

Kadıköy, İstanbul

<sup>3</sup>Mikrobiyoloji Bölümü, Acıbadem Hastanesi, Kozyatağı -Kadıköy, İstanbul

Denque hemorajik ateşi kapsayan Denque ateşi, epidemik potansiyeli yüksek olan tüm dünyada görülebilen arthropod kaynaklı en önemli viral enfeksiyondur. 25 yaşında, kadın hasta, Brezilya iş seyahati dönüşünden bir hafta sonra ani başlayan titremelerle 39 C'e yükselen ateş, halsizlik, eklemelerinde ağrı, bulantı, burun kanaması şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede fasiyal flushing, farinks hiperemisi, laboratuvar bulgularından lökopeni, trombositopeni, karaciğer transaminazlarında üç katı kadar yükseklik saptanan hasta genel durum kötü olması üzerine yatırıldı. Yatışın ertesi gün lökopeni ve trombositopeni daha da ilerledi. Yatışın 2. günü kusma şikayeti eklendi, karaciğer transaminazları üst sınırdan on katı üzerine yükseldi, Akciğer grafisinde sağ plevral effüzyon saptandı. 4.gün vajinal kanama, her iki ekstremitte avuç içi ve ayak tabanlarını da kapsayan tüm vücutta yaygın peteşiyel döküntüler gelişti; tansiyon aleti manşonunun bağlandığı bölgelerde peteşiyel döküntüler yoğun olarak görüldü. Sıvı replasmanı ve semptomatik tedavi uygulandı. Hepatit göstergeleri negatif, dengue virus IgM pozitif (Laboratoriumsmedizin Dortmund, Germany) saptandı. 4 haftada tam iyileşme sağlandı.

Yüksek ateşi olan ve endemik bölgelerden seyahatten dönen kişilerde, ayrırcı tanıda Dengue virus araştırılması önerilir.

#### [P12-013]

#### Klorpromazin ve valproik asit kullanımı sonrası kolestatik sarılık ve fibrozis gelişen bir toksik hepatit olgusu

Nurgül Ceran, İnci Alp, Derya Öztürk Engin, İlknur Erdem, Emin Karagül, Seyfi Özyürek, Paşa Göktaş

*Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul.*

**AMAÇ:** Karaciğer toksisitesi pek çok ilacın kullanımına bağlı olarak gelişebilir ve diğer sebeplerle oluşan karaciğer hastalığına benzer. Hastaneye yatırılarak izlenen hastalardaki sarılığın %2'si ilaçlara bağlı olarak gelişir. Bu bildiride klorpromazin ve valproik asit kullanımı sonrası kolestatik sarılık ve fibrozis gelişen olgu sunulmuş ve ilaçların karaciğer üzerine olan toksik etkilerine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

**OLGU:** 28 yaşında erkek hasta, sarılık ve şiddetli kaşıntı yakınmalarıyla kliniğimize başvurmuştur. Hastanın kaşıntısı üç ay önce bipolar bozukluk tanısıyla klorpromazin ve valproik asit kullandığı sırada başlamış. Heriki ilaç toplam onbeş gün kullanıldıktan sonra kesilmiş. Kaşıntı başladıktan onbeş gün sonra da sarılık gelişmiş. Hasta bu yakınmalarla başvurduğu merkezde yapılan tetkikler sırasında AntiHAVIgM pozitif bulunmuş. İlaça bağlı hepatotoksosite ve akut viral hepatit öntanılarıyla takip edilmiş. Genel durumu düzelmesine rağmen sarılığı devam eden hasta kliniğimize sevk edilmiştir. Hastalığın başlangıcında AST:426 U/L, ALT:320 U/L iken kliniğimize başvurduğunda AST:74 U/L, ALT:95 U/L, total bilirubin 19 mg/dl, direk bilirubin 12 mg/dl, ALP:550 U/L, GGT:3153 U/L, total kolesterol 1070 mg/dl, trigliserid 828 mg/dl saptanmıştır. Hastada bakılan AntiHAVIgM, AntiHBcIgM, AntiHCV, AntiHEVIgM, HCVRNA negatif bulunmuştur. Kollajen markerlarından ANA,dsDNA, AMA, ASMA,p-ANCA\_1-antitripsin negatif, serum seruloplazmin ve idrar bakır normal değerlerde bulunmuştur. Batın USG'de hepatomegali ve Grade-1 hepatosteatoz saptanmış; ERCP'de patoloji saptanmamıştır. Karaciğer biyopsisinde akut ve kronik kolestatik bulguları, orta derecede fibrozis, yaygın periselüler-presinüzoidal ve köprüleşme fibrozisi olduğu rapor edilmiştir. Hastanın mevcut patolojisi ilaca bağlı kolestatik olarak değerlendirilerek prednizolon ve ursodeoksikolik asit başlanmıştır.

**SONUÇ:** İki buçuk aylık takip sonrasında total bilirubin 5 mg/dl'ye kadar ger-

ilemiş, kaşıntısı hafiflemiştir. Genel durumu iyi olarak taburcu edilen hasta halen polikliniğimizde takibindedir.

#### [P12-014]

#### Toksik hepatit ve telitromisin

Taner Yıldırım, Müge Tokatlı Çoban, Funda Şimşek, Gül Çetmeli, Burçak Varol

*SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul*

Telitromisin kullanımına bağlı olduğu düşünülen bir hepatit olgusu sunularak bu konudaki güncel gelişmeler değerlendirildi.

**OLGU:** 27 yaşında kadın hasta bir haftadır ortaya çıkan halsizlik ve ateş şikayetiyle başvurdu. Hikayesinden üç hafta önce akut sinüzit tanısıyla Ketek® tablet 1x800 mg/gün 10 gün süreyle kullandığı bir hafta sonra ateşinin yükseldiği ve halsizlik başladığı öğrenildi. Soy ve özgeçmişinde bir özellik yoktu, alkol ve sigara kullanmıyordu. Fizik muayenesi ateş: 37.8°C, nabız:112/dk dışında normaldi, laboratuvar bulgularında lökosit:12900/mm<sup>3</sup>, eozinofil: %25, AST:227 U/L, ALT:525 U/L, GGT:196 U/L değerlerindeki artış dikkat çekiciydi. Yapılan testler sonucunda hepatit yapabilecek diğer enfeksiyon etkenleri ile mekanik, iskemik, otoimmün ve herediter nedenler dışlandı. Hastanın telitromisine bağlı reversibl anikterik toksik hepatit olduğuna karar verildi. Karaciğer enzim değerleri altı hafta içinde normal sınırlara indi.

**SONUÇ:** telitromisin ağır hepatotoksite yapabileceği anlaşıldıktan sonra FDA tarafından yakın zamanda endikasyon kısıtlamasına gidilerek sadece toplum kökenli pnömonilerde kullanımına izin verilmiştir. Toksik hepatit düşündürülen olgularda ülkemizde özellikle son iki yıldır yaygın kullanımı olan telitromisin mutlaka sorgulanmalıdır.

#### [P12-015]

#### Akut lösemili bir hastada ilaca bağlı ateş ve granümatöz hepatit

Serpil Öztürk, Alpay Azap, Fügen Çoçka

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Bakterioloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara*

**GİRİŞ:** Birçok ilaç özellikle de antibiyotikler ateşe neden olabilmektedir. İlaça bağlı ateş tedavi esnasında geç dönemde ortaya çıkabilmektedir ve çeşitli yan etkilerle birlikte maliyet artışına yol açabilmektedir.

**OLGU:** 37 yaşında erkek hasta. 2 yıl önce AML-M2 tanısı alan hasta hospitalize edilerek sitotoksik tedavi başlandı.13 gün sonra ateş ve nötropeni izlenen hastaya piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. 4.günde ateş yanıtı alınamayan hastada tedavi meropenem ile değiştirildi ve daha sonra mevcut tedaviye klasik Amphotericin B(1 mg/kg) eklendi. Çekilen toraks CT sonucunda invaziv fungal enfeksiyon tespit edilince tedaviye Caspofungin eklendi. Antifungal tedavi altında akciğerdeki fungal lezyon gerilerken, hastada hepatosplenik kandidiyazis tespit edildi. Amphotericin B 17.günde kesilerek tedaviye voriconazole eklendi. Tüm tedavi değişikliklerine rağmen ateş devam etti. Caspofungin 77.,voriconazole 40., meropenem 27. ve vancomycin 27. günündeyken tedavi caspofungin, meropenem, metronidazol, amikasin kombinasyonu ile değiştirildi. Tanısal splenektomi ve karaciğer biopsisi yapıldı. Biopsi sonucu granümatöz reaksiyon olarak raporlandı. Hastanın alınan tüm kültürleri negatifti. Tüm tedavi değişikliklerine rağmen ateş yanıtı alınamayan

hastada caspofunjin 160., amhotericin B 72., antitüberküloz tedavi 35., levofloksasin ve azitromisin 15. günüdeyken, tüm antibiyotikler kesildi. Takip eden günlerde ateşi düşen ve karaciğer lezyonları gerileyen hasta taburcu edildi. **SONUÇ:** Antibiyotik tedavisine rağmen ateş yanıtı alınamayan hastalarda ilaca bağlı ateş akla gelmelidir. Granülomatöz hepatit bir ilaç reaksiyonu olarak karşımıza çıkabilmektedir.

[P13-001]

**Escherichia coli Suşlarının Vitek-32 ile Çalışılan Siprofloksasin ve Diğer Antibiyotik MİK Değerlerinin Karşılaştırılması**

Abbas Yousefi Rad, Selma Bilge, Ayşe Fidan

MESA Hastanesi Klinik Laboratuvarı, Ankara

**AMAÇ:** İdrar yolu enfeksiyonlarında en sık izole edilen *Escherichia coli* suşlarının ampirik tedavisinde ilk tercih edilen antibiyotik olan siprofloksasine karşı direnç artmaktadır. Çalışmamızda, idrar kültürlerinden izole edilen

toplam 677 *Escherichia coli* izolatlarında Vitek-32 ile siprofloksasin'e direnç oranları araştırılmıştır.

**YÖNTEM-GEREÇLER:** 2005-2006 arasında idrar kültürlerinden izole edilen toplam 677 *Escherichia coli* suşunun, Vitek-32 ile antibiyotik duyarlılıkları çalışılmıştır. Çalışmada *Escherichia coli* (ATCC 25922) kontrol suş olarak kullanılmıştır. Sonuçlar CLSI'nin kriterlerine göre değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** *Escherichia coli* suşlarının siprofloksasine karşı duyarlılık sonuçları  $\geq 4$  µg/ml olanlar dirençli ve  $\leq 0,5$  µg/ml olanlar duyarlı olarak değerlendirilmiştir. Tablo'da Siprofloksasin MİK değerleri ile bazı antibiyotiklerin MİK değerleri karşılaştırılmıştır.

**SONUÇLAR:** Toplam 677 *Escherichia coli* suşunda siprofloksasine karşı direnç oranı %29,2, ESBL pozitifliği %11 olarak saptandı. Elde edilen sonuçlara göre siprofloksasine karşı dirençli suşların diğer antibiyotiklere karşı da dirençli olduğu görülmektedir. Sonuç olarak ampirik tedavide siprofloksasine karşı yükselen bir direnç olduğunun bilinmesi ve beraberinde diğer antibiyotiklere karşı saptanan direnç, etkin tedavi seçiminde daha seçici ve laboratuvar destekli olunması gerektiğini göstermektedir.

**Tablo: E.coli suşlarında siprofloksasin direnci ile diğer antibiyotiklere karşı direnc durumu**

Tüm izolatlar n=677	Antibiyotikler	MİK Aralığı (µg/ml)	Dirençli n (%)	Hassas n (%)
	Ampisilin ( $\geq 32D$ , $\leq 8H$ )	$\geq 32$ , $\leq 0,25$	439 (64,8)	238 (35,2)
	Seftriakson ( $\geq 64D$ , $\leq 8H$ )	$\geq 64$ , $\leq 8$	94 (13,9)	583 (86,1)
	Amikasin ( $\geq 32D$ , $\leq 16H$ )	32, $\leq 2$	31 (4,6)	646 (95,4)
	Nitrofurantoin ( $\geq 128D$ , $\leq 32H$ )	$\geq 320$ , $\leq 10$	41 (6,1)	636 (93,9)
	Trimetoprim/Sulfa. ( $\geq 320D$ , $\leq 10H$ )	$> 320$ , $\leq 10$	261 (38,6)	416 (61,4)
	Siprofloksasin ( $\geq 4D$ , $\leq 0,5H$ )	$\geq 4$ , $\leq 0,5$	198 (29,2)	479 (70,8)
	ESBL	negatif/604(89) pozitif/ 73(11)		
Siprofloksasin'e duyarlı n= 479	Ampisilin	$\geq 32$ , $< 0,25$	259 (54)	220(46)
MİK 0,5 µg/ml	Seftriakson	$\geq 64$ , $\leq 8$	10 (2)	469(98)
	Amikasin	$\leq 2$ , =16	12(2,5)	467(97,5)
	Nitrofurantoin	$\leq 32$	16(3,3)	463(96,7)
	Trimetoprim/Sulfa.	$> 320$ , $< 10$	147(31)	332(69)
	ESBL	negatif/471(98) pozitif/ 8(2)		
Siprofloksasin'e dirençli n= 198	Ampisilin	$> 32$ , $< 0,25$	180 (91)	18 (9)
MİK $\geq 4$ µg/ml	Seftriakson	$\geq 64$ , $\leq 8$	84 (42)	114 (58)
	Amikasin	32, $\leq 2$	19 (10)	179 (90)
	Nitrofurantoin	$> 128$ , $\leq 32$	25 (13)	173 (87)
	Trimetoprim/Sulfa.	$> 320$ , $\leq 10$	114 (58)	84 (42)
	ESBL	negatif/133(67) pozitif/ 65(33)		