

FEN 2009 - vaka

Prof. Dr. Volkan Korten

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İnfeksiyon Hast. ve Klin. Mikrobiyoloji AD

BD, 32 y, Erkek

- 1 yıldır halsizlik - dispne, Nisan 2008'de anemi tespit edilmiş ve Fe verilmiş.
- Mayıs-08'de anemi nedeni ile başka bir hastanede araştırılmış ve nedeni bulunamamış. Hematoloji bölümüne başvurması önerilmiş.
- Ekim 2008'de ateş ve nötropeni tespit edilerek antibiyotik verilmiş. Yine 4-12-2008'de aynı nedenle Pip/tazo + amikasin verilmiş.

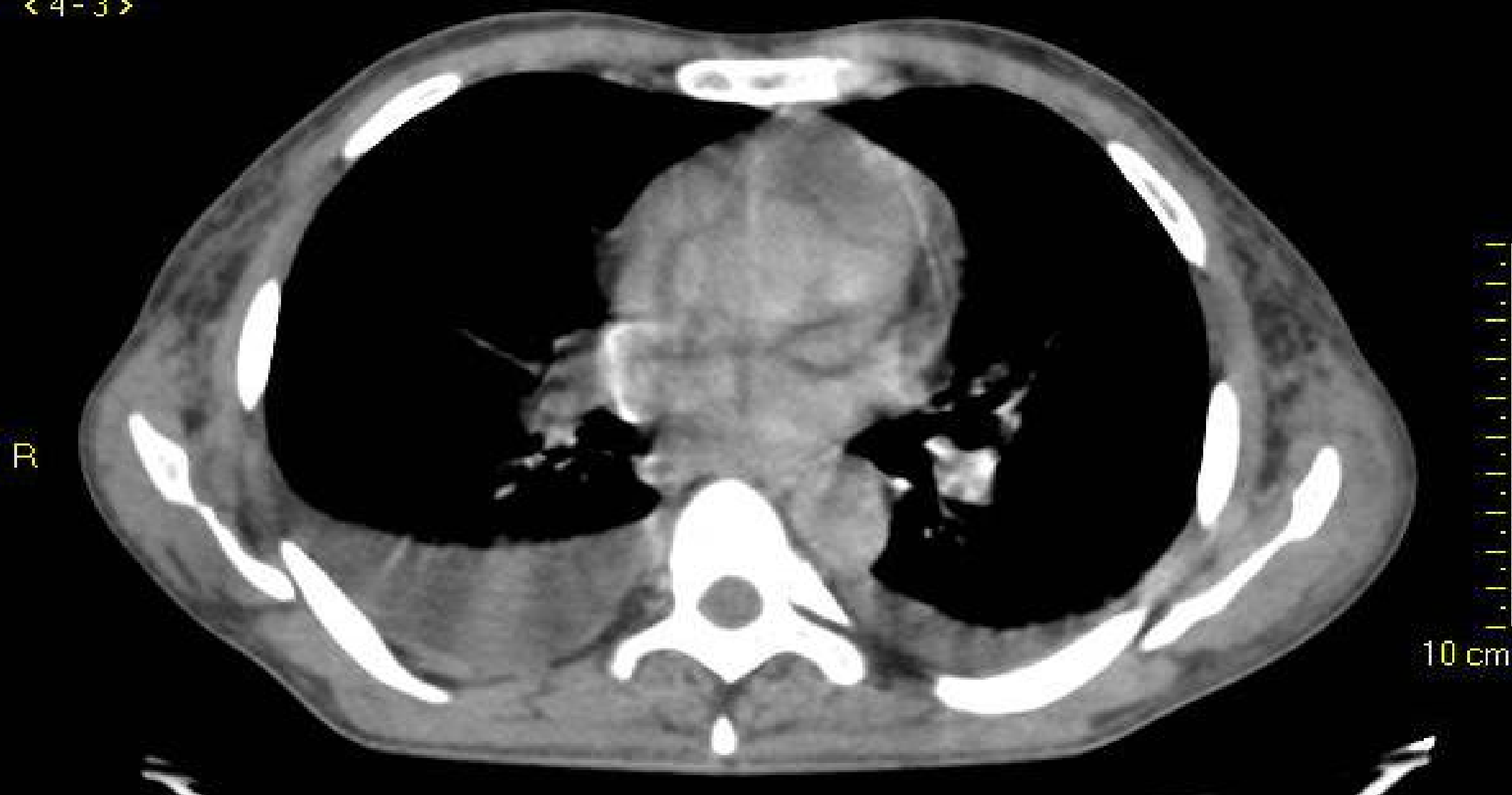
Aralık -2008'de KI biopsisi - AML

- 25-12-08'de Ateş, titreme, öksürük ve idrar yaparken yanma yakınması ile acile başvurmuş.
- Hb: 4.7, BK: 700 % 50 PNL, Trom: 19.000
- AC gr. İnfiltrasyon yok
- Yeni başlayan yüksek ateş ve genel durum bozukluğu nedeni ile Pip/tazo + amikasin ve transfüzyon verilmiş (26-12-09)

- 30-12-08: 3 + 7 (Ara-C/Doxorubisin) tedavisi başlanmış
- Aynı gün karın ağrısı ve defans – K: 2.7
ADKG: patoloji yok: Adinamik ileus
- 27 ve 30/12 kan ve idrar kült.: üreme yok
- 1-1-09 Batın CT: HSM, paraaortik LAP, serbest sıvı
- Torax CT bilateral plevral effüzyon
- 1-1-09'da ateş yanıtı alınıyor

Pos:-199.0 mm
Patient Pos: HFS
Study Desc: THORAX-BATIN
Series Desc: HRCT
IV
< 4 - 3 >

01/01/2009 09:37:04 PM
120kV
SC:430.0 mm
SW 1.2 mm
117% Pixel



- 1-1-09'dan itibaren ateşsiz – karın ağrıları devam ediyor, hemoroid şikayeti mevcut. Perianal duyarlılık yok.
- Galaktomannan:
 - 5-1-09: 0.145, 8-1-09: 0.147, 12-1-09: 0.270
- 13-01-2009'da yeniden 38.5°C ateş, hasta derin nötropenide

Hangi modifikasyonu tercih edersiniz ?

- A- Karbapenem monoterapi
- B- Karbapenem + amikasin
- C- Karbapenem + vorikonazol
- D- Karbapenem + ampho B
- E- Karbapenem + antifungal + metronidazol

- Kan ve idrar kültürleri alındı. Ab'ler Meropenem 3 x 2 g olarak değiştirildi
- 13-01-09 Grade II mukozit – oral bakım
- 14-01-09'da ateş yanıtı – kültürlerde üreme yok

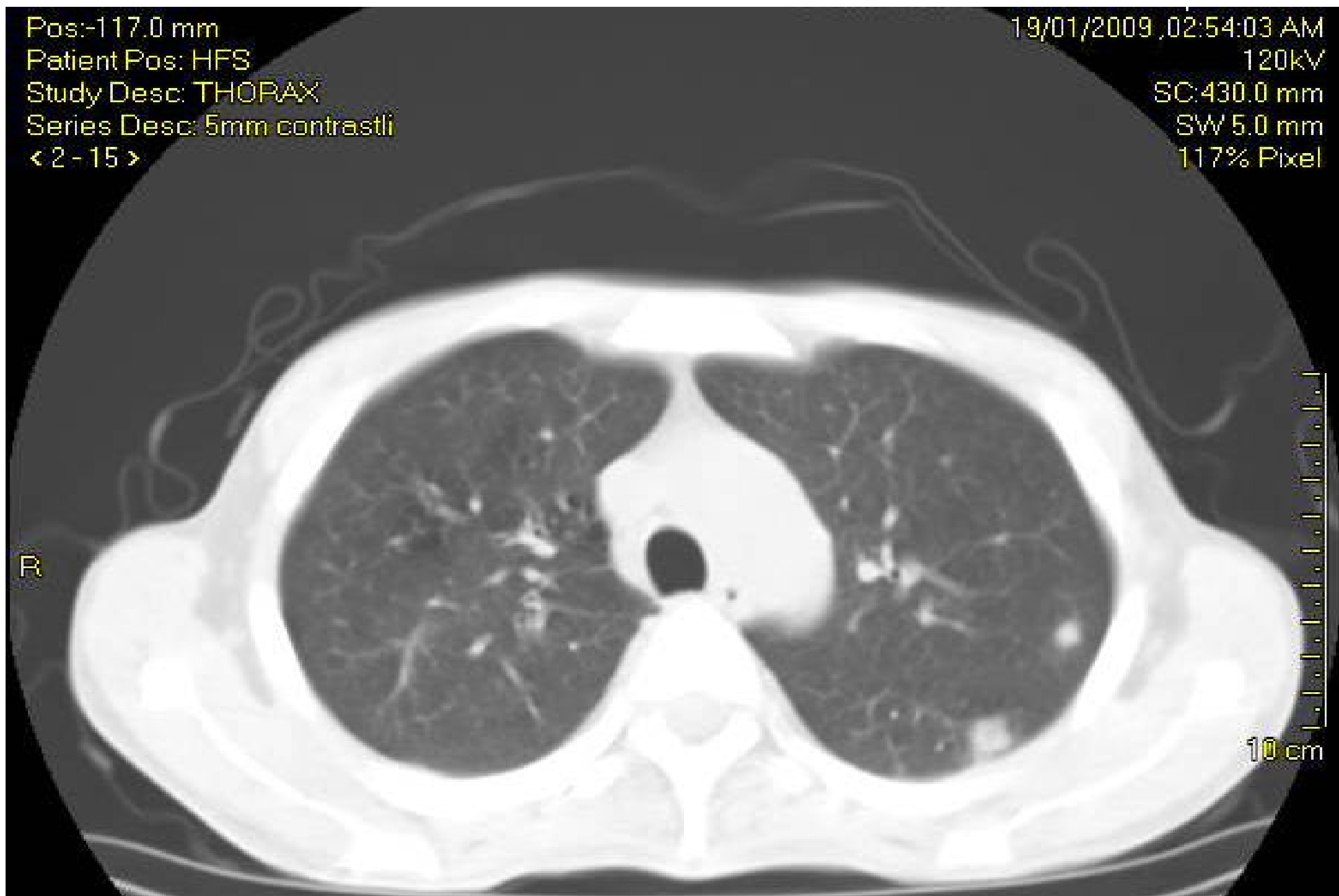
18-01-09

- Yeniden 38.4°C ateş
- Kültürlerde üreme yok
- Galaktomannan:
 - 15-1-09: 0.788
- Ne yapardınız ?

- A- Hemen vorikonazol başlarım ve Toraks BT çekerim
- B- Hemen AmphoB başlarım ve Toraks BT çekerim
- C- Hemen caspofungin başlarım ve Toraks BT çekerim
- D- Toraks BT çekerim, IFI destekler bulgu varsa antifungal başlarım
- E- Antibiyotiği değiştiririm – bir sonraki galaktomannan sonucunu beklerim

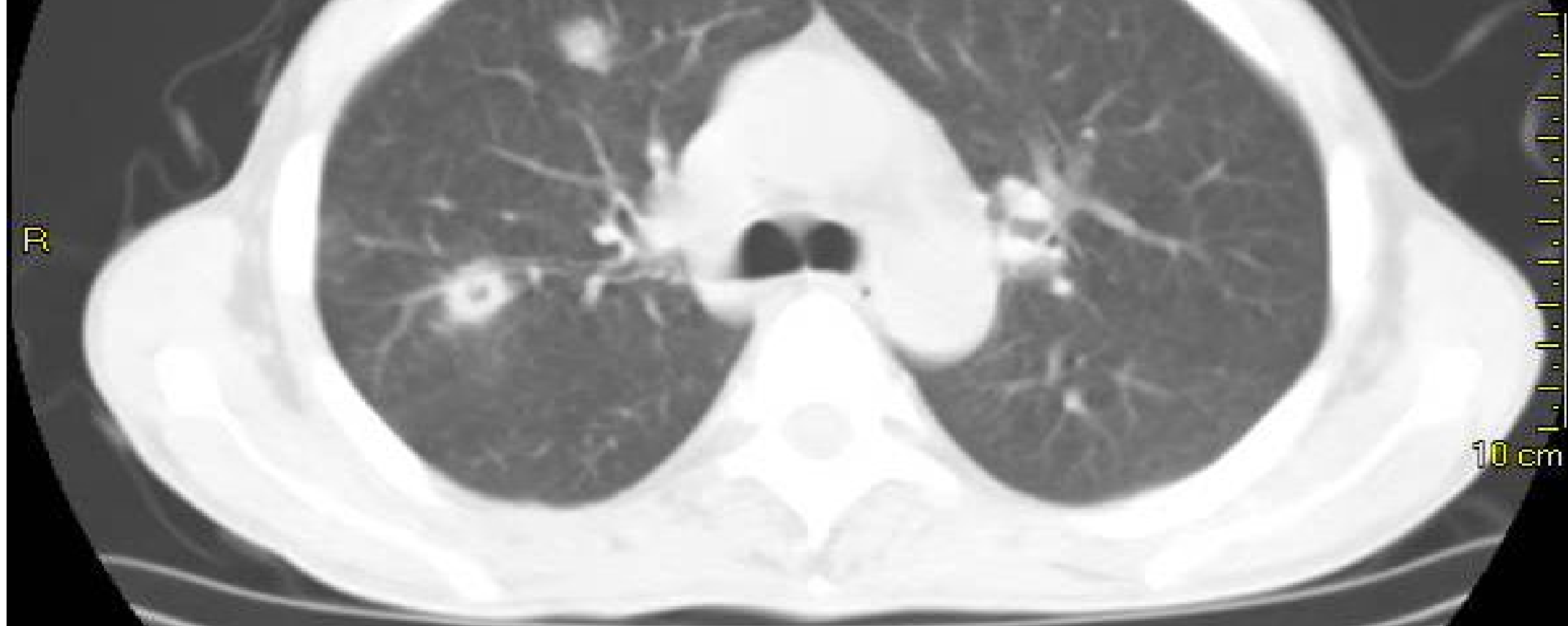
Pos:-117.0 mm
Patient Pos: HFS
Study Desc: THORAX
Series Desc: 5mm contrastli
< 2 - 15 >

19/01/2009 02:54:03 AM
120kV
SC:430.0 mm
SW 5.0 mm
117% Pixel



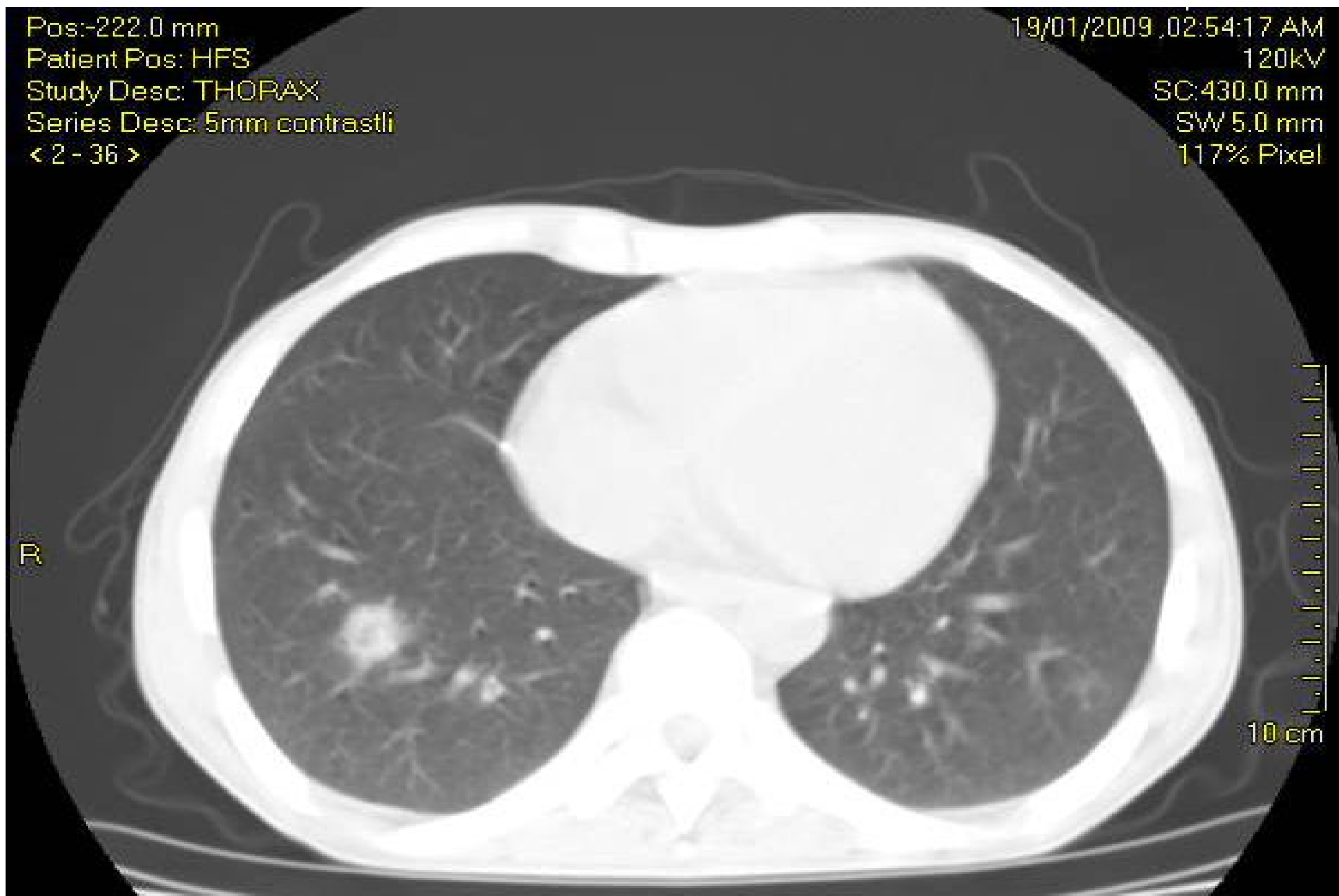
Pos:-132.0 mm
Patient Pos: HFS
Study Desc: THORAX
Series Desc: 5mm contrastli
< 2 - 18 >

19/01/2009 02:54:05 AM
120kV
SC:430.0 mm
SW 5.0 mm
117% Pixel



Pos:-222.0 mm
Patient Pos: HFS
Study Desc: THORAX
Series Desc: 5mm contrastli
< 2 - 36 >

19/01/2009 02:54:17 AM
120kV
SC:430.0 mm
SW: 5.0 mm
117% Pixel



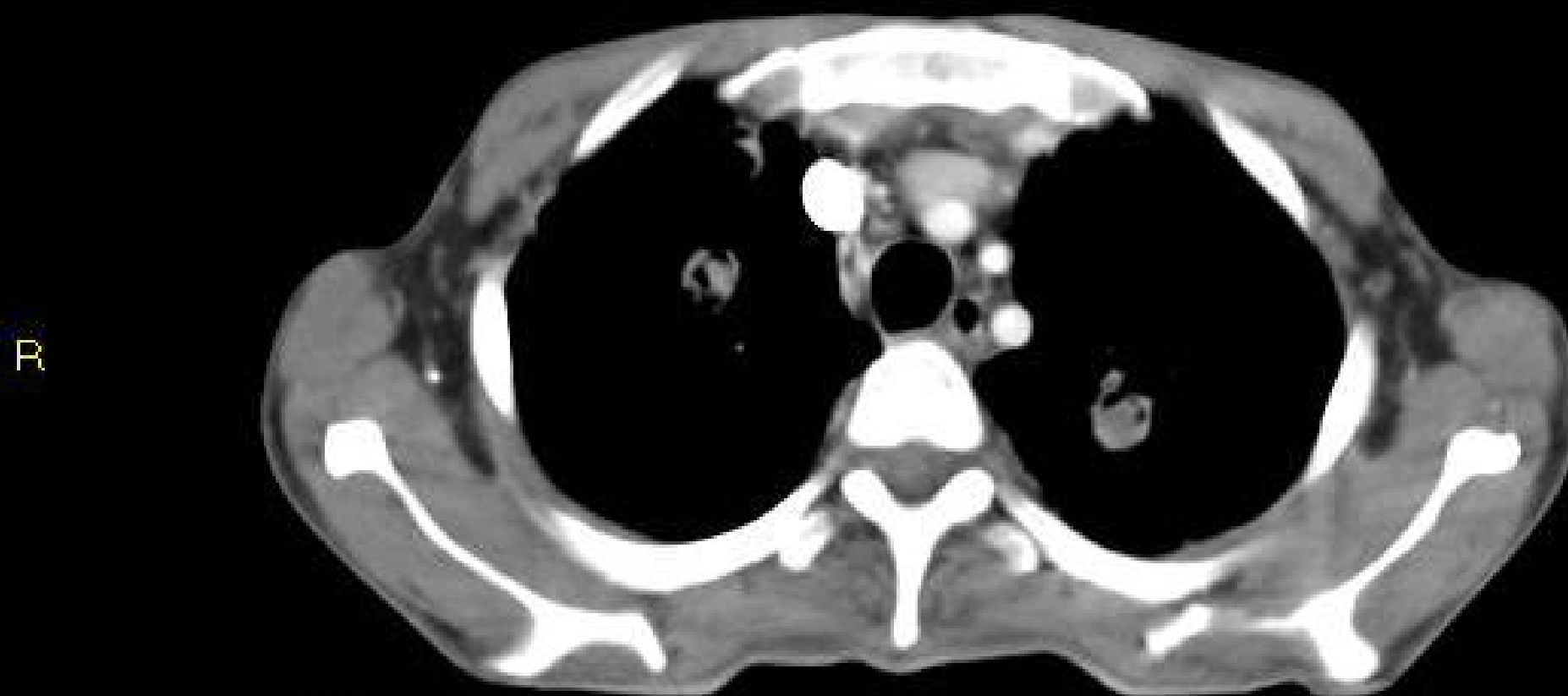
- 19-01-09 Galactomannan: 1.124
- Voriconazole 2 x 200 iv
- 20-01-09 Ateş düştü

Galactomannan:

- 22-01-09 0.995,
- 26-01-09 1.08
- 26-1-2009 Kontrol toraks BT (1.hf)
- 27-1-2009 KI: remisyon
- 30-1-09 Meronem - kesildi

Pos:-104.5 mm
Patient Pos: HFS
Study Desc: THORAX-BATIN
Series Desc: tho-abdomen ilacl
IV
< 3 - 12 >

26/01/2009 ,01:00:09 AM
120kV
SC:430.0 mm
SW 5.0 mm
117% Pixel



Pos:-134.5 mm
Patient Pos: HFS
Study Desc: THORAX-BATIN
Series Desc: tho-abdomen ilacl
IV
< 3 - 18 >

26/01/2009 ,01:00:13 AM
120kV
SC:430.0 mm
SW 5.0 mm
117% Pixel



10 cm

Pos:-139.0 mm
Patient Pos: HFS
Study Desc: THORAX-BATIN
Series Desc: HRCT
IV
< 4 - 2 >

26/01/2009 01:04:54 AM
120kV
SC:430.0 mm
SW:1.2 mm
117% Pixel



Pos:-219.5 mm
Patient Pos: HFS
Study Desc: THORAX-BATIN
Series Desc: tho-abdomen ilacl
IV
< 3 - 35 >

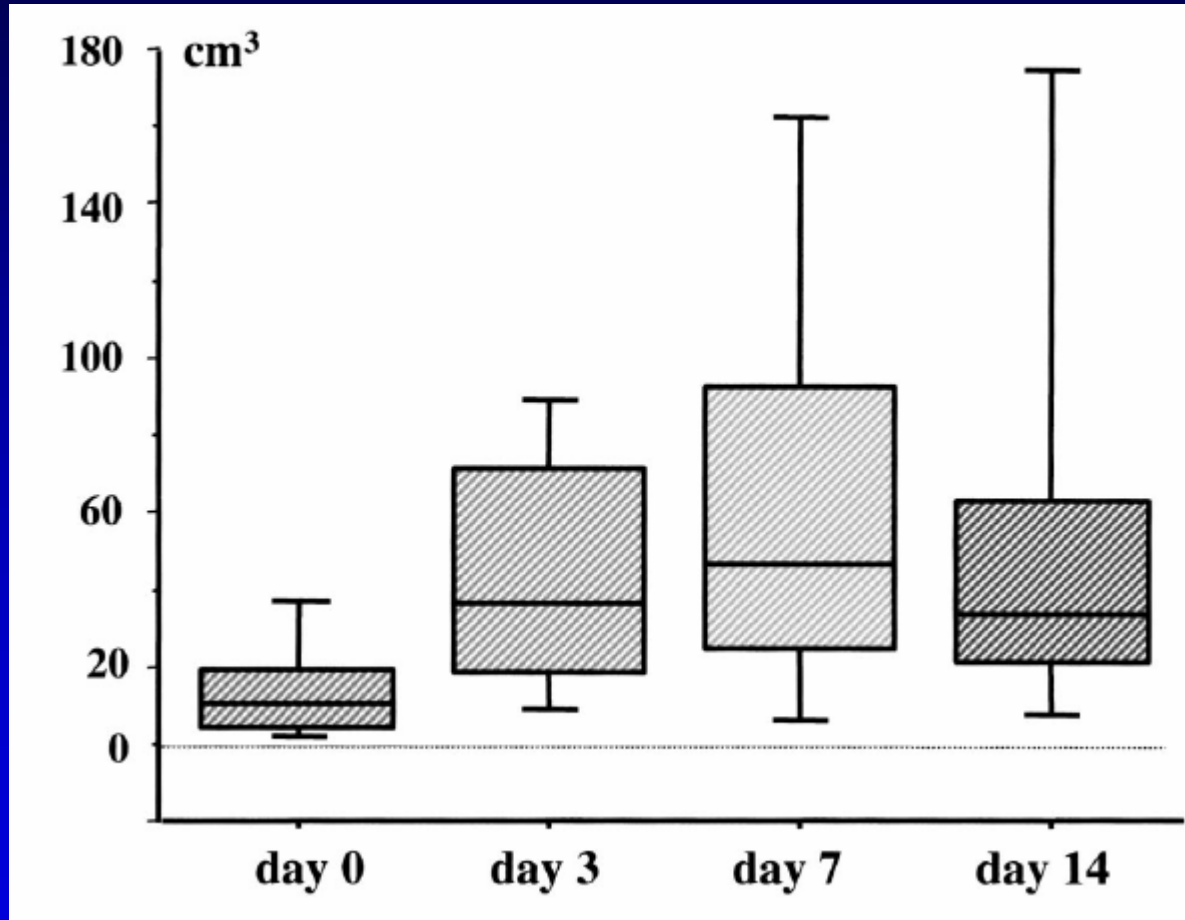
26/01/2009 ,01:00:24 AM
120kV
SC:430.0 mm
SW 5.0 mm
117% Pixel



HRCT & Pulmoner Aspergilloz

IPA / gün	Halo belirtisi (%)	Hava- hilal belirtisi (%)
3	68	8
7	22	25
14	19	63

Aspergillus volüm değişiklikleri



Median
Aralık (cm³)

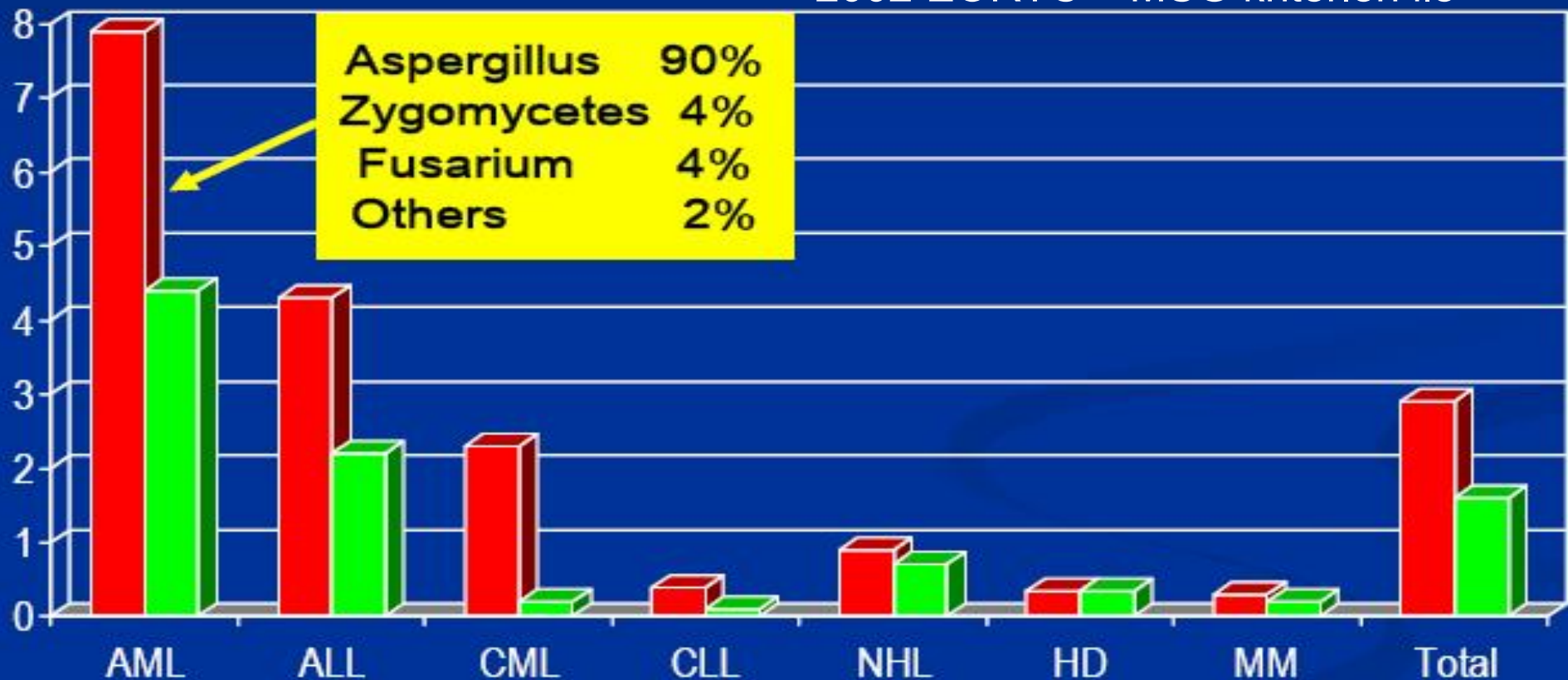
11	37	47	34
0.1-57	9-119	4-167	2-202

*Caillot D, J Clin Oncol
2001;19:253-259.*

Invasive fungal infections in patients with hematological malignancies

excluding allogeneic transplantation

Kanıtlanmış – yüksek olasılıklı IFI
2002 EORTC – MSG kriterleri ile



Slobbe - 2008 kriterleri ile % 18
CID 2008; 47:1507–12

Pagano L et al. Haematologica 2006; 91: 1068-1075

İnvazif aspergillosis, akut lösemi seyrinde tedavinin en sık hangi evresinde görülür ?

A. İlk remisyon indüksiyon

B. Konsolidasyon

C. Relaps

D. Rezistan vaka - kurtarma tedavisi

Hematolojik malignansilerde IA riski

- AML, ALL, MDS
- Nötropeni süresi
(20.6 vs 9.9 gün)
- Remisyon indüksiyon
- Nötropenik ataklar
arasında kısa süre (<
14 gün): 4X
*Mühlemann K. Leukemia
2005;19:545-50.*

SEIFEM-2004

*Pagano, Haematologica 2006;
91:1068-1075*

- % 43 1.remisyon indüksiyon,
- % 8 konsolidasyon,
- % 28 relaps / 2-3.indüksiyon,
- % 21 rezistan – kurtarma ted.
esnasında