

P-08/07**BİR PERİORBİTAL SELÜLİT OLGUSU**

Berk H, Akal D, Çağatay A, Özsüt H, Eraksoy H, Çalangu S

İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Periorbital ve orbital selülit farklı etiyojilere sahip iki ayrı infeksiyöz hastalıktır. Neden olan durumlar arasında deri infeksiyonları, travmalar, üst solunum yolu infeksiyonları ve sinüzit yer almaktadır. Vaka: 30 yaşında erkek hasta; sağ göz kapağında, yüzde, boyunda kızarıklık ve şişme şikayetiyle başvurduğu Göz Hastalıkları Polikliniğinden servimize yatırıldı. 3 gün önce derin dondurucudan çıkarılmış siğir etini keserken sağ gözüne et parçası ve et suyu kaçırması, sağ üst göz kapağında oluşan şişlik gözünü kapamış. Topikal tedaviden fayda görmemiş. Ateşi hiç yükselmemiş. Fizik muayenesinde; sağ yüz yarısında kulaklardan buruna kadar uzanan kızarıklık, şişlik, sağ periorbital kızarıklık, şişlik, uvlada sola kayma saptandı. Laboratuvar bulguları; ESR:20 mm/saat, CRP: 7.56 mg/dl, kan sayımında lökosit:10.480/mm³, nötrofil: 9850/mm³ (%94), lenfosit:290/mm³ (%2.8) saptandı. Periorbital selülit tanısıyla kristalize penisilin 6x3 milyon ünite/gün iv, periorbital ödemi için deksametazon 8 mg/gün iv tedavisine başlandı. Göz şişliği artıp, sol göz kapağı, sol yüz yarısı da şişmeye başlayınca; yatışının 4. gününde; olası etkenin stafylokok olabileceği düşüncesiyle klindamisin 3x600mg/gün iv tedavisi eklendi. Şişliği gerileyince, deksametazon tedavisi sonlandırıldı. Takiplerinde sol gözündeki ve yüzündeki şişliği tamamen kayboldu, sağ göz ve yüzündeki giderek azaldı, kristalize penisilin tedavisi 10. gününde sonlandırıldı. CRP değeri 3.83 mg/dl'ye gerileyen, lökositozu ve sola kayması düzelen hastanın, göz şişliği tamamen kaybolmadığından 14. gününde tedavisi kesilemedi, klindamisin 3x300 mg/gün po tedavisine değiştirilerek taburcu edildi. CRP değeri 17. günde normale indiğinden tedavisi sonlandırıldı. İrdeleme: Periorbital selülit nedenleri arasında yer alan travma bizim hastamızda da predispozan etken olarak tespit edilmiştir. Yabancı cisim olarak buzluktan çıkarılan donmuş et ve et suyunun saptanması dikkat çekicidir.

P-08/08**DEV BOYUTTA PARASPİNAL TÜBERKÜLOZ APSESİ**Çelik İ¹, Aygen E², Akdemir İ³, Artaş H⁴, Cihangiroğlu M¹*¹Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları AD, Firat Ü. Tıp Fakültesi, Elazığ**²Genel Cerrahi AD, Firat Ü. Tıp Fakültesi, Elazığ**³Beyin Cerrahisi AD, Firat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Elazığ**⁴Radyodiagnostik AD, Firat Ü. Tıp Fakültesi, Elazığ*

Bu olgu palpasyonla karında kitle bulgusu veren, dev boyutta nadir bir retroperitoneal tüberküloz apsesi olması nedeniyle sunuldu. Yirmi iki yaşında erkek hasta üç ay önce başlayan kilo kaybı, halsizlik, karında şişlik ve gerginlik tarzında ağrı şikayeti ile Genel Cerrahi Kliniğine başvurdu. Yüzeysel palpasyonda karın sol tarafında ve epigastriyumda hassasiyet, perküsyonda karın sol tarafında yaygın matite veren ve palpasyonla ele gelen kitle saptandı. Hemogloblin: 10.2 g/dL, sedimantasyon hızı: 118mm/saat, C- reaktif protein: 96 mg/L, fibrinojen: 649 mg/dL idi. Abdominal tomografide sol psoas kası boyunca ilerleyip pelvisi büyük ölçüde dolduran 24x14x8 cm boyutlarında, septalı, düzensiz duvar kalınlaşması olan homojen, kistik kitle lezyonu izlendi. Dev retroperitoneal apse düşünülürdü ve lokal anestezi altında arka aksiler çizgiden apse poşuna girilerek 1500 mL püvy boşaltıldıktan sonra poş serum fizyolojik ile yıkandı. Poşa petzer dren yerleştirildi. Püvyden yapılan Ehrlich Ziehl-Neelsen boyamada asidorezistan basiller görüldü. Hastaya dördümlü anti-tüberküloz tedavi başlandı. Akciğer grafisinde tüberküloz ile uyumlu görünüm bulunmayan ve klinik bulguları düzelen hastanın 15. günde dreni çekildi. Yirmi gün sonra ateş ve dren yerinde akıntı şikayetleri gelişen hasta tekrar yatırıldı. Yapılan alt karın tomografik incelemesinde apsenin sebat ettiği gözlemlendi. Dren yerinden yapılan püvy kültüründe metisilin dirençli Staphylococcus aureus (MRSA) üredi. Hastaya anti-tüberküloz tedavisi ilaveten teikoplanin 400mg/gün başlandı. Üçüncü günde ateşi düştü ve genel anestezi altında retroperitoneal abses drenajı yapıldı. Bir hafta boyunca penröz dren konuldu. Genel durumunun düzelmesi üzerine teikoplanin 400 mg/gün üç haftaya tamamlandı. Anti-tüberküloz tedavisi bir yıla tamamlaması önerilerek taburcu edildi.

P-08/09**OLGU SUNUMU: SKROFULODERMA (TÜBERKÜLOZIS KUTİS KOLLİKUATİVA)**Karakadioğlu S¹, Şengör B², Mutlu B¹, Memişoğlu K², Yıldız K⁴, Vahaboğlu H¹, Willke A¹*¹Klinik Bakterioloji ve İnfeksiyon Hastalıkları AD, Tıp Fakültesi, Kocaeli**²Dermatoloji AD, Tıp Fakültesi, Kocaeli**³Ortopedi ve Travmatoloji AD, Tıp Fakültesi, Kocaeli**⁴Patoloji AD, Tıp Fakültesi, Kocaeli*

Skrofuloderma tüberküloz lenfadenit, kemik ve eklem tüberkülozları gibi subkutan tüberküloz odağından deriye yayılma sonucunda ortaya çıkan bir reenfeksiyon tüberkülozudur. Ekstremitelerde veya gövdede görüldüğü zaman kemik ve eklem tüberkülozlarına eşlik ettiği bilinmektedir. Sol ayağında şişlik, ağrı nedeniyle kliniğimize başvuran hastanın, öyküsünden şikayetlerinin 2 yıl önce başladığı ve 1 yıl önce aynı ayağın medialinde benzer yara oluştuğu, lokal tedavi ile 1-2 ay içinde yerinde deriden hafif çökük bir iz bırakarak iyileştiği öğrenildi. Fizik muayenesinde; sol ayak bileği ön yüzde 2,5 cm çaplı eritemli-menekşe renkli zeminde, kenarları hafif infiltrate ve merkezinde fistül ağzı olan plak lezyon vardı. Fistülden zaman zaman sarımsı-gri renkli pürülan bir materyalin geldiği gözlemlendi. Aynı ayağın medial yüzünde ise 3-4 cm çaplı skar dokusu gözlemlendi. Sol ayak dorsumu ve bilekte yaygın ödemi vardı. Laboratuvar incelemesinde; ESR: 45 mm/h, alkalen fosfat: 474 (36-128) dışında diğer bulgular normaldi. Toraks bilgisayarlı tomografi incelemesinde, apekslerde bilateral fibrotik sekel değişiklikler görüldü. Sol ayak bileğinin manyetik rezonans incelemesinde tendon-tendon kılıfından kaynaklanan bir enfeksiyon düşünüldü. PPD: 21 mm çapta olup şiddetli büllöz reaksiyon verdiği gözlemlendi. Ülsere yaradan alınan materyalin EZN boyamasında aside alkolle rezistan bakteri ve bol lökosit görüldü. BAC-TEC 460 otomatik kültür sisteminde (Becton Dickinson) 3 hafta sonra Mycobacterium tuberculosis üredi. Derideki lezyondan alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde, kazeifikasyon nekrozu ve Langhans tipi dev hücre görüldü. Aynı ayağın eklem ve yumuşak dokuyu içeren biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde ise nekrotizan granülomatoz yangı saptandı. Dördümlü anti-tüberküloz tedavi başlanan hastayı eklem ve yumuşak dokudan kaynaklanan deri tüberkülozu formu skrofulodermanın, sık olmayan yerleşim yeri açısından sunmayı uygun bulduk.

P-08/10**TÜBERKÜLOZ LENFADENİT VE SKROFLUDERMA OLGUSU**

Öztoprak N, Erbay A, Çolpan A, Akıncı E, Bodur H

2. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Lenf bezi tüberkülozu sık görülen akciğer dışı tüberküloz formlarından biridir. En sık yerleşim yeri, servikal bölge olmakla birlikte, daha nadir olarak aksiller ve inguinal lenf nodlarında da görülebilir. Skrofuloderma, deri altı tüberküloz odağının deriye açılması ile ortaya çıkar, lenf nodu tüberkülozlarında görülebilir. 26 yaşında, erkek hasta, boğaz ağrısı, aşırı terleme, halsizlik, her iki koltuk altı, kasıklar, skrotal bölge, ensede akıntılı lezyonlar şikayetleriyle başvurdu. Şikayetlerinin 10 yıl önce sağ aksiller bölgede ağrısız, giderek büyüyen lenfadenopati şeklinde başladığı, bu lezyonun daha sonra fistülize olduğu, yaklaşık 4-5 ay sonra benzer lezyonların sol koltuk altında, kasıklarda da ortaya çıktığı ve halen bu lezyonların devam ettiği, uzun süreli ve çeşitli antibiyotik tedavileri ve cerrahi girişim uygulandığı öğrenildi. Fizik incelemede, ateş: 37,2°C idi. Ensede pürülan akıntılı çok sayıda fistülize lezyon; sternal bölgede yaygın hipertrofik skar lezyonları, her iki aksiller bölgede, hipertrofik skatrisler, dar fistül ağzı olan ve pürülan akıntılı çok sayıda fistülize lezyon, çok sayıda sınırlı birbirinden ayrılan lenfadenopatiler; her iki inguinal bölgede massere olmuş eritemli zeminde, çok sayıda fistül ağzı olan kanlı pürülan akıntılı fistülize lezyonlar ve hipertrofik skatrisler mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde; lökosit 8200/mm³, hemoglobin 14,2 gr/dl, sedimantasyon hızı 50 mm/saat, CRP 44 mg/l saptandı. PA akciğer grafisi normaldi. Hastaya uygulanan PPD 19 mm olarak ölçüldü. Akıntılı lezyonlardan alınan kültürlerde üreme olmadı, Erlich Ziehl Neelsen boyama yöntemi ile hazırlanan preparatlarda aside dirençli mikroorganizmalar görüldü. Hastaya INH + Rifampisin + Streptomisin + Morfozinamid kombinasyonu (dördümlü anti-tüberküloz tedavi) başlandı. Tedavi, 2. aydan sonra INH + Rifampin kombinasyonu ile 9 aya tamamlandı. Tedavi sonrası hastanın lezyonları geriledi, yeni lezyon gelişimi olmadı.