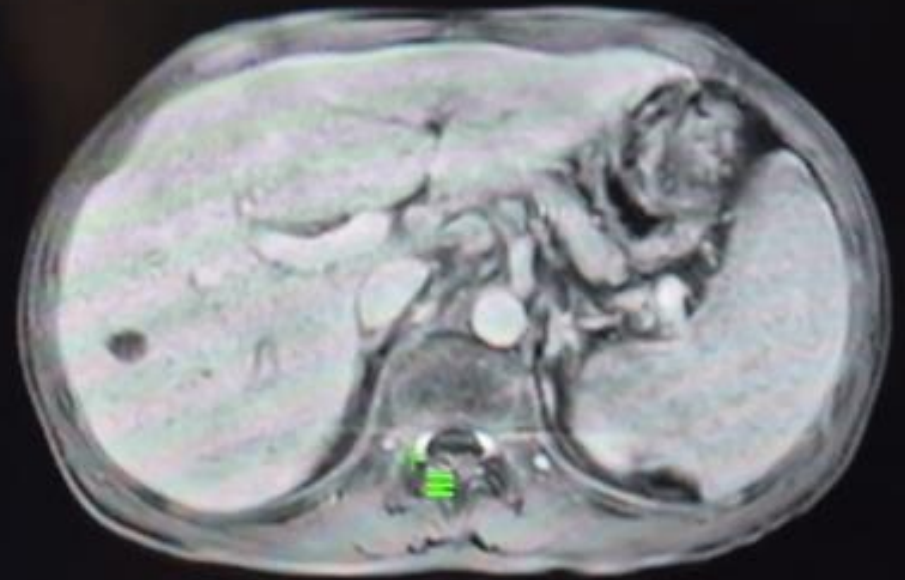
ESKİ



YENİ



ESKİ



- Tedavi 6. ayda kesildi
- Takiplerine sorunsuz devam edilmekte

Tanı: Basiller Anjiyomatozis+ Basiller Peliosis Hepatis

Bartonelloz

- 35'ten fazla tür (DHSS 37)
- *Bartonella henselae*, *Bartonella quintana*
- *B. henselae* ve *B. quintana*'nın farklı organ tropizmleri var
- **B. henselae**: Daha çok **deri, lenf nodu, karaciğer ve dalak** lezyonlarına
- **B. quintana**: Çoğunlukla **deri, deri altı ve kemik** infeksiyonlarından sorumlu tutulmuş

Bulaşma

- İnfekte olmuş eklem bacaklı vektörlerin dışkısıyla, bütünlüğü bozulmuş deriden doğrudan inokülasyon yoluyla
- ***B. henselae***: Kedi, pire
- ***B. quintana***: Evsiz kişiler, vücut biti

Sıklık

- Klinik olarak semptomatik bartonelloz nadir
- Bununla birlikte HIV ile yaşayan kişilerde klinik olarak belirgin *Bartonella* infeksiyonlarının yaygınlığı da düşük
- 1000 vaka>1.2 vaka (Almanya, BA)

Klinik

- Aralıklı bakteriyemilerle seyreden, kronikleşebilen bir hastalık
- Klinik olarak belirgin *Bartonella* infeksiyonları ileri evre olgularda
- HIV ile yaşayan kişilerde en sık görülen bartonelloz türü tipik olarak **morumsu deriden kabarık deri lezyonları** şeklinde ortaya çıkan Basiller Anjiyomatoz(BA)
- En sık tutulum şekli deri ancak visseral tutulum da görülebiliyor

Klinik

- Diğer klinik tutulum şekilleri: basiller peliosis hepatis, splenit, Osteomyelit, MSS tutulumu, oftalmik tutulum, endokardit(kronik infeksiyon)
- Başlangıçta spesifik semptom yok, tanı gecikebilir
- Sistemik semptomlar +/-

Basiller Peliosis Hepatis

- Klinik değişken
- Tabloya dalak tutulumu +/-
- Sıklıkla sistemik semptomla başvuru(ateş), karın ağrısı eşlik edebilir
- Organomegali eşlik edebilir
- Tipik laboratuvar anormallikleri: hafif aminotransferaz yükselmesi +/-, ALP yüksekliği, pansitopeni veya trombositopeni
- BT tipik olarak karaciğer ve dalak parankiminde dağınık hipodens lezyonlar, Organomegali

Basiller Peliosis Hepatis

- Doku biyopsisi en kesin tanı yöntemi
- Karaciğer veya dalak biyopsisi kanama riski taşır
- Bu nedenle, peliosis hepatis tanısı genellikle kesin olarak konulamaz
- Serolojik testler ve radyografik bulgular gibi mevcut destekleyici verilere dayanarak tedaviye olası tanı şeklinde başlanır
- Biyopsi tanı belirsiz kaldığında ve hasta varsayımsal tedaviye rağmen klinik olarak kötüleştiğinde düşünülmeli
- Karaciğer veya dalak biyopsisi yerine, deri biyopsisi BA ile uyumlu kutanöz lezyonları olan bireylerde kesin tanı sağlayabilir

Tanı

- Kesin tanı bakterinin PCR veya kültür yoluyla saptanması / doku biyopsisinde bakterinin gösterilmesiyle konabilir
- PCR yüksek özgüllük ve hızlı tanımlama sunar; ancak duyarlılığı, örnek türüne, türe ve hastalık evresine bağlı olarak %30 ile %76 arasında değişir
- Serolojik testler yardımcı olabilir ancak diğer kesin testler olmadan bartonellozu kesin olarak teşhis edemez veya dışlayamaz
- Bu hasta grubunda serolojik testlerin yorumlanması da zor

Serolojik Test Yorumlanması Neden Zor?

- Pozitif serolojik test her zaman aktif infeksiyon anlamına gelmez
- Negatif bir serolojik test özellikle düşük CD4+ T lenfositleri olan kişilerde tanıyı dışlamaz (bu kişilerde antikor yanıtı sorunlu)

Tedavi

- Tanı konan tüm infekte kişilere tedavi verilmeli
- Optimal tedavi/süresi için randomize kontrollü çalışma yok
- Klinik stabil:
 - Doksisisiklin 2x100 mg po, Eritromisin 4x500 mg i.v.
 - Alternatif (azitromisin 1x500 mg i.v.)
- Ağır Klinik:
 - Doksisisiklin 2x100 mg i.v. + Rifampisin 2x300 mg i.v.
- Tedavide kinolon, SXT, diğer makrolidlerin de etkili olabileceği belirtilmiş

ART Zamanlaması

- ART zamanlaması *Bartonella* infeksiyonunun klinik tutulumuna bağlı
- MSS veya oftalmik tutulum varlığında ART'nin 2-4 hafta ertelenmesi önerilmiş (CIII)

Tedavi Süresi

- En az **3 ay**, hasta bazlı uzatılabilir

