

ASISTARS

ENFEKSİYONUN YILDIZLARINI ARIYORUZ

Dr. Özlem Gül

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal EAH

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

- 60 yaşında erkek hasta
- **Şikayeti:** Karın ağrısı, ateş yüksekliği ve ishal
- **Hikayesi:** Şikayetleri 2 gün önce başlamış,
Ateşi 39°C'ye kadar yükselmiş.
İshal günde 4-5 kez,
Sulu, kansız, mukussuz

Özgeçmiş: Diabetes Mellitus

Hipertansiyon

Benign Prostat Hipertrofisi

İki kez GIS Kanama öyküsü

Soygeçmiş: Özellik yok.

Kullandığı ilaçlar

- Carvedilol 12,5 mg tb 1x1)
 - Lercadipin 20 mg tb 1x1
 - Silodosilin 8 mg tb 1x1
 - Metformin 1000 mg tb 2x1
 - Pioglitazon 15 mg tb 1x1
- HT
- BPH
- DM

Alışkanlıklar

- 30 yıldır günde 1 paket sigara içiyor.
- Alkol kullanımı yok.

Fizik muayene

- A:37,5°C TA: 90/60 mm/Hg SS: 22/dk
N: 105/dk
130 KG
- Genel durum orta, **obez** görünümde
- Solunum sesleri dinlemekle **sol akciğer bazalde ral**
- Batın palpasyonla **sağ üst kadranda hassasiyeti** mevcut. Defans rebaund yok.
- Diğer sistem muayeneleri doğal.

Laboratuvar

- Hemogram

BK: **25600 u/L**

Nötrofil: **%89**

Hb: 12.6 g/dl

Plt: **131,000 u/L**

- CRP: **217 mg/dl**

- Prokalsitonin: **236 ng/ml**

- Sedim: **45 h/mm**

- Biyokimya

Üre: **82 mg/dl**

Kreatinin: **2,73 mg/dl**

ALT: **453 u/L**

AST: **479 u/L**

ALP: **138 u/L**

GGT: **388 u/L**

T.bil/D.bil: **3,8/3,1 mg/dl**

HbA1c: **13,5**

Tam idrar tetkiki

Dansite: 1013

pH: 5.0

Protein: ++

Glikoz: negatif

Nitrit: negatif

Lökosit: ++

Eritrosit: ++

Koagülasyon

PTZ: 17.5 sn

aPTT: 36 sn

INR: 1.34

Fibrinojen: 496

Kan gazı

pH: 7.35

pO₂: 79

pCO₂: 33

Laktat: 3.7

- **İdrar mikroskopisi:** 240 lökosit/mm³
- **İdrar gram boyama:** Bol lökosit görüldü,
Mikroorganizma görülmedi.
- **Gaita mikroskopisi:** Lökosit, eritrosit görülmedi.

Görüntüleme

- **Akciger Grafisi:** Sol sinüs kapalı, sağ diyafram yükselmiş, belirgin infiltrasyon yok
- **Batın USG:** Safra kesesi duvar kalınlığında minimal artış
- **Üriner USG:** Doğal

Ön tanılarınız?

Ön tanılar

- Piyelonefrit
- İntraabdominal Enfeksiyon
- Sepsis
- Pnömoni
- Hematolojik Malignensi
- Enfeksiyöz Mononükleoz

Hasta Enfeksiyon Hastalıkları kliniğine yatırıldı.

Başka Hangi Tetkikleri İsteyelim?

Ön tanılar

- Pyelonefrit

İdrar kültürü alındı

USG'de safra kesesi duvar kalınlık artışı

- İntraabdominal Enfeksiyon

- Sepsis

Akciğer grafisinde infiltrasyon yok

ayma: Toksik granülasyon
Atipik hücre görülmedi.

- Pnömoni

- Hematolojik Malignensi

Monospot: Negatif
Atipik lenfosit görülmedi.

- Enfeksiyöz Mononükleoz

- Viral hepatit

Seroloji negatif

Tanı? Tedavi?

1.Gün

- Acil serviste hastaya uygun sıvı replasmanı başlandı.
- Kan ve idrar kültürü alındıktan sonra ürosepsis ön tanısıyla ampirik Seftriakson 2x1 gr/IV başlandı.

Cerrahi Konsültasyonu(1. Gün)

- Genel cerrahi tarafından değerlendirildi.
- Safra kesesi duvar kalınlığındaki artış ön planda multiorgan disfonksiyonuna sekonder olarak değerlendirildi.
- Cerrahi girişim düşünülmedi. Takip önerildi.

2. Gün

- GD kötü,
- Ateş:37⁰c Nabız:110/dk TA:80/43 mm/Hg
DSS:26/dk

Kan kültüründe gram negatif üreme sinyali

- Kan gazında **pH:7,35** pO₂:82 HCO₃:19 **Laktat:9**
- Yoğun bakım ile konsülte edildi.
- İnotrop destek tedavisi başlandı.

2. Gün

	1.gün	2.gün
WBC (uL)	25600	13500
PNL (%)	89	89
HGB (g/dL)	12.6	12.3
PLT (uL)	131,000	52,000 ↓
CRP (mg/dl)	217	296 ↑
PCT (ng/mg)	236	282 ↑
KRE (mg/dl)	2.7	4,7 ↑
ALT (U/L)	453	424
AST (U/L)	479	435
ALP (U/L)	138	135
GGT (U/L)	388	242
T.bil/D.bil (mg/dl)	3,8/3,1	3,7
INR	1,34	1,8

2.Gün

- İnotrop tedaviye rağmen hipotansif seyir devam ediyor.
- Parmak ucu saturasyonu: %88

Hastaya nonentübe yoğun bakım takibi önerildi.

YBÜ (3. Gün)

- 2 set kan kültüründe
ESBL+ *E.coli*
- İdrar kültüründe üreme yok.

	Organizma
Antibiyogram	Escherichia coli
AMIKACIN	Duyarlı
AMOXİCİLLİN-CLAVULANATE (F)	Dirençli
AMPICİLLİN	Dirençli
AMPICİLLİN/ SULBACTAM	Dirençli
AZTREONAM	Dirençli
CEFEPİME	Dirençli
CEFOXİTİN	Duyarlı
CEFTAZİDİME	Orta Duyarlı
CEFTRİAXONE	Dirençli
CEFUROXİME	Dirençli
CİPROFLOXACİN	Dirençli
ERTAPENEM	Duyarlı
GENTAMİCİN	Duyarlı
KOLİSTİN	Duyarlı
MEROPENEM	Duyarlı
NETİLMİCİN	Duyarlı
PIPERACİLLİN	Dirençli
PIPERACİLLİN-TAZOBACTAM	Duyarlı
TMP / SXT	Dirençli

- Cockgraft Gault Formülü:

$$GFH = \frac{(140 - \text{yaş}) \times \text{Vücut Ağırlığı (kg)}}{72 \times \text{Serum Kreatinini (mg/dl)}} \quad \text{Kadın ise} \rightarrow \times 0.85$$

- Hastanın tedavisi Ertapenem 1x0,5 g/IV ile değiştirildi.

YBÜ (4.Gün)

- Bilirübin düzeylerinde artış

Tanı: Toplum Kökenli Ciddi
İntraabdominal Enfeksiyon

- **ERCP:** Papilla ağzından püy gelmekte
Koledok en geniş yerinde 25 mm,
3,5x2 cm dolum defekti mevcut
Taş çıkarılıyor ve stent yerleştiriliyor.

7.Gün

		1.gün	2.gün	7.Gün	
WBC	(uL)	25600	13500	21000	
PNL	(%)	89	89	84	
HGB	(g/dL)	12.6	12.3	13	
PLT	(uL)	131,000	52,000	180,000	↑
CRP	(mg/dl)	217	296	127	↓
PCT	(ng/mg)	236	282	5	↓
KRE	(mg/dl)	2.7	4,7	4,3	↓
ALT	(U/L)	453	424	49	↓
AST	(U/L)	479	435	29	↓
ALP	(U/L)	138	135	153	
GGT	(U/L)	388	242	131	
T.bil/D.bil	(mg/dl)	3,8/3,1	3,7	3,7/2,5	
INR		1,34	1,8	1,2	

- Uygun sıvı replasmanı yapıldı.
- Mevcut antibiyoterapisi 14 güne tamamlanarak kesildi.

		1.gün	2.gün	7.Gün	14.Gün
WBC	(uL)	25600	13500	21000	9470
PNL	(%)	89	89	84	74
HGB	(g/dL)	12.6	12.3	13	9,9
PLT	(uL)	131.000	52.000	180.000	215.000
CRP	(mg/dl)	217	296	127	109
PCT	(ng/mg)	236	282	5	0,2
KRE	(mg/dl)	2.7	4,7	4,3	0,8
ALT	(U/L)	453	424	49	29
AST	(U/L)	479	435	29	33
ALP	(U/L)	138	135	153	107
GGT	(U/L)	388	242	131	76
T.bil/D.bil	(mg/dl)	3,8/3,1	3,7	3,7/2,5	1,5/0,9
INR		1,34	1,8	1,2	1,15

15.gün

- Herşey yolunda gidiyor derken..

Hastanın ateş yüksekliği oldu.

15.gün

- FM de genel durum iyi, yeni enfeksiyöz odak yok.
- İdrar kültürü ve kan kültürü alındı.

Şimdi ne düşünürsünüz?

15.Gün

Batın USG: Karaciğer posteriorunda
Heterojen içerikli, 6 cm çapında
Düzensiz kontürlü lezyon

Ertapenem tedavisi yeniden başlandı.

- Tedavi altında karaciğer posteriorunda apse saptanıyor.
 - Obez hasta; doz yetersizliği?
 - Başlangıçtan itibaren apse vardı, görülemedi?
 - Kolanjit komplikasyonu?

16. Gün

- Obezite nedeni ile MR/BT ekilemiyor.
- Apse drenajı açısından girişimsel radyoloji ile görüşüldü.

Lezyon karaciğer posteriorunda
ve
drenaja uygun deęil

17.Gün

- Kan kültüründe henüz üreme yok.
- İdrar kültüründe üreme yok.

18. Gün

- Ateşı devam ediyor.
- **Batın USG kontrolü:** Safra kesesinde hava?
Gangrenöz kolesistit?

18. Gün

- Genel cerrahi ile görüldü. İleri görüntüleme önerildi.
- Açık MR/MRCP planlandı.

20. Gün

- MR/MRCP

Karaciğer sol lobda multipl apse

22. Gün

- Girişimsel radyoloji tarafından apse drenajı yapıldı.
- Apse materyali

Gram boyama: Bol lökosit; mikroorganizma yok

Kültür: Üreme yok

ARB: Negatif

Mantar kültürü: Negatif

28. Gün

- Drenaj sonrası genel durumu iyi, ateŖi yok
- **Batın USG:** Apse görülmedi

	1.gün	2.gün	7.Gün	14.Gün	28.Gün
WBC (uL)	25600	13500	21000	9470	6800
PNL (%)	89	89	84	74	69
HGB (g/dL)	12.6	12.3	13	9,9	10.6
PLT (uL)	131.000	52.000	180.000	215.000	265.000
CRP (mg/dl)	217	296	127	109	46
PCT (ng/mg)	236	282	5	0,2	0,1
KRE (mg/dl)	2.7	4,7	4,3	0,8	0,7
ALT (U/L)	453	424	49	29	20
AST (U/L)	479	435	29	33	14
ALP (U/L)	138	135	153	107	103
GGT (U/L)	388	242	131	76	53
T.bil/D.bil (mg/dl)	3,8/3,1	3,7	3,7/2,5	1,5/0,9	0,9/0,5
INR	1,34	1,8	1,2	1,15	1,17

32. Gün

- Drenaj kateteri çekildi.

35. Gün

- Gd iyi, 10 gündür ateŖi yok.
- Tedavi kesildi.
- Hasta poliklinik takibine çağırılarak taburcu edildi.

	1.gün	2.gün	7.Gün	14.Gün	28.Gün	35.Gün (taburculuk)
WBC (uL)	25600	13500	21000	9470	6800	5600
PNL (%)	89	89	84	74	69	72
HGB (g/dL)	12.6	12.3	13	9.9	10.6	10.8
PLT (uL)	131.000	52.000	180.000	215.000	265.000	219.000
CRP (mg/dl)	217	296	127	109	46	10
PCT (ng/mg)	236	282	5	0.2	0,.1	0.1
KRE (mg/dl)	2.7	4.7	5.3	0.8	0.7	0.63
ALT (U/L)	453	424	49	29	20	32
AST (U/L)	479	435	29	33	14	21
ALP (U/L)	138	135	153	107	103	107
GGT (U/L)	388	242	131	76	53	51
T.B/D.B(mg/dl)	3,8/3,1	3,7	3,7/2,5	1,5/0,9	0,9/0,5	0,4/0,3
INR	1,34	1,8	1,2	1,15	1,17	1,01

SONUÇ

- Obez hastalarda fizik muayene bulguları ve görüntüleme bulguları yetersiz kalabilir.
- İntraabdominal enfeksiyonlarda sıvı tedavisinin ve antibiyoterapinin yanında odak kontrolünün sağlanması tedavinin önemli bir parçasıdır.
- Bu vakalarda multidisipliner yaklaşımla uygun zamanda cerrahi müdahale yapılması gereklidir.
- Toplum Kökenli vakalarda da ESBL (+) liği olabileceği akılda tutulmalıdır.

Teşekkürler..