Septik şoka neden olabilecek etkenler: *M.tuberculosis* velya koronaviruslar

Sezen Özge Özen, Aysun Benli, Seniha Başaran, Serap Şimşek Yavuz,Atahan Çağatay, Halit Özsüt, Haluk Eraksoy
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Bağışıklığı baskılanmış konaklarda septik tabloya neden olabilen tüberkülozun tanınmasını kolaylaştırmak, farkındalığı artırmak ve pandemi öncesindeki dönemde görülen koronavirus infeksiyonları hakkında fikir oluşturmaktır.

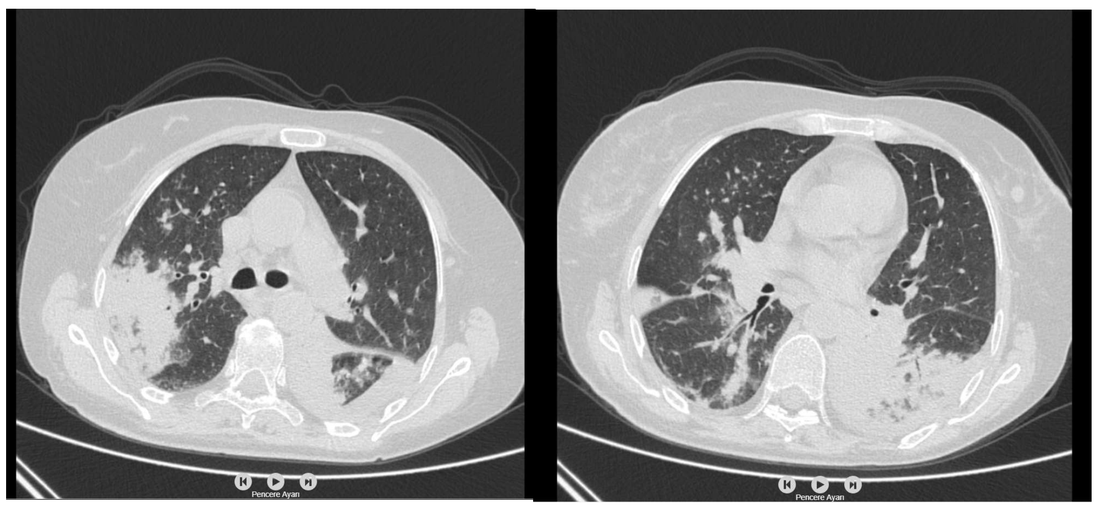
OLGU

48 yaşında, kadın. Bilinen ankilozan spondilit tanısı nedeniyle Romatoloji birimince takip edilmekte, Sertolizumab tedavisi kullanmaktaydı. İstanbul'da çocuk hastalıkları uzmanı olarak çalışmakta olan hasta, hastanemizin acil servisine 18 Şubat 2019'da ani başlayan ateş, halsizlik ve 3 gün önce başlayan öksürük yakınmalarıyla başvurdu.

Benzer yakınmalarla 2 hafta önce başka bir hastane başvurusunda verdiği NF örnekten çalışılan viral mültipleks PCR'da Coronavirus 229E pozitif olarak saptanan hasta TKP tanısıyla 10 gün süreyle seftriakson ve klaritromisin tedavileri almıştı.

Hastanın 2 ay önce grip benzeri semptomları olması nedeniyle 2 hafta antibiyotik kullanımı olmuş, ancak tedaviyle yakınmaları kısmen iyileşmişti. 20 gün öncesinde de sırt ağrısı, kuru öksürük ve 3 haftada 7-8 kilo kaybı olmuştu.

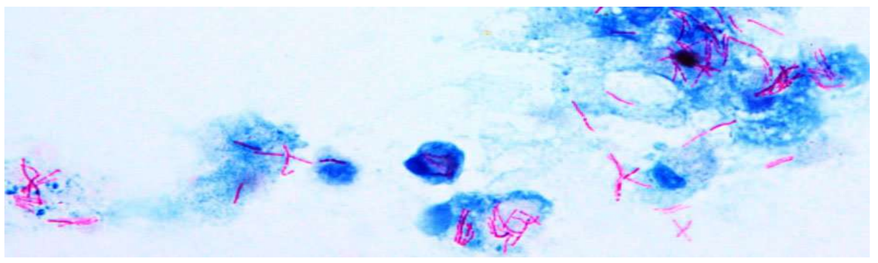
Hastanın 18 Şubat 2019 tarihli başvurusunda genel durumu orta, bilinci dalgalı, kısmi oryante ve kısmi koopere; fiziksel muayenesinde solunum sesleri bilateral kabalaşmış, TA: 80/50 mmHg, vücut sıcaklığı 39^0C, solunum sayısı dakikada 24 saptandı. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. İnfeksiyon odağı olarak pnömoni düşünülen hastada quick (hızlı) SOFA skoru 3, CURB-65 skoru 3, Pnömoni Ağırlık Skoru 105 idi. Hasta septik olarak değerlendirilip Meropenem 3x1 gr IV, Siprofloksasin 2x400 mg IV ve Vankomisin 2x1 gr IV olacak şekilde tedavisi başlanıp YBB'de izlendi. YBB takibi sırasında yeterli hidrasyona rağmen hipotansif seyremekte olduğundan noradrenalin infüzyonuyla izlenmdı, genel durumu stabilleştikten sonra çekilen toraks BT (resim 1)'de multilober pnömoniyle uyumlu görünüm, bilateral -solda daha belirgin- plevral epanşman ve pulmoner ödem saptandı.



Resim 1. 18 Şubat 2019 tarihli toraks BT'den birkaç kesit

Hastada nazofarengeal sürüntü örneğinden viral mültipleks PCR, balgam *Pneumocystis jirovecii* PCR, bronkoalveoler lavaj sıvısından ARB, TBC PCR, mikobakteri ve *Nocardia* kültürü, kandan ve BAL sıvısından CMV DNA, Myco/F kan kültürleri, idrarda *Legionella* antijeni gönderildi ve PJP ön tanısıyla tedavisine TMP-SMX 4x3 ampül IV dozunda eklendi.

Hastada bunun üzerine nazofarengeal sürüntü örneğinden viral mültipleks PCR, balgam *Pneumocystis jirovecii* PCR, bronkoalveoler lavaj sıvısından ARB, TBC PCR, mikobakteri ve *Nocardia* kültürü, kandan ve BAL sıvısından CMV DNA, Myco/F kan kültürleri, idrarda *Legionella* antijeni gönderildi ve PJP ön tanısıyla tedavisine TMP-SMX 4x3 ampül IV dozunda eklendi.
Takibinde NF sürüntü örneğinde Coronavirus 229E ve BAL yapılamayan hastada açlık mide suyundan gönderilen örnekte ARB +++ saptandı .



Resim 2.

Hastanın tedavisine izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid ve piridoksin eklendi. Hastanın 3-4 ay önce izlediği bir çocuğa akciğer tüberkülozu tanısı koyduğu öğrenildi. Ertesi gün inotrop ve oksijen desteği ihtiyacı ortadan kalkan hasta Göğüs hastalıkları servisine transfer edildi. Meropenem, vankomisin, siprofloksasin ve ko-trimoksazol tedavileri 14 güne tamamlanıp kesildi, bu süreçte oksijen ihtiyacı sona erdi. Kan kültürlerinde üreme olmadı.
Hastanın açlık mide suyunun kültüründe *Mycobacterium tuberculosis* üredi (ilk basamak anti-tüberküloz ilaçlara duyarlı). Yatışın 33.günde şifayla taburcu edildi.

KLİNİK GİDİŞ



SONUÇ

*Mycobacterium tuberculosis'*e bağlı septik şok oldukça nadir olmakla birlikte çoğunlukla bağışıklığı baskılanmış konaklarda ve genellikle olgu bazında bildirilmiştir [1,2,3,4]. Tüberkülozun tipik prezentasyonunun kronik inflamasyon olarak karşımıza çıkması, bu infeksiyona bağlı septik şokun tanınmasını güçleştirmektedir. Bu da mortalitenin artmasına neden olmaktadır [5]. Erken dönemde tanınabilen ve tedavisi başlanan olgularda mortalite anlamlı şekilde azalmaktadır [6]. Özellikle anti-TNF, yüksek dozda steroid kullanan ve ileri HİV infeksiyonu olan hastalarda, tipik tedavilere yanıt vermeyen sepsis tablolarında M.tuberculosis akla gelmelidir.
COVID-19 pandemisi öncesinde gölgede kalan koronavirus infeksiyonları, pandemiyle birlikte tanınır hale gelmiştir. Birkaç çalışmada, özellikle ağır immünosüprese konaklarda (KİT gibi) şiddetli pnömoniye neden olduğu gösterilmiştir [7] .

KAYNAKLAR

1. ***Sun L. Front. Med. 2021; 8:675041. doi:10.3389/fmed.2021.675041***
2. ***Mishra R. World J Crit Care Med 2019; 8(5): 72-81***
3. ***Pendkar K. Critical Care Medicine***
4. ***Rowe CM. BMJ Case Rep 2015. doi:10.1136/bcr-2014-207698***
5. ***Barr DA. Lancet Infect Dis 2020; 20: 742–52 https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30695-4***
6. ***Kethireddy S. Chest 2013; 144(2):474–482***
7. ***Clinical Infectious Diseases 2003; 37:929–32***