

# OLGU 1

Uzm. Dr. M. Emirhan IŐIK

Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- 52 yaşında kadın hasta
- Şikayetleri;
  - Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı ve nefes darlığı
- Kardiyoloji polikliniği
- EKO'da restriktif kardiyomiyopati
- Öz geçmişi;
  - 30 yıl önce TBC
  - 2 yıl önce SVO
  - Hipotiroidi

- Vital Bulguları;
  - Ateş: 37,6 °C,
  - TA: 130/80 mmHg,
  - Nb: 88 dk.
- Soluk ve kardiyak kaşektik görünüm
- Bilateral pretibial ödem ve venöz staza bağlı ayaklarda pigmentasyon artışı
- Solunum seslerinde bilateral krepitan ral
- USG'de batında mayii

- WBC: 8700 mm<sup>3</sup>
- Ne: %64
- Lenfo: %18
- Hg: 11,1 g/dl
- Plt: 150 bin
- Glu: 106 mg/dl
- Kre: 1,1 mg/dl
- ALT: 33 U/L
- **AST: 45 U/L**
- LDH: 200 U/L
- CK: 322 U/L
- **CRP: 13 mg/dl (0-0,8)**
- **Sedim: 53 mm/h**

- EKO'da EF: %20
- Anjiyografi Koroner Arter Hastalığı ile uyumlu
- Konseyde perikardit için operasyon kararı
- Pre op Toraks BT'de
  - kardiotorasik oran artmış
  - perikartta diffüz kalsifikasyon alanları
  - her iki akciğerde mozaik perfüzyon paterni
  - yer yer amfizematöz havalanma artışı
  - Sol akciğerde her iki lobda dağınık yerleşimli nodüler tarzda buzlu cam görünümleri (Tbc?)
  - sağ akciğer hacminde azalma
  - sağ akciğer alt lobda fibrotik sekel değişiklikler
  - komşu plevrada kalsifikasyonlar

- Hasta opere edildi.
- Perikart gross makroskopik incelemede;
  - sert kalın ve kalsifik,
  - çevre dokulara yapışık
- Cerrah tarafından tüberküloz perikardit görünümü
- Dörtlü anti tüberküloz ve steroid tedavisi
- Patoloji sonucu yaygın kalsifiye odaklar
- Hastanın post op yapılan PPD testi anerjik
- Tedavisi başlanan hasta post op 5. günde genel durumu kötüleşerek eksitus oldu.

# OLGU 2

Uzm. Dr. M. Emirhan IŐIK

Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- 48 yaşında erkek
- 2 gündür olan boğaz ağrısı ve ateş şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu.
- Ateş: 38,6 °C, Nb: 96 dk. TA: 130/80 mmHg
- Tonsillerde hiperemi, hipertrofi mevcut.
- Kriptik görünüm yoktu.
- Hayvancılıkla uğraşmakta, öz ve soy geçmişinde özellik tespit edilmedi.



- WBC: 9180 mm<sup>3</sup>
- Nötrofil: %60
- Lenfosit: %20
- Hg: 15,4 g/dl
- Plt: 230 bin
- Glu: 111 mg/dl
- Kre: 0,91 mg/dl
- ALT:18 U/L
- AST 19 U/L
- **CRP: 6,7 (0-0,8)**
- **Sedim: 26 mm/h**

- Rose-Bengal ve Wright testleri istendi.
- Rose-Bengal pozitif saptandı.
- Doksisisiklin 2x100 mg ve Rifampisin 1x600 mg po (6 hafta) olarak başlandı.
- Hastaya kullanım şekilleri ve yan etkileri anlatıldı.
- 1 hafta sonra poliklinik kontrolüne çağrıldı.
- Wright testi 1/640 pozitif olarak raporlandı.

- WBC: 9180 mm<sup>3</sup>
- Nötrofil: %60
- Lenfosit: %20
- Hg: 15,4 g/dl
- Plt: 230 bin
- Glu: 111 mg/dl
- Kre: 0,91 mg/dl
- ALT:18 U/L
- AST 19 U/L
- **CRP: 6,7 (0-0,8)**
- **Sedim: 26 mm/h**

- 48 yaşında erkek
- 2 gündür olan boğaz ağrısı ve ateş şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu.
- Ateş: 38,6 °C, Nb: 96 dk. TA: 130/80 mmHg
- Tonsillerde hiperemi, hipertrofi mevcut.
- Kriptik görünüm yoktu.
- Hayvancılıkla uğraşmakta, öz ve soy geçmişinde özellik tespit edilmedi.

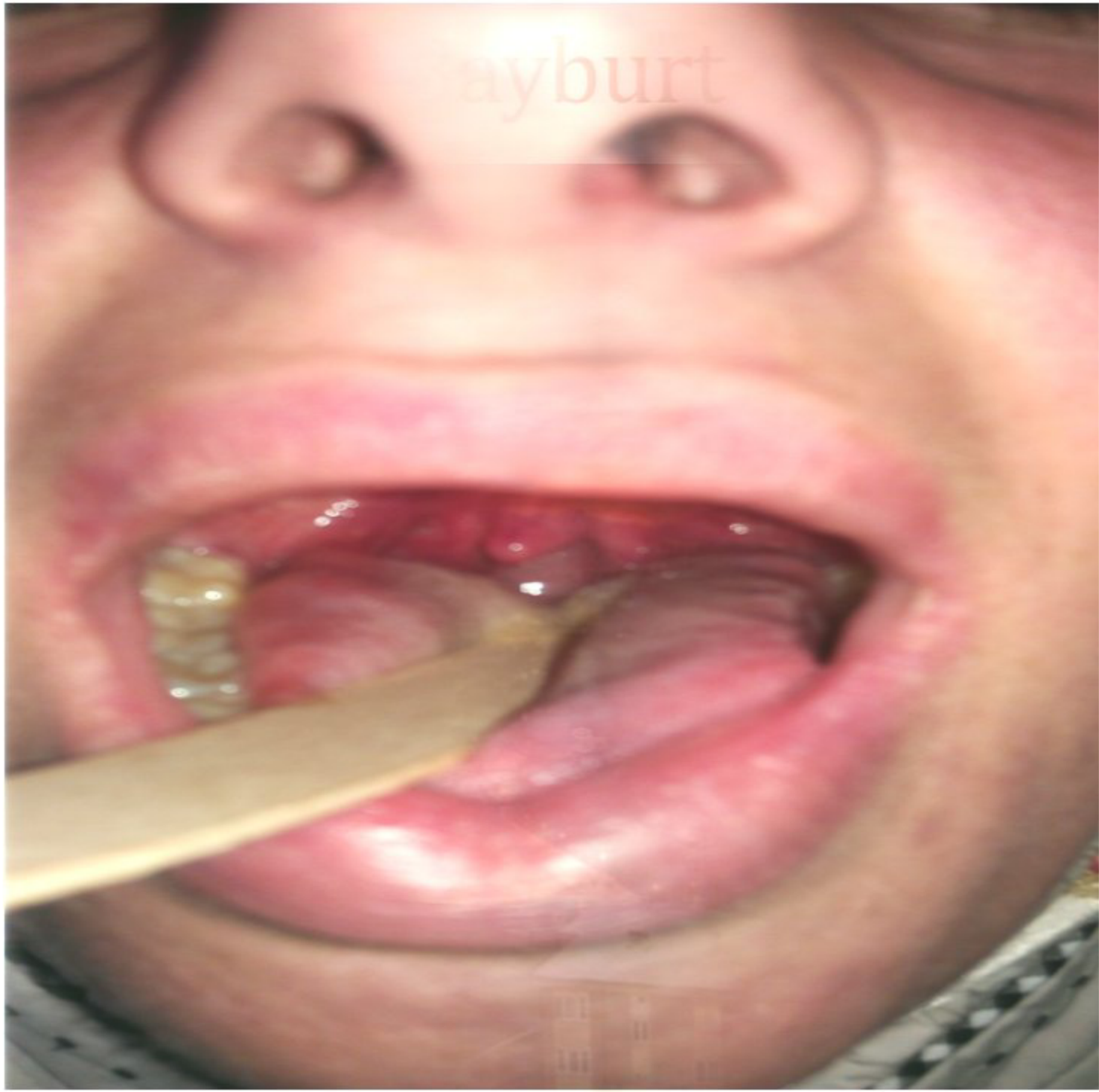
- WBC: 9180 mm<sup>3</sup>
- Nötrofil: %60
- Lenfosit: %20
- Hg: 15,4 g/dl
- Plt: 230 bin
- Glu: 111 mg/dl
- Kre: 0,91 mg/dl
- ALT:18 U/L
- AST 19 U/L
- **CRP: 6,7 (0-0,8)**
- **Sedim: 26 mm/h**

- Rose-Bengal ve Wright testleri istendi.
- Rose-Bengal pozitif saptandı.
- Doksisisiklin 2x100 mg ve Rifampisin 1x600 mg po (6 hafta) olarak başlandı.
- Hastaya kullanım şekilleri ve yan etkileri anlatıldı.
- 1 hafta sonra poliklinik kontrolüne çağrıldı.
- Wright testi 1/640 pozitif olarak raporlandı.

- Hasta ateşinin düştüğünü ancak **boğaz ağrısının** geçmediğini belirtti.
- KBB polikliniğine yönlendirildi.
- Abse saptanmadı, tonsillit olarak değerlendirildi.
- İlaçlarına devam etmesi ve kontrole gelmesi belirtildi.
- Kontrollerinde sorun olmayan hastanın ağrı şikayeti sonraki kontrollerinde geriledi.
- Karaciğer enzimleri normal olarak seyretti.

- Tedavisinin 1. ayında hasta polikliniğimize annesi ile beraber başvurdu.
- Yaklaşık 3 gündür şikayetleri olan annesinin boyun sol tarafında şişliği, ateş ve boğaz ağrısı mevcuttu.
- O sırada bölgemizde bir köyde Tularemi salgını mevcuttu.
- Ancak köylerin coğrafi bağlantısı bulunmamaktaydı.
- Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla her iki hastanın kanı referans laboratuvarına gönderildi.
- Tularemi Mikroaglutinasyon testi her iki hastada **1/1280 ve üzeri pozitif** saptandı.





# OLGU 3

Uzm. Dr. M. Emirhan IŐIK

Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi

- 43 yaşında erkek
- Sol kolda ağrı, şişlik, kızarıklık
- Acil serviste yumuşak doku enfeksiyonu
- Topikal ajanlar
- Şikayetleri geçmiyor
- 2 gün sonra büllöz lezyon

- Hasta Cildiye polikliniğine başvuruyor.
- Derin ven trombozu açısından Kalp Damar Cerrahisi
- Dopler USG'de yoğun ödem
- Tromboz yok

- Vital bulgular:
  - **Ateş: 38,6 °C**, Nb: 90 dk. TA: 140/90 mmHg
- Fizik muayenesinde;
  - sol ön kol anterior yüzde,
  - sınırları belirgin,
  - mor-kırmızı renkte,
  - 2x2 cm boyutlarında,
  - çevresinde yoğun ödem bulunan,
  - büllöz lezyon mevcut
- Göğse kadar yayılan ödem
- Kolda ağrı mevcut, lezyonda ağrı yok.
- Öz geçmişte özellik yok. Hasta çiftçilik yaptığını belirtiyor.
- Soy geçmişte özellik yok.



- **WBC: 34600 mm<sup>3</sup>**
- **Ne: %90**
- Lym: %7,8
- Mono: %2
- **Hgb: 18,8 g/dl**
- Plt: 153 bin
- Glu: 140mg/dl
- Kre: 1,11 mg/dl
- Alb: 3,4 g/dl
- ALT: 32 U/L
- AST: 29 U/L
- **LDH: 350 U/L**
- **CK: 566 U/L**
- **CRP: 20 mg/dl (0-0,8)**

- Kan kültürü
- Yara kültürü
- Gram boyamasında nadir lökosit görüldü, bakteri görülmedi.
- Anamnez derinleştirildiğinde yaklaşık 10 gün önce ölen hayvan teması
- Şarbon düşünülerek Ampisilin sulbaktam 4x1 gr ve Siprofloksasin 2x400 mg iv
- 24 saat sonra lezyon tüm ön kolu kaplayacak şekilde ilerledi.





- Kompartman sendromu?
- İleri merkeze sevk
- Tedavi Kristalize Penisilin 8x3 milyon ünite ve Siprofloksasin 2x200 mg olarak değiştirildi.
- Prednizolon 1 mg/kg iv
- Rivanol pansuman
- Hasta Ortopedi ile konsulte edildi.
- Kompartman Sendromu
- Yer sıkıntısı
- Başka bir Üniversiteye sevk



- Lezyon ilerlemeye devam etti.
- Yapılan muayenesinde sol ön kolda gerginlik ve yaygın bül oluşumu
- Motor ve duyu muayenesinde ulnar ve median sinir felci
- Hasta kompartman sendromu nedeniyle opere edildi.
  - Sol ön kola fasyatomi açıldı.
  - Yüzeysel ve derin fleksör kompartmanlarda yoğun hematoma saptandı.
  - Karpal tünel bölgesinde median sinirin baskı altında olduğu saptandı ve rahatlama sağlandı.
- Post op motor muayenesinde patoloji saptanmadı.
- Hasta Plastik Cerrahi servisine transfer edildi ve hastaya uyluk lateralinden alınan cilt grefti konuldu.















**Uzm Dr. Şirin MENEKŞE YILMAZ**

**Dr. Lutfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

- **Olgu:** 60 yaşında, kadın, öğretmen, İstanbul-Maltepe
- **Şikayeti:** Baş ağrısı, bulantı-kusma şikayeti ile acile başvuruyor (6.7.2012)
- **Özgeçmiş:** Akciğer Ca ??
- **Soygeçmiş:** Özellik yok



**Öykü:** 10 gün öncesinde şiddeti giderek artan baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık şikayetleri başlamış ve son üç gündür bulantı-kusma eklenmiş.

## FM:

- Ateş: 36<sup>0</sup>C, Nb: 86/dk, KB: 110/70 mmHg, SS: 16/dk
- GD iyi, bilinci açık, koopere, oryante
- Ense sertliği yok
- KVS: S1, S2 doğal, üfürüm yok
- SS: Solunum sesleri doğal
- Batın: doğal
- Diğer sistemler doğal



## Laboratuvar

WBC: 10.000/ $\mu$ L PNL: 8750/ $\mu$ L

Hb: 12 g/dL Plt: 342.000/ $\mu$ L

CRP: **33** mg/L (4 kat yüksek)

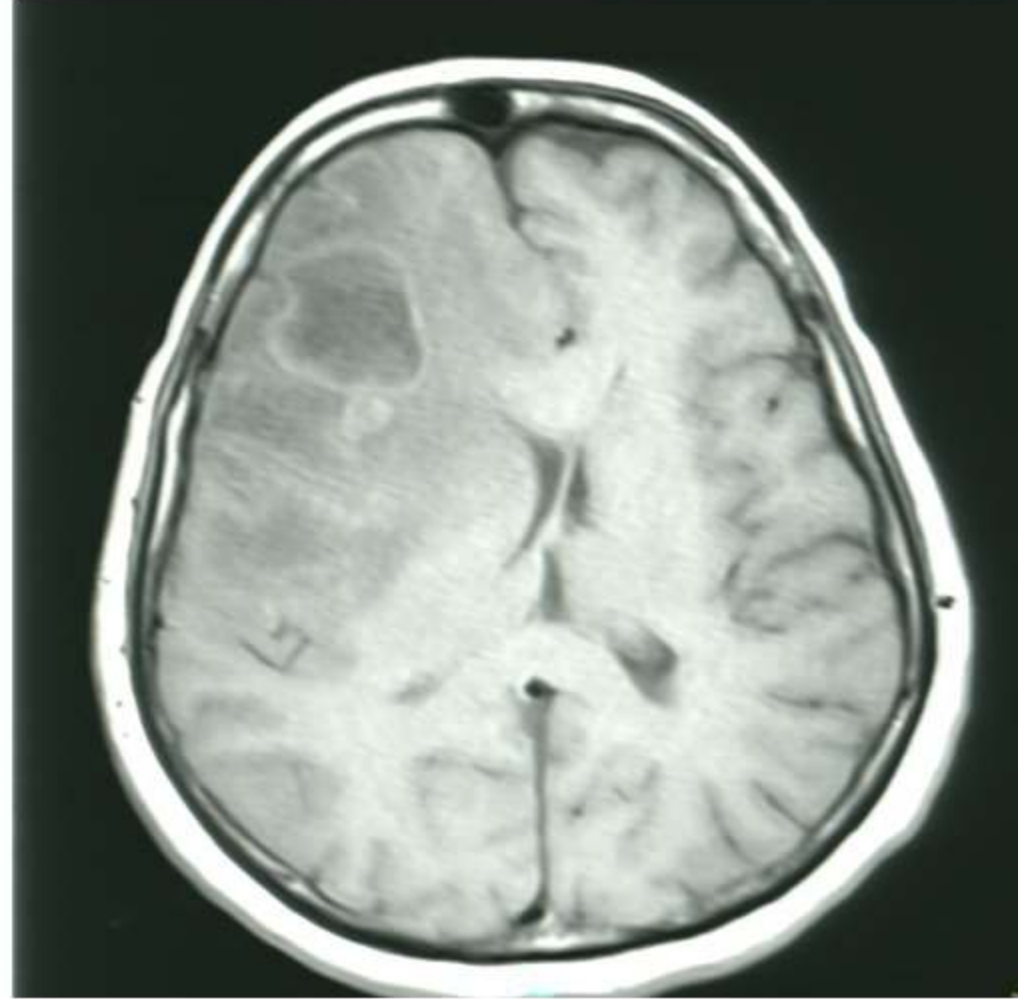
ESR: **47** mm/saat

PRC: 0,05 ng/mL

Üre: 32 mg/dL Kreatinin: 0.58 mg/dL

AST: 18 U/L ALT: 15 U/L

- Kranial MR: Sağ frontal lob anterolateral bölümde lobule konturlu, periferik kontrastlanma sergileyen 47×37 mm boyutlarında metastatik lezyon ve çevresinde yoğun ödem



- 4 gün sonra (10.7.2012) Sağ frontal kraniotomi ile total kitle eksizyonu: Kitlenin sert ve kapsüllü (**ABSE**) olduğu görülüp kitle total çıkarıldı.
- Sefazol 3×1 g başlandı.
- Kültürde reme yok
- Kontrol Kranial MR: Nüks-rezidü ile uyumlu görünüm izlenmedi.



- Yatışının 9.günü (19.7.2012):
- Patoloji raporu: **Abse** ile uyumlu histopatolojik bulgular
- Enfeksiyon Hastalıkları Konsültasyonu istendi.
- Hasta servisimize nakil alındı.
- Yatışından itibaren tespit edilmiş ateşi ve aktif şikayeti yok.



# Fizik Muayene

- Ateş: 36,5<sup>0</sup>C, Nb: 84/dk, KB: 110/70 mmHg, SS: 14/dk.
- GD iyi, bilinci açık, koopere, oryante
- KVS: S1, S2 doğal, üfürüm yok
- SS: Solunum sesleri doğal
- Batın: doğal



- Meropenem 3x2 gr (20.7.2012) başlandı.

- Tedavi altında ateş yüksekliği yok.

- Baş ağrısı dev

- Meropenem te

şiddetlendi



günde (2.8.2012) baş ağrısı

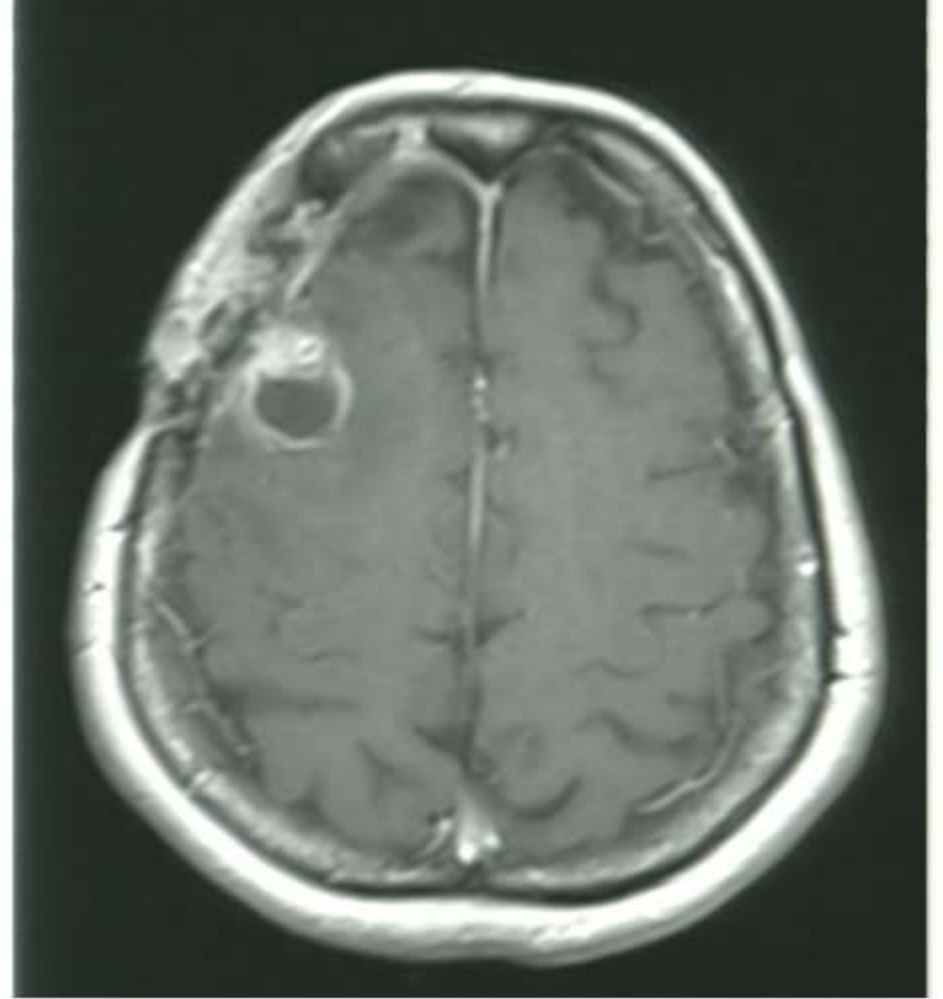
# OLGU

Uzm Dr. Şirin MENEKŞE YILMAZ  
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

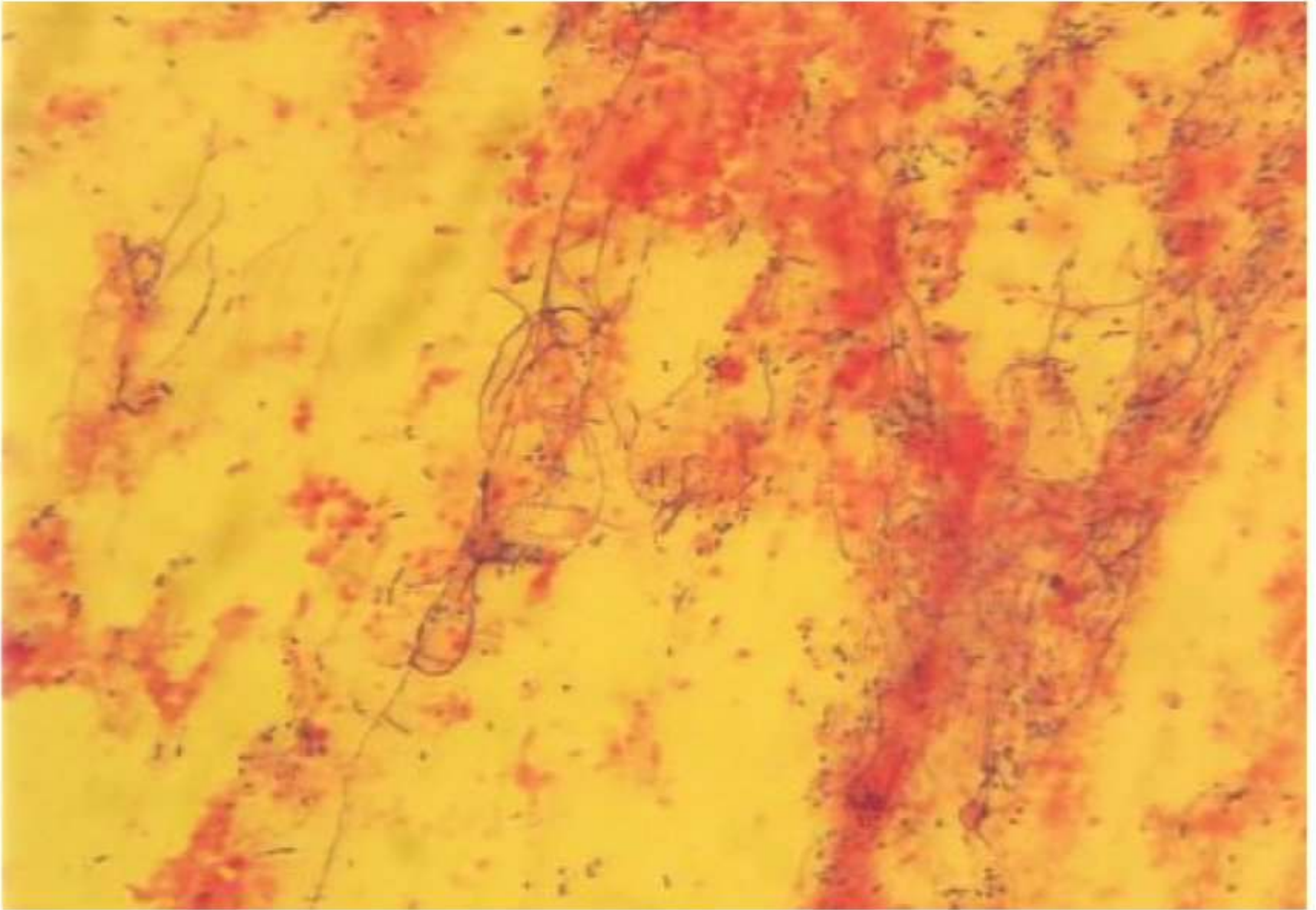
- Meropenem 3x2 gr (20.7.2012) başlandı.
- Tedavi altında ateş yüksekliği yok.
- Baş ağrısı devam ediyor.
- Meropenem tedavisi 13.günde (2.8.2012) baş ağrısı şiddetlendi

15 ay sonra (24.2.2014),

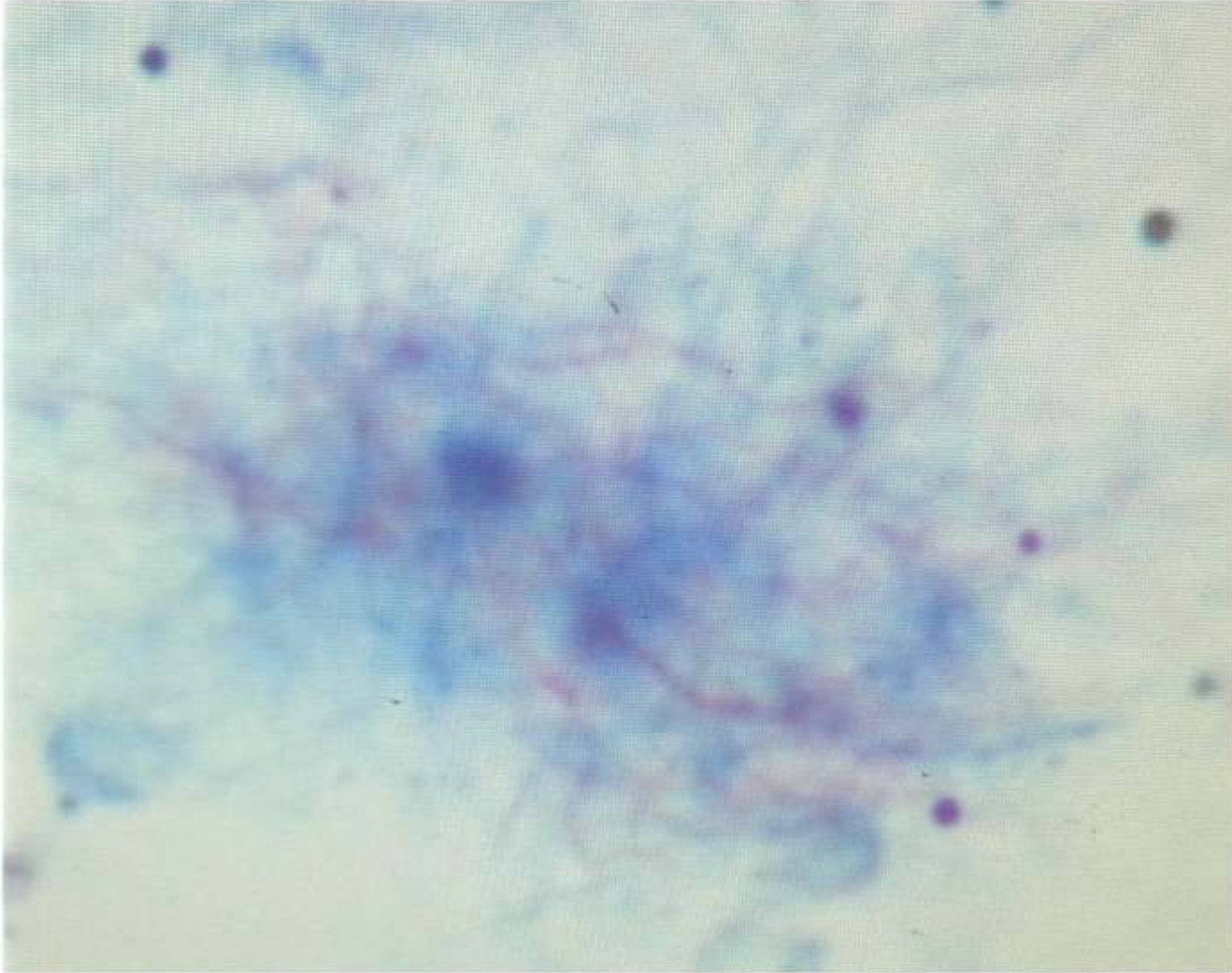
- Nöbet geçirme, bilinç kaybı
- **Kranial MR:** Sağ frontoparietal bölgede **16 mm** çapında abse ve lezyon etrafında belirgin vazojenik ödem
- Sağ frontal lobektomi ve total abse eksizyonu (27.2.2014)



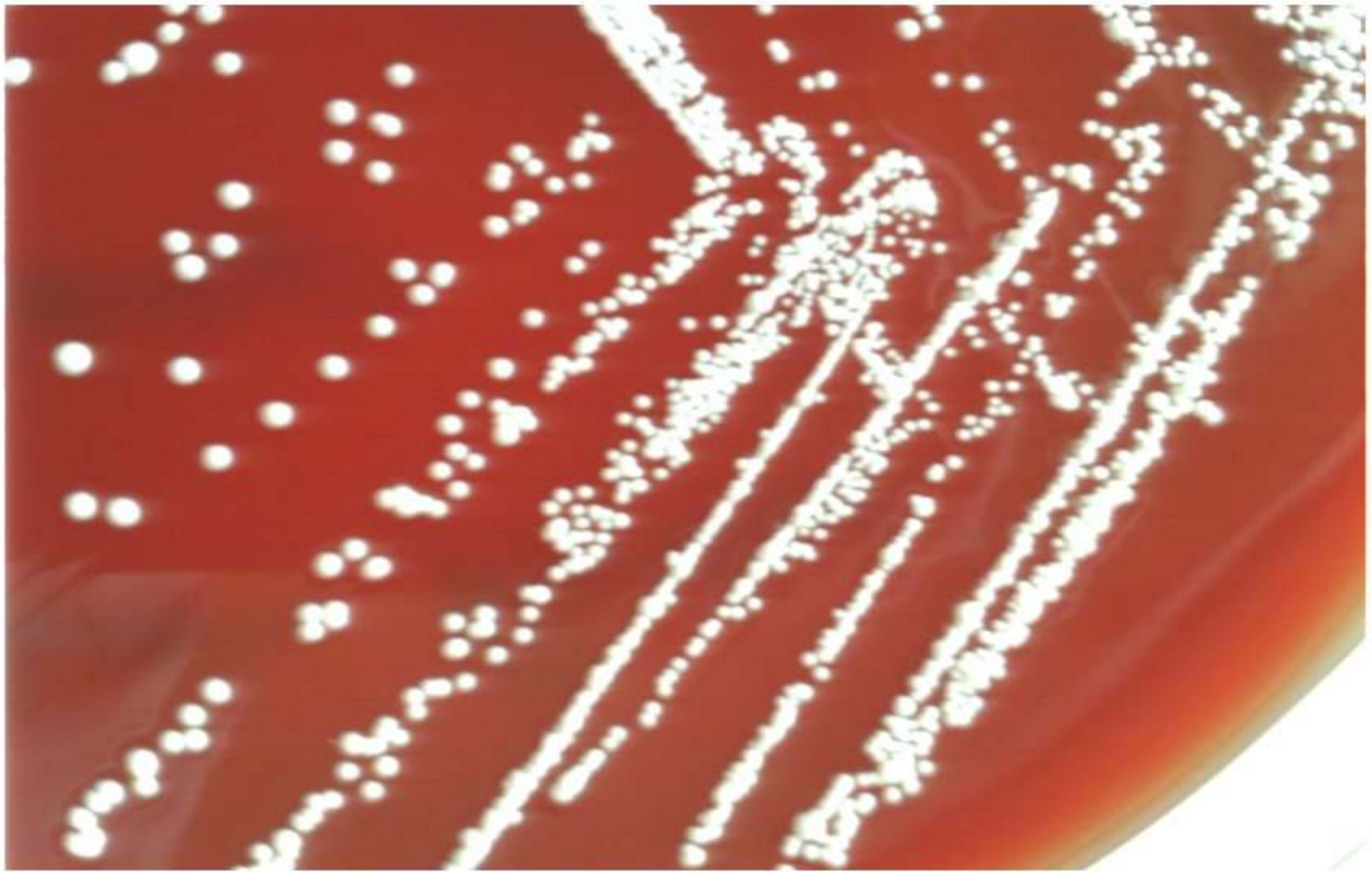
- Operasyon sırasında alınan doku, mikrobiyoloji ve patoloji lab'na gönderiliyor. **Gram boyama:**



## ARB Boyaması







- **Olgu:** 60 yaşında, kadın, öğretmen, İstanbul-Maltepe
- **Şikayeti:** Baş ağrısı, bulantı-kusma şikayeti ile acile başvuruyor (6.7.2012)
- **Özgeçmiş:** Akciğer Ca ??
- **Soygeçmiş:** Özellik yok



# Fizik Muayene

- Ateş: 36,5<sup>0</sup>C, Nb: 84/dk, KB: 110/70 mmHg, SS: 14/dk.
- GD iyi, bilinci açık, koopere, oryante
- KVS: S1, S2 doğal, üfürüm yok
- SS: Solunum sesleri doğal
- Batın: doğal



# Laboratuvar

WBC: 6070/ $\mu$ L

Hb: 12,3 g/dL

Plt: 305.000/ $\mu$ L

PNL: 3520/ $\mu$ L

CRP: **34** mg/L ( $4\times\uparrow$ )

ESR: 26 mm

PRC: 0,05 ng/mL

Üre: 24 mg/dL

Kreatinin: 0.58 mg/dL

AST: 25 U/L

ALT: 31 U/L

anti HIV: negatif

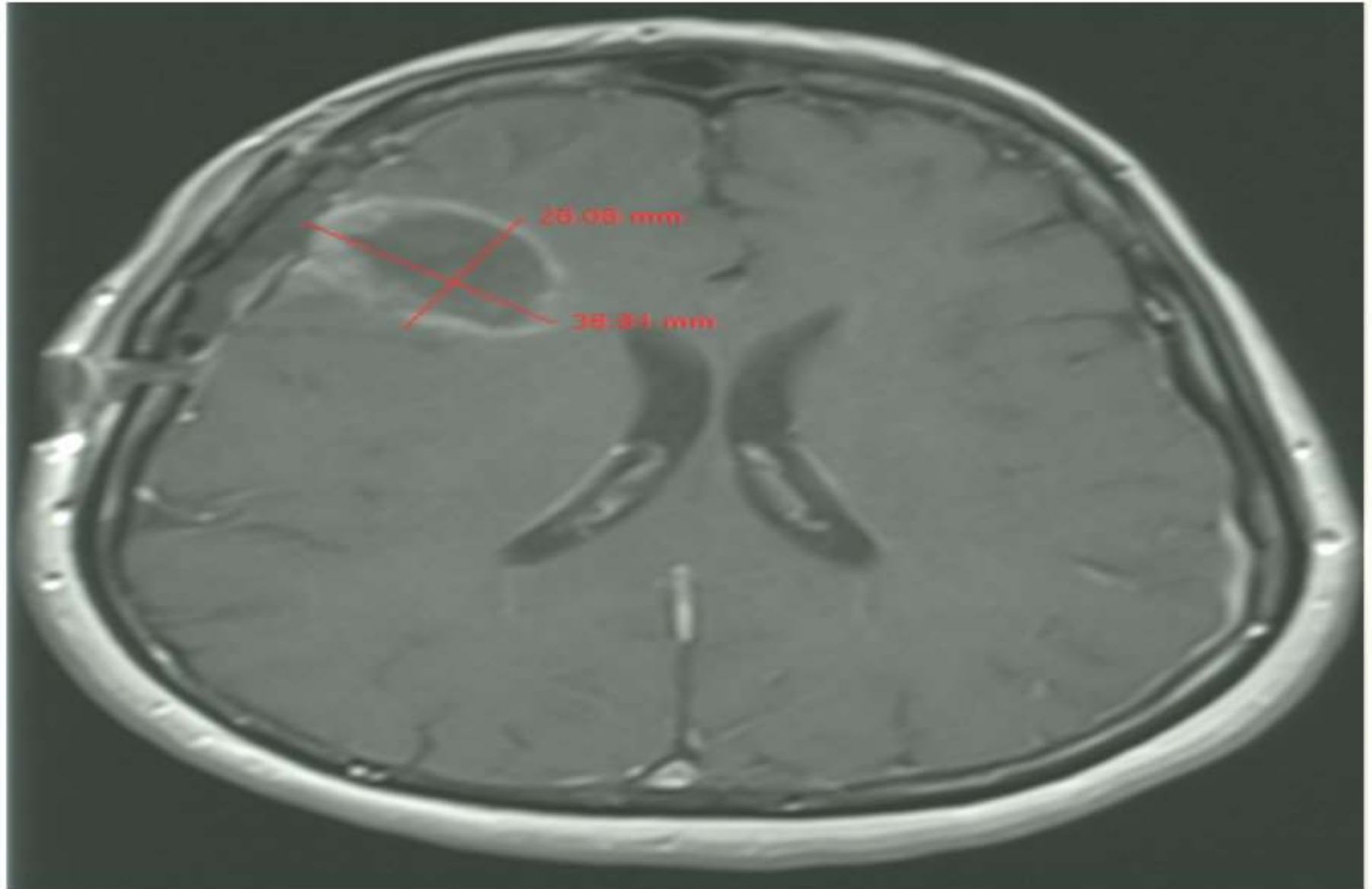
Toxo IgM: negatif

Toxo IgG: negatif



- Meropenem 3x2 gr (20.7.2012) başlandı.
- Tedavi altında ateş yüksekliği yok.
- Baş ağrısı devam ediyor.
- Meropenem tedavisi 13.günde (2.8.2012) baş ağrısı şiddetlendi

**Kranial MR:** Aynı bölgede yeni ortaya çıkan **35×26 mm** boyutunda **abse**



- **TTE:** Hafif MY, aort kapak üzerinde **vejetasyon.**

TEE ile ileri inceleme önerildi.

- **TEE:** Aort kapak üzerinde 3 mm ince fibriler yapı mevcut.

**Vejetasyon yok.** Tünel uzunluğu 1.4 cm olan, doppler

usg ile soldan sağa geçiş izlenen **patent foramen ovale**

- Meropenem tedavisi 18.gününde (7.8.2012) nakil
- **Seftriakson 2×1 g IV** olarak tedavi deęiştiriliyor.
- 10 gün sonra abse drenajı yapılıyor (16.8.2012).
- Kültürde üreme yok.
- Kranial BT: Rezidü-nüks kitle yok
- Seftriakson tedavisi 18.günde (23.8.2012) hasta oral tedavi ile eksterne ediliyor.



2 ay sonra,

- Aynı bölgede yeni ortaya çıkan **23×20 mm** boyutlarında **abse** nedeni ile yeniden NRŞ servisine yatırılıyor (12.10.2012).
- **Seftriakson 2×2 g IV** başlanıyor.
- Abse direnaji yapılıyor.
- Kültürde üreme yok.

WBC: **1450**/ $\mu$ L

Hb: 11 g/dL

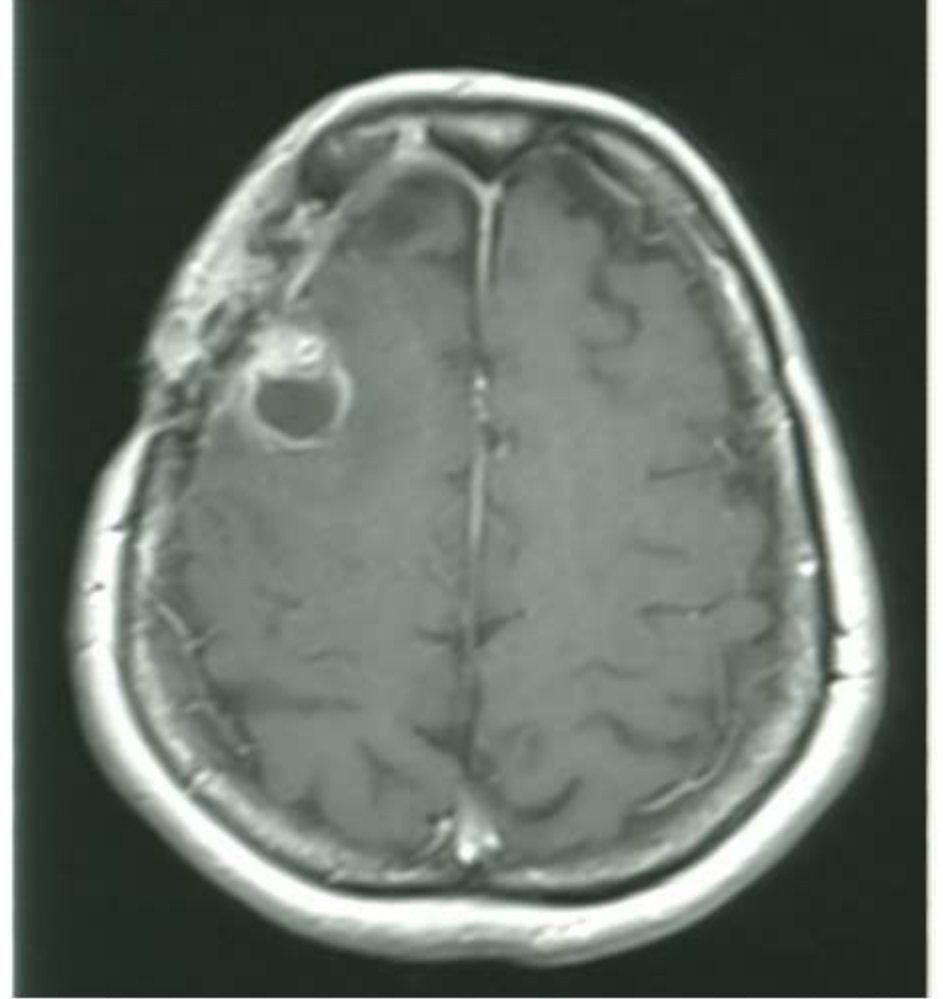
Plt: 298.000/ $\mu$ L

PNL: 520/ $\mu$ L

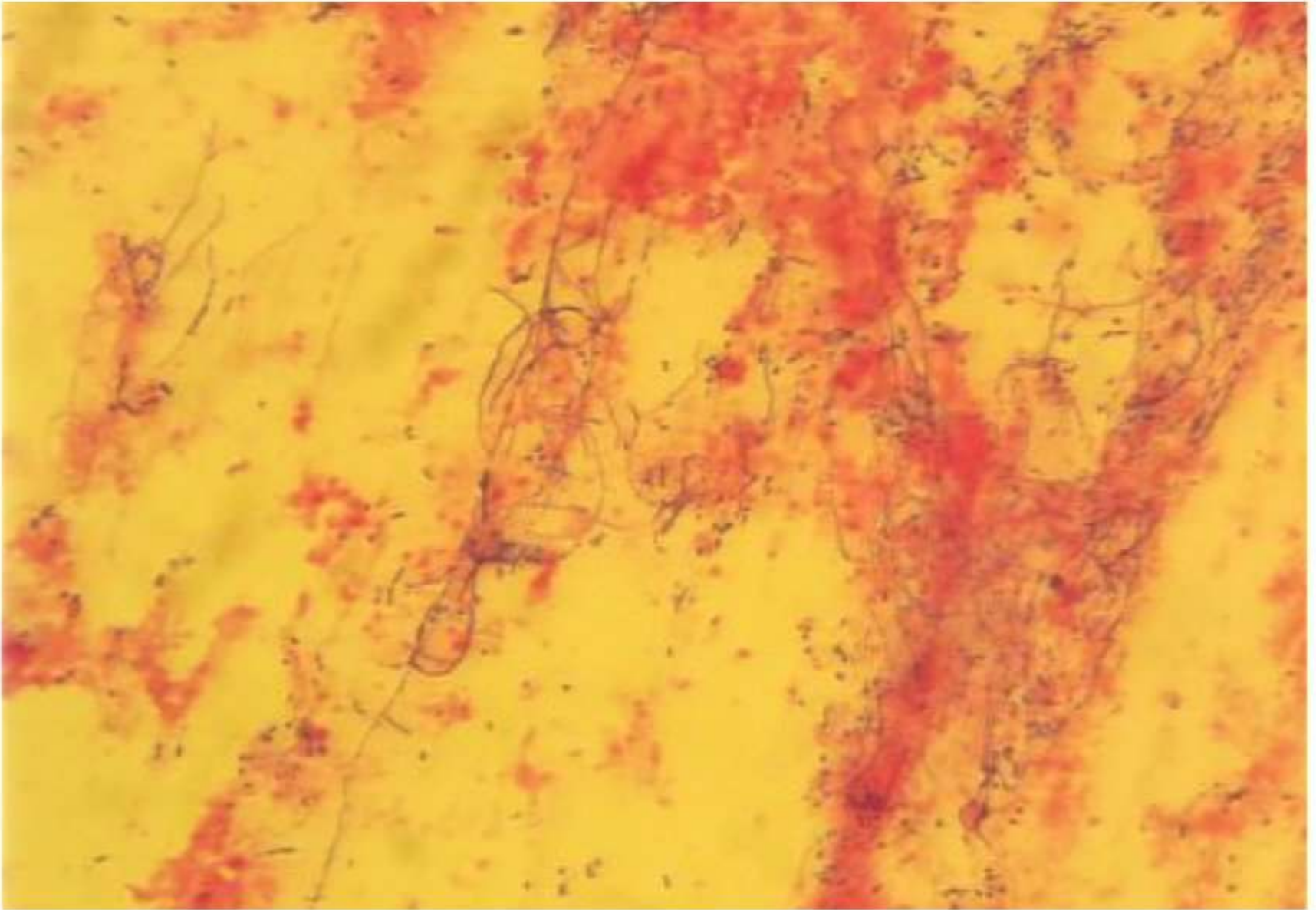
- Vankomisin 12.günde kesiliyor. 3 gün sonra lökopeni düzeliyor.
- Meropenem tedavisi 21 güne tamamlanıyor.
- Hasta şifa ile eksterne ediliyor (9.11.2012).

15 ay sonra (24.2.2014),

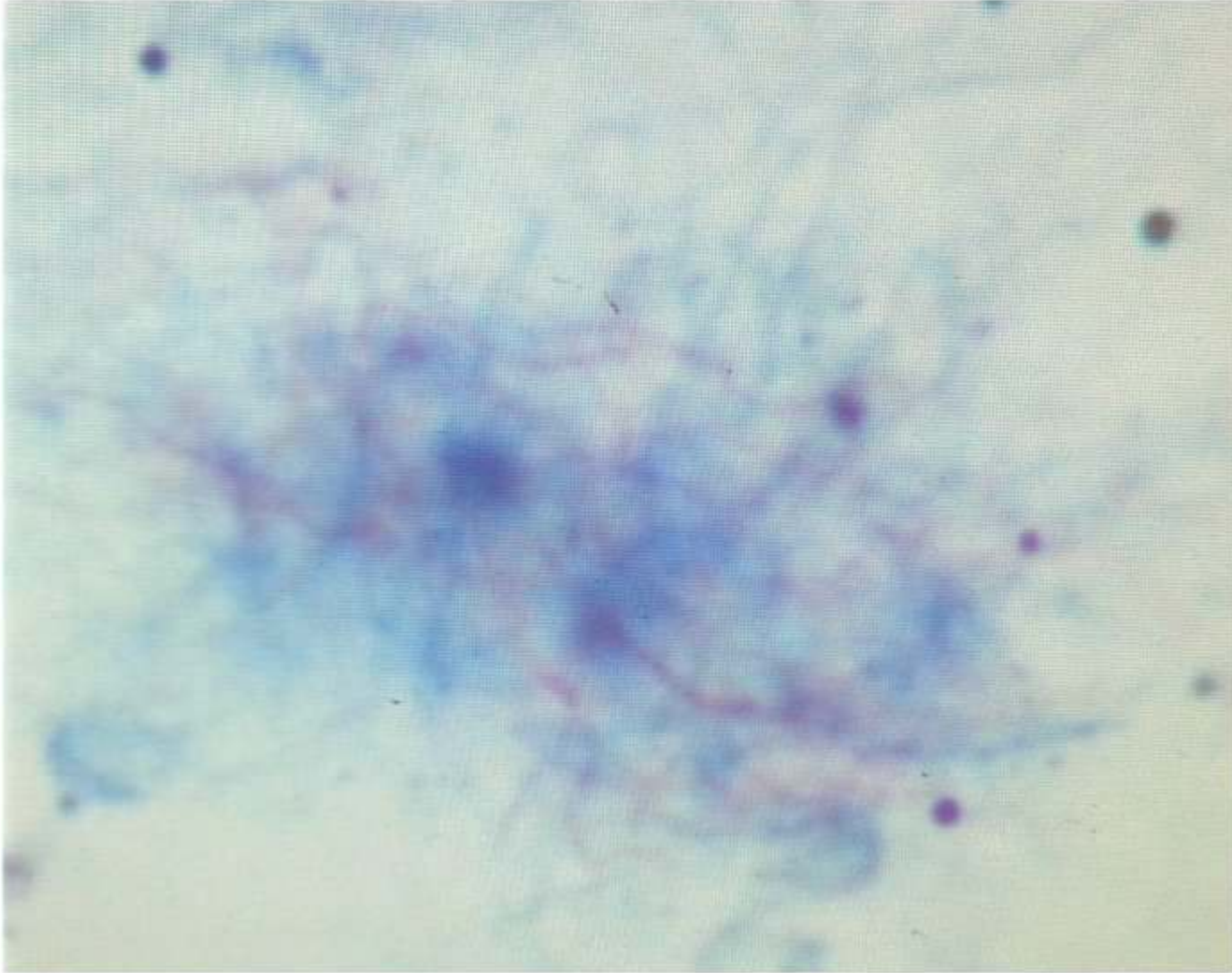
- Nöbet geçirme, bilinç kaybı
- **Kranial MR:** Sağ frontoparietal bölgede **16 mm** çapında abse ve lezyon etrafında belirgin vazojenik ödem
- Sağ frontal lobektomi ve total abse eksizyonu (27.2.2014)

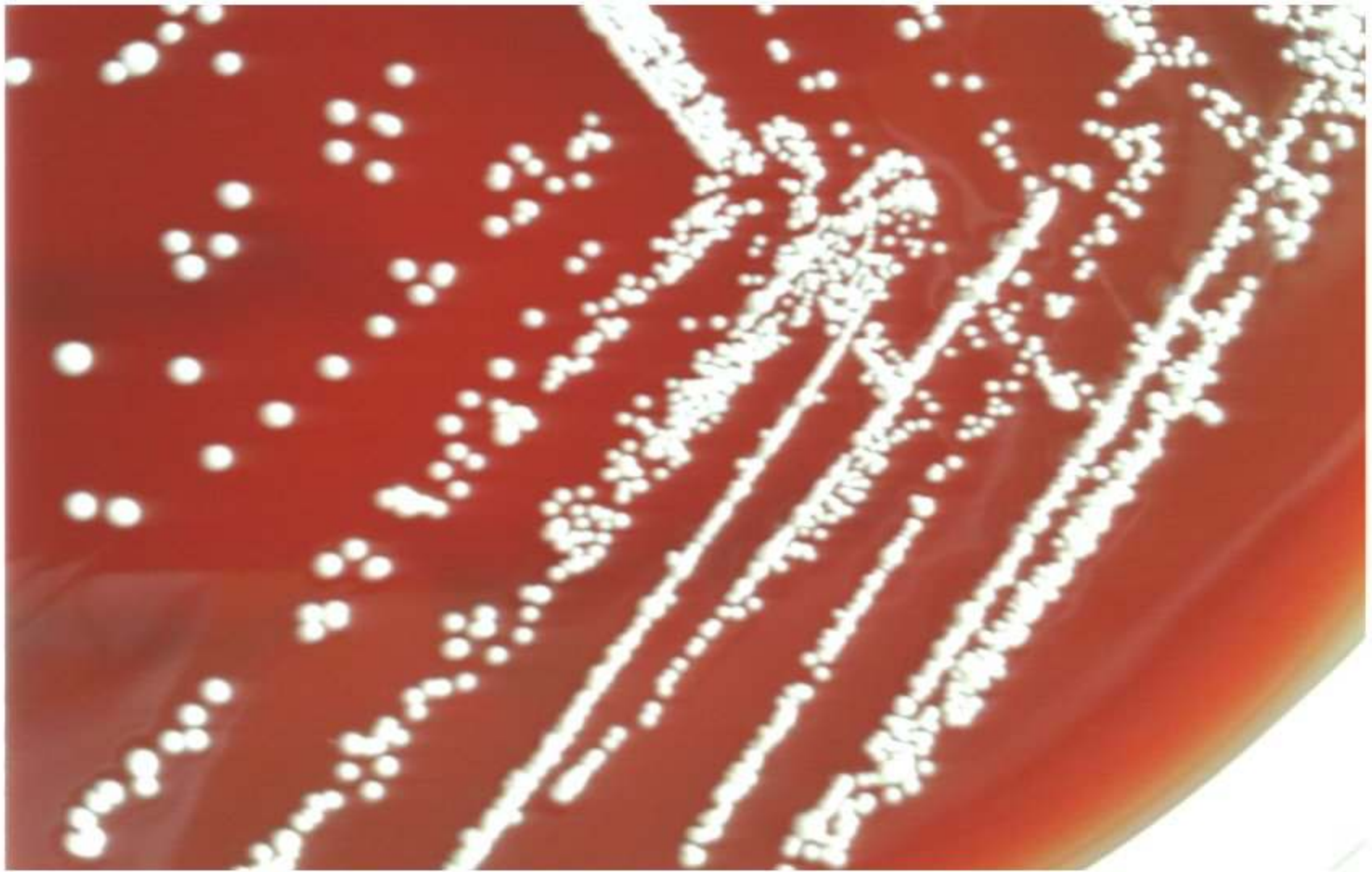


- Operasyon sırasında alınan doku, mikrobiyoloji ve patoloji lab'na gönderiliyor. **Gram boyama:**



## ARB Boyaması

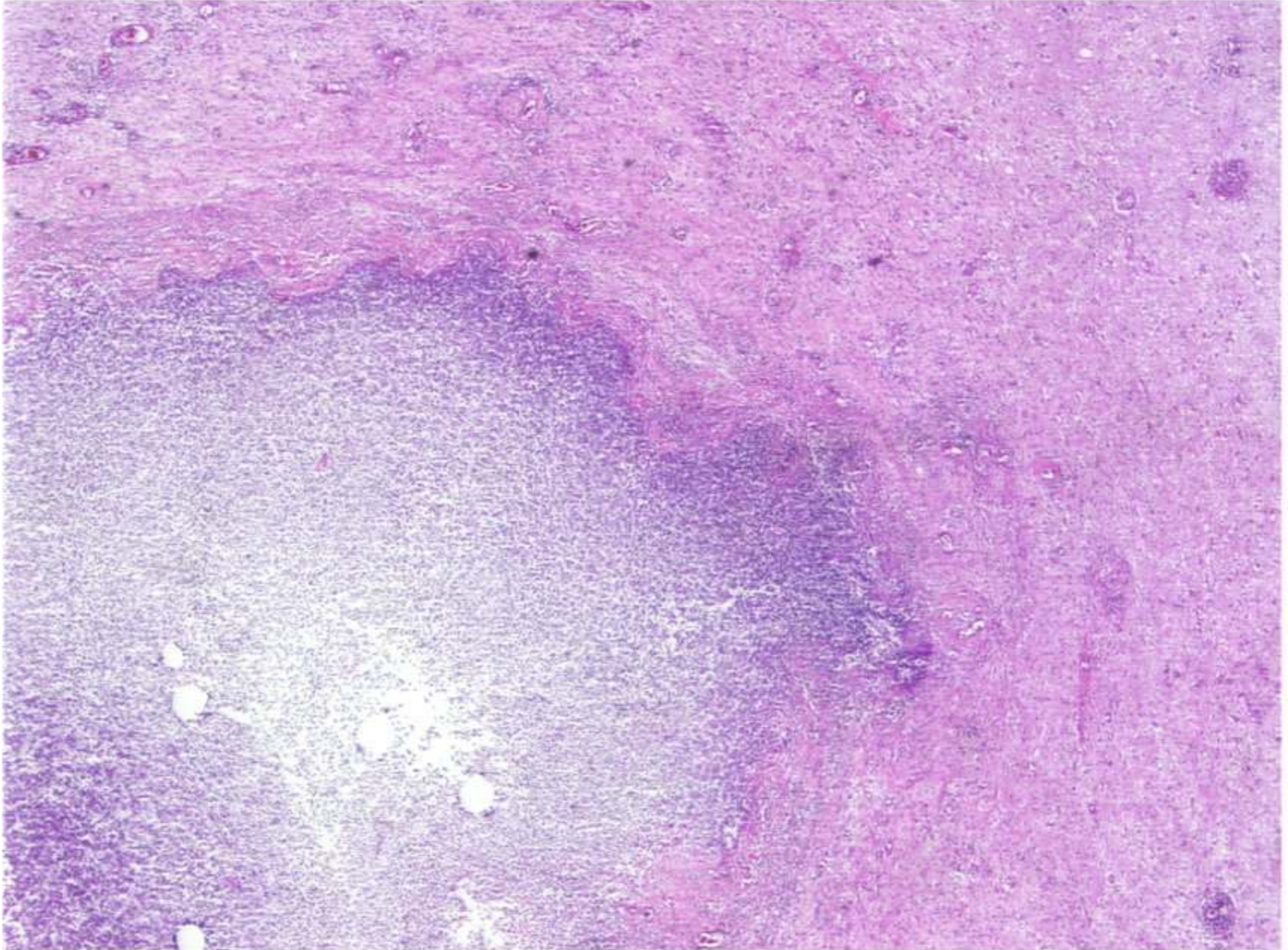






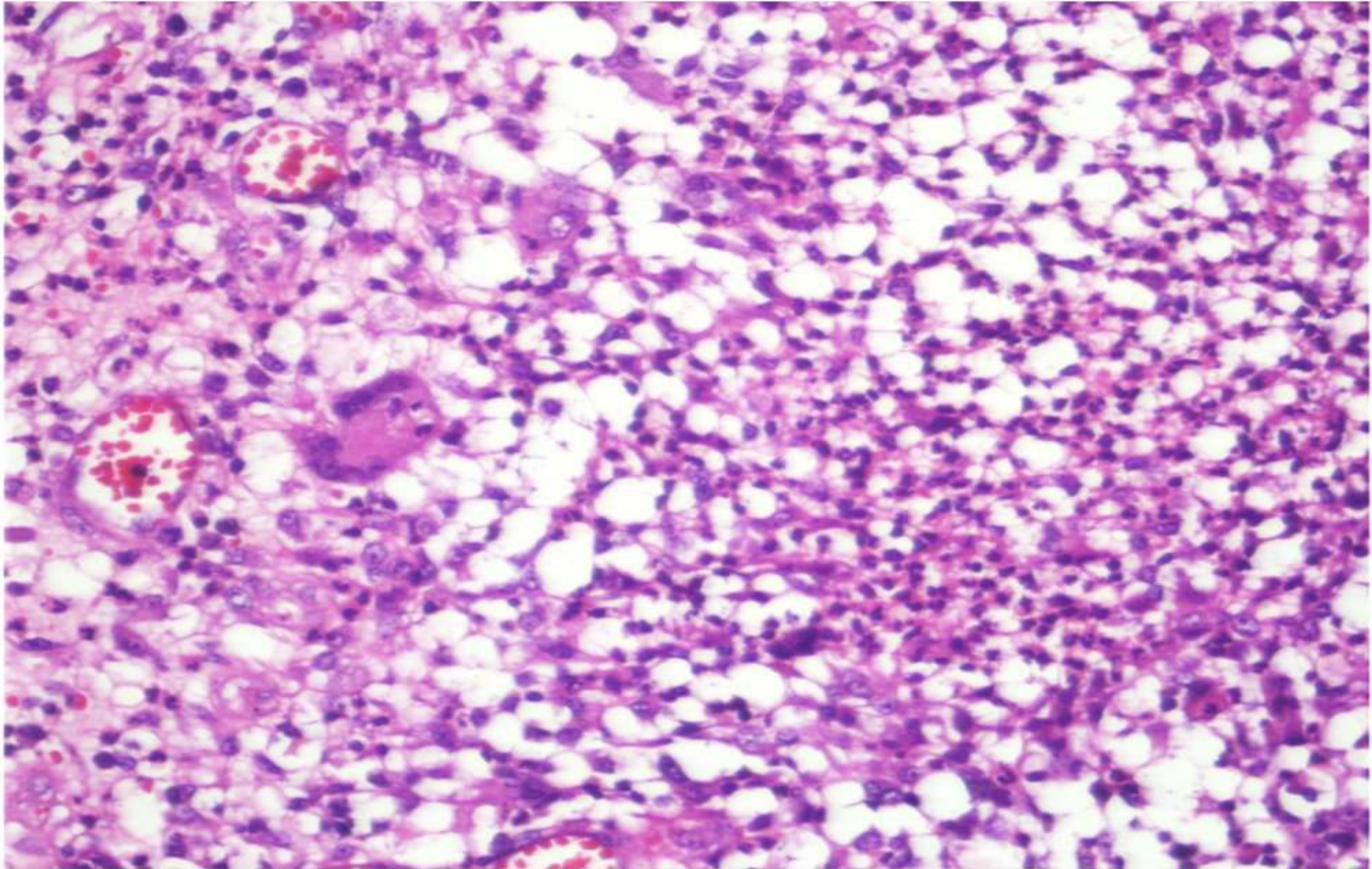
- Löwenstein- Jensen besiyerinde atipik mikobakterilere benzer yapıda koloni

- **Patoloji**; beyin dokusu içerisinde abse görünümü





- Granülomatöz Reaksiyon



- Üreyen bakteri ***Nocardia spp.*** olarak tanımlandı.
- Patolojik bulguların nokardiyoz ile uyumlu olduğu belirtildi.

## **Antibiyoqram**

- TMP-SMX dirençli
- Seftriakson duyarlı
- İmipenem duyarlı

## **Tedavi:**

- İmipenem 4×500 mg IV  
+
- Amikasin 2×500 mg IV
- Oral Doksisisiklin 2x100mg

- **PET-CT:**

- Sağ AC suprahiler alanda üst lob anterior segmentte **21×25 mm**,
- Beyin sağ frontal lobda **23×25 mm** heterojen karakterde kitlesel lezyon

- **Bronkoskopi:** Sağ AC üst lob giriş karinası ön duvardan kabaran beyazımsı ve düzgün sınırlı vejetasyon

- BAL ARB: (-), TB kültüründe üreme yok.
- **Bx:** Bronşial mukozal dokuda PNL hücrelerden zengin mixt tipte enflamasyon.



## **Antibiyoqram**

- TMP-SMX dirençli
- Seftriakson duyarlı
- İmipenem duyarlı

## **Tedavi:**

- İmipenem 4×500 mg IV  
+
- Amikasin 2×500 mg IV
- Oral Doksisisiklin 2x100mg

- **PET-CT:**

- Sağ AC suprahiler alanda üst lob anterior segmentte **21×25 mm**,
- Beyin sağ frontal lobda **23×25 mm** heterojen karakterde kitlesel lezyon

- **Bronkoskopi:** Sağ AC üst lob giriş karinası ön duvardan kabaran beyazımsı ve düzgün sınırlı vejetasyon

- BAL ARB: (-), TB kültüründe üreme yok.
- **Bx:** Bronşial mukozal dokuda PNL hücrelerden zengin mixt tipte enflamasyon.



- **Toraks BT**: Akciğerlerde yer kaplayıcı kitle lezyonu veya aktif infiltrasyon lehine bulgu saptanmadı.
- **Göğüs Hastalıkları Konsültasyonu**: Sağ akciğerde görülen lezyon tamamen kaybolmuş.

- Elli üç yaşında, kadın hasta-immobil-İstanbul-Fatih
- Şikayeti: Ateş ve halsizlik
- Özgeçmiş: İki yıl önce mekanik mitral kapak replasmanı,  
Beş yıl önce serebrovasküler hastalık
- Soygeçmiş: Özellik yok



- Öykü: Bir haftadır süren ateş ve halsizlik nedeni ile dış merkez acil polikliniği
- Ateş: 38 derecenin üzerinde
- Transtorasik Ekokardiyografi: Mitral kapak posterior duvarında 0.5 cm çaplı, hareketli vejetasyon

- Elli üç yaşında, kadın hasta-immobil-İstanbul-Fatih
- Şikayeti: Ateş ve halsizlik
- Özgeçmiş: İki yıl önce mekanik mitral kapak replasmanı,  
Beş yıl önce serebrovasküler hastalık
- Soygeçmiş: Özellik yok

- Öykü: Bir haftadır süren ateş ve halsizlik nedeni ile dış merkez acil polikliniği
- Ateş: 38 derecenin üzerinde
- Transtorasik Ekokardiyografi: Mitral kapak posterior duvarında 0.5 cm çaplı, hareketli vejetasyon

- Elli üç yaşında, kadın hasta-immobil-İstanbul-Fatih
- Şikayeti: Ateş ve halsizlik
- Özgeçmiş: İki yıl önce mekanik mitral kapak replasmanı,  
Beş yıl önce serebrovasküler hastalık
- Soygeçmiş: Özellik yok

- Öykü: Bir haftadır süren ateş ve halsizlik nedeni ile dış merkez acil polikliniği
- Ateş: 38 derecenin üzerinde
- Transtorasik Ekokardiyografi: Mitral kapak posterior duvarında 0.5 cm çaplı, hareketli vejetasyon

- 1 majör, 2 minör bulgu
- Olası İnfektif Endokardit
- Vankomisin (2x1 gm IV) ve Gentamisin (3X1 mg/kg/gün) tedavisi

- Kan kültürü MRSA üremesi - Kesin İnfektif Endokardit tanısı
- Vankomisin (2x1 gm IV) ve Gentamisin (3X1 mg/kg/gün) tedavi devamı

- Klinik cevap alınmaması(tedavinin 7.günü) üzerine Daptomisin (6mg/kg/gün IV) tedavisi



- Toplam tedavinin 10.gününde batın ultrasonografisinde dalakta 10 cm çaplı abse

- Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ne sevk
- Kardiyoloji kliniği tarafından hospitalize
- Enfeksiyon Hastalıkları konsultasyonu

- Fizik muayenesinde ateş: 38.3 derece, kan basıncı 110/70mmHg, nabız 82/dk, solunum hızı 16/dk
- Genel durumu orta, şuur açık, oryantasyon ve kooperasyonu sınırlıydı.
- Kardiyovasküler sistem muayenesinde protez kapak sesi ve aritmi
- Sol hemipleji
- Ateş takibi incelendiğinde kontinue paternde olduğu görüldü.

- Laboratuvar incelemesi
- WBC: 12800/mm<sup>3</sup>, hemoglobin:12.1g/dl trombosit sayısı 546bin, CRP:9.62 mg/dl (0-0.8) ve sedimantasyonu 38mm/h olarak saptandı.

