telet 218000. Biyokimya parametrelerinde ALP, ALT, GGT, LDH değeri yüksek, CRP 49, sedimantasyon 30 saptandı. PSA, B-HCG, AFP, ELISA değerleri negatif izlendi. Bronkoskopi ve bronkoalveoler lavaj (BAL) yapıldı. Bronkoskopide endobronşiyal lezyonu olmayıp tüm lob ve segmentler açık izlendi. Lavaj ARB ve galaktomannan negatifti. BAL sıvısında; 310 total hücre, %28,1 canlı hücre, %35 lenfosit, %20 nötrofil, %43 makrofaj, %2 eozinofil, CD4/CD8: %2,56 saptandı. BAL sıvısından istenen mantar kültüründe Coccidioides ile uyumlu üreme saptandı. Akut başlayan klinik tablo, tavuk besleme öyküsü olması, radyoloji ve kültür sonucu birlikte değerlendirildiğinde akciğerdeki lezyonları mantar enfeksiyonuna bağlandı ve vfend tedavisi verildi. Kontrol akciğer grafisinde infiltrasyonlarda regresyon olduğu gözlendi ve 2 ay sonraki kontrol toraks BT de konsolidasyonların tamamen kaybolduğu tespit edildi. Aynı ortamda tavuk besleme ile uğraşan başka bir arkadaşının da benzer şikayetlerle farklı bir merkeze başvurduğu, eşlik eden komorbidite nedeniyle yoğun bakım ünitesinde takip edildiği öğrenildi.

Sonuçlar: Günümüzde fungal enfeksiyon görülme sıklığı arttığından immunsüprese olmayan hastalarda da mantar enfeksiyonu olabileceği akılda tutulmalıdır. İleri nonınvaziv ve invaziv tetkiklerden önce mutlaka ayrıntılı anamnez ve sistematik yaklaşım ön planda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: coccidioides, mantar enfeksiyonu, toprakla temas



Şekil 1. Başvuru Akciğer Röntgeni ve Toraks BT Görüntüleri



Şekil 2. Başvuru Toraks BT Görüntüleri

Tablo 1. Konağa Göre Mantar Enfeksiyonu

SAĞLIKLI KONAK	SAĞLIKLI VE İMMÜM YETMEZLİKLİ KONAK	İMMÜN YETMEZLİKLİ KONAK
Histoplasma capsulatum	Aspergillus spp.	Candida spp.
Blastomyces dermatitidis	Cryptococcus neoformans	Zygomycetes
Coccidioides immitis	Sporothrix schenckii	Trichosporon spp.
Paracoccidioides brazilensis	Penicillium marneffei	Fusarium spp.
	Geotrichum spp.	Penicillium spp.
		Hansenula spp.
		Mucor,Rhizopus and Absidia genera(mucormycosis)
		Pseudoallescheria boydii
		Pneumocystis jiroveci

EPS-148

MYASTENİA GRAVİSLİ HASTADA ASPİRASYONA SEKONDER GELİŞEN "AKCİĞER ABSESİ" OLGUSU

Ayşe Ödemiş[1], Sertaç Vurğun[2], Hülya Dirol[1], Emre Emre[3]

[1]Akdeniz Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya
[2]Akdeniz Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya
[3]Akdeniz Üniversitesi, Allerji-İmmünoloji Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Aspirasyon; orofarengeal veya gastrik içeriğin alt solunum yollarına kaçışı olarak tanımlanır. Aspirasyon sonucunda iki pulmoner sendrom ortaya çıkar. Bunlardan birincisi gastrik içeriğin aspirasyonu sonucu gelişen, akut kimyasal hasarı tanımlayan aspirasyon pnömonitistir (Mendelson Sendromu). İkincisi ise enfeksiyon etkenleri ile kolonize olmuş orofarengeal sekresyonun veya gastrointestinal sistem içeriğinin aspirasyonu ile gelişen aspirasyon pnömonisidir (AP). AP'de klinik; aspire edilen içeriğin miktarına, bakteri yüküne ve virülansına, aspirasyon sıklığına, konakçı savunma mekanizmalarına bağlı olarak asemptomatik seyredebileceği gibi akciğer absesi, ampiyem gibi süpüratif komplikasyonlarla da ortaya çıkabilir. Serebrovasküler hastalıklar, bilinç durum bozuklukları, multipl skleroz, myastenia gravis gibi nöromusküler hastalıklar ve gastrointestinal sistemi tutan hastalıklara sekonder gelişen disfaji ve özefagus motilite bozukluğu aspirasyon için risk faktörleridir. Risk faktörü olan hastalarda; öksürük, boğulma, nefes darlığı, siyanoz, taşipne gibi akut solunumsal semptomlar ortaya çıkması veya kronik öksürük, hırıltılı solunum ve sık akciğer enfeksiyonu öyküsü olması halinde aspirasyondan şüphelenilmelidir. Burada myastenia gravis tanılı, kronik aspirasyon öyküsü olan akciğer abseli bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta bir haftadır olan hırıltılı solunum, öksürük, pürülan balgam ve ateş şikayeti ile başvurdu. Hastanın son bir yıldır benzer şikayetler ile birçok kez pnömoni tanısı ve antibiyotik kullanımı mevcuttu. Özgeçmişinde adrenal yetmezlik ve myastenia gravis'i bulunan hasta ayrıntılı sorgulandığında özellikle sıvı gıdalarla olan disfaji ve öksürük atakları tariflemekteydi. Fizik muayenesinde aksiller ateşi 38,5°C, tansiyonu 93/65 mm/Hg, nabız 140/dk, solunum sayısı 28/dk, parmak ucu pulse %93 idi. Dinlemekle sol skapula altında seyrek kaba raller mevcuttu. Laboratuarında; nötrofil hakim lökositoz (11,7/14,8 Bin/mm^3), hemoglobin: 11,9 g/dL, bun: 12,14 Mg/dL, kreatinin: 0,7 Mg/dL, sodyum: 140,7 mEq/L, potasyum: 4,58 mEq/L, KLOR: 101,4 mEq/L, C-reaktif protein: 18,6 mg/dL, ALT/AST: 19/28 U/L, TSH: 3,45 mlU/mL saptandı. Ön arka akciğer grafisinde sol orta zonda hava sıvı seviyesi veren abse formasyonu tespit edildi (Şekil 1). Hastaya 4X2 gram intravenöz ampisilin/sülbaktam tedavisi başlandı. Takiplerinde balgam kültür-yaymada patojen bakteri üremedi. Tüberküloz ekartasyonu için üç gün üst üste çalışılan balgam AARB, mycobacterium tuberculosis PCR ve tüberküloz kültürü negatif geldi. Balgam ve serum aspergillus antijeni negatifti; balgam mantar kültüründe üreme olmadı. Disfaji tarifleyen hastanın yapılan özofagoskopisinde özofajit saptandı. Nöroloji tarafından medikasyonu düzenlendi ve beslenme önerilerinde bulunuldu. Tedavisi 4 haftaya tamamlanan hastanın radyolojik tam regresyon (Şekil 2) sağlanması üzerine antibiyoterapisi kesildi.

Sonuç: Toplum kökenli AP'lerinin %90'ından anaerobik bakteriler sorumlu olup tedavide beta laktam penisilinler ve yeni florokinolonlardan moksifloksasin kullanılabilir. Myastenia gravis gibi nöromusküler hastalıklar; nöromusküler koordinasyon ve özefagus motilite bozukluğuna yol

açması nedeni ile aspirasyon pnömonisi ve buna bağlı komplikasyonlar açısından oldukça ciddi bir risk faktörüdür. Kronik solunumsal yakınmaları ve sık akciğer enfeksiyon öyküsü olan hastalarda aspirasyon ihtimali göz önünde bulundurularak risk faktörleri sorgulanmalı; primer hastalığa ve beslenme yöntemlerine ilişkin önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: aspirasyon pnömonisi, akciğer absesi, myastenia gravis



Şekil 1. Direkt grafi (PA): Solda hava sıvı seviyesi veren abse formasyonu



Şekil 2. Tedavinin 4. haftasında kontrol akciğer grafisi

EPS-149

PNEUMOCYSTİS JİROVECİ ENFEKSİYONU VE AKCİĞER PNÖMONİSİ TANISINDA GERÇEK ZAMANLI POLİMERAZ ZİNCİR REAKSİYONU VE YÜKSEK RESOLÜSYONLU BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİNİN ÖZELLİKLERİ

Aysel Elman Aslanova[1], Elcan Nazim Mamedbeyov[1], Aziz Musayev[1], Gulzar Aliyeva[1], Ilham Gasimov[1], Nuriyye Salimova[1], Hadiyya Hasratova[1], Zaur Hacımammadli[1], Chinara Pashayeva[1]

[1]Azerbaycan Cumhurriyeti Göğüs Hastalıkları Eğitim Araşdırma Hastanesi
[2]Azerbaycan Cumhurriyeti Cumhurbaşkanı Yanında Bilimin Gelişmesi Fonu

Giriş: Pneumocystis jiroveci-bağışıklık sistemi baskılanmış (bizim araştırmada HİV pozitif) hastalarda özellikle akciğer tutulumu ile seyreden bir hastalıktır. Pneumocystis jiroveci pnömonisinde klinik olarak hastada en sık dispne, taşipne, öksürük, ateş ve siyanoz görülür. Öksürük nonprodüktiftir. Hastanın fizik muayenesinde akciğerlerde raller duyulabilmekle birlikte akciğer sesleri tamamen normal olabilmektedir. Akciğer grafisinde yaygın, bilateral interstisyel ve ya alveolar infiltratlar görülebilir. AIDS hastalarının %50'sinde akciğer grafisi normal olabilir. Diğer ilaç alternatifleri bulunmakla birlikte trimetoprim-sulfametaksazol (TMP-SMZ) profilaksi ve tedavide ilk seçenek olarak önerilmektedir. Tedavi edilmediği taktirde hastalık ölümle sonuçlanabilir.

Radyolojik olarak interstisyel pnömoni görünümü mevcuttur. Posterioanterior akciğer grafisinde %90 kadar olguda perihiler bölgeden başlayan bilateral diffüz infiltratif görünüm gözlenir. Bunun dışında kavitasyon, konsolidasyon, pnömotosel, pnömotoraks gibi atipik radyolojik görünümler de saptanabilmektedir. Posterioanterior akciğer grafisi bulguları normal iken daha duyarlı bir yöntem olan yüksek resolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (HRCT) ile buzlu cam görünümü ve kistik lezyonlar görülebilmektedir.

P. jiroveci tanısında moleküler tanı yöntemleri mikroskopik tanı yöntemlerinden daha yüksek oranda duyarlılığa sahiptir. Polimeraz zincir reaksiyonu (Polymerase chain reaction: PCR)-DNA amplifikasyonunun kullanılması ile duyarlılık oranları arttırılmıştır.

Yöntem-Bulgular: Bu nedenle Azerbaycan Cumhurriyeti Göğüs Hastalıkları Eğitim Araşdırma Hastanesinde tedavi alan P. jiroveci tanısı koyulmuş hastaların klinik tablosu, radioloji bulguları ve laboratuvar incelemesi tarafımızdan araşdırılmıştır. Dikkata alınacak durum olgu sunumu olarak öskürük, ateş nedenile hastaneye baş vuran 3 hastamızda akciğer sesleri tamamen normal, posterioanterior akciğer grafisi bulguları normal iken yüksek resolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (HRCT) ile buzlu cam görünümü ve kistik lezyonlar saptanmış hastalarımızda Polimeraz zincir reaksiyonu (Polymerase chain reaction: PCR)-DNA amplifikasyonunun kullanılması ile P. jiroveci tanısı koyulmuştur. Hastalarımıza derhal trimetoprim-sulfametaksazolle (TMP-SMZ) tedaviye başlanmıştır. Hastaların altta yatan risk faktörleri incelendiğinde tüm hastalarda HİV testi sonuçu pozitif olarak değerlendirilmişdir. Hastalarda bağışıklık sistemi baskılanması-CD4 hücre sayısı 200< hüc/m3 olarak kayd edilmiş ve tedaviye başlanmıştır. 1 hastamız tedavi almaktan imtina etmiş ve hastaneden taburcu olmuştur. 24 gün sonra hasta bilateral diffuz interstisial pnömoni ve ağır siyanoz, taşipne ile yoğun bakıma alınmıştır. Bu hastamıza trimetoprim-sulfametaksazolle (TMP-SMZ) birlikte yüksek doz kortikosteroid tedavisine başlanmışdır. Buna rağmen hasta kaybedilmişdir.

Tartişma: Günümüzde gelişen muayine ve tedavi olanaklarına rağmen P. jiroveci yüksek mortalite ile seyreden bir hastalıktır. Klinik tabloların dikkatle değerlendirilmesi, laboratuvar ve radioloji işlemlerin yapılması önemlidir. Daha erken tanı konulabilmesi için multidisipliner yaklaşım ve laboratuvar ile iletişim kolaylık sağlayabilmektedir.

Araştırmamız Azerbaycan Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı Yanında Bilimin Gelişmesi Fonunun mali yardımı ile gerçekleştirilmiştir-Grant N EİF/GAM-3–2014–6 (21)-24/19/3

Anahtar Kelimeler: Akciğer pnömonisi, Pneumocystis Jiroveci, Yüksek resolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (HRCT)