

YÖNTEM-GEREÇLER: Çalışmaya AS tanısı alan 5 olgu (3 erkek, 2 kadın) dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 71.8 idi. Olguların dördünde diyabetes mellitus mevcuttu. AS tanısı klinik, laboratuvar, direk üriner sistem grafisi, ultrasonografi ve pelvik bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikleri ile konuldu.

BULGULAR: Erkek hastalarda daha belirgin olmak üzere idrar yaparken yanma, kanlı idrar yapma ve sık idrara çıkma gibi iritatif üriner sistem semptomları vardı. Dört olguda taş, tümör ve obstrüktif üropati gibi alta yatan kolaylaştırıcı ürolojik anomali mevcuttu. Olguların hepsinin tam idrar incelemesinde pyüri tespit edildi. Olguların pelvik BT incelemesinde mesane duvarı ve/veya mesane lümeninde farklı derecelerde gaz oluşumu ile karakterize lezyonlar saptandı. Üç olgunun idrar kültüründe *Escherichia coli* bir olguda *Candida* spp. bir olguda ise *Proteus mirabilis* izole edildi. Tüm olgulara sistemik antibiyotik tedavisi verildi, bunlardan üçüne medikal tedaviyle beraber üriner kateter ile drenaj uygulandı. Yedi gün sonra yapılan kontrol incelemelerinde önceki tetkike göre amfizematöz sistit bulgularının belirgin şekilde azaldığı ve kaybolduğu görüldü.

SONUÇLAR: Amfizematöz sistit, üriner sistem infeksiyonlarının ender görülen bir komplikasyonudur ve bakteriyel fermentasyon sonucunda mesanede spontan gaz oluşumu ile karakterizedir. Gaz oluşturan enfeksiyonlarda kontrolsüz diyabet en önemli tetikleyici faktördür, bu nedenle özellikle diyabetli hastalarda gelişen üriner sistem enfeksiyonlarında ayırıcı tanıda gaz oluşturan enfeksiyonlar göz önünde bulundurulmalıdır. Yine *Candida* spp.'nin nadirde olsa fermentasyon ve gaz oluşumuna yol açarak AS'e neden olabileceği unutulmamalıdır.

[P05-31][18 Kasım 2005]

***Actinobacillus actinomycetemcomitans*'in neden olduğu bir yapay kapak endokarditi olgusu**

Şimşek Yavuz S¹, Midilli K², Koçak F¹, Hasdemir H³, Ulufur T³, Altaş K²

¹Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: HACEK grubu mikroorganizmalardan olan *Actinobacillus actinomycetemcomitans*'in neden olduğu bir yapay kapak endokarditi sunulmuştur.

OLGU: 25 yaşındaki erkek hasta, ateş, nefes darlığı ve yaygın kas ve eklem ağrısı yakınmaları ile 22/7/2005 tarihinde Siyami Ersek Hastanesi'ne başvurmuştur. Hastanın öyküsünde, 11 yıl önce bir infektif endokardit atağı geçirdiği ve bu nedenle aort ve mitral kapak replasmanı ameliyatı gerçekleştirildiği öğrenildi. Hastanın fizik incelemesinde 37.50C ateş ve tüm odaklarda 2/6 sistolik üfürüm belirlendi. Lökosit sayısı 17.300/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 95 mm/saat, serum CRP seviyesi 8.46 mg/L, kan hemoglobin seviyesi 10.7 g/dl idi. Yapılan TEE ekokardiyografik incelemede yapay aort kapakta 0.4 cm X0.5 cm boyutunda vejetasyon ve yapay aort ve mitral kapağın fonksiyone olduğu gözlemlendi. Hastadan alınan 3 adet kan kültüründe, geç ve CO₂'li ortamda üreme özelliği gösteren gram negatif kokobasil görünümüne bakteriyel üredi. Üreyen bakterinin 16S RNA bölgesi PCR yöntemi ile çoğaltıldı. Elde edilen ürünün DNA dizisi cycle-sequencing (big-dye terminator kit Ver.1.1, Applied Biosystems) ABI 310 DNA dizi analiz cihazı ile belirlendi. Elde edilen DNA dizileri gen bankasındaki dizilerle karşılaştırıldı ve buna göre bakteri *A.actinomycetemcomitans* olarak tanımlandı. Antibiyotik tedavisi olarak seftriakson 2 gram/gün başlandı ve tedaviye 6 hafta devam edildi. Alınan kontrol kan kültürlerinde üreme olmadı. Kapak fonksiyonlarında bir bozulma olmadığı için cerrahi tedavi düşünülmedi. Sadece antibiyotik tedavisi ile hastanın klinik ve laboratuvar bulguları düzeldi. Hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: İnfektif endokardit düşünülen hastaların kan kültürlerinde geç ve CO₂'li ortamda üreme özelliği gösteren gram negatif kokobasil görünümüne bakterilerin izole edilmesi halinde HACEK grubu mikroorganizmaların etken olabileceği akla gelmeli ve identifikasyon için ileri işlemler yapılmalıdır.

[P05-32][18 Kasım 2005]

Çoklu ilaca dirençli bir tüberküloz menenjitisi olgusu

Kurtoğlu Y¹, Bulut C¹, Gölçek C², Tuncer Ertem G², Tekiner A¹, Demiröz AP¹

¹SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahi Kliniği, Ankara

AMAÇ: Çoklu ilaç dirençli tüberküloz tüm dünya için önemli bir sağlık sorunudur. Bu olguda çoklu ilaç dirençli bir tüberküloz menenjitisi olgusu, risk faktörleri ve tedavi seçenekleri değerlendirilmiştir. Olgu 45 yaşında erkek hasta şiddetli baş ağrısı ardından gelişen ateş, bulantı kusma, konuşma bozukluğu ve bilinç kapanması nedeniyle Mart 2005 tarihinde servise yatırıldı. Hastanın öyküsünden akciğer tüberkülozu nedeniyle 1980 yılında 6 ay, 1996 yılında 6 ay ve 2001 yılında 5 ay tedavi gördüğü, en son Kasım 2005 tarihinde izoniazid + rifampisin + etambutol + morfozinamid tedavisi başlandığı, iki ay sonra ikili tedaviye geçildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinci kapalı idi. Ateş: 36.4°C, Nb: 64/dk, TA: 110/80 mmHg idi. Ense sertliği vardı, kerning ve brudzinski belirtileri müspet saptandı. Laboratuvar bulguları lökosit 22.5x10³/µ l, Hb: 15.6mg/dl, Htc: 45.6, PLT: 260x10³/µl şeklinde idi. Biyokimyasal değerleri normaldi. Hastada santral sinir sistemi infeksiyonu düşünülerek lomber ponksiyon yapıldı. BOS basıncı artmış, görünüm ksantokromikti. BOS'un mikroskopik incelemesinde 60 lökosit (%100 lenfosit) tespit edildi. BOS glukozu 6mg/dl, proteini 4418mg/L, eş zamanlı kan şekeri 98 mg/dl idi. Bu bulgular tüberküloz menenjitisi ile uyumlu olarak düşünüldü. Hastanın daha önceden aldığı ve halen almakta olduğu anti-tüberküloz tedaviler de göz önüne alınarak, hastanın tedavisi izonizid + rifampisin + etionamid + morfozinamid + ofloksasin+ amikasin+ prednizolon olarak yeniden düzenlendi. Bilgisayarlı beyin tomografisinde 3.ventrikül ve her iki lateral ventrikül normalden minimal geniş olarak tespit edildi. Beyin Cerrahi Kliniği ile konsülte edilen hastaya BOS basıncını azaltmak amacıyla eksternal lomber drenaj tüpü takıldı. Hastada BOS'ta TBC-PCR pozitif olarak saptandı. Takibinde genel durumu kötü seyreden hasta tedavisinin 10. gününde exitus oldu. Daha sonra BOS Tbc kültüründe izoniazid ve rifampisin dirençli *M.tuberculosis* üredi. **SONUÇLAR:** Çok ilaca dirençli tüberküloz, özellikle eksik antitüberküloz tedavisi gören veya tekrarlayan tedavi kurleri gören hastalarda akılda tutulmalıdır. Bu bakteriye bağlı gelişen infeksiyonlar yüksek ölüm hızı ve tedavi güçlüğü nedeniyle önemli bir sağlık problemidir.

[P05-33][18 Kasım 2005]

Bruseloz komplikasyonu olarak gelişen 19 epididimo - orşit olgusu

Gül HC¹, Şahin C², Haholu A³, Beşirbellioğlu B⁴, Eyigün CP⁴

¹Gümüşsuyu Askeri hastanesi, Enfeksiyon Hast. Kliniği, İstanbul

²Gümüşsuyu Askeri Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

³Gümüşsuyu Askeri Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

⁴GATA Enfeksiyon Hst. Ve Klk. Mik. AD. Ankara

AMAÇ: Bruseloz, %2 - %20 arasında genito-üriner sistem komplikasyonuna (epididimo-orşit) neden olan bir hastalıktır. Testiste tümör kitle oluşturan bruseloz, bazen tanı konulamadığı için orşiektomiyle sonuçlanabilmektedir. Bu çalışma, tümör ön tanısı ile yapılan radikal orşiektomilerin %31'inde benign hastalık saptanmış olması, klasik antibiyoterapiye cevap vermeyen akut epididimo - orşit tablosu ile başvuran hastalarda testis tümörü akıldan çıkarılmadan burusella orşiti de düşünülmesi gerektiğini göstermek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM-GEREÇLER: Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji polikliniği ve Üroloji polikliniğine 1999-2003 tarihleri arasında müracaat eden, yaşları 19 - 35 olan 314 kişi "klasik antibiyoterapiye cevap vermeyen epididimo-orşit" olgusunda bruseloz araştırıldı. Tetkikler sonucunda 19 (%6.05) hastada bruseloz saptandı ve bu hastalar çalışmamıza dahil edilerek