

Devlet Hastanesinde tanı konulan 75 tularemi olgusunun özellikleri retrospektif olarak incelenmiştir.

Hastalık bölgemizde mevsimsel özellik göstermekte olup, olguların çoğunluğuna Kasım-Mart ayları arasında rastlanmıştır. İzlenen 75 olgunun 42'si (%56) kadın, 33'ü (%44) erkekti. Yaş ortalaması 42 (3-75) olan olguların, % 94'ü 18 yaş ve üzerindedir. Olguların tamamı orofarengeal tularemi tipindedir. Servikal lenfadenopati dışında farklı olarak bir olguda bilateral preauriküler lenfadenopati, diğer bir olguda ise retrofarengeal apse oluşumu gözlemlendi. Üç olguda (%4) eritema nodosum saptandı.

Tularemi düşünülen hastalardan alınan serum örnekleri, Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile Uludağ Üniversitesi TF'si Mikrobiyoloji AD'na gönderildi. Mikroağlütinasyon yöntemi kullanılarak antikor titresi araştırılan 65 hastanın 35'inde (%54) antikor pozitifliği saptandı. Olguların 28'inin antikor titresi 1/160 ve üzerinde idi. Seronegatif hasta sayısının yüksekliği antikor titresinin yeterli düzeye ulaşmadığı erken dönemde serum örneklerinin alınmasına bağlandı. Olgularda lökosit sayısı çoğunlukla normal sınırlarda saptanmış olup, ortalama lökosit sayısı 9.166/mm<sup>3</sup> idi. Olguların eritrosit sedimentasyon hızı ortalama 58 mm/h ve tüm olgularda 30 mm/h üzerindedir. Standart tedavi olarak olgulara 14 gün süreyle 1g/gün streptomisin i.m. verildi. Bir hastada gentamisin, 3 hastada doksisisiklin verildi. 75 olgunun 21'ine (%28) ek olarak cerrahi drenaj uygulanması gerekti.

Sonuç olarak, tularemi bölgemizde endemik olarak görülen ve mevsimsel özellik gösteren bir hastalıktır. Beta laktam antibiyotiklere cevap vermeyen tonsillofarenjit ve servikal lenfadenopatisi olan hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Mevcut serolojik testlerin hastalığın erken döneminde negatif bulunması ve tek merkezde çalışılması nedeniyle sonuçların geç ulaşması tanıda zorluklara neden olmaktadır.

#### [P15-011]

##### Oküloglandüler ve orofaringeal tularemi: Olgu sunumu

Nefise Öztoprak<sup>1</sup>, Güven Çelebi<sup>1</sup>, Hande Aydemir<sup>1</sup>, Ayşegül Seremet Keskin<sup>1</sup>, Yasemin Kozluca<sup>2</sup>, Şebnem Hanioglu Kargı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

<sup>2</sup>Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak

Tularemi, *Francisella tularensis* bakterisinin neden olduğu; ülseroglandüler, glandüler, oküloglandüler, orofaringeal, tifoidal ve pulmoner olmak üzere başlıca 6 klinik formda görülebilen bir hastalıktır. Oküloglandüler tularemi, tulareminin nadir görülen bir formudur (%0-5). Bu yazıda oküloglandüler ve orofaringeal tularemi gelişen 31 yaşında bayan hasta sunulmuştur. Olgunun başvurusunda sol göz alt ve üst kapaklarda şişlik, kızarıklık, konjonktivada hiperemi mevcuttu. Tonsiller bilateral hipertrofik ve hiperemikti, sol tonsil üzerinde beyaz renkte ülserasyon ve sol kulak altından başlayıp boyuna doğru uzanan 4,5x2 cm boyutlarında sert kıvamda alttaki dokulara fiske, ağrısız, ısı artışı olan ancak renk değişikliği olmayan bir kitle mevcuttu. Hasta öncesinde tularemi bildirilen bir köyde yaşıyordu. Olguya tularemi ön tanısıyla yapılan tularemi mikroağlütinasyon testi gelişinde 1/20 iken 3. haftada 1/320 olarak saptandı. Ayrıca boyundaki kitleden aspirasyonla alınan materyalde tularemi PCR pozitif olarak saptandı. Hastaya üç hafta süreyle oral siprofloksasin tedavisi uygulandı. Tedavi sonunda göz lezyonlarında düzelleme ve boyundaki kitlede küçülme oldu. Tedavi bitiminden 3 hafta sonra sol jugulodigastrik bölgede yeni bir kitle oluştu, 2 ay sonra sol jugulodigastrik bölgedeki lezyonun küçüldü ancak hemen önünde yeni bir kitle daha oluştu. Tedavi bitiminden 8 ay sonra sol gözündeki hafif sulanma şikayeti ve boyunda drenaj olan 3 bölgede skar dokusu gelişmesi dışında hastada herhangi bir sekel gelişmedi. Olgumuzda da görüldüğü gibi tularemi, özellikle geç tanı konulan olgularda tedaviye rağmen nükleer seyreden bir hastalıktır. Erken tanı ve tedavi bu hastaların prognozunda oldukça önemlidir. Oküloglandüler ve orofaringeal tularemi, boğaz ağrısı, boyunda kitle ve göz bulgularıyla seyreden klinik tablolarla ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmelidir.

#### [P15-012]

##### Aseptik menenjit ön tanısı ile yatırılan bir Vogt-Koyanagi-Harada olgusu

Öznu Ak<sup>1</sup>, Serdar Özer<sup>1</sup>, Yasemin Çağ<sup>1</sup>, Süleyman Kuğu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Vogt-Koyanagi-Harada hastalığı (VKH) bilateral üveit, nörolojik, işitme ve cilt bulguları ile karakterize sistemik otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın prodrom dönemindeki nörolojik bulguları aseptik menenjit olarak da tanımlanabilmektedir. Aseptik menenjit ön tanısı ile kliniğimize yatırılan ve VKH tanısı konan bir olgu sunulmuştur.

**OLGU:** 30 yaşındaki bayan hasta ateş, baş ağrısı, bulantı, kusma ve bulanık görme şikayetleri ile yatırıldı. On gündür ateşi, bulantı, kusması, 4 gün önce bir gün devam eden kulak çınlaması, 2 gündür bulanık görme yakınması mevcuttu. Fizik muayenede; hasta halsiz görünümüne, sol yanakta, çenede, sol kolda vitiligo alanları, 38.2° C ateş ve ense sertliği saptandı. Lökosit sayısı 13600 /mm<sup>3</sup>, ESH 83mm/saat, CRP 137mg/L, lomber ponksiyonda BOS basıncı artmış, 30 hücre/mm<sup>3</sup> (%70 lenfosit), BOS glukozu 58 mg/dl (SKŞ: 134 mg/dl), BOS proteini 82 mg/dl olarak bulundu. Gram ve EZN boyası ile mikroorganizma görülmedi. Akciğer grafisi normaldi. BOS ve kan kültüründe üreme olmadı. Göz muayenesinde bilateral üveit saptanarak sikloplejin ve prednol lokal tedavi başlandı. Menenjit ve üveit birlikteliği açısından: Toxoplazma IgM, HSV tip1-2 IgM, CMV IgM, mono test, VDRL, Rose bengal, ANA, RF negatif, anjiyotensin konverting enzim (ACE) normal olarak bulundu. Beyin MRI normaldi. Uluslar arası üveit çalışma grubu VKH tanı kriterlerine göre olgumuz inkomplet VKH olarak tanımlandı. Göz kliniği ile birlikte izlenen hasta yatışının 10. günü taburcu edildi. Bir ay sonra yüzde ve gözlerde şişlik yakınması ile tekrar kliniğimize yatırılan hastanın yapılan tetkiklerinde: TSH 13.35 uIU/ml (0.27-4.2), sT3 2.03 pmol/L (2.99-6.8), sT4 16.7 pmol (12-22), ATG 260.7 IU/ml (0-115), A-TPO 153.4 IU/ml (0-34) ve tiroid USG'de tirodit tesbit edilerek hashimato tirodit tanısı ile tefor başlandı. **SONUÇ:** VKH nadir görülen, diğer otoimmün hastalıklarla (ülseratif kolit, hashimato tirodit gibi) bir arada olabilen sistemik otoimmün bir hastalık olup, üveomeningial sendrom nedenlerinden de biridir. Aseptik menenjit kliniği ile birlikte üveit, kulak çınlaması ve deri bulguları olan olgularda ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

#### [P15-013]

##### Nedeni bilinmeyen ateş; Erişkin Still Hastalığı (sekiz olgu sunumu)

Vildan Avkan Oğuz, Nur Yapar, Sema Alp Çavuş, Oya Eren, Ziya Kuruüzüm, Nedim Çakır, Ayşe Yüce

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İzmir

Ülkemiz gibi laboratuvar olanaklarının kısıtlı olduğu ülkelerde nedeni bilinmeyen ateş (NBA) tanısı dikkatle konulmalıdır. Bu olgularda ateş yüksekliği, artrit ve döküntü gibi bulgularla öncelikle infeksiyon hastalıkları düşünülmekte, bunu infeksiyon dışı ateş nedenleri izlemektedir. Ülkemizde infeksiyon dışı nedenler arasında kollajen vasküler hastalıklar %23 ve bu grup içinde de etiyoloji ve patogenezini tam olarak anlayılamamış, sistemik inflamatuvar bir hastalık olan Erişkin Still Hastalığı (ESH) %13 görülme oranı ile ilk sırayı almaktadır. Bu nedenle ESH tanısı alan olguların semptom ve bulguları sunulmuş, laboratuvar incelemelerinde saptanan yüksek ferritin düzeylerinin tanıdaki yerinin vurgulanması amaçlanmıştır. Olguların beşi erkek, üçü kadındı, yaş ortalamaları 33.63 +/- 11.44 (20-52 yaş) idi. Olguların ateş dışındaki diğer semptom, klinik ve laboratuvar bulguları tablo 1'de sunuldu. Olgularda tanı, enfeksiyöz, malign ve diğer romatolojik hastalıkların dışlanması ile birlikte yüksek ferritin düzeylerinin saptanması ile konuldu. Hepsinde ferritin düzeyi yüksekti. Ferritin düzeyi ortalama 6641.00 +/- 6913.48 ng/L