

# Hocama Danışıyorum Olgu Sunumu 2

Dr.Ferhan KERGET

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi  
Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik  
Mikrobiyoloji ABD

- 48 yaşımda erkek hasta
- Adres:Erzurum merkez
- Meslek:Halk oyunları eğitmenliği
- Özgeçmişinde özellik yok

## Şikayetleri:

- İdrar yapamama, idrar yaparken yanma, yan ağrısı şikayetiyle hastanemiz Üroloji polikliniğine müracat etmiş.Yapılan tetkikler sonucunda üroloji kliniğine yatırılmış
- Üriner ultrasonografi de glob vezikale,sol pelvikalektazi ve sağ böbrek atrofik izlenmiş.
- Batın BT:Sağ böbrek atrofik görünümde olup üst pol lokalizasyonda 5 mm çaplı birkaç adet kalküle ait görünüm,sol böbrekte lobülasyon artışı,sol üreter tüm trase boyunca dilate izlenmiş.Sol pelvikalisiyel sistemde belirginleşme saptanmış,mesane duvarı trabeküle görünümde izlenmiş.

Trabeküler mesane nedenleri:

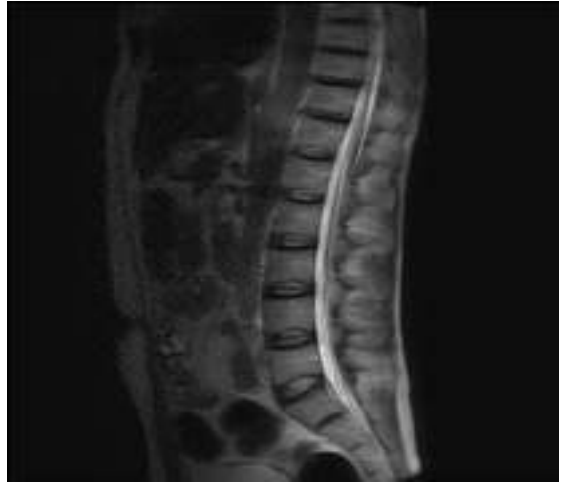
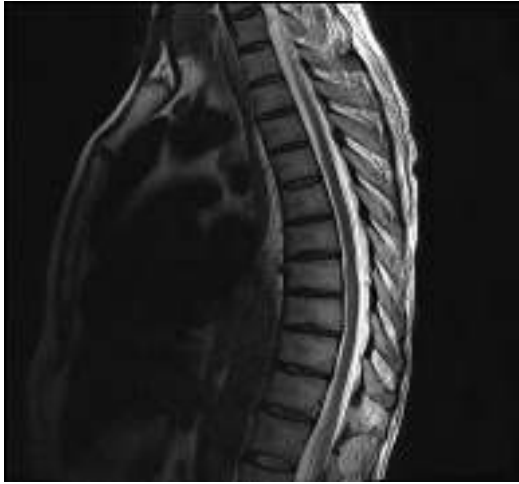
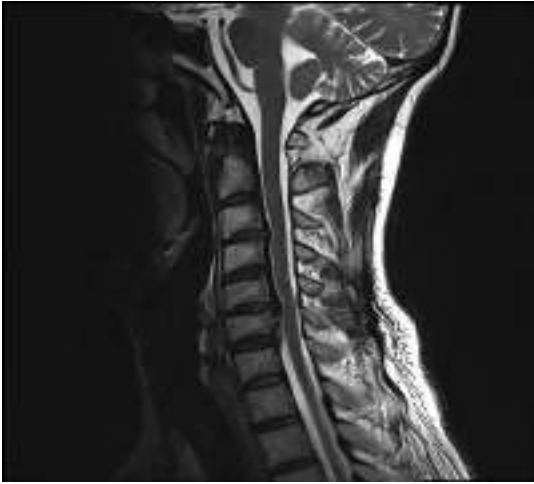
Enfeksiyonlar

Nörojenik mesane

Mesanenin benign ve malign tümörleri

- Mevcut bulgular üzerine hastaya üreterorenoskopi, retrogradpyelografi ve endoskopi yapılmış.
- Operasyon bilgileri:Mesane mukozası yer yer ödemli ve enfektif olarak izlenmiş.Tümöral lezyon izlenmemiş.Üreter dilate olarak izlenmiş.Üreterde taş izlenmemiş.Sol böbreğe DJ stent yerleştirilerek ve mesanedeki hiperemik alanlardan punch biyopsi alınarak operasyon sonlandırılmış.
- Glob vesicale etyolojisi açısından takip edilmekteymiş.

- Glob vesicale:
- Nörolojik patolojiler
- Mesane boynu darlığı
- Mesanede taş ve ya pıhtı
- Tüberküloz
- Benign prostat hiperplazisi
- Prostat kanseri
- Üretra darlığı,taşları ve tümörleri
- Bazı ilaçlar



**RADYOLOJİ RAPORU**

Ad Soyadı	██████████	Rapor Tarihi	: 25.01.2017 25:12
T.C Kimlik No	██████████	Dosya no	██████████
Baba Adı	: NADİR	Bayırcı No	: 7701007
Kurumu	: ERZURUM SSK SAĞLIK BÜROSU (NGD)	Dagun Yeri - Tarihi	: ERZURUM - 1992
İzlem Tarihi	: 25.12.2016 (R545033)	İzlem Kabul Tarihi	: 25.12.2016 (5510)
Hizmet Adı	MR. VERTEBRAL TORAKAL		

Tanı	Kodu	Adı
	A17.0	TÖZERSÜZ YERİNE (G01*)
	R50	SPONDİLOLİMPHİTİK VE DİĞER ÖZELLİKLERİ
	R57	BAY ADI SSK
	NGD	BÜROSU VE ÖZETLER TABİ

**SERVİKAL MYELOGRAFI MRG RAPORU**

**İnceleme** : T2 TSE Sagittal, TSE T1 Sagittal, T1 TSE İstirahat, T2 ne 2d İstirahat Gd enjeksiyonu sonrası aksiyel (0.1 inç)

**Kesitlerin Değerlendirilmesinde**:

İnceleme C2/3 intervertebral disk aralığından C6/7 intervertebral disk aralığına kadar yapılmış olup servikal aksta düzleşme mevcuttur.

C3/4, C4/5 ve C6/7 de spinal kordta baskı yapan santral posteriora protrüzyon izlendi.

C5/6 da anüler fissürün eşlik ettiği sağ mediolateral protrüzyon izlenmiştir.

Kesit alanına göre diğer intervertebral disk yapıları, disk mesafesi, medulla spinalis ve sinir kökleri normal olarak değerlendirildi.

Kesit alanına giren kemik yapılar normal olarak değerlendirilmiştir.

N Gd enjeksiyonu sonrası patolojik kontrastlanma izlenmedi.

Myelografide tarif edilen kısımlarında anterior BOS kolonunda basıya bağlı daralmalar izlenmiştir.

**TORAKAL MRG RAPORU**

**İnceleme** : SE T1 Sagittal, TSE T2 sagittal

**Kesitlerin Değerlendirilmesinde** : Torakal vertebra ve disklere yönelik yapılan incelemede:

T7/8 de sol mediolateral protrüzyon mevcuttur.

T9/10 da sağ mediolateral protrüzyon izlendi.

Kesit alanına göre diğer intervertebral disk mesafeleri, disk yapıları ve medulla spinalis normal olarak değerlendirilmiştir.

Kesit alanına giren kemik ve yumuşak dokular normal olarak değerlendirilmiştir.

**LOMBER MRG RAPORU**

**İnceleme Amacı**: Patomorfolojik değerlendirme.

**İnceleme** : SE T1 Sagittal, TSE T2 Sagittal, TSE T2 aksiyel

**Kesitlerin Değerlendirilmesinde**:

İnceleme L1/2 intervertebral disk aralığından L5/S1 intervertebral disk aralığına kadar yapılmıştır.

Lomber lordozda düzleşme mevcuttur.

L4/5 ve L5/S1 de posteriora bulging izlendi.

Kesit alanına giren diğer intervertebral disk yapıları, disk mesafesi, medulla spinalis ve sinir kökleri normal olarak değerlendirilmiştir.



- Patoloji raporu;

Yüzey epiteli içermeyen doku örneği kronik inflamasyon düşündüren fibröz doku,malign tümör negatif doku örneği

- Operasyon sonrasında takiplerinde en yüksek 39.5 derece ölçülen ateşi olmuş.
- Hasta sürekli uyku halindeymiş.Sorulara geç ve güç cevap veriyormuş, yakınlarından alınan bilgiye göre saçma konuşmaları olmuş.

- Hasta Beyin BT ile birlikte nöroloji kliniğine Őuur geriliği etyolojisi açısından konsulte edilmiŐ.
- Hastada nörolojik patoloji gözlenmediđi beyan edilmiŐ.
- Deliryum n tanısıyla psikiyatri kliniğine konsulte edilen hastaya nrodol damla baŐlanmıŐ,nrodol sonrasında saçma konuşmaları devam etmiş.
- Őuur durumu kötüleŐen hasta 1 gün sonra tekrar nöroloji kliniğine konsülte edilmiŐ. Hastada enfeksiyon olabileceği söylenmesi üzerine hasta tarafımıza danıŐıldı.

- Yapılan fizik muayenesinde;
- Ateş:39 derece tansiyon arteriyel:110/70 mm/hg, nabız:96 atım/dk
- Hastada uyku hali mevcut idi, kooperasyon oryantasyonu yoktu, ense sertliđi pozitif idi, bilateral babinskileri lakayt idi,hepatosplenomegalisi mevcuttu.

- Hepatosplenomegali etyolojisi açısından dahiliye kliniğine konsülte edilen hastada etyolojiye yönelik patoloji tespit edilmedi.
- Transtorasik ekokardiyografi yapıldı.Kardiyak patoloji izlenmedi.
- Kan kültürlerinde üreme olmadı.
- Hepatit markerları negatif olarak geldi.

- Laboratuvarında;
- WBC:8700 /mm<sup>3</sup>
- Hgb:13 g/dl
- Plt:192000 /mm<sup>3</sup>
- Sedimentasyon:25 mm/saat
- CRP:18 mg/L
- Kreatinin:1.9 mg/dl
- AST:45 U/L
- ALT:79 U/L
- Prokalsitonin:0.02 ng/mL
- Total protein:5.3 g/dl albumin:2.52 g/dl

- Na:138 mmol/L
- K:4 mmol/L
- İdrar tetkikinde;
- Beyaz küre: 168/mm<sup>3</sup>
- Kırmızı küre: 65/mm<sup>3</sup>

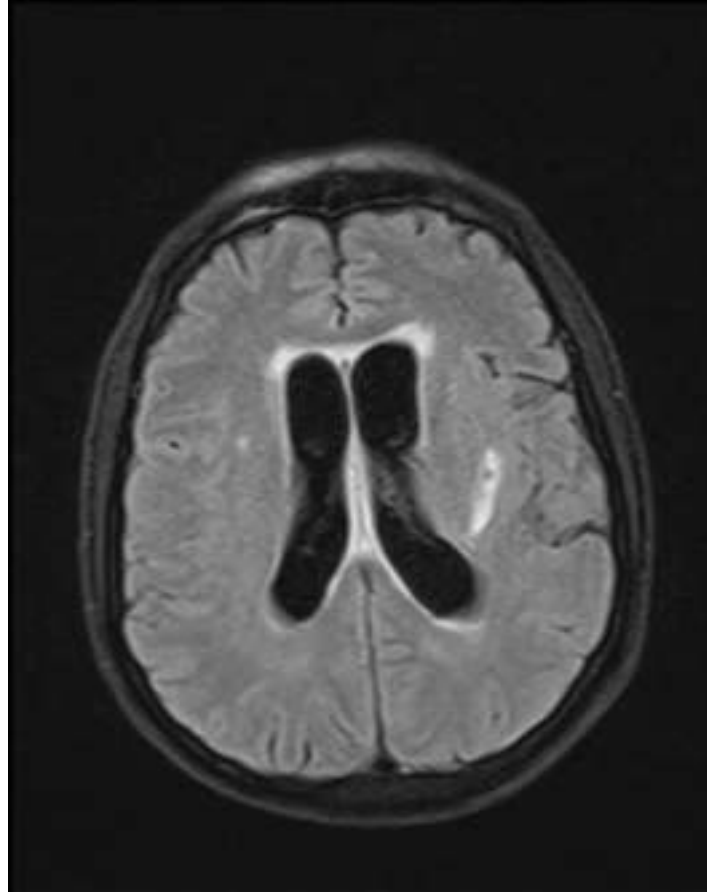
Hastada ne düşünelim?? İleri tetkik olarak ne yapalım?

- Mevcut klinik ve fizik muayene bulguları ile menenjit olabileceği düşünülerek göz dibi bakıldıktan sonra lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) mikroskopik incelemede alanda 2 taze eritrosit görüldü. BOS proteini:764 mg/dl glukoz:22 mg/dl eş zamanlı kan glukozu:126 mg/dl klor:108 mEq/l olarak görüldü. BOS'tan kültür gönderildi.



- Yapılan radyolojik ve girişimsel işlem (LP) sonuçları doğrultusunda ön tanılarınız nelerdir?

- Kliniđimizce ön planda bakteriyel menenjit düşünülerek kliniğimize devralındı.
- Seftriakson 2x2 gr ve anti-ödem tedavisi (mannitol,deksametazon) başlandı.
- Yatışının 2. gününde kliniğinde düzelme olmadı.Çift görme şikayeti eklendi. BOS proteini yüksek olan, beyin MR de hidrosefali ile uyumlu görünüm olan hastaya 4'lü anti-tüberküloz tedavisi (INH, RIF, EMB, PRZ) başlandı.



Bilateral lateral ventriküllerde sağda 2cm ye solda 2.5 cm ye varan çap artışı,periventriküler BOS sızıntısı solda kapsüla interna posterior bacağında intensite artımı

- Kliniđimizde yapılan PPD'si 15 mm skarlı olarak gözlendi.
- BOS direk bakısında ARB gözlenmedi.
- TBC-PCR negatif olarak gözlendi.

- Takiplerinde alt ekstremitelerde kuvvet kaybı gözlemlendi. Hastaya yatışının 3. gününde tekrar LP yapıldı.
- BOS mikroskopik incelemede hücre görülmedi, BOS proteini:739 mg/dl, glukoz:38 mg/dl eş zamanlı kan şekeri 130 mg/dl, klor:106 mEq/l olarak görüldü.
- BOS mikroskopik incelenmesinde hücre görülmemiş, protein yüksekliği izlenen hastada Guillain Barre Sendromu düşünülerek elektromyografi (EMG) yapıldı.

- EMG de demiyalizan sensöri-motor polinöropati izlendi.
- Nöroloji kliniğine konsulte edilen hastada Guillain Barre Sendromu düşünülerek IVIG tedavisi başlandı.

- Peki anti-TBC tedavisine devam edelim mi?
- Mycobacterium tuberculosis kültür sonucunu bekleyelim mi?

- Kliniđimizde takiplerinde solunum sıkıntısı olmayan IVIG tedavisi sonrasında alt ekstremitelerde kuvvet kaybı regrese olan hastanın kültür sonuçları çıkana kadar anti-TBC tedavisine devam edildi.



- Bos kültüründe Mycobacterium tuberculosis üredi
- Etambutol direnci izlendi.

- Tedavi revize eder misiniz yoksa aynen devam mı edelim?
- Steroid tedavisi verelim mi? Ne kadar süre hangi dozda verelim?
- Steroid tedavisinde hangi steroidi tercih edelim?

Deksametazon

Metilprednizolon

Hidrokortizon

Kortizon

Prednizon, prednizolon

Betametazon...

- Tedavinin 45. gününde kültür ve ilaç direnci sonuçları çıkan hastanın tedavisine moksifloksasin eklendi.

- Takiplerinde kliniğinde anlamlı düzeyde regresyon gözlemlendi.
- Mevcut tetkik ve tedavi süresinde açımızdan şifa ile taburculuğu planlanan hastanın idrar yapamama şikayeti devam etmekteydi. Mevcut haliyle üroloji kliniğine konsulte edilen hasta idrar sondası ile birlikte externe edildi.
- 1 ay sonra üroloji kliniğine başvuran hastanın DJ katateri çıkarıldı.
- Tedavisinin 3. ayında poliklinik kontrolüne gelen hastanın idrar yapabildiği gözlemlendi.