

PB-080**Postpartum septik pelvik tromboflebit, ilaç ateşi ve cerrahi alan enfeksiyonu**

Mehmet Kulhan¹, Nur Gözde Kulhan¹, Ümit Arslan Nayk¹, Cenk Nayk¹, Paşa Uluğ¹, Mehmet Soytürk²

¹Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzincan; ²Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı, Erzincan

Amaç: Ateş postoperatif enfeksiyonun ilk bulgusu olmakla birlikte, her operasyon sonrası ateş febril morbidite ve her febril morbidite de bir enfeksiyonun varlığını göstermez. Bu yazımızda postpartum febril morbiditesi olan ve bu duruma yol açabilecek üç farklı klinik antitenin bir arada görüldüğü bir olgu sunulmuştur.

Bulgular: 39 haftalık gebeliği olup sistemik muayenesinde herhangi bir patoloji izlenmeyen hasta tama yakın servikal dilatasyon ve efasmanla başvurdu. Transvers prezentasyonu olan ve fetal üst ekstremitenin vajende olduğu tespit edildiği için hemen acil sezaryene alındı. 3600 gram erkek bebek 8 apgarla canlı olarak doğurtuldu. Postoperatif dönemde anne ve yenidoğanda herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Postoperatif 10. günde insizyon yerinde seröz akıntı ve subfebril ateş yüksekliği ile başvuran hastanın genitoüriner ve sistemik muayenesi normaldi. Ateş: 37.5 °C, TA: 110/70 mmHg, Nb: 80/dk idi. Biyokimyasal parametreleri: WBC: 22.600, HB: 9,7 PLT: 291.000, SEDİM: 7, CRP: 204, Brucella rose bengal negatif, TİT: Normal idi. Hasta cerrahi alan enfeksiyonu şüphesi ve CRP yüksekliği nedeni ile hospitalize edilip Yüzeysel doku usg ile cilt altı, abdominal usg ile tüm batin değerlendirildi. Postoperatif normal bulgular saptandı ciltaltında ve batin içinde koleksiyon veya abse izlenmedi. seftriakson 1 g 2x1, metroinidazol 500 mg 2x1 başlandı. Cerrahi alana rifamicin ile günde 2 defa pansuman yapıldı. Antibiyoterapi başladıktan 24 saat sonra hastanın 39 °C'ye ulaşan ve genelde akşam saatlerinde olan diurnal bir ateşi olmaya başladı. Ateşin cerrahi alan enfeksiyonuna sekonder olduğu düşünülerek ikili antibiyoterapiye devam edildi. Tedaviden 72 saat sonra hastanın cerrahi alandaki akıntısı azalırken, ateşinde herhangi bir düzelme olmadı, CRP değeri gerilemeye sedimentasyonu ise artmaya başladı. (CRP: 183, Sedim: 69). Hastanın kan, idrar, boğaz ve yara yeri kültürlerinde üreme olmadı. Akciğer filmi normaldi. Ateş etiyolojisi açısından kulak burun boğaz, enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları konsültasyonu istendi herhangi bir patoloji saptanmadı. Enfektif endokardit açısından EKO yapıldı normal saptandı. Enfeksiyon hastalıkları tarafından seftriakson ve metroinidazol kesilerek Piperasilin sodyum / Tazobaktam sodyum 2x1 başlandı, tedaviden 48 saat sonra CRP'deki düşüş, sedimentasyondaki artış devam etti; CRP: 120, sedimentasyon: 72 olarak saptandı. Cerrahi alandaki enfeksiyon bulgularının tamamen gerilemesine rağmen geceleri olan diurnal ateş yüksekliğinin devam etmesi üzerine hastada septik pelvik tromboflebit düşünülerek kon-

trastlı tüm batin BT çekildi. Tomografide sağ ovaryen ven boyunca vena cava inferiora kadar uzanan infrarenal seviyede trombüs izlendiği için tedaviye enoksaparin sodyum 0.6 2x1 eklendi. 5 gün boyunca enoksaparin sodyum 0.6 2x1 ve Piperasilin sodyum/Tazobaktam sodyum 2x1 tedavisi alan hastanın ateş yüksekliği devam etti. enfeksiyon hastalıkları tarafından tekrar değerlendirilen hastaya Piperasilin sodyum / Tazobaktam sodyum stoplanarak Vankomisin başlandı 4 gün de Vankomisin tedavisi alan hastanın ateşinin hala devam etmesi üzerine Malign hipertermi düşünülerek dahiliye konsültasyonu istendi. Bu sırada bakılan biyokimyasal parametreler WBC: 5.000, HB: 8, PLT: 541.000, CRP: 41, Sedim: 137 olarak saptandı. Periferik yayması normal rapor edilen hastada malign hipertermi ekarte edildi. Bütün incelemelere rağmen ateş etiyolojisi saptanamayan hastada ilaç ateşi olabileceği düşünülerek enoksaparin sodyum hariç bütün medikasyonu kesildi. Yaklaşık 24 saat sonra ateşi ortadan kalkan hasta 7 gün boyunca hastanede gözetim altında tutuldu; bu esnada yükselme eğiliminde olan sedimentasyon azalmaya başladı (CRP: 34, Sedim: 96). Hastaya enoksaparin sodyum tedavisi devam edildi. Bu süre zarfında herhangi bir şikayeti olmayan hasta enoksaparin sodyum tedavisi 6 hafta devam edilmek koşulu ile taburcu edildi.

Sonuç: Ateş postoperatif enfeksiyonun ilk bulgusu olmakla birlikte, her operasyon sonrası ateş bir enfeksiyonun varlığını göstermez. Postoperatif ateş takibinde ateş etiyolojisi araştırılırken enfeksiyon dışındaki sebeplerde değerlendirilmeli, özellikle ateşin iatrojenik olarak oluşabileceği unutulmamalıdır.

PB-081**Kanama ile komplike olan araknoid kist**

Kaan Pakay, Hicran Acar Şirinoğlu, Resul Arısoy, Işıl Turan Bakırcı, Murat Aksoy, Oya Demirci, Fikret Gökhan Göynümer

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Prenatal tanı almış kanama ile komplike olmuş retroserebellar araknoid kist olgusunun sunulması.

Bulgular: 40 yaşında gravida 1, parite 0 olan gebenin 23. gebelik haftasında yapılan detaylı ultrason muayenesinde 3x3 cm boyutlarında retroserebellar araknoid kist tespit edildi. Doppler ultrasonografide kan akımı izlenmedi. Korpus callosum doğal izlendi. Ventrikülomegali saptanmadı. Fetusun yapılan diğer sistem muayenelerinde ek anomali saptanmadı. 28 gebelik haftasında yapılan ultrasonografide kistin çapı 7x8 cm boyutlarına ulaştığı görüldü. Kist içine kanama, koagulum mevcuttu. Triventriküler hidrosefali gelişmişti. Aile gebeliğin devamını istedi. Gebelik 36. haftada devam etmektedir. Doğum sonrası operasyon açısından beyin cerrahi kliniği ile konsulte edildi.

Sonuç: Araknoid kistler çoğu zaman izole olup, ventrikülomegali ve korpus kallosum agenezisi ile birlikteliği gösteril-