

## P-02/11

## TÜBERKÜLOZ MENENJİTLİ 33 OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Avcı M, Özgenç O, İnan N, Mermut G, Arı A, Kuruözüm Z, Evren H, Ünal E

SSK İzmir Eğitim Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Birimi, İzmir

Kliniğimizde 1996-2002 yılları arasında tüberküloz menenjit tanısıyla izlenen 20 erkek (%61), 13 kadın (%39) toplam 33 olgu anamnez, klinik ve laboratuvar bulguları, tedavi ve prognoz yönünden retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş aralığı 16-70 olup, yaş ortalaması 39±16 idi. Ateş, başağrısı, bulantı ve kusma hastaların tamamına yakınında vardı. Fizik bakıda olguların %100'ünde meninks irritasyon kanıtı olumluluğu, %82'sinde bilinç bulanıklığı ve kapalılığı, %24'ünde diplopi, %12'sinde strabismus, %9'unda fasiyal paralizi ve hemiparezi saptandı. Olguların %30'unda aktif akciğer tüberkülozu vardı. Tanı klinik değerlendirme ve tüberküloz menenjit destekler beyin omurilik sıvısı (BOS) bulguları ile kondu. Radyolojik olarak %9 olguda hidrosefali saptandı. BOS kültürlerinde %18 oranında asido-rezistan bakteri üretilti. Dörtlü anti-tüberküloz ajanlar, kortikosteroid ve destek tedavisi ile sağlıtılan hastaların %27'si eksitus ile sonuçlanmış olup, bu olgular evre 3 idi ve alta yatan hastalıkları vardı. Bir hasta hemiparezi seki ile izlenmektedir; diğer olgular sekelsiz iyileşti. Sonuç olarak morbidite ve mortalite oranı yüksek olan tüberküloz menenjit olgularında erken tanı ve etkili tedavi, iyi prognoz ve sekellerin önlenmesi açısından önemlidir.

## P-02/12

## 28 TÜBERKÜLOZ MENENJİTLİ HASTANIN İNCELENMESİ

Çağatay A, Güleç L, Küçükkoğlu S, Berk H, Ertuğrul B, Özüt H, Eraksoy H, Çalangu S

İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Kliniğimizde takip edilen 28 tüberküloz menenjitli (TM) hasta klinik ve laboratuvar bulguları ile geriye dönük olarak değerlendirildi. Menenjit tanısı; öykü, fizik muayene bulguları ve beyin omurilik sıvısının (BOS) incelemeleri değerlendirilerek konuldu. İstatistiksel analizlerde frekans ve nonparametrik test olarak Mann-Whitney U testi kullanıldı. Hastaların 17'si (%60.7) kadın, 11'i (%39.3) erkekti ve yaşları 33.7±11.8 (16-52) arasındaydı. Hastaların 5'inde akciğer tüberkülozu öyküsü, 2 HIV-pozitifliği, 1 hastada sistemik lupus eritematozus, 1 Pott hastalığı ve 1 aktif akciğer tüberkülozu vardı. İlk değerlendirmede, hastaların 15 (%53.5)'inde nörolojik evre "I", 9 (%32.1)'unda "II", 4(%14.2)'ünde "III" idi. Hastaların BT'si 4 (%14.2) hastada normal iken 24 (%85.7) hastada değişiklik saptandı. Sulkus silinmesi en sık saptanan bulgu (%92.8) idi. 12 (%42.8) hasta nörolojik seki ile iyileşti. BOS proteini 208±75.7(100-420) mg/dl, BOS glukozu 39±18 (3-70) mg/dl, BOS/kan glukoz oranı 0.32±0.13(0.03-0.58), BOS lenfosit hücresi 188.5±155.7 (0-730)/µl saptandı. Kanda lökosit sayısı 8216.7±3082 (2000-17290)/µl, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 37.7±19.3 (8-71) mm/saat, CRP 1.8±5.3 (0-5.31) mg/dl saptandı. Mortalite hızı %10.7(n=3) idi. Ölen hastaların tümünün kadın olması, hastaneye gelmeden önce varolan semptomların ortalama süresinin kısa olması [6±1.7 (4-7) gün] ve nörolojik evrenin III olması, ESH ve CRP düzeylerinin yaşayan hastalara göre yüksek olması dikkat çekici bulundu. Önceden varolan semptomların süresinin uzun olması nörolojik seki gelişiminde risk faktörü olarak saptandı (P=0.001). TM'li hastalarımızda mortalite oranının düşük olması dikkat çekici bulundu. Hastaların önceden varolan semptomlarının uzun süreli olması nörolojik seki gelişimi için risk faktörü olarak bulundu.

## P-02/13

## BİR OLGU NEDENİ İLE BRUCELLA MENENJİTİ VE TÜBERKÜLOZ MENENJİTİ

Türker N, El S, Müftüoğlu I, Kaptan F, Vardar İ, Erbay A, Yazıcı B

İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Atatürk Eğitim Ataştırma Hastanesi, İzmir

Gelişmekte olan ülkelerde ekstrapulmoner tüberküloz en sık görülen formu tüberküloz menenjitidir. Son yıllarda kliniğimizde tüberküloz menenjit olgularında artma gözlenmektedir. Nörobruselloz, brusellozun nadir bir komplikasyonudur. Kliniğimizde nörobruselloz ve Brucella menenjit nadir görülmektedir. Bu iki tablonun bir arada bulunduğu hastamızı kliniğimizin ilk vakası olması nedeniyle sunmayı uygun gördük. Başağrısı, unutkanlık, sıcak basması, sıkıntı hissi yakınmaları olan 28 yaşındaki erkek hasta konvülsyon geçirmesi üzerine başvurduğu Afyon Devlet Hastanesi'nde pürülan menenjit tanısı ile tedavi görmüş. Klinik tablosu düzelmeyen, kraniyal MR tetkikinde serebral atrofi saptanan olgu ileri tetkik için hastanemize sevk edilmiş. Fizik bakısında genel durumu orta, uykuya eğilimli ve apatik görünümdeydi. Kooperasyon kurulumuyordu. Ense sertliği yoktu. Kan tetkiklerinde Brucella aglutinasyon testinin 1/320 titrede pozitif olması dışında normal değerlerdeydi. BOS incelemesinde: görünümü ksantokromik, 85 lökosit/mm<sup>3</sup>, %98 mononükleer hücre hakimiyeti, pandy (++++), protein > 180 mg/dl, şeker %39 mg/dl, Cl 117 mEq/L bulundu. BOS'ta yinelenen incelemelere rağmen ARB görülmedi. Nonspesifik kültürlerde üreme olmadı. Serolojik olarak BOS'ta Brucella aglutinasyon testi 1/160 titrede pozitif bulundu. Bu bulgularla Brucella menenjit tanısı konulan hastaya seftriakson + doksisisiklin + rifampisin tedavisi başlandı. Takip eden günlerde klinik ve BOS bulgularında düzelme olmayan, yinelenen kraniyal MR tetkikinde hidrosefali saptanan olguya tüberküloz menenjit olasılığı nedeniyle tedavinin 15. gününde ampirik olarak izoniiazid ve pi-azolona eklendi. Bu ilaçlar eklendikten sonra olgunun genel durumu düzeldi, apatik görünümü azaldı, kooperasyon kurulabilir hale geldi. Tedavinin 40. gününde BOS spesifik kültüründe *M. tuberculosis* üredi. Tüberküloz menenjit tanısı da kesinleştiği için etambutol ve kortikosteroid eklendi. Brucella tedavisi iki ay verildi ve kesildi. Tbc menenjit tedavisi protokolüne uygun olarak ayaktan sürdürülmektedir.

## P-02/14

## NÖROBRUSELLOZ TANISINDA SORUNLAR

Yüce A, Karaca B, Çakır N

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD İzmir

Nörobruselloz çok farklı nörolojik klinik semptom ve bulgularla karakterize bir hastalıktır, erken ve ayırıcı tanı hastalığın prognozu yönünden önemlidir. Farklı klinik formlarla karşımıza çıkan hastalığın tanısında ortak değerler elde edebilmek amacıyla son 20 yılda değişik ülkelerden bildirilmiş, 4'ü tarafımızdan izlenmiş olan toplam 117 nörobruselloz olgusunun tanı kriterleri incelenmiştir. Buna göre olgularda Nörolojik bulgu ve belirtiler saptandı BOS biyokimyasında hücre sayısı 0- 1460/mm<sup>3</sup> ortalama 210/mm<sup>3</sup>, (MNH) protein 9-9600 mg/dl ortalama 4274 mg/dl BOS kültür pozitifliği %36,9 Kan kültürü pozitifliği %40 BOS aglutinasyonu (Wright) %61 oranında düşük titrede pozitif (1/10-1/160) BOS aglutinasyonu (Coombs) %60 oranında pozitif (1/40-1/160) Serum aglutinasyonu (Wright) %93,5 oranında pozitif, %70,5 yüksek titrede pozitif 1/320-1/1280) saptandı. BOS aglutinasyonu düşük titrede veya negatif olan 8 olgu ile serum aglutinasyonu düşük titrede veya negatif olan 9 olgunun BOS Coombs değerleri pozitif olarak saptandı. İncelenen 117 olgudan elde edilen verilere göre nörobruselloz tanısında dikkat edilmesi gereken faktörler şunlardır: Özellikle endemik bölgelerde nedeni açıklanamayan nörolojik belirtiler gösteren hastalarda nörobrusellozdan şüphelenilmeli, öykü dikkatli alınmalı, sistemik bulgu/belirtilerin varlığı, süresi araştırılmalı, aglutinasyon testleri en önemli tanı yöntemlerinden biri olduğu için, serum ve BOS'taki antikorları saptamaya yönelik çaba harcanmalı, gerekirse birkaç serolojik test birlikte çalışılmalıdır. Birçok laboratuvar Rose Bengal tarama testi negatifliğinde diğer aglutinasyon testlerinin uygulanmaması gibi bir davranış içindedir. Oysa klinik seyri uzun olduğu kronik olgularda Rose Bengal ve Wright testleriyle ortaya konulamayan antikorların Coombs testiyile saptanma olasılığı nedeniyle diğer aglutinasyon testlerinin negatif ya da düşük titrede pozitif olduğu durumlarda özellikle BOS'ta Coombs testi mutlaka yapılmalıdır.