OLGU SUNUMU

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ – CERRAHPAŞA

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ

DR. CEYLAN ARMUT

MODERATÖR: DOÇ. DR RIDVAN KARAALİ

27.10.2026

Anamnez

- 60 yaşında erkek hasta, Erzurumlu, emekli
- Bilinen kronik hastalık öyküsü yok.
- Yaklaşık 1 haftadır yüksek ateş, halsizlik, kollarda ve gövdede döküntü, boğaz ağrısı ve öksürük şikayetleri mevcut.
- Yakınları son 3-4 günde uykuya meyil ve kısa süreli kooperasyon azalması tarifledi.

Yakınmaların öyküsü

- 17.07.2026 : Çatalca'da bahçede çalıştıktan sonra her iki kolda ve gövdede döküntü başlamış.
- 39-39,5 dereceye ulaşan üşüme titremenin eşlik ettiği, gün içinde tekrarlayan ateşleri var.
- Her iki kol ve bacaklarda ödem ve ağrı eşlik ediyor.
- 21.07.2026'da Erzurum'da acil servise başvurmuş, antihistaminik ve antibiyotik (amoksisilin/klavulanat ve moksifloksasin) reçete edilmiş
- 22.07.2026 tarihinde hastanemiz acil servise başvurdu.

1 ay önce (Haziran 2026) Suudi Arabistan’dan hacdan dönmüş.

17.07.2026, bir hafta önce diş implantasyon değişimi yapılmış.

Çiğ süt/taze peynir tüketme ve çeşme suyu içme öyküsü mevcut.

Sigara 50 paket/yıl, 6 sene önce bırakmış.

Yakın zamanlı hastane yatışı, antibiyotik kullanımı yok

Soygeçmiş: Babasında artralji+, ailede kronik hastalık yok, ani ölüm veya malignite yok

Fizik Muayene

- Genel durumu orta, bilinç açık, oryante, koopere
- Ateş: 36,5°C nabız: 119/dk solunum sayısı: 22/dk TA:126/66 **sPO2: %93**
- **Orofarenks hiperemik, ağız içinde aftları mevcut**
- Kalp sesleri ritmik, doğal, üfürüm duyulmadı.
- Solunum muayenesinde **sağ akciğerde yaygın ronküs**, sol doğal, ral yok
- Batın muayenesi doğal
- **Skrotal bölgede şişlik, ödem mevcut**. Isı artışı yok, ağrı yok
- Ense sertliği yok, meningeal irritasyon bulgusu yok
- **Bilateral üst ekstremitelerde ve gövdede makülopapüler döküntüler**
- Ele gelen LAP yok





Laboratuvar – 22.07.2026 (Hemogram)

Tetkik	Sonuç	Tetkik	Sonuç
WBC	8,49 ×10³/µL	**Nötrofil**	**6,21 ×10³/µL**
Hb	14,8 g/dL	**Lenfosit**	**0,89 ×10³/µL**
Hct	%41,1	Monosit	0,98 ×10³/µL
MCV	87,3 fL	Eozinofil	0,38 ×10³/µL
PLT	**115 ×10³/µL**	MPV	13,3 fL
RDW	%12,6	Nötrofil oranı	%73,1

Laboratuvar – 22.07.2026 (Biyokimya)

Tetkik	Sonuç	Tetkik	Sonuç
CRP	**259 mg/L**	**LDH**	**408 U/L**
Sodyum	**125 mEq/L**	Potasyum	3,69 mEq/L
Albumin	**2,94 g/dL**	Total protein	5,31 g/dL
Kreatinin	0,71 mg/dL	Üre	28 mg/dL
AST / ALT	40 / 31 U/L	GGT / ALP	22 / 82 U/L
Kalsiyum	7,76 mg/dL	Fosfor	2,17 mg/dL
Glukoz	115 mg/dL	Tam idrar tahlili	Nadir lökosit/eritrosit

22.07 Kontrastsız Toraks BT

- Patolojik lenf nodu izlenmedi. Bazıları kalsifik lenf nodları izlenmiştir.
- Asendan aorta ektaziktir (42 mm).
- Sağ akciğer orta lob medialde **6 mm solid nodül** izlenmiştir. Bunun dışında 4 mm'den küçük boyutlu, bazıları kalsifik, dağınık yerleşimli birkaç adet nonspesifik nodül izlenmiştir.
- Sağ kostal plevrada yer yer nodüler kalsifik kalınlaşmalar dikkati çekmektedir(sekel?). Komşu parankimde de sekel fibrotik değişiklikler izlenmiştir.
- **Sağ akciğer orta lob lateralde ve sağ alt lob laterobazalde subplevral yerleşimli fokal konsolidasyon dikkati çekmektedir(enfektif süreçler?).**
- Sağ akciğer orta lobda subsegmenter atelektaziler izlenmiştir.
- Her iki aksillada multipl, kortikal kalınlaşma gösteren **reaktif görünümde lenf nodları** izlenmiştir.
- Karaciğer sol lobda kaba kalsifikasyon izlenmiştir.


L
cm
CT
GE MEDICAL SYSTEMS
Revolution EVO

Kan kültürü

- 23.07.2026 3 set hemokültür alındı.

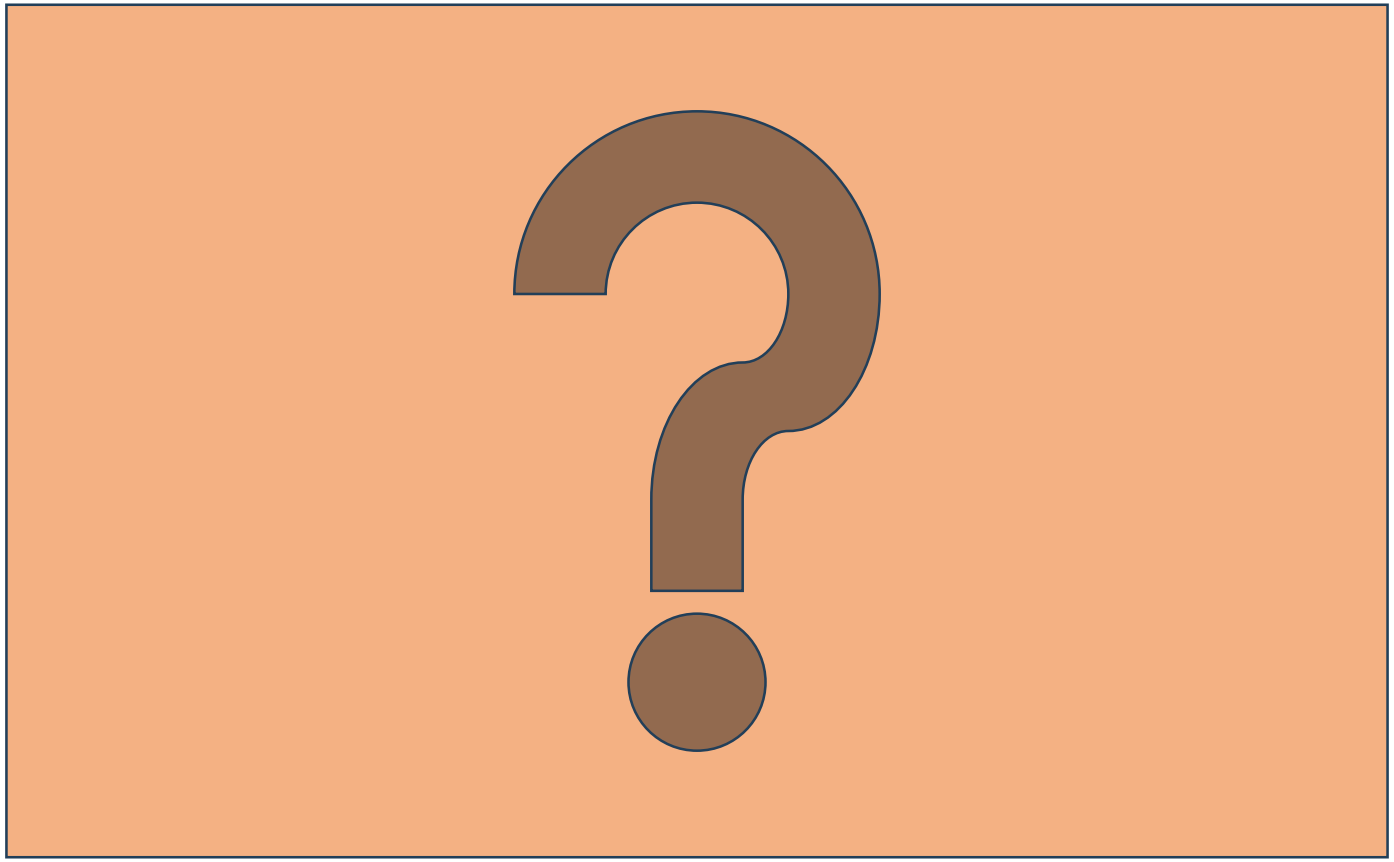
- 6 hemokültürden 4’ünde: **Metisilin Dirençli *Staphylococcus hominis***, birinde *Corynebacterium amycolatum* üremesi

Mikro Organizma STAPHYLOCOCCUS HOMINIS
Antibiyotik Grubu STAFİLOKOKLAR
Tarih - Saat 26.07.2026
Miktar
Açıklama

Antibiyotik	Zone Çapı	G	Sonuç
TRIMETOPRIMSULFAMETOKSAZOL			R
TEIKOPLANIN			S
VANKOMYCIN			S
KLINDAMISIN			R
ERYTROMYCIN			R
LİNEZOLİD			S
RIFAMPISIN			R
CEFOXITIN			R
SIPROFLOKSASIN			R

Diğer tetkikler

- **Viral solunum paneli** negatif
- **21.07 Kontrastsız abdomen/pelvis BT:** Belirgin akut intraabdominal patoloji yok.
- **21.07 Kontrastsız kraniyal BT:** Akut intrakraniyal patoloji saptanmamış.
- **21.07 Skrotal Doppler:** Bilateral spermatik kordlarda (solda belirgin) kalınlaşma, ekojenite artışı ve ödem; hemiskrotum cilt/cilt altında kalınlaşma.
- **22.07 Kontrastlı boyun BT:** Belirgin enfektif odak veya patolojik servikal LAP yok. Solda supraklavikuler ve infraklavikuler bölgede kısa aksı 1 cm'yi geçmeyen lenf nodları.
- **23.07 TT-EKO:** : LVEF %55–60; belirgin kapak patolojisi veya intrakardiyak kitle, trombüs, vejetasyon saptanmamış.

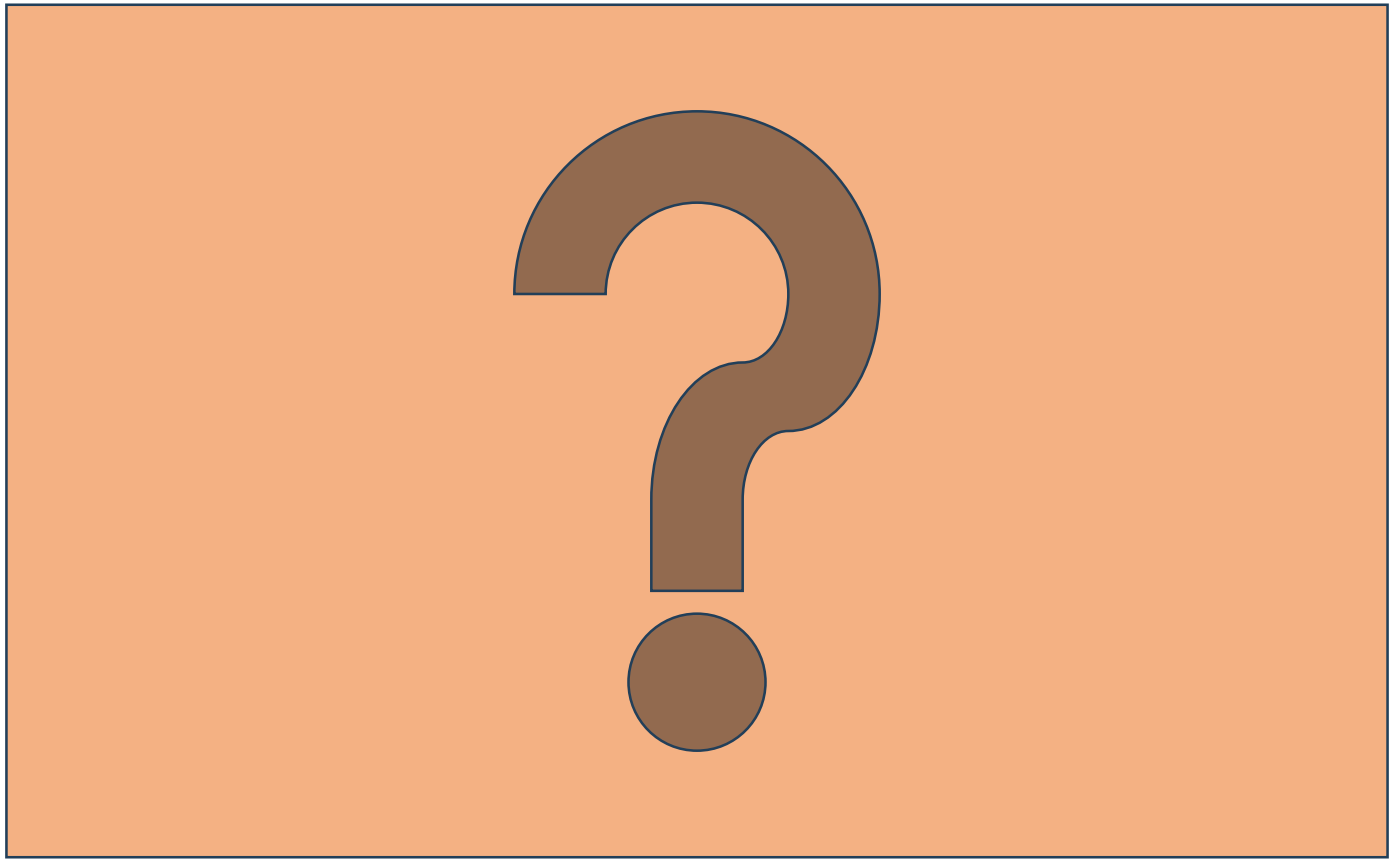


Enfektif endokardit ön tanısıyla;

- Hasta 24.07.2026'da Enfeksiyon Hastalıkları servisine yatırıldı.
- Hemokültürler tekrar alındı.
- Coxiella açısından Faz I ve Faz II antikorlarının değerlendirilmesi amacıyla halk sağlığı laboratuvarına örnek gönderildi.
- Seftriakson, vankomisin ve doksisiklin başlandı (24.07)
- Kol ve bacaklardaki ödemlerden dolayı periferik damar yolu açılamayan hastaya santral venöz kateter takıldı.

- 24.07.2026 6 hemokültürün 2’sinde Metisilin Dirençli *Staphylococcus hominis*
- 29.07.2026 2 hemokültür: Metisilin Dirençli *Staphylococcus hominis*
- 03.08.2026 2 hemokültür: üreme yok

- **Transözefagial EKO: -**Aort kapak üç küspislidir. Hafif aort yetersizliği.
- -Hafif mitral yetersizliği
- -Sol atriyal apendiks açık
- -Kalp içi kitle, vejetasyon, trombüs izlenmedi



Klinik seyir

- Seftriakson, vankomisin ve doksisiklin 6. gününde
- Hastanın 38 derece üzeri ateşleri ve akut faz yüksekliği sebat ediyor.
- Özellikle sol ayak bileğinde belirgin olmak üzere ekstremitelerde ağrısı devam ediyor.

Laboratuvar – 29.07.2026 (Hemogram)

Tetkik	Sonuç	Tetkik	Sonuç
WBC	12,51 ×10³/µL	Nötrofil	11,01 ×10³/µL
RBC	3,77 ×10⁶/µL	Lenfosit	0,55 ×10³/µL
Hb	11,5 g/dL	Monosit	0,91 ×10³/µL
Hct	%32,3	Eozinofil	0,01 ×10³/µL
MCV	85,7 fL	Bazofil	0,03 ×10³/µL
MCH	30,5 pg	Nötrofil %	%88
MCHC	35,6 g/dL	Lenfosit %	%4,4
RDW	%13	Monosit %	%7,3
PLT	203 ×10³/µL	Eozinofil %	%0,1
MPV	11 fL	RDW-SD	40,2 fL
PCT	%0,22	Bazofil %	%0,2
PDW	12,8		

Laboratuvar – 29.07.2026 (Biyokimya)

Tetkik	Sonuç	Tetkik	Sonuç
Glukoz	149 mg/dL	Klor	102 mEq/L
Üre	27 mg/dL	Magnezyum	2,2 mg/dL
Kreatinin	0,58 mg/dL	Kalsiyum	8,2 mg/dL
AST	54 U/L	Fosfor	2,46 mg/dL
ALT	72 U/L	Total bilirubin	0,42 mg/dL
Total protein	5,13 g/dL	Direkt bilirubin	0,23 mg/dL
Albümin	2,7 g/dL	CRP	290,18 mg/L
GGT	43 U/L	ALP	103 U/L
LDH	371 U/L	Pro-BNP	232 pg/mL
Ürik asit	2,6 mg/dL	Sedimentasyon	22 mm/saat
Sodyum	139 mEq/L	HbA1c	%6,7
Potasyum	3,84 mEq/L		

- Döküntüleri gerileyen hasta ağız içi aftları sebebiyle **Dermatolojiye danışıldı;**
  - Oral mukozada yumuşak damak ve bukkal mukozada yüzeyel aftöz ülserasyonlar izlenmiştir. Mevcut görünüm nonspesifik aftöz mukozit ile uyumlu olup **sistemik enfeksiyon tablosuna sekonder gelişmiş olabileceği** düşünülmüştür. Dermatolojik muayenede oral ülserasyonlar dışında Behçet hastalığı lehine genital ülser, paterji benzeri lezyon veya özgül mukokutanöz bulgu saptanmamıştır.

- Kol ve bacaklardaki ödemleri ve ağrısı olan hastaya bilateral alt ve üst ekstremite doppler USG çekildi

- **27.07 – Üst ekstremite venöz Doppler**
  - **Sağ: Sefalik vende ön kol boyunca, bazilik vende ön kol proksimal yarısında trombüs.**
  - **Sol: Sefalik vende tüm seyir boyunca; bazilik vende distal ön kolda; ayrıca brakiyal, radial ve ulnar venlerde trombüs**.
  - İlgili venler kompresyona yanıtsız ve renkli Doppler akımı izlenmemiş.
  - Her iki kol ve önkolda yaygın cilt altı ödemi.

- **27.07 – Alt ekstremite venöz Doppler**
  - Her iki alt ekstremitenin derin venleri (CFV, SFV, DFV, popliteal ve krural) açık; derin ven trombozu saptanmamış**.**
  - **Sol vena safena parva tromboze ve kompresyona yanıtsız.**
  - Her iki kruris ve ayak dorsumunda belirgin subkutan ödem.

- Yatışında dispne ve takipne gelişen hastaya **Toraks BT anjio çekildi, sözel yorumda;** kontrast fazı uygun olmadığından pulmoner emboli güvenilir şekilde değerlendirilemedi. Sağ orta/alt lob ile sol bazalde fokal konsolidasyonlar ve buzlu cam dansiteleri

- **Göğüs Hastalıklarına danışıldı;** Uygun emboli protokolüyle yeniden BTA veya ventilasyon perfüzyon sintigrafisi önerdi

- Nedeni bilinmeyen ateş(NBA) açısından **göz muayenesi** istendi;
  - Her iki gözde görme yaklaşık 7/10; biyomikroskopi büyük ölçüde doğal.
  - **Sağ fundusta alt arkada cotton-wool spot.**
  - **Solda optik disk sınırlarında silinme, disk başında flame hemoraji ve her kadranda mikrohemorajiler.**
  - Optik Koherens Tomografi (OCT): **Solda papilödem**; her iki fundusta Roth spot izlenmedi.
  - İlk değerlendirmede **temporal arterite sekonder arteritik anterior iskemik optik nöropati (AİON?)** düşünülerek pulse steroid önerildi.

- Ön tanılar;
  - Vaskülit? Trombofili? Malignite?

- 4 ekstremite tansiyon ve nabızları: anlamlı fark görülmedi

- Hematoloji, Romatoloji ve Kalp Damar Cerrahisine danışıldı.

- Koagülasyon parametreleri istendi;

D-dimer	**19,95**	**HH** ✳	mg/L	0 - 0,5
Protrombin Zamanı	13,8		sn	10,4 - 14
Protrombin Aktivitesi	84,8		%	73 - 166
INR	**1,18**	**H**		0,85 - 1,15
Fibrinojen	**490**	**H**	mg/dL	180 - 350

- **Kalp Damar Cerrahi;**
  - KVC değerlendirmesinde çoklu tromboflebit ve sol üst ekstremite DVT nedeniyle tedavi dozunda enoksaparin önerildi
  - Trombofili ve sistemik inflamatuvar süreçler açısından ek değerlendirme önerildi
- **Hematoloji;**
  - **Periferik yayma**: nötrofillerde sola kayma var, atipik hücre yok, blast yok, myeloid öncülü yok
  - Trombofili paneli (lupus antikoagülanı, antikardiyolipin, anti-β_2 glikoprotein), JAK2 istendi
  - Malignite araştırması amacıyla PET-BT ve kesitsel görüntülemeler önerildi
- **Romatoloji;**
  - Romatolojik markerlar, Temporal arter doppler, PET-BT, UBA-1 gen analizi istendi.

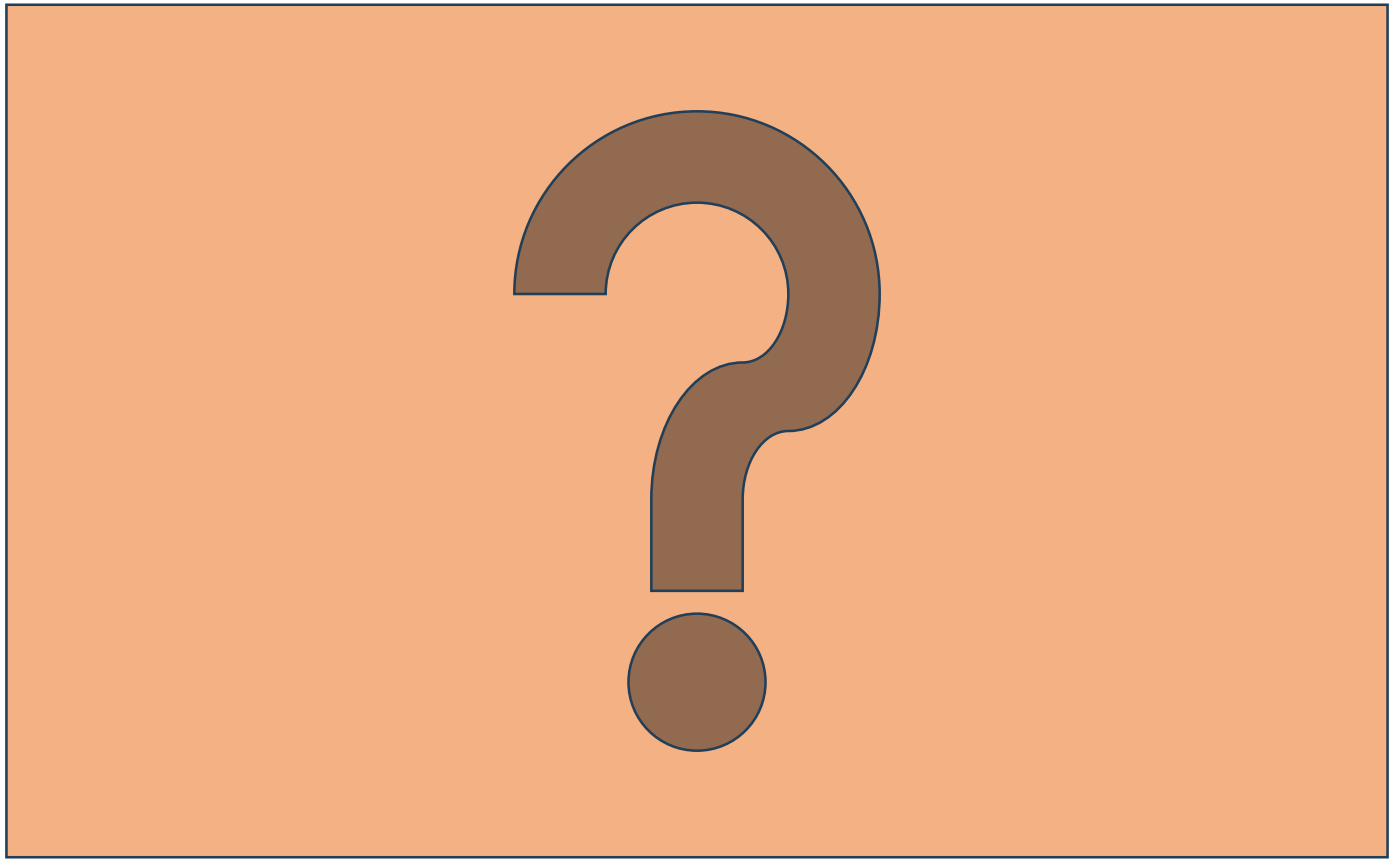
PET-BT

- Sağ akciğerde daha belirgin olmak üzere parankim alanlarında **enfektif-enflamatuar süreçler** düşündüren hipermetabolik konsolidasyon sahaları-dansite artışları mevcuttur.

- Kruriste daha belirgin olmak üzere her iki üst-alt ekstremitede USG çalışmasında tarif edilen **venöz trombüslere sekonder enflamatuar süreçler** ile uyumlu bulunan lineer artmış FDG metabolizmaları ve yer yer subkutan ödem görünümleri izlenmektedir.

- Olguda büyük arter traselerinde aktif vaskülit lehine değerlendirilebilecek düzeylerde metabolizma artışı seçilmemiştir.

- Belirgin malignite odağı saptanmadı



Klinik seyir

- Göz bulguları, akciğer tutulumu olan hastaya göz hastalıkları ve romatoloji önerisiyle pulse steroid başlandı.

- 29-30-31 temmuzda 3 gün 1 gr metilprednizolon iv verildi. Prednizolon 60 mg 1x1 po ile devam edildi.

- Pulse steroid sonrası hastanın ateşleri geriledi, ağrıları azalmakla beraber sebat etti.

Laboratuvar – 01.08.2026 (Hemogram)

Tetkik	Sonuç	Tetkik	Sonuç
WBC	9,43	Nötrofil	7,86 ↑
RBC	3,37 ↓	Lenfosit	1,05 ↓
Hb	10,4 ↓	Monosit	0,34
Hct	29,9 ↓	Eozinofil	0,17
MCV	88,7	Bazofil	0,01
MCH	30,9	Nötrofil %	83,4 ↑
MCHC	34,8	Lenfosit %	11,1 ↓
RDW	13	Monosit %	3,6 ↓
PLT	279	Eozinofil %	1,8
MPV	10,6	RDW-SD	41,5
PCT	0,3	Bazofil %	0,1 ↓
PDW	11,4		

Laboratuvar – 01.08.2026 (Biyokimya)

Tetkik	Sonuç	Tetkik	Sonuç
Glukoz	67 ↓	Potasyum	3,31 ↓
Üre	24	Magnezyum	1,73
Kreatinin	0,42 ↓	Kalsiyum	6,18 ↓
AST	61 ↑	Fosfor	2,34 ↓
ALT	110 ↑	Total bilirubin	0,47
Total protein	4,35 ↓	Direkt bilirubin	0,15
Albümin	2,53 ↓	CRP	40,76 ↑
GGT	133 ↑	ALP	122
LDH	306 ↑	Prokalsitonin	0,09

- **Temporal arter doppler:** Temporal arterit lehine bulgu izlenmemiştir.
- **Göz hastalıkları** tarafından yeniden değerlendirildi:
  - Sağda cotton-wool spot; solda disk ödemi ve retinal hemorajiler devam ediyor.
  - Enfektif nöroretinit ön planda düşünülmedi
  - ***Optik nörit / iskemik optik nöropati*** açısından kraniyal görüntüleme ve görme alanı istendi.
- **Kontrastlı Beyin MR**: Parsiyel empty sella ve perioptik BOS mesafesinde kısmi belirginleşme; vaskülit, nörit lehine bulgu yok.
- **Torakoabdominal BT anjio**: Vaskulit lehine bulgu yok

- **Kontrastlı bilateral el/el bileği MRG:** Cilt altı, kas ve fasya planlarında yaygın ödematöz sinyal artışı; diffüz-silik kontrastlanma.
- **Kontrastlı sol ayak/ayak bileği MRG**: Cilt altı, musküler planlar ve fasyalarda ödem; fleksör hallusis tendonu çevresinde efüzyon.
- Belirgin eklem içi artrit veya spesifik eklem patolojisi yok.
- **Sistemik inflamatuvar sürece eşlik eden yaygın yumuşak doku tutulumu.**

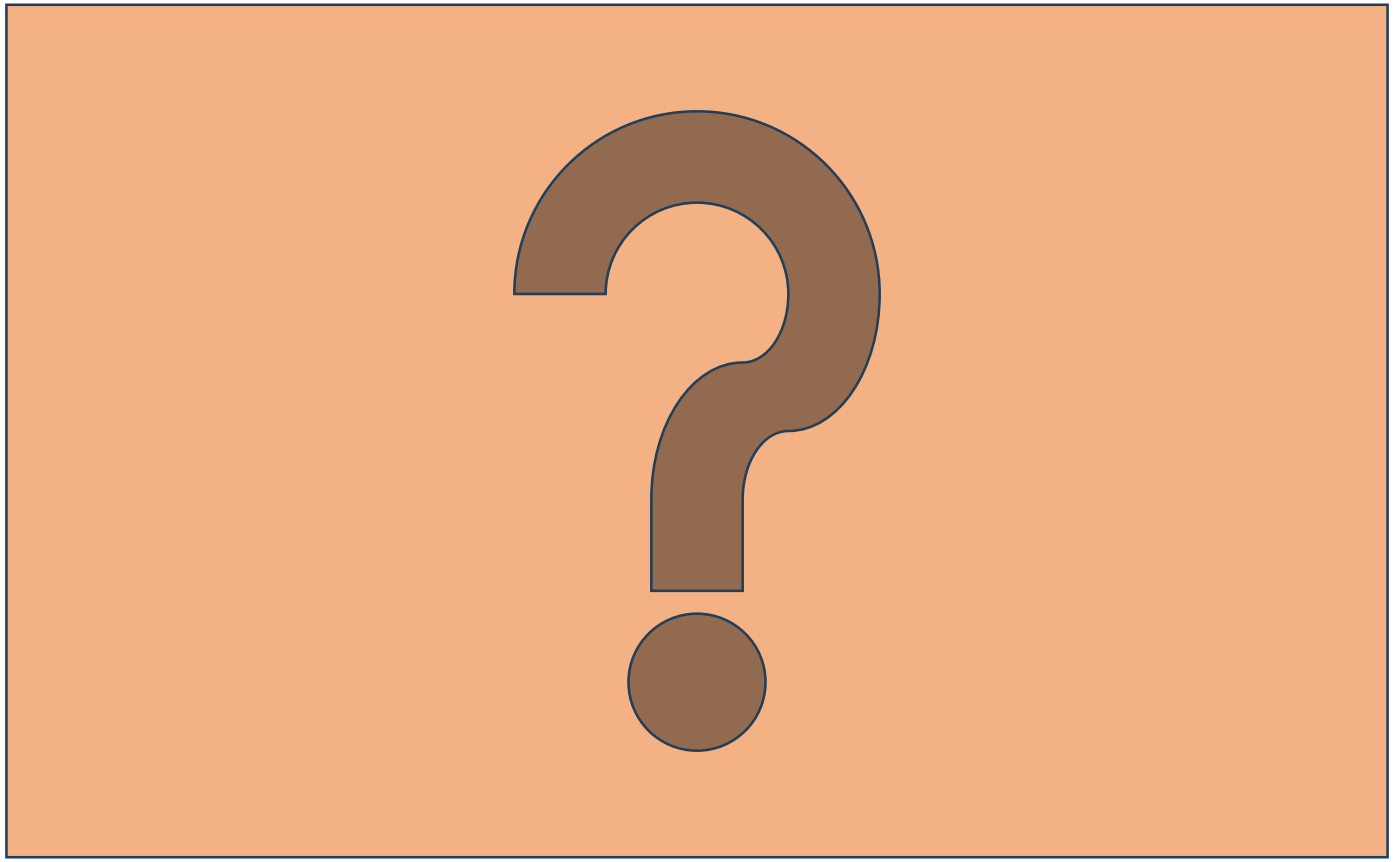
- **Sol alt ekstremite arteryel doppler incelemesi:** Akımlar trifazik

- Hastaya EMG teknik sebeplerle çekilemedi. Özellikle sol ayak bileğindeki ağrı devam eden hastaya nöropatik ağrı düşünülerek gabapentin başlandı.

Tetkik	Sonuç
ANA	Negatif
ENA profili	Negatif
Anti-dsDNA	Negatif
ANCA	Negatif
RF	8,5
C3	1,24
C4	0,23
Lupus antikoagülanı	Negatif
Antikardiyolipin IgG / IgM	Negatif
Anti-β_2 glikoprotein I IgG / IgM	Negatif
Anti-CCP	<8
Protein C	64,9 (70-140)
PNH taraması	Negatif

JAK2 mutasyonu	Sonuç bekleniyor
UBA1 somatik gen analizi	Sonuç bekleniyor
Ferritin	1436 ng/mL — yüksek
Demir / TDBK	23 / 201
Transferrin satürasyonu	%11
Haptoglobin	1,2— normal
Direkt / indirekt Coombs	Negatif / negatif
Retikülosit sayısı	Normal
Serum immünfiksasyon	Bant saptanmadı
IgG / IgM / IgA	717 / 53,3 / 216,8 mg/dL
Serum protein elektroforezi	Poliklonal
PSA / serbest PSA	4,93 / 0,44 ng/mL —hafif yüksek

Tetkik	Sonuç
HBsAg	Negatif
Anti-HBs	83,8 mIU/mL
Anti-HBc IgG	Negatif
Anti-HCV	Negatif
Anti-HAV IgG	Pozitif
Anti-HIV 1/2	Negatif
Sifiliz IgG	Negatif



Klinik Seyir 03.08.2026

- Hasta seftirakson, vankomisin, doksisiklin tedavisinin 11. gününde
- Prednisolon 1x60 mg po 3. gününde
- Hastanın ateşleri yeniden başladı
- CRP 40’tan 122’ye yükseldi.
- Kan kültürleri yenilendi, etyolojiye yönelik yeni testler istendi.
- Sefriakson kesilerek meropenem başlandı. Vankomisin ve doksisiklin de 3 gün sonra kesildi

Tetkik	Sonuç
Rose Bengal	Negatif
Quantiferon	Mitojen yanıt alınamadı
Legionella idrar antijeni	Negatif
Coxiella burnetii faz I IgG ve faz II IgM ve IgG	Negatif
Parvovirüs B19	IgM (–), IgG (+)
Mycoplasma pneumonia	**IgM (+), IgG (+)**

Tetkik	Yöntem	Sonuç
TROPİKAL VE DÖKÜNTÜLÜ ATEŞLİ HASTALIKLAR PANELİ		
Chikungunya virüs		NEGATİF
Crimean Congo hemorrhagic fever virus		NEGATİF
Dang virus		NEGATİF
Ebole virus		NEGATİF
Hantavirus		NEGATİF
Japan encephalitis virus		NEGATİF
Mayaro virus		NEGATİF
Rift Valley virus		NEGATİF
West Nile virus		NEGATİF
Yellow fever virus		NEGATİF
Zika virus		NEGATİF
Brucella spp.		NEGATİF
Burkholderia pseudomallei		NEGATİF
Coxiella burnetii		NEGATİF
Leptospira spp.		NEGATİF
Rickettsia spp.		NEGATİF
Salmonella spp..		NEGATİF
Streptococcus pneumoniae.		NEGATİF
Leishmania spp.		NEGATİF
Plasmodium spp.		NEGATİF
Trypanosoma cruzi		NEGATİF

- Hastanın alınan kan kültüründen kateter öncelikli gram negatif çomak sinyali geldi. Santral venöz kateter çekildi. Karbapenem duyarlı *Acinetobacter baumannii* üremesi olan hastada meropenem ile devam edildi.

- 06.08.2026 Romatoloji önerisiyle tosilizumab 162 mg subkutan haftalık tedavisi başlandı.

- 13.08: İkinci 162 mg subkutan tosilizumab dozu

- Prednizolon 60 mg/gün devam etti

Taburculuğa doğru

- Hastanın ateşi geriledi. Akut fazları düştü.
- Ağız içindeki aftlar regrese, ekstremitelerdeki ödemler kısmen regrese. Gabapentin sonrası sol ayak bileği ağrısı azaldı.
- Kontrol kan kültürlerinde üreme olmayan hastanın meropenem 10. gününde kesildi.

- **Göz hastalıkları kontrolü:**
  - Steroid tedavisi altında optik disk ödemi ve diğer fundus bulgularında gerileme izlenmiş.
  - 17.08: Sağda hafif disk sınır silikliği ve cotton-wool spot; sol fundusta belirgin düzelme.
  - 19.08: Optik disk ödeminde gerileme doğrulanmış, steroidin azaltılarak sürdürülmesi önerilmiş.
- **11.08.2026 Kontrastlı Toraks BT anjio**: Sağ akciğer orta ve alt loblarda, önceki incelemede tariflenen fokal konsolidasyon alanlarının gerilemesine bağlı olabilecek belirgin buzlu cam dansitesinde alanlar izlenmiştir. **Bulgular gerilemekte** olan enfektif/inflamatuar süreç lehine değerlendirilebilir.
- Büyük damar vasküliti/embolisi lehine bulgu görülmedi


L
cm

Laboratuvar – Hemogram (21.08.2026)

Tetkik	Sonuç	Referans
WBC	9,78	4,3–10,3
RBC	**4,00**	4,7–5,8
Hb	**12,0**	13,6–17,2
Hct	**35,7**	42–52
MCV	89,3	80–99
MCH	30	27,2–33,5
MCHC	33,6	32–36
RDW	**15,1**	12–15
PLT	303	156–373
MPV	10,6	6,9–10,8
PCT	0,32	—
PDW	12,4	—

Tetkik	Sonuç	Referans
Nötrofil	**6,24**	2,1–6,1
Lenfosit	1,92	1,3–3,5
Monosit	**1,28**	0,3–0,9
Eozinofil	0,30	0–0,5
Bazofil	0,04	0–0,2
Nötrofil %	63,8	41–73
Lenfosit %	19,6	19,4–44,9
Monosit %	**13,1**	5,1–10,9
Eozinofil %	3,1	0,9–6
Bazofil %	0,4	0,3–1,5
RDW-SD	48,6	—

Laboratuvar – Biyokimya (21.08.2026)

Tetkik	Sonuç	Referans
Glukoz	70	74–109
Üre	31	17–49
Kreatinin	0,73	0,7–1,2
AST	33	<40
ALT	92	<41
Total protein	5,97	6,4–8,3
Albümin	3,28	3,5–5,2
GGT	86	<60
LDH	242	<250
Ürik asit	3,4	3,4–7
Sodyum	138	136–145

Tetkik	Sonuç	Referans
Potasyum	4,28	3,5–5,1
Klor	100	98–107
Magnezyum	2,08	1,6–2,6
Kalsiyum	9,09	8,4–10,2
Fosfor	4,16	2,5–4,5
Total bilirubin	0,32	0,2–1,2
Direkt bilirubin	0,12	<0,3
CRP	18,99	<5
ALP	111	40–130
Pro-BNP	33,8	0–157
Prokalsitonin	0,03	0–0,5

Taburcu

- Tosilizumab 162 mg s.c. tedavileri sonrası 21.08’de 800 mg intravenöz aylık uygulamaya geçildi.
- Rivaroksaban 20 mg/gün, 50 mg/gün prednisolon, gabapentin ile 21.08.2026’da Enfeksiyon Hastalıkları servisinden taburcu edildi.
- Mycoplasma serolojisi ve UBA-1 gen sonucu takip edilecek

Mikoplazma serolojisi

Tarih	IgM	IgG
07.08.2026	1,14 – Pozitif	1,84 – Pozitif
19.08.2026	1,47 – Pozitif	1,86 – Pozitif
29.09.2026	1,29 – Pozitif	2,01 – pozitif

Takibinde

- Hasta romatoloji ve göz hastalıkları takiplerine devam ediyor.
- İmmünsüpresif tedavileri devam eden hastada araya giren bakteriyemi sebebiyle romatoloji yatışı oldu.
- Uba 1 sonucu hala bekleniyor
- Mikoplazmaya bağlı tromboz?

Mikoplazma: Klinik ve risk faktörleri

Her yaşta görülebilir; ileri yaş M. pneumoniae enfeksiyonunu dışlamaz.

KLİNİK

- Subakut başlangıç; kuluçka 1–4 hafta
- Ateş, halsizlik, boğaz ağrısı ve inatçı öksürük
- Trakeobronşit / pnömoni; deri-mukoza ve diğer ekstrapulmoner bulgular

EPİDEMİYOLOJİ / RİSK

- En sık çocuklarda; yetişkin ve yaşlılarda da görülebilir
- Uzun süre yakın temas, kalabalık ortamlar, bakımevleri
- Ağır enfeksiyon riski: immünsüpresyon, altta yatan akciğer hastalığı

OLGUMUZ | 60 yaş, öksürük, boğaz ağrısı, pulmoner konsolidasyonlar ve mukokutanöz bulgular

Kaynak: CDC. Clinical Overview / Clinical Features of M. pneumoniae Infection (2026).

Mikoplazma : Ekstrapulmoner bulgular

Mycoplasma pneumoniae, solunum yolu enfeksiyonlarının yanı sıra çok sayıda ekstrapulmoner bulguya neden olabilir.

Ekstrapulmoner bulgular pnömoni olmaksızın da gelişebilir.

Narita sınıflaması

DOĞRUDAN

Enfeksiyon bölgesinde lokal inflamasyon ve sitokin yanıtı.

DOLAYLI

Otoimmünite, otoantikor ve immün kompleks aracılı etkiler.

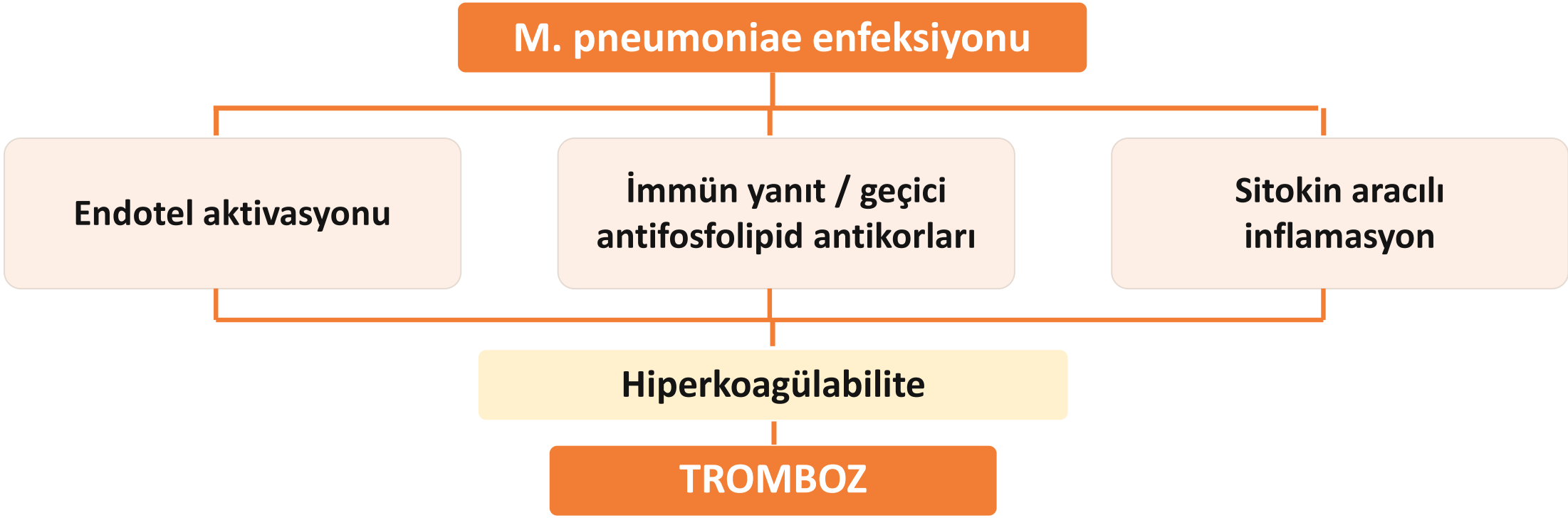
VASKÜLER OKLÜZYON

Vaskülitik ve/veya trombotik damar tıkanıklığı.

Kaynak: Narita M. Front Microbiol. 2016;7:23. doi:10.3389/fmicb.2016.00023

Mikoplazma ve tromboz

M. pneumoniae enfeksiyonuyla ilişkili venöz ve arteriyel trombozlar nadiren bildirilmiştir.



DVT, pulmoner emboli, serebral ve kardiyak trombozlar bildirilmiştir.

Kaynak: Liu J, Li Y. Exp Ther Med. 2021;22:967. doi:10.3892/etm.2021.10399

Mikoplazma enfeksiyonunda tanı

Akut enfeksiyon tanısında NAAT/PCR tercih edilen yöntemdir.

NAAT / PCR	SEROLOJİ
• Solunum örneğinde etken DNA'sını saptar. • Akut tanıda yüksek duyarlılık ve özgüllük sağlar.	• Tek başına IgM (+), akut enfeksiyonu kanıtlamaz. • IgG (+), geçirilmiş enfeksiyonla da ilişkili olabilir.

Eşleştirilmiş serumlarda serokonversiyon veya uygun titre bazlı yöntemle ≥4 kat titre artışı yakın dönem enfeksiyonu destekler.

Kaynak: CDC, Laboratory Testing for M. pneumoniae (2026); Waites KB ve ark. Clin Microbiol Rev. 2017.

Olgumuzda mikoplazmanın olası rolü

İlişkiyi destekleyen bulgular

- Öksürük ve pulmoner konsolidasyonlar
- Deri döküntüleri ve oral mukozit
- Yaygın venöz trombozlar
- IgM ve IgG seropozitifliği

Tanısal kısıtlılıklar

- PCR ile doğrulama bulunmaması
- Anlamlı antikor titre artışı gösterilmemesi
- Antifosfolipid antikorlarının negatifliği
- VEXAS dahil alternatif etiyolojiler

M. pneumoniae sistemik inflamasyon ve tromboz için olası bir tetikleyici olabilir; ancak yalnızca seroloji ile nedensellik kurulamaz.

VEXAS: Klinik özellikler

50 yaş sonrası, çoğunlukla erkeklerde görülen; sistemik inflamasyon ve hematolojik bulgularla seyreden otoinflamatuvar sendrom.

Deri tutulumu	**%82**	**Solunum sistemi tutulumu**	**%61**	**Oküler tutulum**	**%44**
Venöz tromboz	**%42**	**Kondrit**	**%39**	**MDS**	**%36**

Hematolojik ipucu: Makrositoz / makrositer anemi, sitopeniler ve kemik iliğinde displazi.

Kaynak: Al-Hakim A ve ark. Rheumatology. 2025;64:5217–5229; Hadjadj J, Beck DB. GeneReviews®. 2025.

VEXAS tanısı: UBA1 analizi

Standartlaşmış klinik tanı kriterleri yoktur; tanı moleküler olarak doğrulanır.

1 KLİNİK ŞÜPHE	→	2 GENETİK TEST	→	3 KESİN TANI
Geç başlangıçlı inflamasyon, makrositoz / sitopeni ve açıklanamayan tromboz.		Periferik kan veya kemik iliği örneğinde somatik UBA1 analizi.		Patojenik / olası patojenik somatik UBA1 varyantının gösterilmesi.

Kemik iliğinde miyeloid/eritroid prekürsör vakuolleri destekleyicidir; tanı koydurmaz ve bulunmaması VEXAS'ı dışlamaz.

Kaynak: Hadjadj J, Beck DB. VEXAS Syndrome. GeneReviews®. 2025.

Olgumuzda VEXAS şüphesi

Şüpheyi destekleyenler

- 60 yaşında erkek hasta
- İnatçı ateş ve yüksek inflamasyon
- Döküntü ve pulmoner infiltratlar
- Çok odaklı venöz trombozlar
- Steroid sonrası klinik düzelme

Tanıyı netleştirecek noktalar

- Somatik UBA1 gen analizi bekleniyor
- Makrositoz / sitopeni açısından değerlendirme
- Kemik iliği vakuolleri değerlendirilmemiş
- Tipik kondrit bulgusu bildirilmemiş

Klinik olarak VEXAS olasılığı mevcut; ancak patojenik UBA1 varyantı gösterilmeden tanı doğrulanamaz.

Kaynak: Olgu sunumu verileri; Hadjadj J, Beck DB. GeneReviews®. 2025.

Teşekkürler.