

tedavisine geçildi. Tedavinin üçüncü gününden sonra vücut ısısı normal sınırlara indi. Tedavinin ikinci haftasının sonunda yapılan kontrol TTE normaldi.

SONUÇ: Sebepi bilinmeyen ateş nedeniyle incelenen olgularda lenfopeni ve seröz zarlardan birinde sıvı birikimi varlığında SLE' de akla gelmesi gereken tanılardan biri olmalıdır düşüncesindeyiz.

[P15-002]

Kırım-kongo kanamalı ateşi: 4 olgunun değerlendirilmesi

Derya Öztürk Engin, Nurgül Ceran, İlnur Erdem, Birol Tok, Seyfi Çelik Özyürek, İpek Genç, Paşa Göktaş

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Kırım- Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), ülkemizin bazı yörelerinde epidemiler yapan, morbidite ve mortalitesi yüksek viral bir hastalıktır. 2002 yılından itibaren başta Tokat, Sivas, Yozgat ve Gümüşhane olmak üzere bir çok ilimizden KKKA olguları bildirilmiştir. Bu çalışmada, KKKA tanısı konulan 4 olgunun özellikleri sunulmuştur.

YÖNTEM-GEREÇLER: Haziran 2006 tarihinden itibaren ELİSA yöntemi KKKA tanısı konulan 4 olgunun özellikleri irdelenmiştir.

BULGULAR: Olguların 3 'ü kadın, 1 'i erkek idi. Yaş ortalaması 43 idi. İki olgu Giresun, bir olgu Gümüşhane, bir olgu ise Sivas illerinden kliniğimize sevk edilmişti. Olguların tümünde kene ısırığı öyküsü vardı. Kene ısırığı ile kliniğin oluşması arasında geçen süre ortalama 5,5 gün olarak belirlendi. Tüm olgularda ateş ve halsizlik yakınması vardı. Yaygın vücut ağrısı ve peteşi tarzında döküntü 3 olguda, baş ağrısı 2 olguda saptandı. Bir olguda burun kanaması, bir olguda da dış eti kanaması öyküsü vardı. Diğer bir olgunun ise kliniğimize başvurduğunda yakınması karın ağrısı, bulantı ve kusma idi.

Laboratuvar bulguları incelendiğinde; tüm olgularda lökopeni, trombositopeni, AST ve ALT yüksekliği saptandı. 3 olguda LDH yüksekliği, 2 olguda kreatinin kinaz (CK) yüksekliği belirlendi. Tüm olgulara ribavirin tedavisi verildi. Olguların tümü şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Özellikle riskli bölgelerden ateş yüksekliği ve kanama bulguları ile gelen hastalarda kene ısırığı anamnezinin sorgulanması ve KKKA' nin de ayrıklıktan yer alması gerektiği görüşüne varılmıştır.

[P15-003]

Pansitopeniyle seyreden orijini bilinmeyen ateş ve dev karaciğer kistleri: T-cell lenfomalı bir olgu

Levent Doğanç¹, Taner Kaya¹, Esra Tanyel¹, Nuriye Taşdeler Fişgin Haldun Gündoğdu², Gülşah Kaygusuz³, Işın Kuzu³

¹OMÜ Tıp Fakültesi Klinik Bakterioloji ve İnfeksiyon Hastalıkları AD, Samsun

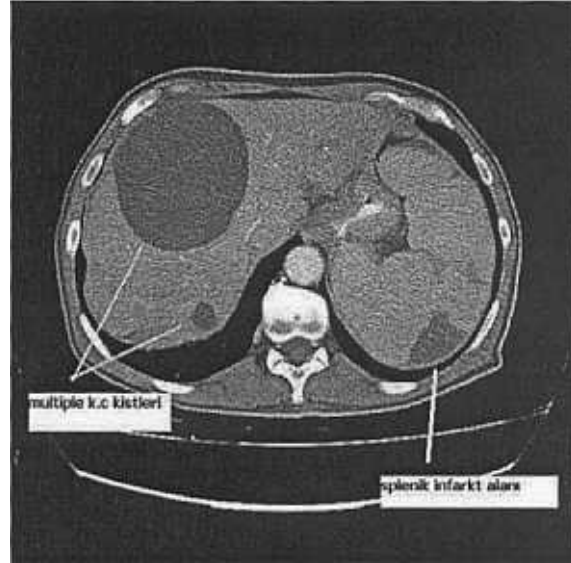
²Atatürk Eğitim Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

³AÜTF Patoloji AD, Ankara

OLGU: 67 yaşında erkek hasta fakültemiz İnfeksiyon Kliniğine 2006 Kasım ayında halsizlik, iştahsızlık ve yüksek ateş şikayeti ile çevre ilçe devlet hastanesinden gönderilmiştir. Dış merkezde derin bir pansitopeni saptanması üzerine ve hastanın anamnezinde kene ısırması olması nedeniyle "Kırım Kongo Kanamalı Ateşi" veya "Leptospiroz" ön tanılarıyla kliniğimize yatırıldı. Çiftçilik yapan hastanın yatışındaki fizik muayenesinde ateş:39 C°, traubesi kapalı ve bilateral servikal lenfadenopatileri vardı. Pansitopeni derin ve karaciğer fonksiyon testleri yüksekti. Hepatit paneli anlamlı değildi.Yapılan ultrasonografide ve CT'de: hepatosplenomegali ve karaciğerde en büyüğü 10'cm e varan 5 adet kistik yapı izlendi(Resim). E granulosus ve E histolytica açısından yapılan serolojik incelemeler olumsuzdu. Hastanın kan, idrar, kemik iliği kültürlerinde üreme olmadı. TORCH's ve KKKA serolojisi negatif olarak saptandı. Direkt, indirekt coombs'ları negatif ve eritrosit sedimantasyon değeri sürekli normal olarak saptanan hastaya pansitopenisi nedeniyle yapılan per-

iferik yayma trombositopeniyle uyumluuydu. Kemik iliği normoaktif normosellüler olarak saptandı, ancak hemofagositoz vardı. Abdominal tomografide hepatosplenomegali, mezenter ve orta hatta lenfadenopatiler ile birlikte dalakta her iki kutupda geniş infarkt alanları tespit edildi. Hastanın takiplerinde sürekli ateşi devam etti. İlerleyen haftalarda nötropeni ve trombositopenisi(3000/mm³) daha da derinleşti. FEN nedeniyle antibiyoterapi başlanan hastaya trombosit replasmanına rağmen yeterli cevap alınamaması üzerine immuntrombositopeni veya Kasabach Merritt Fenomeni tanısı ile IVIG+steroid tedavisi başlandı. Hastanın hematolojik tablosu karaciğerdeki kistlerin varlığı ve dalaktaki infarkt sebebiyle, dış merkezde laparotomi yapılarak splenektomi, lenf nodu biopsisi,kist aspirasyonu uygulandı. Postsplenektomik 10. dakikada trombositopenisi normal değerlere yükselen hastanın lenf bezinde periferik T hücreli lenfoma infiltrasyonu görüldü. Operasyon sonrasında tekrar kliniğimize yatırılan hastaya antibiyoterapi başlandı. Mediastende daha önceki tomografide de saptanan lenfadenopatilerde ilerleme gözlemlendi. Sol hemitoraksta 4 cm'e varan plevral effüzyon ve pnömoni ile uyumlu konsolide alan tespit edildi. Hasta T cell lenfoma tanısı ile ilgili servise devirden bir gün sonra kardiyak arrestle ex. oldu. OBA ayırıcı tanısı açısından eğitici olması nedeniyle sunulmaktadır.

Karaciğerde dev kistler, dalak kutuplarında masif nekroz. Abdominal CT, preop.



[P15-004]

Ülseratif kolit ve eş zamanlı Salmonella enteritidis'e bağlı bir batın içi apse olgusu

Oğuz Reşat Sipahi¹, Murat Sözbilen², Deniz Gökengin¹
Erhan Akgün², Ekin Ertem¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İzmir

AMAÇ: Bu bildiriye ülseratif kolit ve Salmonella enteritidis'e bağlı batın apsesi tanılı bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: Dört yıl önce ülseratif kolit tanısı alan, fakat hiç ilaç tedavisi almamış olan ve kliniği stabil seyreden 49 yaşında erkek hasta 2006 Kasım ayında ateş nedeniyle Uşak Devlet Hastanesi'ne yatırılmış. Orada yapılan tetkiklerinde dışkı kültüründe Salmonella enteritidis üreyen ve ülseratif kolit+salmonelloz tanılarıyla hastanemizin genel cerrahi kliniğine sevk edilen hasta yatırıldı.

Hastanın ilk muayenesinde ateşi 39.50 C idi, genel durumu iyi, bilinci açıktı. Sağ üst kadranda daha belirgin olmak üzere karında yaygın hassasiyeti vardı. Spiral abdominal bilgisayarlı tomografide üst abdomende peripankreatik peridüodenal bölgeden başlayarak, orta hatta mezenterik yağlı doku boyunca kaudale doğru uzanan apse formasyonu ile uyumlu, içerisinde hava habbeleri barındıran kistik kolleksiyonlar gözlemlendi. Ertesi gün hastaya ultrasonografi eşliğinde drenaj uygulandı ve serbest drenaja bırakıldı. Ampirik olarak siprofloksasin (siprofloksasin 400 mgx2 IV) başlandı ve bu arada gönderilen apse materyalinde *Salmonella enteritidis* (Ampisilin, siprofloksasin, kloramfenikol, trietoprim/sülfometoksazol duyarlı) üretti. Eş zamanlı kan/dışkı/ıdrar kültürlerinde üreme olmadı.

Bu işlemden dört gün sonra ateşi devam eden hastanın tüm batın ultrasonografisinde bu sefer sol parakolik mesafede 106x44 mm boyutunda sıvı kolleksiyonu izlendi. Hasta tekrar ultrasonografi eşliğinde drenaja alındı. Dört gün sonra tekrarlanan ultrasonografide sol parakolik apsenin tam olarak rezolüsyona uğramaması ve ateşinin devam etmesi nedeniyle tedaviye ampisilin/sülfametoksazol (1 grx4 IV) eklendi ve hastaya batın eksplorasyonu, apse drenajı, parsiyel omentektomi, subtotal kolon rezeksiyonu ve kolostomi uygulandı. Bu işlemlerden sonra ateşi düşen hasta toplam 45 gün damar içi tedavinin ardından taburcu edildi. On beş gün de oral amoksisilin/klavulanat (2x1 gr) ve siprofloksasin (2x500 mg) alan hasta, tedavi sonrası 45. gün itibarıyla yaşamını sorunsuz idame ettirmektedir.

SONUÇ: Sunulan olgu, batın içi apselerde, uygun görüntüleme yöntemi, uygun cerrahi girişim, uygun mikrobiyolojik örneklem ve uygun antibiyoterapi kombinasyonunun sağaltımdaki önemini göstermektedir.

[P15-005]

Bir olguda metronidazol yan etkisi: periferik nöropati

Hale Turan¹, Bahriye Horasanlı², Kıvanç Şerefhanoglu¹, Gülhan Kanat Ünler³, Funda Timurkaynak¹, Hande Arslan¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Metronidazol anaerobik bakterilere, *T.vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Blastocystis hominis* ve *Balantidium coli* gibi protozoonlara etkili bir 5-nitroimidazol bileşiğidir. Genel olarak iyi tolere edilen bir ilaçtır. En sık görülen yan etkileri karın ağrısı, bulantı, kusma, ağızda metalik tat gibi gastrointestinal şikayetlerdir. Periferik nöropati oldukça nadir görülen bir yan etkisidir. Burada metronidazol tedavisinin onuncu gününde periferik nöropati gelişen bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Beş ay önce Akut Miyeloid Lösemi M4 tanısı nedeniyle kök hücre transplantasyonu yapılmış 25 yaşında kadın hasta ateş ve halsizlik yakınması ile yatırıldı. Öyküsünde iki ay önce yüksek doz sitozin arabinozid tedavisi verildiği ve tedavi başarısızlığı olduğu öğrenildi. Periferik yaymasında %100'e yakın myeloblast hücresi mevcuttu, hasta febril nöropeni olarak edildi. Hastanın vulva bölgesinde abse saptandı, direne edilerek sefepim (6g/gün) ve metronidazol (2g/gün) tedavisi başlandı. Bu tedavinin onuncu gününde yürüyememe şikayeti gelişen hasta nöroloji bölümüyle konsülte edildi. Elektrofizyolojik çalışma bulguları alt ekstremitelerde duyuşsal egemen ve hemen hemen saf aksonal ileri derecede ağır simetrik polinöropati tanısı ile uyumluydu. Bu durumun metronidazole bağlı olabileceği düşünülerek ilaç hemen kesildi. Nöroloji bölümüyle konsülte edilerek nöropatiye yönelik olarak gabapentin tedavisi (3x600 mg tb) başlandı. Bu tedavinin üçüncü gününde şikayetinde azalma oldu, onuncu gününde yürümesi düzeldi. Ancak hastada trombositopeniye bağlı kanama nedeniyle exitus gerçekleşti, kontrol elektrofizyolojik çalışma yapılmadı.

TARTIŞMA: Literatürde metronidazol için bildirilen nörotoksik doz kümülatif 13.2 gram ile 228 gram, nörolojik semptomların gelişme süresi ise 11 gün ile 6 ay arasında değişmektedir. Bizim olgumuzda benzer şekilde tedavinin onuncu gününde ve 20 gram kümülatif dozda nörolojik yan etkinin olduğu görüldü. Klinikte sık kullanılan ve iyi tolere edilebilen bir ilaç

olmasına karşın, nöropati yan etkisinin kalıcı olması nedeniyle erken tanınması ve müdahale edilmesi önem kazanmaktadır.

[P15-006]

Akut apandisit bulguları veren periapandiküler yerleşimli Aktinomkoz: Olgu sunumu

Erdal Karagülle¹, Hale Turan², Emin Türk¹, Halil Kıyıcı³, Erkan Yıldırım⁴, Gökhan Moray¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Aktinomkoz, en sık *Actinomyces israelii*'nin etken olduğu, oral-servikofasiyal, abdominal, torasik ve pelvik tutulumları olan bir enfeksiyondür. Abdominal aktinomkoz olguların %20'sini oluşturur ve tanısı zordur. Burada akut apandisit tanısı ile ameliyata alınan abdominal aktinomkoz olgusu sunulmuştur.

OLGU: Daha önceden sağlıklı olan 51 yaşında kadın hasta karın sağ alt kadranda 3 gündür olan ağrı, bulantı ve ateş şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede ateş 37.4 °C, karın sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound saptandı. Hastanın öyküsünden 10 yıldır rahim içi aracı olduğu ve başka cerrahi girişim geçirmedeği öğrenildi. Laboratuvar incelemelerinde lökosit sayısı:7000/mm³, CRP: 71 mg/L idi. Abdominal BT'de çekum ön yüzde yağ dokuda inflamasyona sekonder dansite artışı ve bu bölgede kontrastlanma gösteren yumuşak doku görünümü ile 7 mm çapında apendiks izlendi. Hasta akut apandisit tanısıyla ameliyata alındı. Ameliyatta apendiks normal görünümde ve sağ overe yapışıkta. Yapışıklık açıldığında apendiksin ucuna bitişik 2x1 cm boyutunda, periapandiküler bölgede ve omentumda 4x3 cm'lik kitleler görüldü. Apendektomi ile birlikte kitleler eksize edildi. Patolojik incelemede apendiks normaldi ve kitlelerde inflamatuvar hücreler arasında aktinomiçes kolonileri saptandı. Bu bulgularla hastaya ameliyat sonrası intravenöz ampisilin 50 mg/kg/gün 14 gün verildi. Amoksisilin 3x500 mg tablet ile tedavi toplam 3 aya tamamlandı. Hasta halen takibinin 3.ayında olup yakınması yoktur.

TARTIŞMA: Abdominal aktinomkoz başlangıçta sinsi seyreden ve semptomları belirsiz olan nadir bir durumdur. Olguların %65'inde perfore apandisit veya ülser hikayesi vardır. Hastalığın diğer nedenleri arasında divertikülit, inflamatuvar barsak hastalığı, rahim içi araç kullanımı, travma, intraabdominal yabancı cisim bulunması ve hastanın cerrahi girişim geçirmiş olması sayılabilir. Sağ alt kadranda en sık yerleşim yeridir. Olgumuzda uzun süreden beri rahim içi araç kullanımı mevcuttu. Abdominal aktinomkozun başarılı tedavisi için doğru tanı gereklidir. Radyolojik yöntemler tanıda çok yardımcı olmamakla birlikte BT en değerli incelemedir. A. israelii zorunlu anaerobik bakteri olduğu için mikrobiyolojik tanı çok az vakada yapılabilir. Predispozan faktörler varlığında abdominal aktinomkoz akıldaki bulundurulmalıdır.

Aktinomiçes kolonisi; H&E boyası; 400x

