



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - *İzmir*



20-22
NİSAN
2024



www.asistankongresi.com





DAVET

Değerli Enfeksiyon Hastalıkları Asistanlarımız ve Hocalarımız,

Bilimi hayatın asıl yol göstericisi olarak kabul eden, fikri hür vicdanı hür genç hekimler olarak bizler, daha çok bilim üretmek ve bilgiyi paylaşmak mottosu ile bu yıl 2'ncisini düzenlediğimiz Sağlık Bilimleri Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları Asistan Kongresi'ne hepinizi davet ediyoruz.

Enfeksiyon hastalıkları asistan hekimleri olarak hocalarımızın desteği, üniversitemizin gücü ile düzenleyeceğimiz bu kongrede bir çoğumuz aktif görev alarak akademik hayatın ilk adımlarını tecrübe edeceğiz. Benzeri olmayan bu bilimsel platformda bizler bu heyecanı yaşarken yanımızda olmanızı değil, bu anı sizlerle birlikte yaşamayı istiyor, hedefliyoruz.

Yaşanan pandemi uzmanlık alanımızın önemini ve zorluklarını gözler önüne sermiştir. Salgın hastalıkların önlenmesi, aşılama, akılcı antimikrobiyal yönetim gibi oldukça geniş ve kapsayıcı sorumluluklarımız fiziksel yükün yanında mental yükleri de beraberinde getirmektedir.

Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK'ün "Beni Türk hekimlerine emanet ediniz" sözüne layık olabilmek için genç hekimler olarak çok okuyup, çok çalışmamız gerektiğinin farkındalığı ile sizler için oldukça zengin ve doyurucu bir program hazırlamaktayız.

Sadece bilimsel açıdan değil aynı zamanda sosyal açıdan da renkli etkinlikler ile süsleyeceğimiz kongremiz sayesinde, yorucu çalışma temposuna kısa bir mola vererek birliğimizin gücünden enerji toplayacağımıza inanmaktayız.

20-22 Nisan 2024 tarihleri arasında Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk-İZMİR'de gerçekleştirilecek olan kongremizde sizleri de aramızda görmekten mutluluk duyacağız.

Kongre Düzenleme Komitesi adına,

Kongre Başkanı
Dr. Elif Özge DAMAR MİDİK

Kongre Başkan Yardımcısı
Dr. Gülşah GELİŞİGÜZEL

Kongre Sekreteri
Dr. Berk Leon HORASAN



KURULLAR

Onursal Başkan

Prof. Dr. Kemalettin AYDIN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü

Kongre Başkanı

Dr. Elif Özge DAMAR MIDIK, İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Kongre Başkan Yardımcısı

Dr. Gülşah GELİŞİGÜZEL, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kongre Sekreteri

Dr. Berk Leon HORASAN, İzmir Şehir Hastanesi

Kongre Koordinatörü

Doç. Dr. Ercan YENİLMEZ, İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ASİSTAN HEKİM KOMİTESİ

Dr. Asiye TUNÇEL DEDE, Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Adile Sevde DEMİR, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

Dr. Arife MAVİ, İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Atiye Nur AKOĞLU, İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Dr. Buse KOÇ İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi

Dr. Buse Nur ISINMIŞ, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Dr. Çiğdem YÜCEL, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Elif AYDIN, İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Dr. Esin Nagihan BENLİCE, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Esmâ ÖKSÜZ, İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. İklima ÖZDOĞAN ÇELİK, İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Melike HALLEMOĞLU TOPÇU, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Dr. Fırat FİDAN, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

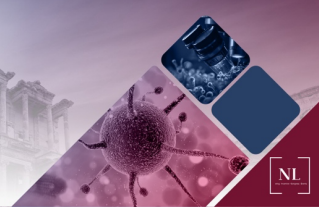
Dr. İpek KUZUCUOĞLU, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Merve BOZDAĞ Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Fatma Nazife ALKIŞ ALTUN, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Selçuk KAVAK, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Süleyman KILINÇ, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi



ÖĞRETİM ÜYESİ DÜZENLEME VE BİLİMSEL KOMİTESİ

Prof. Dr. Ayşe BATİREL, İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Prof. Dr. Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Derya ÖZTÜRK ENGİN, Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğit ve Araş. Hast.

Prof. Dr. Dilek YILDIZ SEVGİ, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Esragül AKINCI, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Prof. Dr. Funda ŞİMŞEK, İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Prof. Dr. Gülден YILMAZ TEHLİ, Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Hayat KUMBASAR KARAOSMANOĞLU, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. İlyas DÖKMETaş, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. İsmail Necati HAKYEMEZ, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. İsmail Yaşar AVCI, Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Kadriye KART YAŞAR, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Levent GÖRENEK, İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Mehtap AYDIN, İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Mustafa ERTEK, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğ. ve Araş. Hastanesi

Prof. Dr. Mustafa YILDIRIM, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Nurgül CERAN, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Özlem ALTUNTAŞ AYDIN, İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Prof. Dr. Rahmet GÜNER, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Prof. Dr. Selma TOSUN, İzmir Şehir Hastanesi

Prof. Dr. Serpil EROL, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Süheyla SERİN-SENGER, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Ali ASAN, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Alpay ARI, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Asuman İNAN, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Ayşe İNCİ, İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Aziz A. HAMİDİ, İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Nagehan Didem SARI, İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Elif SARGIN ALTUNOK, İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Doç. Dr. Ercan YENİLMEZ, İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Esra ZERDALİ, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Fatma YILMAZ KARADAĞ, Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe E.A.Hastanesi

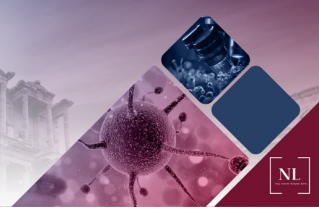
Doç. Dr. Gönül ÇİÇEK ŞENTÜRK, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Doç. Dr. İlker ÖDEMİŞ, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Sabahat ÇEKEN, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Doç. Dr. Şebnem ÇALIK, İzmir Şehir Hastanesi

Uzman Dr. Şerife ALTUN DEMİRCAN (Başasistan), Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi



ANA KONULAR

- ◆ Antibiyotik Direnci
- ◆ Aşılar
- ◆ Diyabetik Ayak
- ◆ El Hijyeni
- ◆ Hepatit B
- ◆ Hepatit C
- ◆ HIV/AIDS
- ◆ Kemik/Eklem Enfeksiyonları
- ◆ Klinik Mikrobiyoloji
- ◆ Mantar Enfeksiyonları
- ◆ Nadir Görülen Enfeksiyonlar
- ◆ Özel Konaklarda Enfeksiyonlar
- ◆ Protez Enfeksiyonları
- ◆ Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyonlar
- ◆ Sepsis
- ◆ Seyahat Sağlığı ve Enfeksiyonlar
- ◆ Tüberküloz
- ◆ Viral Enfeksiyonlar
- ◆ Zoonotik Enfeksiyonlar



BİLİMSEL PROGRAM

20 NİSAN 2024, CUMARTESİ

1. GÜN

08.45-09.15 AÇILIŞ TÖRENİ

09.20-10.20 SEMPOZYUM 1

ERİŞKİN AŞILAMA PANELİ

Oturum Başkanları: Selma TOSUN, Serpil EROL, Melike KAYA KAPTAN

Aşılamaya İlgili Olarak Bilmemiz Gerekenler

Berna YOLDAŞ, İzmir Şehir Hastanesi

Ülkemizde Başarıyla Yürütülen Aşı Programlarımız

Esra ALTINGÖZ ŞAHUTOĞLU, İzmir Şehir Hastanesi

Aşı Karşıtlığı Nedir, Riskleri Nelerdir, Yaygınlaşmasına Nasıl Engel Olabiliriz?

Abdulkadir SONKAYA, SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

10.20-10.30 Kahve Molası

10.30- 11.20- UYDU SEMPOZYUMU

ATABAY
KİMYA SANAYİ ve TİCARET A.Ş.

Oturum Başkanı: Levent GÖRENEK

Kronik Hepatit B’de Güçlü Antiviral Etki: Hednavir & Ternavir

Ayşe BATİREL

11.20-11.30 Kahve Molası

11.30-12.30 SEMPOZYUM 2

DÜŞÜNDÜREN OLGULARLA KLİNİK VİZİT – 1

Oturum Başkanları: Adile Sevede DEMİR, Asiye TUNÇEL DEDE, Sümeyye KÖŞGER

Vizit Hocaları: İlyas DÖKMETAS, Sabri ATALAY, Sabahat ÇEKEN

İmmüno kompetan Bir Hastada Miliyer Tüberküloz ve Tüberküloz Menenjitli Birlikteliği (Sözel Bildiri 44)

Gamze DANACI, SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Tüberküloz Menenjit ve Miliyer Tüberküloz Tanılı Hastada Standart Antitüberküloz Tedavi Sırasında Gelişen Hepatoksisite Yönetimi (Sözel Bildiri 45)

Fatma ERTAŞ TUNÇ, SBÜ İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bir Nöroborelyoz Olgusu (Sözel Bildiri 46)

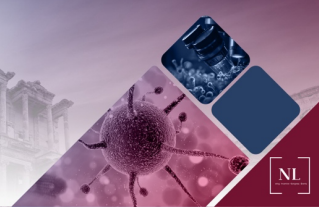
Rabia BAŞBOZKURT, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Meningoensefalit Kliniği ile Prezente Olan Riketsiyoz: Olgu Sunumu (Sözel Bildiri 47)

Hindirin TAKAK, SBÜ Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Klinik Geç Yanıt mı, Tedavi Başarısızlığı mı? Komplike Bir Tularemi Olgusu (Sözel Bildiri 48)

Ayşe Nur ŞAHİN, SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi



12.30-13.20 Öğle Yemeği

13.20-14.20 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 1

KENDİ VERİLERİMİZ-1: HIV & AIDS

Oturum Başkanları: Özlem ALTUNTAŞ AYDIN, Ayşe İNCİ, Nazife ALKIŞ ALTUN

Sözel Bildiri 1

Enfeksiyon hastalıkları kliniğinde takip edilen HIV/AIDS olgularının retrospektif analizi

Bildiri Sunan: Buse KOÇ, SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 2

Tedavi Naif HIV Hastalarına Başlanan ART Rejimlerinin Virolojik ve İmmünolojik Yanıtı Etkisi

Bildiri Sunan: Oğuzhan YILDIZ, SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 3

HIV ile Yaşayan Bireylerde Sifiliz Koenfeksiyonu Prevalansının Değerlendirilmesi

Bildiri Sunan: Büşra YILDIRIM, SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 4

HIV ile Yaşayan Bireylerde Kardiyovasküler Olay Riskini Tahmin Etmede Kullanılan Risk Skorum Sistemlerinin Uyumu

Bildiri Sunan: Furkan KARAGÖZ, SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 5

HIV ile Yaşayan Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Riskine Göre LDL-k Seviyesinin Değerlendirilmesi

Bildiri Sunan: Mihrişah AYTEKİN, SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 6

HIV Enfekte Bireylerin Aşılama Durumunun İrdelenmesi

Bildiri Sunan: Dilara EKİNCİ, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 7

Hekimlerin HIV Enfeksiyonu Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Bildiri Sunan: Asiye TUNÇEL DEDE, SBÜ Sancaktepe Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

14.20-14.30 Kahve Molası

14.30-15.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 2

KENDİ VERİLERİMİZ-2: VİRAL HEPATİTLER

Oturum Başkanları: Ayşe BATİREL, Şerife ALTUN DEMİRCAN, Merve TÜRKMEN

Sözel Bildiri 8

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği Tarafından Tedavi Başlanan Kronik Hepatit B Hastalarının Demografik Özellikleri, Tedavi ve Tedavi Değişimleri

Bildiri Sunan: Hakan SAKİN, SBÜ Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 9

Kronik Hepatit B Hastalarında Antiviral Tedavi Etkinliğinin Değerlendirildiği 10 Yıllık Retrospektif İnceleme

Bildiri Sunan: Adile Sevede DEMİR, SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sözel Bildiri 10

Tenofovir Disoproksil Fumarat Tedavisi Tenofovir Alafenamide Değiştirilen Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Bildiriye Sunan: Gülşah GELİŞİGÜZEL, SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 11

Biyolojik Ajan Kullanan Hastalarda Hepatit B Serolojisine Göre Klinik Yaklaşım

Bildiriye Sunan: Merve DEMİR, SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 12

Akut Hepatit B Olgularımızın Demografik, Laboratuvar ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bildiriye Sunan: Tuba ÖZGÜMÜŞ, SBÜ İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 13

Anti-HDV Pozitif Olgularda HDV-RNA Pozitifliği ve Tedavi Durumlarının Değerlendirilmesi

Bildiriye Sunan: Ayşenur ALTAY, SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 14

HIV/HBV/HDV Koenfeksiyonu Olan Hastaların Değerlendirilmesi

Bildiriye Sunan: Atiye Nur AKOĞLU, SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

15.30-15.40 Kahve Molası

15.40-16.40 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 3

KENDİ VERİLERİMİZ-3: Kan Dolaşımı Enfeksiyonları / Sepsis

Oturum Başkanları: Funda ŞİMŞEK, Ramazan KORKUSUZ, Merve AYDIN

Sözel Bildiri 15

COVID-19 Pandemisi Sırasında ve Sonrasında Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesinde Kan Kültürlerinde Üreyen Bakterilerin Tür ve Antibiyotik Duyarlılıklarının Retrospektif Olarak İncelenmesi

Bildiriye Sunan: Elif Naz ELMACİ, SBÜ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Sözel Bildiri 16

Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişen Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonlarının Risk Faktörlerinin, İzole Edilen Etkenlerin ve Antibiyotik Duyarlılıklarının İncelenmesi; Tek Merkez Deneyimi

Bildiriye Sunan: Elifsu DEMİR, SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 17

Erişkin ve Çocuk Yoğun Bakımlarda Gelişen Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi

Bildiriye Sunan: Elanur ÇELEBİ, SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 18

Toplum Kökenli ve Hastane Kökenli Staphylococcus Aureus Bakteriyemilerinde Antimikrobiyal Tedavi Yönetimi ve Kaynak Kontrolünün Önemi

Bildiriye Sunan: Rabia BAŞBOZKURT, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Sözel Bildiri 19

Etken mi Yoksa Kontaminasyon mu? Yoğun Bakım Ünitelerinde Alınan Kan Kültürlerinin Retrospektif İrdelenmesi

Bildiriye Sunan: Özgür KAYA, SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sözel Bildiri 20

Yoğun Bakım Ünitelerinden Kliniklere Nakledilirken Hastalarda Kullanım İhtiyacı Kalmayan Santral Venöz Kateterler Çıkarılıyor mu?

Bildirişi Sunan: Kader KAYATÜRK, SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Sözel Bildiri 21

Şehir Hastanesi Acil Servisine Başvuran ve Sepsis Ön Tanısıyla Yoğunbakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Prospektif Değerlendirilmesi

Bildirişi Sunan: Buse Nur ISINMIŞ, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

17.00-18.30 POSTER SEANSI-1

**21 NİSAN 2024, PAZAR
2. GÜN**

08.15-09.15 SEMPOZYUM 3

DÜŞÜNDÜREN OLGULARLA KLİNİK VİZİT – 2

Oturum Başkanları: Leyla Cemre DİNÇ, Esra UĞUR, Esma ÖKSÜZ

Vizit Hocaları: Levent GÖRENEK, Ercan YENİLMEZ, Elif SARGIN ALTUNOK

Oküler Tutulum ile Prezente Bir Nörobruselloz Olgusu (Sözel Bildiri 49)

Ayşe Nur SOYKUVVET, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Multipl Sklerozu Taklit Eden Nörobruselloz Olgusu (Sözel Bildiri 50)

Ongay Külirkin KARA, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Botulizmin İki Yüzü (Sözel Bildiri 51)

Ahmet DEMİRCİ, SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Dördüncü Kez Tekrarlayan Bir Visseral Leyişmanyoz Olgusu (Sözel Bildiri 52)

Ümmü Kübra ÖZTÜRK, SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Prokalsitonin Yüksekliği ile Seyreden Nedeni Bilinmeyen Ateş Tablosu (Sözel Bildiri 53)

Arife MAVİ, SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

09.15-09.25 Kahve Molası

09.25-10.25 SEMPOZYUM 4

ASİSTAN GÖZÜYLE HIV YÖNETİMİ

Oturum Başkanları: Hayat KUMBASAR KARAOSMANOĞLU, Asuman İNAN, Melek Sena ALTUN

Yeni Tanı HIV Enfeksiyonu Olan Hastada İlk Vizit

Gülşah DANACI, SBÜ İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

HIV ve Fırsatçı Enfeksiyonlar

Enes TOPCU, SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

Gebelikte HIV Enfeksiyonu

Hanne Rana ARSLANER, SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi



10.25-10.40 Kahve Molası

10.40- 11.30- UYDU SEMPOZYUMU

Oturum Başkanı: **Ayşe İNCİ**

Biktarvy: Bugün, Yarın ve Gelecek Günler için

Hüsrev DİKTAŞ



11.30-11.40 Kahve Molası

11.40-12.40 SEMPOZYUM 5

YOĞUN BAKIM ve ENFEKSİYON

Oturum Başkanları: **Mehtap AYDIN, İlker ÖDEMiŞ, Atiye Nur AKOĞLU**

Yoğun Bakımda Dirençli Gram Negatifler

Ayşenur AKBAY, SBÜ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Yoğun Bakımda Kandidalar

Ali Gökhan AKÇAY, SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yoğun Bakımda Salgın Yönetimi

Elif Dilan DAĞ, SBÜ Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

12.40-13.30 Öğle Yemeği

13.30-14.30 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 4

KENDİ VERİLERİMİZ 4- Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyonlar

Oturum Başkanları: **Gülden YILMAZ TEHLİ, Aziz A. HAMİDİ, Merve BOZDAĞ**

Sözel Bildiri 22

Yoğun Bakım Ünitelerinde Alınan Derin Trakeal Aspirat Kültürlerinin Değerlendirilmesi

Bildiriyi Sunan: Sümeyye KÖGER, SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 23

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde Yatan Hastalardaki Acinetobacter Bakteriyemilerinin Değerlendirilmesi

Bildiriyi Sunan: Ebru GÖKDEMİR, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 24

Yoğun Bakım Ünitelerinde Karbapenem Dirençli Gram Negatif Bakterilerin Etken Olduğu Enfeksiyonlarda Seftazidim-Avibaktam Tedavisinin Değerlendirilmesi

Bildiriyi Sunan: Ayşe Nur SOYKUVVET, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Sözel Bildiri 25

Seftazidim Avibaktam Tedavisi Alan Hastaların Tedavi Sonrası Sağ Kalım Takibi ve Tedavi Öncesinde Prognosta Etki Eden Faktörler: Pilot Çalışma Sonuçları

Bildiriyi Sunan: İsmet KÖSE, SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 26

Çoklu İlaça Dirençli Myroides spp.'nin Üremelerinin Değerlendirilmesi

Bildiriyi Sunan: Çiğdem YÜCEL, SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sözel Bildiri 27

Chryseobacterium Enfeksiyonlarının Özellikleri ve Antibiyotik Duyarlılık Paterni: Tek Merkez Deneyimi

Bildiriği Sunan: Elif DOĞAN, SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 28

Son İki Yılda Kan Kültürlerinde Üreyen Candida Suşlarının Dağılımı ve Antifungal Duyarlılıkları

Bildiriği Sunan: Yeşim BAŞOĞLU, SBÜ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

14.30-14.40 Kahve Molası

14.40-15.40 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 5

KENDİ VERİLERİMİZ 5 - Enfeksiyon Hastalıklarında Klinik / Mikrobiyolojik Yaklaşım 1

Oturum Başkanları: İsmail Necati HAKYEMEZ, Alpay ARI, Melike HALLEMOĞLU TOPÇU

Sözel Bildiri 29

Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğine Başvuran Eritrosit Sedimentasyon Hızı 100mm/saat ve Üzerinde Olan Hastaların Analizi

Bildiriği Sunan: Nurefşan YILMAZ, SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 30

Üçüncü Basamak Hastanede Bruselloz Tanısında İstenen ELISA Testlerinin Değerlendirilmesi

Bildiriği Sunan: Emine Gül ÖZDAŞ, SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 31

Kliniğimizde Takip Edilen Yurtdışı Kaynaklı Sıtma Olgularının Değerlendirilmesi

Bildiriği Sunan: Ömer KAPLAN, SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 32

Kliniğimizde Sıtma Tanısı ile İzlenen Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Bildiriği Sunan: Banu Çiçek AKTAŞ, SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 33

Toplum ve Hastane Kaynaklı Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonlarında Etken Dağılımının Değerlendirilmesi

Bildiriği Sunan: Fatma Nazife ALKIŞ ALTUN, SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 34

Kuduz Şüpheli Temas Profilaksisi: Rehber Ne Kadar Uyuyoruz?

Bildiriği Sunan: Doğuhan ÇELİK, SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 35

Acil Servise Kuduz Riskli Temas ile Başvuran Vakalarının Değerlendirilmesi

Bildiriği Sunan: Ezgi Gizem ŞİBAR, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

15.40-15.50 Kahve Molası



15.50-16.50 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU 6

KENDİ VERİLERİMİZ 6 - Enfeksiyon Hastalıklarında Klinik / Mikrobiyolojik Yaklaşım 2

Oturum Başkanları: Derya ÖZTÜRK ENGİN, Şebnem ÇALIK, Hilal BAŞ

Sözel Bildiri 36

Son Bir Yılda Enfeksiyon Hastalıkları Servisinde Yatan ve Kültürde Üremesi Olan Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi

Bildiriyi Sunan: Pelin Beyza ÜNAL, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Sözel Bildiri 37

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Son Bir Yılda Üriner Sistem Enfeksiyonu Tanısıyla Yatan Hastaların İrdelenmesi

Bildiriyi Sunan: Arife MAVİ, SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 38

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2.Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Etken Dağılımı ve Antibiyotik Direnç Oranlarının Değerlendirilmesi

Bildiriyi Sunan: Esmâ ÖKSÜZ, SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sözel Bildiri 39

2021-2022 ve 2022-2023 Sezonlarında Erişkin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu Tanısı Alan Hastaların Klinik Özellikleri ve Etken Dağılımlarının Karşılaştırılması

Bildiriyi Sunan: Elif Özge DAMAR MIDİK, SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Sözel Bildiri 40

Hastanemizde Bir Yılda Saptanan Solunum Yolu Virüslerinin Dağılımı

Bildiriyi Sunan: Ali Bahadır POLAT, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Sözel Bildiri 41

Mikrobiyoloji Laboratuvarına Gönderilen Örneklerin Ret Nedenleri ve Kontaminasyon Oranları

Bildiriyi Sunan: Melike KAYA KAPTAN, SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Sözel Bildiri 42

Hastanemizde Son Üç Yılda Sağlık Çalışanlarında Gerçekleşen İş Kazaları

Bildiriyi Sunan: Esra CANBOLAT, SBÜ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Sözel Bildiri 43

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanlarında Kesici ve Delici Alet Yaralanmalarının Değerlendirilmesi

Bildiriyi Sunan: Bahar ÇELİK ARI, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

17.00-18.30 POSTER SEANSI-2



22 NİSAN 2024, PAZARTESİ
3. GÜN

08.15-09.15 SEMPOZYUM 6

DÜŞÜNDÜREN OLGULARLA KLİNİK VİZİT – 3

Oturum Başkanları: Oturum Başkanları: Hilal ABAKAY, Ilgaz Tuana GÜRSEL,
Muhammed Oğuzhan LALOĞLU

Vizit Hocaları: Nurgül CERAN, Ali ASAN, Nagehan Didem SARI

Görme Kaybı ile Başvuran ve HIV Tanısı Alan Bir Nörosifiliz Olgusu (Sözel Bildiri 54)

Özlem ÖZTEKİN, SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Otosifiliz Tanısı Konulan Sekonder Sifiliz ve HIV Ko-enfeksiyonu Olgusu (Sözel Bildiri 55)

Nurhayat YILMAZ, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Serebral Sıtma Olgusu (Sözel Bildiri 56)

Burcu BALTA, SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bakteriyemi ile Seyreden ve Kompartman Sendromuna Yol Açan Deri Şarbonunun Yönetimi (Sözel Bildiri 57)

Büşra YÜCE ÖZTÜRK, SBÜ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Ürolojik Girişim Sonrası Gelişen Candida tropicalise Bağlı Bir İnfektif Endokarditi Olgusu (Sözel Bildiri 58)

Sena İSTANBULLU, SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

09.15-09.25 Kahve Molası

09.25-10.25 SEMPOZYUM 7

ÖZEL KONAĞTA ENFEKSİYON YÖNETİMİ

Oturum Başkanları: Mustafa ERTEK, Sevtap ŞENOĞLU, Esin Nagihan BENLİCE

Transplant Hastaları

Mukhtar Abdullahi ALİ, SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

Biyolojik Ajan Kullananlar

Süleyman KILINÇ, SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Nötropenik Hastalar

Çağla Aydın ASLAN, SBÜ Kartal Dr. Lütü Kırdar Şehir Hastanesi

10.25-10.40 Kahve Molası

10.40-11.30 SEMPOZYUM 8

LİTERATÜR VE KLAVUZLAR EŞLİĞİNDE ERİŞKİNDE AŞI ÖNERİLERİNE GÜNCEL BAKIŞ

Oturum Başkanları: Esragül AKINCI, Gönül Çiçek ŞENTÜRK, Elif Özge Damar MİDİK

Zona Zoster

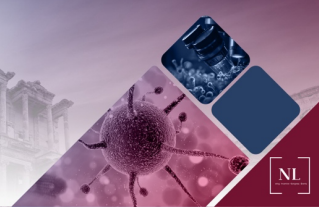
Selami ERDİNÇ, SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

HPV

Selçuk KAVAK, SBÜ Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

RSV

Hüdanur EMARE, SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi



İnfluenza ve Pnömonik

Sultan AKKUŞ, SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Meningokok ve Hib

Adem TUNÇ, SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

11.30-11.40 Kahve Molası

11.20-12.20 SEMPOZYUM 9

ULUSAL VİRAL HEPATİT REHBERİ EŞLİĞİNDE HEPATİT B YÖNETİMİ

Oturum Başkanları: Buse KOÇ, Esra ZERDALİ, İdris Çağrı KAYGISIZ

Akut Hepatit B Yönetimi

Nurullah ESER, SBÜ Kartal Dr. Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi

Koenfeksiyonlar

Gizem ÇAL, SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hepatit Fibroscan Kullanımı

Burak KENDİR, SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Gebelikte Hepatit B Yönetimi

Gülşah GELİŞİGÜZEL, SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

12.20-13.20 Öğle Yemeği

13.20-14.20 SEMPOZYUM 10

LİTERATÜR VE KLAVUZLAR EŞLİĞİNDE CERRAHİ ENFEKSİYONLAR

Oturum Başkanları: Fatma YILMAZ KARADAĞ, Nilsu BOYACIOĞLU, İpek Kuzucuoğlu

Postoperatif MSS Enfeksiyonları; Yönetim Prensipleri

Elif ORHAN, SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

Spondilodiskitler; Etiyolojik Yaklaşım ve Doğru Tanıya Giden Yol

Ayça Nur DALKIRAN BAYDAR, SBÜ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Enfeksiyoncu Gözüyle Ortopedik Protez Enfeksiyonlarına Yaklaşım

Elif DOĞAN, SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

14.20-14.30 Kahve Molası

14.30-15.30 SEMPOZYUM 11

ENFEKSİYON HASTALIKLARI PRATİĞİNDE LABORATUVAR TETKİKLERİ

Oturum Başkanları: Kadriye KART YAŞAR, İsmail Yaşar AVCI, Berk Leon HORASAN

Literatür Eşliğinde Enflamasyon Markırları; Sedim, CRP, Prokalsitonin ve Diğerleri

Ezgi Gizem ŞİBAR, Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Serolojik Testler; Eliza, Avidite, IGRA, Western Blot ve Diğerleri

Zeynep BİLGİN, SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Lateral Flow Testleri ve Multiplex PCR Tabanlı Paneller

Serenay AYTan, SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

15.30-16.00 KAPANIŞ VE ÖDÜL TÖRENİ



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi

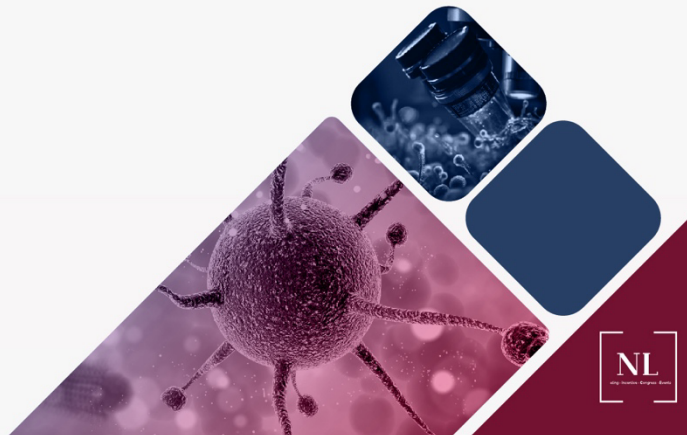


KONUŞMA ÖZETLERİ

www.asistankongresi.com

20-22 NİSAN 2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - *İzmir*



NL



Aşı Karşıtlığı Nedir, Riskleri Nelerdir, Yaygınlaşmasına Nasıl Engel Olabiliriz?

Abdulkadir SONKAYA

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Aşılanma; modern tıbbın bir mucizesidir. Dünyadaki tüm gelişmelerden daha fazla yaşam kurtaran bir gelişmedir. Aşı sayesinde her yıl yaklaşık 5 milyon enfeksiyon hastalığı önlenmektedir. 20. Yüzyılda sağlık alanındaki en önemli 10 başarı listesinde ilk sırada yer almaktadır.

İlk modern aşı çalışması çiçek aşısı ile 1796 yılında Edward Jenner tarafından uygulanmıştır. Yapılan çalışmaların sonucunda etkili olduğu anlaşılmış üzerine 1840 yılında İngiltere’de “Aşı Yasası” çıkarılmıştır. Toplanan raporlarda aşılanmanın yeterli düzeyde olmadığı anlaşıncı 1853 yılında zorunlu aşılanma, idari cezalar , para cezaları gibi bir baskıcı bir tutum sergilenmiştir. Yasaların kapsamında gittikçe sıkılaşma meydana gelmiş ve bu duruma karşı aktif bir aşı karşıtı hareket oluşmuştur. 19. Yüzyılda aşı karşıtlığının temelinde aşının etki ve içeriğinden çok bireysel özgürlükler vardır.

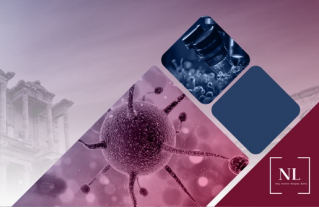
Günümüzde aşı karşıtlığında ise aşı etkinliği ve yan etkilerine güvensizlik ön plandadır. Günümüz toplumda aşı karşıtlığının giderek artması üzerine Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012 yılında ‘Aşı Tereddütleri Çalışma Grubu’ (Vaccine Hesitancy Working Group) kurulmuş ve önlem faaliyetleri ile ilgili çalışmalar yürütülmektedir.

Çalışma grubu tarafından; “Aşı kararsızlığı”, aşıya ulaşılabilirlik mümkün olduğu halde, bazı aşıların uygulanmasını kabul etmede gecikme ya da aşıların uygulanmasına izin vermeme, “Aşı reddi” ise tüm aşıları kendi iradesi reddetme olarak tanımlanmıştır. Aşı kararsızlığında etkili faktörler 3 başlık altında toplanmış ve 3C modeli olarak tanımlanmıştır. Bu modele göre güven(confidence) ve ulaşılabilirlik (convenience) boyutunun düşük düzeyde olması, rahatlık boyutunun ise yüksek düzeyde olması aşı kararsızlığını artırmaktadır.

Aşı karşıtlarının ortaya attığı iddalar bilimsel veriler yerine inanç, düşünce ve eğilimlere dayanmaktadır. Bu iddaların bilimsel dayanağı olmasa da medya ve internet üzerinden hızlı bir şekilde yayılabilmektedir. Aşı karşıtı bir savcının bebeklerine aşı yaptırmaması ana akım medyada “bir hukuk zaferi” olarak yer bulunca ülkemizde de aşı karşıtı hareket giderek artmıştır.

Aşı karşıtlığının; olgu sayılarının artması, ölüm ve sakatlık oranlarının artması, salgınlar, sağlık sistemine ek yük, bakteriyel enfeksiyonlarda, antibiyotik kullanımı artış ve antibiyotik direnci gibi medikal sonuçları bulunmaktadır. Aynı zamanda temaslı takibi, izolasyon, karantina gibi süreyans harcamalarında artış, okul ve iş devamsızlığı, üretkenlik/işgücü kaybı gibi ekonomik sonuçları da vardır.

Aşı karşıtlığı ile mücadelede işe yarayacak tek bir strateji yoktur. Seçilecek stratejiler nedenlere, sosyokültürel, ekonomik ve coğrafik zemine göre belirlenmelidir. Başarılı bir müdahale için birkaç farklı sektörün iş birliğini içeren stratejilere ihtiyaç vardır. Ana akım medya ve sosyal medya etkin bir şekilde kullanılmalı, medyada doğru bilginin varlığı sağlanmalıdır. Gereklik halinde dini gruplar yada liderler ile görüşülerek toplumun güveni kazanılmalıdır. Yönetim tarafından aşı karşıtlığı ile ilgili yasa ve politikalar belirlenmeli ve bunların uygulanmasında kararlılık gösterilmelidir. En önemlisi de sağlık çalışanının bu konuda hakkında yeterli bilgi düzeyinin olması sağlanmalıdır.



Yeni Tanı HIV Enfeksiyonu Olan Hastada İlk Vizit

Gülşah DANACI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Yeni tanı HIV/AIDS tanısı almış birey ve klinisyenin ilk görüşmesi, sonraki süreçlerin iyi yürümesi açısından önemlidir. Medikal öykü almadan önce hastalığı ve tedavi süreci hakkında detaylıca bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme ahlaki/dini görüş içermeyen, hastayı yargılamadan yapılmalıdır. HIV enfeksiyonu tanısı hastanın şuuru açıkta üçüncü kişilere onun izni olmaksızın açıklanmamalıdır. Hastadan cinsel partnerini bilgilendirmesi, cinsel partnerine ve varsa çocuklarına test yaptırması açısından bilgi verilmelidir.

Medikal öyküde mesleği, eğitim durumu, şikayetleri, niçin bu testi yaptırdığı, daha önce test yaptırmayı yaptırmadığı, enfeksiyona yol açabilecek riskli davranışları (damar içi madde kullanımı, birden fazla cinsel partner vb.), cinsel yönelimi, cinsel partneri varsa onun HIV durumu, ameliyat/kan transfüzyonu öyküsü, seyahat öyküsü sorgulanmalıdır. Özgeçmişte diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar, viral hepatitler, tanı almış olduğu hastalıklar, alerji öyküsü, reçeteli/reçetesiz kullandığı ilaçlar, sigara, alkol, keyif verici madde kullanımı sorulmalıdır. Soy geçmiş özellikle kardiyovasküler hastalık risk faktörleri açısından değerlendirilmeli, bireye ailede görülen hastalıklar açısından zamanı geldikçe gerekli tetkikler yapılmalıdır. Kadınlarda gebelik sorgulanmalı, perinatal bulaş hakkında bilgilendirilmelidir.

Fizik muayenede hastanın semptomları sorgulanır. Hastanın genel durumu, vital fonksiyonlar, boy -kilo ölçümü yaparken antropometrik ölçümler (bel, bacak, karın çevresi ölçümü), vücut kitle indeksi kayıt edilir. Cilt ve mukozadaki lezyonlar, periferik lenf bezi muayenesi dikkatli yapılmalıdır. Solunum sistemi muayenesinde öksürük, balgam, nefes darlığı semptomları sorgulanır, oskültasyon yapılması sonrası akciğer tüberkülozu, *Pneumocystis jirovecii pnömonisi* açısından akciğer görüntüleme yapılmalıdır. Sindirim sistemi muayenesinde yutma güçlüğü, diyare sorgulanmalı, ağız içinde kandidiyazis, oral saçlı lökoplaki, kaposi sarkomu varlığı, anüs etrafında siğil varlığı inspeksiyon ile değerlendirilmelidir. Kardiyovasküler hastalık riski hesaplanmalıdır.

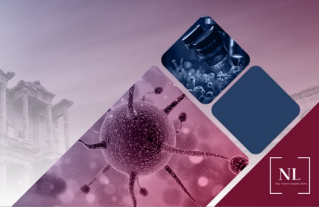
Laboratuvar tetkiklerinde hemogram, biyokimya testleri (AKŞ, üre, kreatinin, eGFR, ALT, AST, ALP, GGT, bilirübinler, total protein, albümin, lipid profili, 25-OH D vitamini, kreatin kinaz, laktik dehidrogenaz, Na, K, Ca, fosfor ve tam idrar tahlili) istenmelidir. Doğurganlık çağındaki kadınlarda gebelik testi unutulmamalıdır.

Virolojik ve immünolojik durumu değerlendirmek için HIV-RNA, CD4+ T lenfosit sayısı ve yüzdesi, CD4+/CD8+ T lenfosit oranı, genotipik direnç testi, koreseptör tropizm testi, HLA B-5701 testi istenmelidir.

Eşlik eden hastalıkların ve geçirilmiş enfeksiyonların değerlendirilmesi için istenmesi gereken testler Tablo 1’de gösterilmiştir. Bu testler ilk değerlendirmede yapılması gereken testlerdir, hastanın şikayetlerine veya fizik muayene bulgularımıza göre ek testler istenebilir.

Tablo 1: Eşlik eden hastalıklar ve geçirilmiş enfeksiyonlar için tarama testleri

Hastalık	Tanı testi	Öneriler
Sifiliz	VDRL/RPR(tarama testi) ELISA/TPHA(doğrulama testi)	
Hepatit A	Anti-HAV IgG	Negatif ise aşı önerilir
Hepatit B	HBsAg,anti-HBs,anti-HBc IgG	Bu göstergeler negatif ise aşı önerilir. HBsAg ve anti-HBs negatif, ancak anti-HBc IgG pozitif ise kronik HBV enfeksiyonunu dışlamak için HBV DNA bakılmalıdır.
Hepatit C	Anti-HCV	Pozitif ise HCV RNA bakılmalıdır



Tüberküloz	Akciğer grafisi PPD	CD4 T hücresi sayısı >200 hücre/mm ³ olan kişilerde endürasyon ≥ 5 mm ise pozitif kabul edilir
Toksoplazmoz	Anti-Toxoplasma IgG	
Kızamık/Kızamıkçık	Anti-Rubella IgG/Anti-Rubeola IgG	Endikasyon var ise aşılama önerilir
Suçiçeği	Anti-VZV IgG	Negatif ise aşılama önerilir
CMV hastalığı	Anti-CMV IgG	
Servikal kanser	Servikal PAP smear testi	
Anal kanser	Anal PAP smear testi (anal ilişkide bulunanlar için, rutin bir test değildir)	
Kardiyovasküler hastalık	Kan basıncı ölçümü, EKG Framingham skoru* (>40 yaş erkek, >50 yaş kadınlarda)	
Osteopeni/ osteoporoz	Kemik mineral dansitesi ölçümü (>50 yaş erkek, postmenopoz kadın, küçük travma ile kırık öyküsü, oral glikokortikoid kullanımı ve semptomatik hipogonadizm olanlarda yapılmalıdır.) FRAX skoru** (>40 yaş)	
Meme kanseri	Mamografi (>40 yaş kadın)	

*Framingham skoru: Cinsiyet, yaş, HDL ve LDL değerleri, kan basıncı değeri, diyabet varlığı ve sigara kullanımı ile hesaplanan ve bireyin 10 yıllık kardiyovasküler hastalık riskini gösteren bir skorlama yöntemidir.

**FRAX skoru: Cinsiyet, yaş, vücut ağırlığı, boy, geçirilmiş kırık, ebeveynde kalça kırığı, mevcut sigara kullanımı, glikokortikoid kullanımı, romatoid artrit tanısı, sekonder osteoporoz varlığı ve femur boynu kemik mineral yoğunluğu değeri ile hesaplanan ve bireyin 10 yıllık kırık riskini gösteren bir skorlama yöntemidir.

Kaynakça

1. EACS Guidelines, Version 12.0, October 2023. European AIDS Clinical Society
2. Zerdali E, Pullukçu H. HIV/AIDS Hastalarına Yaklaşım. Zafer Gökgöz, Çağdaş Kalkan, eds. İç Hastalıkları Semiyoloji ve Ötesi, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 2022, sayfa 2059-2066
3. Mete B, Dokuzoğuz B. Seropozitif Olguların Takibi. Ünal S, Tümer A, eds. Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS. 4. Baskı, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2016, sayfa 111-126
4. Kumbasar Karaosmanoğlu H. Yeni tanı almış hastaya yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Inf Dis-Special Topics 2016;9(1):22-6

Yoğun Bakımda Dirençli Gram Negatif Enfeksiyonların Yönetimi

Asistan Doktor Ayşenur AKBAY

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Antimikrobiyal direnç gün geçtikçe büyüyen küresel bir sorun olup 2019 yılında dünya genelinde 4.95 milyon ölümün 1.27 milyonu doğrudan antimikrobiyal dirençli patojenlere bağlı olduğu saptanmıştır. ⁽¹⁾

Direnç tanımlamalarına bakacak olursak;

Çok İlaç Direnç (Multidrug Resistance-MDR): En az 3 veya daha fazla sınıftaki antimikrobiyal ajana dirençli, **Genişlemiş İlaç Direnci (Extensive/Extreme Drug Resistance-XDR):** 1 veya 2 sınıf dışında kalan tüm antimikrobiyal ajanlara dirençli, **Tüm İlaçlara Direnç (Pandrug Resistance-PDR):** Tüm antimikrobiyal ajanlara dirençli, Sulbaktam, polimiksinler ve tigesiklin dahil hepsi ⁽²⁾

2022 USHIESA özet raporuna göre ülkemizde ESBL-*K. pneumoniae* oranı %69, karbapenem dirençli *K. pneumoniae* %66, karbapenem dirençli *Acinetobacter baumannii* %92 olarak saptanmıştır. ⁽³⁾

Bilkent Şehir Hastanesinde 2019-2022 yılları arasında yoğun bakım hastalarında ESBL-Enterobacterales oranı %57,4, karbapenem dirençli enterobacterales %27, *Acinetobacter baumannii* için karbapenem direnci %87, *Pseudomonas aeruginosa* karbapenem direnci %71 olarak saptandı.

ESBL-Enterobacterales:

Enterobacterales'in çoğunda penisilin, sefalosporin ve aztreonamı inaktive eden enzim üretimi sebebiyle direnç mevcuttur. Karbapenemlere duyarlıdır ve betalaktam olmayan gruplar ESBL üretiminden etkilenmemektedir.

Üriner sistem enfeksiyonu dışında karbapenemler önerilmektedir. Piperasilin-tazobaktam ve sefepim, basit sistitte ampirik başlanmış ve klinik yanıt varsa devam edilebilir. Sistit dışındaki enfeksiyonlarda duyarlı olsa dahi kullanımı önerilmiyor. ⁽⁴⁾

AmpC-Enterobacterales:

Ambler C sınıfı serin β -laktamaz enzimi olup bazı *Enterobacterales* ve non-fermentatif gram negatifler tarafından üretilmektedir. AmpC üretimi için 3 mekanizma mevcut: İndüklenebilir kromozomal gen ekspresyonu, stabil kromozomal gen de-represyonu, sürekli eksprese AmpC genleri.

İndüklenebilir kromozomal gen ekspresyonunda etken seftriakson, sefotaksim ve sefazidime başlangıçta duyarlı olup birkaç doz sonra MİK değerlerinde artış ve direnç gelişir. Diğer iki mekanizmada ise başlangıçtan itibaren seftriakson, sefotaksim ve sefazidime direnç mevcuttur.

AmpC üretimi için orta-yüksek riskli *E. cloacae*, *K. aerogenes*, *C. freundii* etkenleri seftriakson, sefotaksim sefazidim ve piperasilin-tazobaktama duyarlı olsa dahi tedavi altında direnç gelişme riski sebebiyle kullanılmamalıdır.

1.Kuşak sefalosporinler, amoksisilin, imipenem ampC üretimini güçlü indükleyip üretilen enzim ile hidrolize olurlar. İmipenem hidrolize olmayıp tedavide kullanılabilir. ⁽⁵⁾

Seftriakson, seftazidim, piperasilin-tazobaktam, aztreonam zayıf indükleyici grupta ancak üretilen enzim ile hidrolize olurlar. ⁽⁶⁾ Betalaktam dışı antibiyotik grubu ise ampC üretimini indüklemeyen ve ampC hidrolizi için substrat değildir.

Serratia marcescens, *Morganella morganii*, *Providencia spp.* ampC üretimi için düşük riskli grupta yer almaktadır.

Sefepim zayıf indükleyici olup açıl enzim kompleksi sebebiyle ampC hidrolizine dayanıklıdır. ⁽⁷⁾ Bu sebeple tedavide kullanılabilir ancak MİK $\geq$ 4 mcg/ml ise karbapenem tercih edilmelidir.

Karbapenem dirençli Enterobacterales:

Karbapenem direnci enzimatik (karbapenemaz üretimi) ve enzimatik olmayan direnç şeklinde 2 grupta incelenmektedir. Enzimatik direnç daha çok enterobacterales olup, enzimatik olmayan direnç ise *P. aeruginosa* ve *A. baumannii* izolatlarında görülmektedir.



Başlıca karbapenemazlar; KPC, NDM, VIM, IMP ve OXA-48 vb.' dir. Ülkemizde en yaygın karbapenemaz OXA-48 olup, KPC ve NDM de giderek artmaktadır. OXA-48 ve NDM birlikteliği %10'u geçmiştir. ⁽⁸⁾

Tabloda ise ülkemizde en çok OXA-48 saptandığı, son yıllarda ise KPC-NDM eşliğinin arttığını görüyoruz.

Tedavide yeni beta-laktam/beta-laktamaz inhibitörleri kullanılacaksa karbapenemaz tipinin belirlenmesi önerilmektedir. ⁽⁴⁾

Üriner dışı CRE enfeksiyonlarında KPC+ ise; yeni BL/BLI kullanılabilir. NDM+ ise seftazidim-avibaktam ve aztreonam kombinasyonu önerilmektedir. OXA-48 üretimi varsa seftazidim-avibaktam önerilmektedir. Tümünde alternatif olarak sefiderokol kullanılabilir. ⁽⁴⁾

Son 1 yılda MBL prevelansı yüksek bölgede tedavi görme ya da geçmiş kültürlerinde MBL pozitifliği varsa ampirik tedavide seftazidim-avibaktam + aztreonam veya tek başına sefiderokol kullanımı önerilmekte.

IDSA 2023'e göre CRE tedavisinde polimiksin/kolistin monoterapisi, meropenem yüksek dozda uzun süre infüzyonu ve kombinasyon tedavileri önerilmemekte.

Seftazidim-avibaktam monoterapi olarak önerilmektedir. Polimiksin içeren kombinasyonlara göre daha az toksiktir. Tedavi sırasında %10-20 direnç gelişimi bildirilmiştir. NDM varsa seftazidim-avibaktam ve aztreonam kombinasyonu önerilmektedir. Ancak aztreonam ülkemizde bulunmadığından polimiksin, aminoglikozid, fosfomisin ile kombinasyon düşünülebilir. ⁽⁹⁾

Meropenem MİK<8 ise kombinasyonlarda kullanılabilir. ⁽¹⁰⁾ Polimiksin/kolistin kombinasyonlarda kullanıldığında mortaliteyi azalttığı gösterildiğinden karbapenem veya yüksek doz tigesiklin ile kombine kullanılabilir. ^(11, 12) Fosfomisin monoterapide hızlı direnç geliştiğinden karbapenem veya tigesiklinle sinerjik etkisi gösterildiğinden kombinasyonlarda kullanılabilir. ⁽¹³⁾ Aminoglikozidler kombinasyonda kullanılabilecek bir diğer ajan olup nefrotoksisite riskinden dolayı kolistin kombinasyonundan kaçınılması önerilir. Tigesiklin üriner sistem ve kan dolaşımı enfeksiyonları dışında kombinasyonda kullanılabilir ancak yüksek doz kullanımı önerilmektedir. ⁽¹⁴⁾ Bu sebeple yan etkilerde (hipofibrinojenemi vs.) artış olabileceğinden yakın izlem önerilir.

Karbapenem dirençli *Acinetobacter baumannii*:

CRAB için kolonizasyon-enfeksiyon ayrımı zordur. Tedavi için kanıt düzeyi yüksek standart bir rejim yok. Karbapenemler gibi birçok antibiyotige de farklı yollarla dirençli. IDSA 2023'e göre tedavide klinik yanıt alınana dek en az iki ajan kombine edilmelidir. Sulbaktam dirençli de olsa kombinasyonun ana komponentini oluşturur ve tedaviye yüksek doz (6-9 gr) olacak şekilde eklenmelidir. Polimiksin B/kolistin, minosiklin, tigesiklin, sefiderokol kombinasyonda kullanılabilirken fosfomisin ve rifampisin önerilmemektedir. Polimiksinlerden üriner sistem enfeksiyonu dışında öncelikle polimiksin B tercih edilmesi önerilmekte, tigesiklin ise yüksek dozda kombinasyonu önerilmektedir. Karbapenemler yüksek doz uzun infüzyon ve respiratuvar CRAB enfeksiyonlarında nebulize antibiyotik kullanımı önerilmemektedir. ⁽⁴⁾

MDR/DTR-*P. aeruginosa*:

Enfeksiyon-kolonizasyon ayrımı zor olan etkenlerden biridir. *P. aeruginosa* en az 3 antibiyotik sınıfından birer antimikrobiyal ajana dirençliyse MDR- *P. aeruginosa* olarak adlandırılmaktadır. DTR-*P. aeruginosa* ise tedavide kullanılan ilk seçenekler olan antibiyotiklere (Piperasillin-tazobaktam, seftazidim, sefepim, aztreonam, meropenem, imipenem-silastatin, siprofloksasin ve levofloksasin) dirençlidir.

Başlıca direnç mekanizmaları: dış membran porin (OprD) ekspresyonunda azalma, *Pseudomonas*-derived sefalosporinaz (PDC, pseudomonal AmpC enzim) enzim üretiminde artış, effluks pompa up-regülasyonu, PBP hedeflerinde mutasyon, genişlemiş spektrumlu β -laktamazlar, karbapenemaz üretimidir.

MDR- *P. aeruginosa* antimikrobiyal duyarlılık testinde karbapenemlere, kinolonlara ve karbapenem dışı β -laktamlara duyarlı ise tedavide ilk seçenek olarak yüksek doz uzun infüzyon ile karbapenem dışı β -laktamlar veya kinolonlar tercih edilmesi önerilmektedir. Karbapenemlere dirençli ancak karbapenem dışı β -laktamlara duyarlı ise tedavide ilk seçenek kritik hasta veya kaynak kontrolü yapılamıyor ise tedavi yeni β -laktam ajanlar olarak önerilmektedir. ⁽⁴⁾

IDSA 2023'e göre DTR-*P. aeruginosa* için üriner sistem dışı enfeksiyonlarda ilk önerilen tedavi yeni betalaktam-betalaktamaz inhibitörleridir. Alternatif olarak sefiderokol önerilse de olup ön planda daha dirençli



mikroorganizmaların tedavisi için saklanması önerilmektedir. Yeni betalaktam-betalaktamaz inhibitörleri ile kombinasyon önerilmemektedir.

Stenotrophomonas maltophilia:

Enfeksiyon-kolonizasyon ayrımı zor olan etkenlerden bir diğeridir. IDSA 2023'e göre tedavide iki ana yaklaşım olup biri etkili antibiyotiklerle ikili kombinasyon (TMP-SMX, levofloksasin, minosiklin/tigesiklin, sefiderokol), diğeri ise hasta kritik ve stabil değilse, birinci yaklaşıma intolerans ya da direnç varsa seftazidim-avibaktam+aztreonamdır. Kombinasyon tedavisinden levofloksasin monoterapisine geçiş önerilmemektedir.

Sonuç:

Dirençli gram negatif bakteri enfeksiyonları giderek artmaktadır. Seçeneklerin çok kısıtlı olması nedeniyle tedavileri güçtür. Bu sebeple bu enfeksiyonların yönetiminde olumlu sonuçlar almak için ampirik tedavi seçiminde; lokal antibiyotik duyarlılıkları ve en sık görülen patojenler, hastalığın şiddeti ve kaynağı, konak faktörleri, önceki kültür-antibiyoqram sonuçları (son 12 ay) ve önceki antibiyotik tedavisi (son 1 ay) gibi faktörler dikkate alınmalıdır.

Erken ve etkili antibiyotik tedavisi başlanması önemlidir.^(14,15,16,17) Kültür alınması ile etkili antibiyotiğin başlanması arasındaki süre iki günü aştığında mortalitede %25 artış gözlenmiştir.⁽¹⁵⁾ Karbapenemaz enziminin belirlenmesi özellikle yeni beta laktam/beta laktamaz inhibitörleri seçiminde önerilmektedir. Etkeni ve antibiyotik duyarlılığını hızlı tanımlayacak testlerin kullanımı, etkin tedaviye başlama süresini kısaltacağından faydalı olacaktır.

Referanslar

- 1) Antimicrobial Resistance C. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet 2022; 399(10325): 629-55
- 2) Magiorakos AP. Clin Microbiol Infect. 2012;18:268–281.
- 3) USHİESA Özet Raporu, 2022.
- 4) IDSA 2023 Guidance on the Treatment of Antimicrobial Resistant Gram-Negative Infections
- 5) Sanders CC, Bradford PA, Ehrhardt AF, et al. Penicillin-binding proteins and induction of AmpC beta-lactamase. Antimicrob Agents Chemother **1997**; 41(9): 2013-5.
- 6) Weber DA, Sanders CC. Diverse potential of beta-lactamase inhibitors to induce class I enzymes. Antimicrob Agents Chemother **1990**; 34(1): 156-8.
- 7) Hancock RE, Bellido F. Antibacterial in vitro activity of fourth generation cephalosporins. J Chemother **1996**; 8 Suppl 2: 31-6.
- 8) Akalin H. Karbapenem dirençli Enterobacteriaceae enfeksiyonlarının tedavisi. Turk Klin Infect Dis - Spec Top 2023;16:45-60.
- 9) SÜMER Ş. ve ark. FLORA 2024;29(1):1-24
- 10) Paul M, et al. Clin Microbiol Infect 2022;28:521-47
- 11) Ni W et al. Infect Dis 2015;19:170-80.
- 12) Hou Sy et.al. J Glob Antimicrob Resist 2020;23:197- 202
- 13) Reffert JL et.al. Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther 2014;34:845-57
- 14) Bassetti M, Echols R, Matsunaga Y, Ariyasu M, Doi Y, Ferrer R, et al. Efficacy and safety of cefiderocol or best available therapy for the treatment of serious infections caused by carbapenem-resistant Gram-negative bacteria (CREDIBLE-CR): A randomised, open-label, multicentre, pathogen-focused, descriptive, phase 3 trial. Lancet Infect Dis 2021;21:226- 40
- 15) Bonine NG, Berger A, Altincatal A, Wang R, Bhagnani T, Gillard P, et al. Impact of delayed appropriate antibiotic therapy on patient outcomes by antibiotic resistance status from serious gram-negative bacterial infections. Am J Med Sci 2019;357:103-10.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



- 16) Falcone M, Tiseo G, Galfo V, Giordano C, Leonildi A, Marciano E, et al. Bloodstream infections in patients with rectal colonization by *Klebsiella pneumoniae* producing different type of carbapenemases: A prospective, cohort study (CHIMERA study). Clin Microbiol Infect 2022;28:298.e1-298.
- 17) Lodise TP, Berger A, Altincatal A, Wang R, Bhagnani T, Gillard P, et al. Antimicrobial resistance or delayed appropriate therapy-does one influence outcomes more than the other among patients with serious infections due to carbapenem-resistant versus carbapenem-susceptible Enterobacteriaceae? Open Forum Infect Dis 2019;6:ofz194



Yoğun Bakımda Kandidalar

Ali Gökhan Akçay

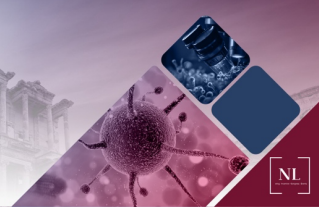
SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kandidalar, yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda, en yaygın invaziv mantar enfeksiyonu olup, kolonizan olarak da sıkça karşılaşılmaktadır. Toplumdan kazanılmış invaziv kandida enfeksiyonları genellikle damar içi madde kullanımı gibi risk faktörleri içerse de yoğun bakımda takip edilen hastalarda, çoğunlukla kişisel ve çevresel faktörlerle beraber uzun süreli yatışlar neticesinde, hastane kökenli nedenler rol oynamaktadır.

Kandida enfeksiyonlarını, mukozal ve invaziv kandidiyazis olarak iki ana başlığa ayrılmaktadır. İnvaziv kandidiyazis çoğunlukla kendini kandidemi olarak göstermekte olup, genellikle host faktörlerle ilişkili olarak da derin doku kandidiyazisi ile kandidemi yapmadan da sinsi ilerleyebilmektedir.

Ampirik ya da hedefe yönelik uygun tedavi almayan invaziv kandidiyazis olgularında mortalite ve morbidite yüksek olup, buna karşın, iklim değişikliği, düşük orta gelirli ülkelerde tanı/tedavi imkanların erişim sorunu ve çoklu antifungal ilaca direnç sorunları gibi kısıtlılıklardan dolayı önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir.

Antibiyotik Yönetimi (Antimicrobial Stewardship), birçok ülkede ve merkezde uygulanmasına rağmen, Antifungal Yönetimi az sayıda merkezde uygulanmaktadır. Var olan antifungallere direnç ve yeni çıkacak antifungallerin uygunsuz kullanımından dolayı gelişebilecek direnç sorunlarını ortadan kaldırmak, yoğun bakım ünitesinde hastaya uygulanan polifarmasi ve diyaliz gibi organ yerine koyma tedavilerin kompleksliği, ilaç-ilaç etkileşimi, uygun dozda/sürede antifungal tedavinin yapılabilmesi için, Antifungal Yönetim Sistemini zorunlu kılmaktadır.



Yoğun Bakımda Salgın Yönetimi

Dr. Elif Dilan Dağ

Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bir hastalığın, belirli bir yerde beklenen görülme düzeyi endemik düzey olarak adlandırılır. Salgın (epidemik düzey) ise bir hastalığın, bir yerde, belirli bir zaman diliminde beklenenden fazla görülmesi ya da belirli ortak özellikleri nedeniyle kümeleşme göstermesi olarak tanımlanır.

Hastane enfeksiyonu epidemileri nadir görülmekle birlikte bir hastanede yaşanan en önemli medikal problemler arasında yer almaktadır. “National Nosocomial Infections Surveillance” (NNIS) sistemi verilerine göre salgınlar hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %5’ini oluşturmaktadır. Sık görülen etkenlerin neden olduğu birçok salgının farkına varılamadığı gerçeği de göz ardı edilmemelidir (Örneğin Escherichia coli’ye bağlı üriner sistem enfeksiyonu salgını).

Hastane salgınları genellikle sık tekrarlanan bazı invaziv işlemler veya aletlerin ve bunların bakımı ile ilgili uygulamalarda yapılan teknik hataların sonucunda ortaya çıkar. Bu ilişkilerin iyi bilinmesi verimli bir salgın incelemesi yapılabilmesi için gerekli olan bir ön koşuldur.

Salgın incelemesinde en önemli amaç, salgına konu olan hastalığı ya da enfeksiyon etkenini daha fazla yayılmadan kontrol altına alabilmek ve benzer durumların tekrarlanmasını önleyebilmektir. Ayrıca salgın incelemeleri sonucunda daha önceden bildirilmemiş yeni rezervuarlar ve bulaş yollarını tanımlamak mümkündür.

Hastane salgınlarının en sık ortaya çıktığı yerler yoğun bakım üniteleri, bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların yattığı birimler, organ nakli ve hemodiyaliz üniteleridir.

Yoğun bakımların diğer kliniklerden farkı nedir? Buralar hastalar için kritik süreçlerin geçtiği bir yerdir. Hastaya temas eden kişi sayısı ve temas sayısı çok fazladır. Birçok invaziv katater, ventilatör kullanımı mevcuttur. Hastanın ve çevrenin dirençli bakterilerle kolonizasyon riski fazladır.

Hastane salgınlarının saptanabilmesi için aktif olarak çalışan bir enfeksiyon kontrol ekibinin ve duyarlı, güvenilir, kesintisiz bir surveyans sisteminin bulunması esastır. Düzenli verilerin toplandığı surveyans sisteminde vaka sayısında istatistiksel olarak anlamlı artışın tespiti ile salgınlar daha erken fark edilebilir.

Salgın incelemesini iki döneme ayırarak incelemek mümkündür:

- Ön inceleme ve tanımlayıcı çalışma
- Esas inceleme ve karşılaştırmalı çalışma

Salgın inceleme başlarken ilk aşamada salgının tanısının kesinleştirilmesi, psödoenfeksiyon veya psödoepidemi olasılıklarının ekarte edilmesi büyük önem taşır. Birbiriyle zaman ve yer bakımından ilişkisiz vakaların şans eseri kümelenmeleri ya da psödoenfeksiyonların bir araya gelmesi durumuna psödoepidemi adı verilir. Psödoenfeksiyon, klinik olarak enfeksiyon bulgusu olmadığı halde belli bir mikroorganizmanın klinik örneklerden izole edilmesi olarak tanımlanır. Psödoenfeksiyonlar örneklerin alınması veya laboratuvar işlemleri sırasındaki kontaminasyon nedeniyle ortaya çıkabilir. Ya da hastanede yatak sayısındaki artışlar vaka sayılarında yalancı artmalara neden olabilir.

Gerçek bir salgın olduğu kesinleştirildikten sonra tüm muhtemel vakalar gözden geçirilerek kesin bir vaka tanımı oluşturulur. Kesin vaka tanımında “kim, ne zaman, nerede” sorularının net bir şekilde cevaplanması gereklidir. Başlangıçta oluşturulan vaka tanımı daha geniştir. İnceleme ilerledikçe daha özgül veya seçici bir vaka tanımı oluşturulur. Her salgın incelemesinde konu ile ilgili literatür incelemesi yapılmalıdır. Literatür incelemeleri ile edinilen bilgiler ışığında muhtemel risk faktörleri saptanır. Tüm vakaları ve salgın incelemesi açısından önem taşıyan özelliklerini içeren bir liste hazırlanır (line-listing)



Vakalar belirlendikten sonra salgın dönemini, salgın öncesi dönemle karşılaştırabilmek amacıyla salgın eğrisi çizilir. Salgının zaman içerisindeki ilerlemesi, hasta hareketi ve vaka bağlantıları hakkında bilgi veren bu salgın eğrisi, muhtemel kaynak ve bulaş yolu hakkında bize fikir verebilir. İki dönemdeki (salgın öncesi-salgın) atak hızlarının (hastalık sayısı/risk altındaki kişi sayısı) istatistiksel olarak karşılaştırılması sonucunda bunun gerçek bir salgın olup olmadığına karar verilir. Bu noktadan itibaren esas salgın incelenmesine geçilir.

Toplanan tüm verilerin ve literatür bilgilerinin ışığında salgının nasıl geliştiğini açıklamayı hedefleyen bir hipotez geliştirilir. Vaka listesinin ve epidemik eğrisinin dikkatle incelenmesi hipotez geliştirme aşamasında büyük önem taşır.

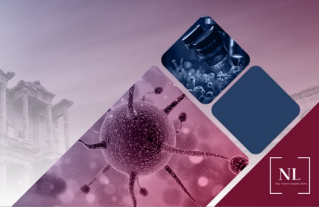
Tüm bu çalışmalar yürütülürken bir yanda da yayılımın önlenmesi için gerekli kontrol önlemleri alınır. Salgınla ilgisi olabilecek her türlü hasta izolasyonunun ve diğer izolasyonların saklanması konusunda laboratuvar bilgilendirilmelidir. Salgın kaynağı olabileceğinden şüphelenilen aletlerin kullanımdan kaldırılması gereklidir.

Salgın incelemesi sırasında tedirginlik ve korku ortamı yaratmaktan özellikle kaçınılmalıdır. İnceleme paniğe yol açmadan ve suçlayıcı bir tavır takınmadan yürütülmeli; personel asıl amacın kaynağı bulmak, benzer olayların gelişmesini önlemek olduğu konusunda ikna edilmelidir. Aksi takdirde incelemenin sonucu açısından önemli olabilecek materyaller ortadan kaldırılabilir, muhtemel kaynaklar dezenfekte edilebilir, rutin uygulamalarda değişiklik yapılabilir ve enfeksiyon kontrol ekibine yanlış bilgi verilebilir. Salgın incelemesi boyunca ilgili bölümler ve hastane idaresi ile iyi iletişim kurulması sağlıklı bir inceleme yürütülebilmesi yönünden büyük önem taşır. İncelemeyi yürüten ekibin içinden bir sözcü seçilmeli, ilgili servis ya da bölüm, hastane idaresi belirli aralıklarla sözcü tarafından bilgilendirilmeli, aslı olmayan bilgilerin kulaktan kulağa yayılımı engellenmelidir.

Salgın nedeniyle herhangi bir servisin kapatılması dikkatle düşünülerek alınması gereken çok ciddi bir karardır. Böyle bir kararın ancak yüksek mortalitesi olan, kalıcı sekelle sonuçlanan veya alınan önlemlere rağmen kontrol edilemeyen durumlarda verilmesi, kar-zarar hesabının çok iyi yapılması gerekir. Servis kapatma, bazı cerrahi girişim veya diğer invaziv girişimlerin geçici olarak durdurulması gibi kararlar alınmadan önce hangi kriterler sağlandıktan sonra servisin açılacağı ya da durdurulan girişimlerin başlatılabileceği belirlenmelidir.

Hipotez belirlendikten sonra salgına neden olan muhtemel risk faktörleri belirlenir. Muhtemel bir risk faktörünün salgının ortaya çıkışında rolü olduğunu kesinleştirmek için bazı koşulların bir arada bulunması gerekir. Risk faktörü, araştırılan durumun ortaya çıkışından önce mevcut olmalıdır ve bu risk faktörünün araştırılan durumla ilişkili olduğu istatistiksel yöntemlerle gösterilmelidir. Bu ilişkiyi ortaya koymak için ve geliştirilen hipotezi test etmek için analitik epidemiyolojik yöntemler kullanılır (vaka-kontrol, kohort çalışması). Vaka kontrol, olguların risk altında ancak araştırılan durumdan etkilenmemiş hastalarla (kontrol grubu) karşılaştırılması ile yapılan çalışmadır. Kohort çalışmasında ise belirli bir risk faktörü taşıyan hastalarda araştırılan salgın durumunun görülme sıklığı ile bu risk faktörünü taşımayan hastalarda aynı durumun görülme sıklığı karşılaştırılır.

El yıkama başta olmak üzere temel enfeksiyon kontrol önlemlerine uyumun artması ile birlikte, salgının gerçek kaynağı saptanmadan önce yayılımın durdurulması mümkündür. Salgın kaynağının belirlenmesinin takiben bu nokta üzerinde yoğunlaşılmalıdır. Uyum sorununun çözülebilmesi için eğitime öncelik verilmesi gerekir. Her salgın incelemesinde mutlaka yazılı standartlar gözden geçirilmeli, gerekiyorsa güncellenmelidir. Yazılı standartları olmayan merkezlerde ortaya çıkacak bir salgınlar ise standartların belirlenmesi ve yazılı hale getirilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.



Transplant Infection

Mukhtar Abdullahî ALİ

SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

Introduction

Transplantation has revolutionized modern medicine, offering a second chance at life for individuals with end-stage organ failure. Whether it's kidney, liver, heart, lung, or other solid organ transplants, transplant infections can occur at any stage of the transplantation process, from the initial evaluation of the donor organ to long-term follow up care.

Main text

The etiology of transplant infections is multifactorial, with various sources contributing to their development donor-derived infections are a significant concern, as organ procurement and preservation processes may introduce pathogens into the transplant recipient's body.

Clinical Manifestations and Diagnosis:

can vary widely linked on the type of pathogen involved, the site of infection, and the patient's immune status. common signs and symptoms include fever, chills, malaise, and localized pain or swelling. in transplant recipients, symptoms may be attenuated or absent, thus early diagnosis challenging Diagnostic strategies for transplant infections often involve a combination of clinical assessment, imaging studies, and laboratory tests. Blood cultures, urine cultures, and respiratory specimens are routinely obtained to identify potential pathogens, molecular diagnostic techniques such as (PCR) assays can provide rapid and sensitive detection of viral and fungal infections. Imaging modalities such as (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) may be utilized to evaluate the extent of infection and guide therapeutic decisions,

Conclusion:

Transplant infections represent a significant challenge in the care of transplant recipients, affecting morbidity, mortality, and long-term graft survival addressing this challenge requires a multidisciplinary approach involving transplant surgeons, infectious disease specialists, microbiologists, and other healthcare professionals.



Biyolojik Ajan Kullanan Hastalarda Enfeksiyon Hastalıkları Yönetimi

Süleyman Kılınc

SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İnflamatuvar romatizmal hastalıkların patogenezi ve proinflamatuvar sitokin ağı hakkında bilgilerimizin artışıyla biyolojik ajanlar üretilmeye başlanmıştır. Amaç uygunsuz immün yanıtın baskılanmasıdır. Biyolojik ilaçlar;

- Biyoteknolojik metotlar ile üretilen özelleşmiş proteinlerdir.
- “**Nokta atışı**” yaparak hastalık patogenezinde önemli olan kısmı bloke eden ajanlardır.

Biyolojik ajanlar üç temel yaklaşımla tedaviyi hedefler:

- Patogeneze önemli olan bir sitokini engellemek
- T lenfositlerin aktivasyonu için gerekli olan ikinci sinyali önleyerek T hücrelerin aktive olmasını önlemektir.
- B hücrelerin sayısını azaltmayı hedeflemektir.

Bu hedefe yönelik yaklaşımlar yaygın ve fırsatçı enfeksiyon riskini artırabilecek benzersiz immünolojik defektlere de neden olmaktadır.

HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Biyolojik ajan başlanacak hastalar tanı anında, tedavi başlamadan önce ve tedavi altındayken periyodik olarak profilaksi ve tedavi açısından değerlendirilmelidir.

Hastalardan tedavi öncesi gelişebilecek enfeksiyon hastalıkları yönünden tarama testleri istenmelidir.

TÜBERKÜLOZ

- Kullanılan ilaçlardan bağımsız olarak, romatolojik hastalarda TB gelişme riski artmıştır. Biyolojik ajanların kullanımı da TB riskini artırmaktadır.
- Genellikle “TNFi” ajanlar suçlanmaktadır.
- Tüberküloz enfeksiyonu taraması için **interferon gama salınım testleri (IGST)** ve/veya **tüberkülin deri testi (TDT)** kullanılmaktadır. Bağışıklığı baskılanmış kişilerde TDT 5 mm ve üzeri pozitif kabul edilir.
- Profilaksi en az bir ay aldıktan sonra başlanması önerilir.
- TB enfeksiyonu saptanan ve tedavi alanlarda; anamnez, fizik muayene ve radyoloji ile takip edilmeliyken TB enfeksiyonu saptanmayan hastalarda 6 ayda bir IGST/TDT yapılmalıdır.
- Tedavi ara verilmesi durumunda süre 2 aydan kısa ise tedavi kaldığı yerden devam edilir. Süre 2 aydan uzun ise tedavi sıfırlanır.
- Biyolojik ajan kullanılırken aktif TB gelişmesi halinde de biyolojik ajan kesilmeli TB tedavisine başlanması ve mümkünse tedavi bitimi sonrası biyolojik ajan başlanması önerilmektedir.

HEPATİT B ENFEKSİYONUNA YAKLAŞIM

- Biyolojik ajanların klinik kullanıma girmesiyle duyarlı kişilerde hepatit B reaktivasyonu riski ortaya çıkmıştır.
- Risk grubundakilere profilaktik antiviral tedavi başlanarak HBV reaktivasyonunun önlenmesi mümkündür.
- HBV reaktivasyon riski kişinin virolojik ve serolojik profiline, biyolojik ajanın türüne, immunsupresyonun süresi ve şiddetine göre değişmektedir.



- HBsAg pozitif izlenen hastalarda orta ve yüksek riskli ilaç gruplarında profilaksi önerilirken düşük riskli ilaç grubunda HBV-DNA bakılmalıdır. HBV-DNA 2000 altında ise 3 ayda bir kez ALT ve HBV-DNA ile takip edilmez.
- HBsAg negatif Anti-HBc pozitif izlenen hastalarda ise yüksek riskli ilaç grubunda HBV-DNA bakılmaksızın profilaksi önerilirken diğer gruplarda HBV-DNA ya göre karar verilmelidir.
- İlk seçenek olarak ETV, TNF ya da TAF önerilmektedir.
- Antiviral profilaksiye, biyolojik ajandan 1-2 hafta önce başlanmalı, biyolojik ajan kesildikten sonra en az 12 ay daha devam ettirilmelidir.
- Profilaksi kesildikten sonra hasta en az 1 yıl daha hepatit B açısından takip edilmelidir.

HCV ENFEKSİYONUNA YAKLAŞIM

- Yapılan en geniş popülasyon bazlı çalışmada Türkiye'de anti-HCV pozitifliği %1 bulunmuş.
- Ülkemizde romatoid artrit ve ankilozan spondilit hastalarında anti-HCV pozitiflik oranı, genel popülasyonla benzer olması nedeni ile biyolojik ajan kullanan hastalarda tarama yapılması önerilmektedir.
- Anti-HCV pozitif bulunan hastalarda HCV-RNA bakılmalıdır. HCV-RNA pozitif bulunan hastalarda genotip tayini yapılmalı ve karaciğer hastalığının şiddeti değerlendirilmelidir.
- Anti-HCV negatif hastalardan yüksek risk grubunda olanlara yıllık olarak anti-HCV bakılmalıdır.
- Risk grubunda olmayan hastalarda ise yıllık anti-HCV tekrarı önerilmez.

HIV ENFEKTE BİREYLERDE BİYOLOJİK AJAN KULANIMI

- HIV enfeksiyonu için risk faktörleri barındıranların taranması yapılmalıdır.
- Hastaların tedaviyi iyi tolere edebilmesi için ART'nin TNF tedavisinden önce başlanması ve CD4 sayısının > 200 hücre /mm3 olması önerilmektedir.

DİĞER ENFEKSİYON ETKENLERİ

- Listeria monocytogenes*:
 - Özellikle infliksimab *Listeria*'ya bağlı sepsis, meningoensefalit, kolesistit ve artrit gibi fırsatçı enfeksiyon riski artmaktadır.
 - TMP-SMX profilaksisi yaşlı veya lenfositopenili seçilmiş vaka grubunda düşünülebilir.
- Pneumocystis jirovecii*
 - TNFi alan RA'lı hastalarda fulminan interstisyel pnömoniye neden olur.
 - Rituksimab ile eş zamanlı immunsupresan kullanan hastalarda kullananlarda PCP profilaksisi önerilebilmektedir.
 - Diğer biyolojik ajanlar için hasta bazlı değerlendirme yapılmalı.

BAĞIŞIKLAMA

- Biyolojik ajan başlanma ihtimali olan hastalarda tanı anında aşılama yönünden plan yapılmalıdır.
- İmmunsupresyon sırasında canlı aşılar kontrendikedir, inaktif aşılar da etkili olmayabilir.
- Aşı uygulama zamanı inaktif aşılar için 2 hafta canlı aşılar için ise 4 haftadır. Rituksimab tedavisi alan hastalarda bu süre aşı türünden bağımsız 4 hafta olarak belirlenmelidir.
- Biyolojik ajan kesildikten sonra canlı aşılar için güvenli bekleme süresi biyolojik ajanın 5 yarılanma ömrü kadardır. Bu süre 2 hafta ile 6 ay arasında değişir.
- Mevsimsel İnfluenza; aşı ya da aşısız biyolojik ajan kullanan hasta influenza olduğu bilinen bir kişi ile yakın temas etmiş ise 48 saat içerisinde oseltamivir profilaksisi başlanmalı



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



- Tetanoz-difteri 6 ay içerisinde rituksimab ya da belimumab alan bir hastada profilaksi ihtiyacı olur ise immünglobulin ile pasif immünizasyon yapılmalıdır.
- Hepatit B; aşısız hastalarda öneri genel popülasyon ile benzer. Bu hasta grubunda yeterli antikor cevabı alabilme olasılığını arttırmak için 0, 1, 2 ve 6. ayda olmak üzere 4 dozluk aşılama önerilirken her biri çift yapılabilir.
- Pnömonokok aşılmasında ise konjuge aşıdan yaklaşık 8 hafta sonra polisakkarit aşılama yapılmalıdır. Eğer polisakkarit aşı önce yapıldı ise konjuge aşı için 1 yıl beklenmelidir.

Olgu örnekleri



Nötropenik Ateş Sendromuna Genel Yaklaşım

Dr. Çağla Aydın Aslan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Günümüzde geliştirilen birçok kemoterapötik yöntem kanser hastalarında büyük umut oluşturmakla birlikte uygulanan tedaviler hücrel ve humoral bağışıklığı önemli oranda baskılamaktadır. Sitotoksik tedaviler, deri ve mukoza bütünlüğünü bozan işlemler enfeksiyonlara karşı doğal bariyerleri yok etmektedir. Nötropenik hastada gerek kateter giriş yeri gibi ekzojen alanlardan gerekse mukozal hasar yüzünden gastrointestinal sistemden dolaşıma bakteriyel geçiş olması önemli sorunlardan biridir. Nötrofil sayısı düşük olması nedeniyle bu hastalarda enflamasyon sınırlıdır, hastalarda enfeksiyona ait belirgin bulgular olmayabilir. Nötropenik ateş, nötrofil sayısının 500/mm³'ün altında veya 48 saat içerisinde 500'ün altına düşmesi beklenen hastada vücut ısısının tek ölçümde 38,3°C ve üstünde veya bir saat süreyle 38,0°C ve üzerinde olması olarak tanımlanmıştır. Ateş şikayetiyle başvuran ve son 4-6 hafta içinde kanser tedavisi için kemoterapi alan tüm hastalarda nötropenik ateş akla gelmelidir.

FEN hastalarında ataklar başlıca üç grupta değerlendirilmektedir; Klinik olarak tanımlanmış enfeksiyon (KDE), Mikrobiyolojik olarak tanımlanmış enfeksiyon (MDI), Nedeni açıklanamayan ateş (FUO/NBA). Ateşli nötropenik atakların yaklaşık % 20-30'unda enfektif bir kaynak tanımlanır. Genellikle enfeksiyonun tek kanıtı hastaların % 10 -25'inde belgelenen bakteriyemidir. Tanımlanan enfeksiyonların yaklaşık % 80'inin hastanın endojen florasından kaynaklanmaktadır. Hematolojik maligniteler nedeniyle tedavi gören hastalarda nötropenik ateş gelişme riski solid tümör nedeniyle tedavi gören hastalardan daha yüksektir. Nötropenik Ateşe bağlı mortalite %2-12 olarak hesaplanmıştır.

Nötropeni ve ateş ile başvuran hastaların değerlendirilmesine dikkatli bir anamnez ve fizik muayene ile başlanmalıdır. Nötropenik hastalarda ateş her zamanacil bir durum olarak kabul edilir ve aksi ispatlanana kadar ateş nedeni enfeksiyon olarak kabul edilir. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri tüm hastalardan istenmelidir. Tüm hastalarda antibiyotik tedavisinin yanı sıra oksijen ve damar içi sıvı gibi destek tedavileri başvurunun ilk 15 dakikası içinde sağlanmalıdır. Antibiyotik tedavisinin başlanması ile hasta başvurusu arasındaki süre bir saati geçmemelidir. Geliştirilen 'Multinational Association for Supportive Care in Cancer Risk-Index Score' (MASCC) skorlama sistemi hastaneye yatırılarak tedavi görmesi gereken yüksek riskli hastalar ile ayakta tedavi edilebilecek komplikasyon gelişme riski düşük hastaları birbirinden ayırmak için duyarlı ve etkin bir yöntem olarak benimsenmiştir. Düşük riskli kabul edilen hastalar ayakta tedavi veya kısa süreli parenteral tedaviyi takiben tedavinin oral yoldan tamamlanması için adaydır, yüksek riskli kabul edilen hastalarda ise hospitalizasyon ile geniş spektrumlu antibiyotikler ile tedaviye başlanıp hastanın klinik takibi ve kültür sonuçlarına göre tedavi spektrumunun eskale veya deescale edilmesi planlanmalıdır.

Nötropenik ateşte en sık izole edilen etkenler bakterilerdir. İzole edilen bakterilerin %60-70'i Gr(+)'tir. Gr(-) bakteriler genellikle en ciddi enfeksiyonlara sebep olurlar. Anaerobik bakteriler sindirim sisteminde bol miktarda bulunmasına rağmen nötropenik ateşi olan hastalardan izole edilen nadir patojenlerdir.

İzole edilen diğer bir etken de mantarlardır. Nötropenin süresi ve şiddeti, uzun süreli antibiyotik kullanımı, kemoterapi sikluslarının sayısı arttıkça etken olma ihtimalleri artar. İnvaziv mantar enfeksiyonları, kalıcı veya tekrarlayan nötropenik ateşin bir nedeni olarak daha sonra ortaya çıkar.

Febril nötropenik hasta özeldir ve dikkat gerektirir. Enfeksiyon varlığının kanıtlanması için hızlı davranılmalı ve antibiyoterapi başlamak için vakit kaybedilmemelidir.

Anahtar kelimeler: Nötropeni, Ateş, Malignite, Tedavi



Zona Aşısı

Dr. Selami ERDİNÇ

TC. SBÜ. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

Varicella zoster virusu (VZV) Herpesviridae ailesi üyesidir. VZV /HHV-3 olarak da bilinmektedir. Suçiçeği ve zona etkindir. Sıklıkla herpes zoster (zona) olarak görülmektedir. Medulla spinalis boyunca arka kök veya bazı kraniyal sinir ganglionlarında latent olarak bulunan VZV'nin reaktivasyonu ile oluşur genellikle tek taraflı, orta hattı geçmeyen, dermatomal yayımlı makulopapuler-veziküler hale gelen döküntü ile karakterizedir. Sıklıkla torasik ve lomber dermatomlar tutulur. Döküntüden 48-72 saat önce lokalize ağrı görülür. İnsidans yaşla birlikte artar; 50-59 yaş arası yetişkinlerde 1.000 kişide beş vakadan, 80 yaş ve üzeri kişilerde 1.000 kişide 11 vakaya kadar yükselir.

Herpes zoster canlı ve rekombinant zoster aşısı olmak üzere iki tip aşısı bulunmaktadır. Canlı Herpes Zoster aşısı insan diploid (MRC-5) hücrelerinde üretilmiş canlı attenüe bir aşıdır. Suçiçeği aşısı gibi Oka suşundan hazırlanmıştır. Aşı FDA tarafından 2006 yılında 60 yaş ve üzerine onay almış, 2011 yılında ise yaş sınırı 50'ye çekilmiştir. Daha önce suçiçeği ve zona zoster geçirip geçirmediği olmasına bakılmaksızın 60 yaş üzerindeki tüm bireylere önerilmektedir. Aşının etkinliği yaş ile bir miktar azalmaktadır. Post-herpetik nevralji riskini %5-55 oranında azalttığı bildirilmektedir. Aşının koruyuculuk süresinin ne kadar olduğu ya da rapel doz gerekkip gerekmediği bilinmemektedir. Deltoid bölgeye subkutan tek doz olarak uygulanır. Canlı Zoster aşısı (Zostavax), 18 Kasım 2020 itibarıyla artık Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılamamaktadır. Düşük doz immünsupresif tedavi hastalara artmış zona riski nedeniyle zona aşısı önerilmektedir.

Rekombinant Zoster Aşısı; Glikoprotein E ve lipozom bazlı AS01B adjuvan içeren subunit bir aşıdır. 2017 yılında FDA onayı almıştır. 50 yaş ve üzeri yetişkinler ve hastalık veya tedaviler nedeniyle bağışıklık sistemi zayıflamış olan 19 yaş ve üzeri yetişkinler aşı önerilmektedir. İntramusküler olarak 2 doz seri halinde 2-6 ay ara ile uygulanır. Bağışıklık sistemi zayıf olan veya zayıflayacak olan bazı kişiler, ilk dozdan 1 ila 2 ay sonra ikinci dozu alabilirler. Aşının herhangi bir bileşenine veya önceki dozunu takiben anafilaksi veya hastanın ateşi >38,5°C veya akut orta-şiddetli hastalığı varsa aşı kontrendikedir.

Canlı aşı kontrendikasyonları; Aşının herhangi bir komponentine karşı allerji varlığı, lösemi, lenfoma ve diğer malignitelerde görülen immün yetmezlik halleri, 2 haftadan uzun süre immünsüpresif dozda kortikosteroid kullanımı, primer ya da kazanılmış immün yetmezlik halleri, aktif tüberküloz, gebelik 38.5 C'nin üzerinde ateşin eşlik ettiği hastalıklar kontraendikedir.

HIV ile enfekte bireylerde canlı Zona aşısı CD4>200/mm3 olan bireylerde güvenilir ve immünojeniktir. CD4 sayısı >350/mm3 olan bireylerde en yüksek zoster antikorları oluşur. CD4 sayısı ≥200/mm3 olan ve 60 yaşın üzerindeki bireylerin aşılanması önerilir. CD4<200/mm3 olan bireylere canlı aşı önerilmez.

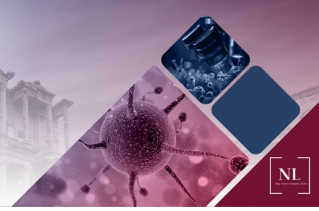
Gebelikte canlı atenüe aşı, önerilmez. Aşı yapılmışsa 4 hafta gebe kalmaması önerilir.

Aşı yan etkileri en sık enjeksiyon yerinde ağrı, şişme, kaşıntı ve kızarıklık görülmektedir. Nadiren ateş, üşüme, titreme, kırgınlık ve baş ağrısı gibi semptomlar ortaya çıkabilir. Daha az oranda ise yaşamı tehdit eden anafilaksi, artralji, hipersensitivite reaksiyonları görülebilir.

Aşılama koruyucu hekimliğin en önemli görevlerinden biridir. Özellikle risk gruplarında aşı ile korunulabilecek hastalıklar için kritik öneme sahiptir. Zoster aşılama oranlarının artması ve kayıt altına alınması komplikasyonları önlemede, hastaneye yatış gereksinimi ve yatış süresinin kısaltılması için özellikle immünsupresif ve geriatric yaş grubunda önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

1. Türkiye EKMUD, 2024 ,Erişkin Bağışıklama Rehberi
2. <https://www.cdc.gov/shingles/index.html>
3. Vaccination for the prevention of shingles (herpes zoster). Up to Date



İnfluenza Aşısı

Sultan Akkuş

Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

İnfluenza enfeksiyonu, tüm yaş gruplarını etkileyen yüksek mortaliteyle seyredabilen akut viral solunum yolu enfeksiyonudur (1). İnfluenza A veya influenza B virusleri tarafından hastalık meydana gelmektedir (2). Aşı antijenleri, bir önceki sezonun sonunda dolaşımda olan influenza virüslerinden elde edilir. Kuzey Yarımküre için Şubat ayında, Güney Yarımküre için de Ekim ayında dolaşımda olan influenza virüslerinden oluşturulur (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2024-2025 kuzey yarımküre grip sezonunda kullanılacak üç değerlikli aşılardan aşağıdakileri içermesini önermektedir. İnfluenza aşılması için yumurta bazlı aşılardan A/Victoria/4897/2022, (H1N1)pdm09, A/Thailand/8/2022 (H3N2), B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria) iken, hücre kültürü veya rekombinant bazlı aşılardan A/Wisconsin/67/2022 (H1N1)pdm09, A/Massachusetts/18/2022 (H3N2) ve B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria) olarak belirtilmektedir. Kontrendikasyonu olmayan 6 ayın üzerindeki tüm kişilere yıllık rutin grip aşısı yapılması önerilmektedir (5). Aşı formülasyonunun seçimi yaş, eşlik eden hastalıklar ve yan etki riski gibi çeşitli faktörlere bağlıdır (6). Kronik kalp, akciğer, karaciğer, böbrek hastalığı olmak, 65 yaşından büyük olmak, kronik metabolik ve endokrin hastalığı olmak, bakım ve huzurevlerinde kalmak veya buralarda bakım vermek, sağlık çalışanı olmak, influenza sezonunda gebe olmak, obezite, 19 yaşından küçük olup, uzun dönem aspirin kullanmak, immunosupresif hasta olmak influenza enfeksiyonu için risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (3). Ciddi alerjik reaksiyon (anafilaksi) ve yumurta alerjisi gibi aşı içeriğine karşı alerji (anafilaksi) durumunda aşının yapılması kontrendikedir. Ciddi olmayan alerjik reaksiyon, aşılamadan sonra 6 hafta içinde gelişen Gullian Barre Sendromu, ateşli veya ateşsiz orta veya şiddetli akut hastalık kısmi kontrendikasyon olarak değerlendirilmektedir (6).

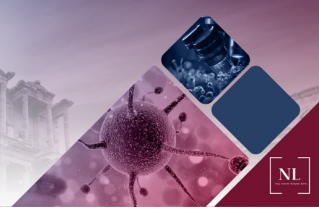
Pnömonokok aşısı

S. pneumoniae pnömoni, orta kulak iltihabı, menenjit ve bakteriyemiden sorumlu bir patojen olup, hem çocuklarda hem de yetişkinlerde morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Konjuge ve polisakkarit pnömonokok aşılarının kullanıma sunulması, *S. pneumoniae* organizmasının neden olduğu invaziv pnömonokok enfeksiyonlarının oranını azaltmıştır (7). Konjuge aşılardan arasında 10 değerlikli PCV (PCV10 ; Synflorix), 13 değerlikli PCV (Pneumovax 13), 15 değerlikli PCV (Vaxneuvance) ve 20 değerlikli PCV (Pneumovax 20) yer alır. Tek başına 20 valanlı PCV (PCV20) aşı yapılabileceği gibi 15 valanlı PCV'yi (PCV15) ve ardından 23 valanlı PPSV (pneumovax) yapılabilmektedir (8). Pnömonokok aşısının, 65 yaş üzeri tüm yetişkinlere ve 19-64 yaş arasında olup predispozan durumu olduğunda yapılması önerilmektedir. Predizpozan durumlar arasında kronik akciğer hastalığı, kronik karaciğer hastalığı, diyabet, kohlear implant, BOS sızıntısı, immün sistemi baskılayan durumlar (HIV enfeksiyonu, hematolojik maligniteler), fonksiyonel veya anatomik aspleni, kronik böbrek hastalığı ve nefrotik sendrom, önceden invaziv pnömonokok hastalığı geçirmek yer almaktadır. Ağır immünsüpresyon yaratan durumlar, BOS kaçağı, kohlear implant, aspleni gibi antikor titrasyonlarının çabuk yükseltilmesinin istendiği durumlarda konjuge aşı ve polisakkarit aşı arasında 8 hafta olması yeterlidir. Diğer endikasyonlarda iki aşı arasındaki uygulama en az bir yıl olması önerilmektedir (9). Önceki bir PCV7, PCV13, PCV15 veya PCV20 dozundan sonra veya difteri toksoidi içeren herhangi bir aşıdan sonra ciddi bir alerjik reaksiyon (örn. anafilaksi) geçirmiş olan kişiye aşı yapılmaması önerilmektedir. Aşı yan etkisi olarak enjeksiyon yerinde ağrı, şişlik, kızarıklık, ateş yüksekliği olabilir. Nadiren ateş 39°C'den daha yüksek olarak ölçülebilmektedir.

İnsan ömrünün uzaması, immunosupresif hasta grubunun artması nedeniyle erişkin aşılanmanın önemi gün geçtikçe artmaktadır. İnfluenza ve pnömonokok gibi aşı ile korunabilen hastalıkları önlemenin en etkili yolu aşılanmanın eksiksiz olarak uygulanmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Javanian M, Barary M, Ghebrehewet S, Koppolu V, Vasigala V, Ebrahimpour S. *J Med Virol.* 2021 Aug;93(8):4638-4646.
2. **Krammer F**, Smith GJD, Fouchier RAM, Peiris M, Kedzierska K, Doherty PC, Palese P, Shaw ML, Treanor J, Webster RG, García-Sastre A. *Nat Rev Dis Primers.* 2018 Jun 28;4(1):3. doi: 10.1038/s41572-018-0002-y.



3. <https://www.uptodate.com/contents/seasonal-influenza-vaccination-in-adults> (erişim tarihi: 16.04.2024)
4. <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2024-2025-northern-hemisphere-influenza-season>
5. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes> (erişim tarihi: 16.04.2024)
6. <https://www.cdc.gov/flu/professionals/acip/summary/summary-recommendations.htm#table3>. Erişim tarihi: 16.04.2024).
7. **Daniels CC**, Rogers PD, Shelton CM. [A Review of Pneumococcal Vaccines: Current Polysaccharide Vaccine Recommendations and Future Protein Antigens](#). J Pediatr Pharmacol Ther. 2016 Jan-Feb;21(1):27-35.
8. <https://www.uptodate.com/contents/pneumococcal-vaccination-in-adults>. Erişim tarihi: 16.04.2024.

<https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/pneumo/downloads/pneumo-vaccine->



Meningokok ve Hib

Adem TUNÇ

SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Neisseria meningitidis yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkili olan invaziv menin gokokal hastalığın etkenidir. Bu hastalık tablosu sıklıkla çocukluk döneminde ortaya çı kabilmekle beraber her yaş grubunda görülebilir. Akut pürülan menenjit, meningokok semi, pnömoni, artrit gibi birçok klinik tabloya neden olabilir. En önemli özelliği büyük salgınlar üretme potansiyeline sahip olmasıdır. Dünya genelinde yılda yaklaşık 1.2 milyon meningokokal hastalık meydana gelmektedir. Bunların %10'a yakını ölüm, %10-20'ye yakını da ciddi sakatlıklarla (uzuv amputasyonu, mental gerilik, ciltte nekroz, duyma kaybı vb.) sonuçlanmaktadır.

Neisseria meningitidis ülkemizde 2015-2018 yılları arasın da 18 yaş altı bakteriyel menenjit etkenleri arasında %71 ile ilk sırada yer almaktadır. →Türkiye'de 2015-2018 Yılları Arasında Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae Tip b ve Streptococcus pneumoniae'nin Farklı Serogruplarının Seroprevalansı ve Menenjite Neden Olan Bakteriyel Ajanların Çok Merkezli Hastane Tabanlı Prospektif Sürveys Çalışmasında

N. meningitidis, invaziv hastalık yapmadan insan nazofarenksinde kolonize olarak kalabilmekte ve solunum sekresyonlarının yakın temasıyla insandan insana geçebil mektedir. Meningokok taşıyıcılık oranları ve serogrup dağılımlarının bilinmesiyle inva ziv hastalık epidemiyolojisi hakkındaki bilgiler de artmaktadır. Asemptomatik taşıyıcılık sağlıklı bireylerin %8-25'inde görülür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada 18 yaş altı bireylerde taşıyıcılık oranları yaş gruplarına göre %6.9-%9.3 arasında değişmekte olup baskın serogrup %25 ile serogrup X olmuştur.

Meningokok, kapsül polisakkaritine göre 13 farklı serogruba ayrılmaktadır. En fazla invaziv meningokokal hastalığa neden olan altı serogrup A, B, C, W135, X ve Y'dir. Sporadik vakaların görüldüğü ülkemizde sürveys verilerine göre 2010-2017 yılları arasında menenjit etkeni meningokokların %47.2'sini serogrup W, %21'ini serogrup B oluşturmaktadır. Ancak 2013 yılından itibaren serogrup W azalarak 2017-2018'de %7.5'e inerken serogrup B baskın (%54.7) hale gelmiştir.

Bakterisidal antikorlar ve kompleman yolları vücudun invaziv meningokokal has talığa karşı savunmasında temel rol oynarlar. Bu yüzden, konjenital veya kazanılmış immünoglobulin veya kompleman eksiklikleri olan kişiler, anatomik veya fonksiyonel asplenisi olan kişiler ve HIV'li kişiler invaziv meningokok hastalığı için yüksek risk al tındadır.

Ayrıca, askere alınanlar veya yurtlarda kalan üniversite öğrencileri, erkeklerle seks yapan erkekler (ESE), meningokok izolatlarıyla düzenli olarak çalışan mikrobiyo loglar, kompleman inhibitörü eculizumab alan bireyler ve Sahra altı Afrika'daki me nenjit kuşağına veya Suudi Arabistan'a hac veya umre ziyareti için seyahat edenler de yüksek risk altında yer alır

Polisakkarit aşılar: Kapsüler polisakkaritler, tarihsel süreç boyunca gruba özgü meningokok aşısı geliştirmede temel hedef olmuştur. Geçmişte birçok polisakkarit aşı kullanılmakla birlikte (monovalan, A/C, A/C/W, A/C/W/Y gibi) çoğu günümüzde artık kullanılmamaktadır.

Konjuge aşılar: Konjuge meningokok aşıları hafıza yanıtı oluşturabildik lerinden polisakkaritlere göre daha uzun süreli ve yüksek bağışık yanıt sağlamaktadır.

Ayrıca nazofarengeal taşıyıcılık üzerine de etkisi olduğu için toplumsal bağışıklığa da etki etmektedir. Konjuge aşı ilk olarak serogrup C için tek valanlı olarak üretilmiştir.

Daha sonra serogrup A, C, W ve Y ile tetravalan konjuge aşılar geliştirilmiştir ve halen kullanıl maktadır. MenACWY-D difteri toksoidine kovalent bağlı dört meningokok kapsül polisak karitinden oluşmaktadır. Dokuz-23 ay arası bebeklerde en az üç ay aralıkla iki doz uygulanacak şekilde ruhsat almıştır.

MenACWY-TT aşısı taşıyıcı protein olarak tetanoz toksoidinin kullanıldığı tetravalan aşıdır. Tek doz olarak 12. aydan itibaren bebeklerde, çocuk ve yetişkinlerde kullanılmak tadır. Bütün yaş gruplarında tek doz aşı sonrası immün yanıtının 7-42 aya kadar devam edebildiği gösterilmiştir. Ayrıca daha önce polisakkarit aşı ile aşılanmış bireylere tek doz yapılarak etkinliği incelenmiş ve rapel doz olarak uygulanabileceği belirtilmiştir.



MenACWY-CRM aşısında, taşıyıcı olarak *Corynebacterium diphtheria*'dan üretilen CRM197 proteini kullanılmıştır. 2010 yılında 11-55 yaş bireyler için FDA tarafından onaylanmıştır. Küçük çocuklarda yapılan çalışmalar sonucu da erken ve geç süt ço cukluğu dönemleri için 2013 yılında onay almıştır.

Serogrup B'ye yönelik protein bazlı aşılar: Serogrup A, C, W ve Y meningokokların kapsül polisakkaritleri immünojenik yapıda iken serogrup B'nin kapsül polisakkariti polisialik asit polimeri yapısındadır. Bu yapı fetal nöral dokudaki yapılarla benzerlik gösterdiğinden immün tolarens durumu ortaya çıkmakta ve zayıf immünojen etki görülmektedir. Bu nedenle aşı geliştirme stratejileri kapsüller olmayan antijenlere odaklanmıştır.

Porin A, bir dış membran proteini olup bu alanda aşı çalışmalarının ilk hedefi olmuştur. İnvaziv MC58 dış membran vezikülü, porinA ve immünojenik antijenlerin rekombine edilmesi; adjuvan olarak da alüminyumun eklenmesiyle dört komponentli serogrup B aşısı MenB-4C üretilmiştir. Aynı teknoloji kullanılarak üretilen bir diğer serogrup B aşısı da MenB-FHbp'dir. Bu aşıda ilave olarak hemofilüs antijenleri bulun maktadır. İntamüsküler olarak uygulanmaktadır ve iki aydan büyük bebekler, çocuk lar ve erişkinlerde uygulanabilmektedir.

Endikasyonları ve Uygulama şekli

Dört valanlı konjuge aşı (MenACWY);

Anatomik veya fonksiyonel aspleni (orak hücre hastalığı dahil), HIV enfeksiyonu, kalıcı kompleman bileşen eksikliği, kompleman inhibitörü (örneğin; ekuli zumab ve ravulizumab kullanımı) olan hastalarda sekiz hafta arayla iki doz ve risk devam ediyorsa her beş yılda bir rapel,

Hiperendemik veya epidemik meningokokal hastalığı olan ülkelere seyahat edecekler veya *Neisseria meningitidis*'e rutin olarak maruz kalan mikrobiyoloji loglar için bir doz ve risk devam ediyorsa her beş yılda bir rapel,

Yurtta kalan birinci sınıf üniversite öğrencileri (16 yaşında veya daha büyük yaşta daha önce aşılanmamışlarsa) veya askerler için bir doz olarak önerilmektedir. B serotipini içeren protein bazlı aşılar (MenB);

Anatomik veya fonksiyonel aspleni (orak hücre hastalığı dahil), HIV enfeksiyonu, kalıcı kompleman bileşen eksikliği, kompleman inhibitörü (örneğin; eku lizumab ve ravulizumab) kullanımı olan hastalar, meningokok izolatlarına ru tin ve direk maruz kalan mikrobiyolog gibi laboratuvar çalışanları ve yüksek endemik bölgeye seyahat edenler için MenB-4C aşısı en az dört hafta ara ile iki doz, MenB-FHbp 0,1-2, 6. aylarda olmak üzere üç doz şeklinde önerilmek tedir. Bir yıl sonra rapel doz önerilirken risk devam ederse iki-üç yılda bir rapel gereklidir.

Herhangi bir risk faktörü olmayan 16-23 yaş grubunda bir ay ara ile iki doz MenB-4C aşısı (tercihen 16-18 yaş) ya da altı ay arayla iki doz MenB-FHbp önerilmektedir. MenB-FHbp'nin iki dozu altı aydan daha az aralıkla yapılırsa son aşidan dört ay sonra üçüncü bir doz gereklidir. MenB-FHbp ve MenB-4C birbirinin yerine kullanılmaz, başlanan aşı ile devam edilmelidir

Kontrendikasyonları Aşılanmanın yapılmamasına sebep olacak kontrendikasyonlara nadir rastlanır. Yüksek ateş ve şiddetli hastalanma hallerinde aşılama tarihi ertelenebilir.

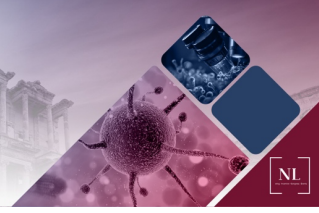
Yan etkileri Konjuge aşılarla sistemik yan etki nadiren bildirilmektedir. En sık istenmeyen etki ler enjeksiyon bölgesinde ağrı, hassasiyet, kızgınlık, baş ağrısıdır. Ateş görülme sıklığı da polisakkarit aşılarla benzer olduğu bilinmektedir.

Haemophilus Influenza Tib B

Haemophilus influenza gelişmekte olan ülkelere bebek ve çocuklarda morbidite ve mortaliteye yol açan menenjit, pnömoni ve diğer invaziv enfeksiyonların (ampi yem, artrit, perikardit, epiglottit, osteomyelit, bakteriyemi) en yaygın nedenlerinden birisidir.

Tiplendirilebilen altı farklı kapsüllü türüne ilaveten tiplendirilemeyen türleri de bulunur. Tiplendirilebilen türleri içinde virülansı en yüksek olan suş *Haemophilus influenza* tip b (Hib)'dir. Yetişkin insanlarda Hib hastalığı insidansı her 100.000 olguda 0.85'tir. Bu hastaların çoğunu kronik akciğer hastalığı ve immün sistemi baskılanmış hastalar oluşturmaktadır. Çocukluk çağı aşılama programlarında Hib aşısının yer al masıyla birlikte invaziv hastalık insidansı ve mortalite hızları düşmüştür.

Hib'in neden olduğu hastalıklar en sık beş yaş altı çocuklarda görülmekle birlikte bağışıklık sistemini zayıflatan durumların varlığında yetişkinlerde de invaziv Hib enfeksiyonlarının riski art maktadır. Çocuklarda %3-6 olan fatalite oranı 65 yaş ve üzeri yaşlılarda daha yüksek görülmektedir.



Ayrıca, Hib kaynaklı menenjit geçirerek sağ kalanların yaklaşık %20'si kalıcı işitme kaybı veya farklı nörolojik sekeller yaşamaktadır. Hib kapsüler polisakkarid polyribitol riboz fosfatı (PRP) hedef alan konjuge aşılar bulunmaktadır.

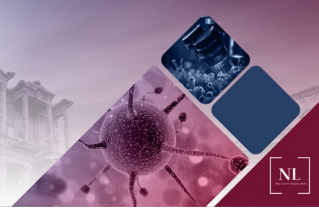
Ülkemizde 2008 yılından itibaren Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi'ne eklenmiştir. Beşli karma aşı içerisinde (DaBT-İPA-Hib) yer almaktadır ve ikin ci, dördüncü, altıncı ve 18. ayda olmak üzere dört doz şeklinde uygulanmaktadır.

Endikasyonları:

Fonksiyonel ya da anatomik aspleni. Kök hücre transplantasyonu Splenektomiden 14 gün veya daha öncesinde tek doz yapılması önerilmektedir. Acil splenektomi durumunda operasyon sonrası en erken 14 gün sonra uygulanabilir. Hematopoietik kök hücre alıcılarına transplantasyondan 6-12 ay sonra en az dört hafta arayla üç doz aşı uygulanmalıdır. 3.11.3.

Kontrendikasyonları Aşının herhangi bir komponentine karşı alerji varlığı, bir önceki dozda alerjik ve anafilaktik reaksiyon durumunda aşı kontrendikedir.

Yan etkiler Aşı yapılan bölgede kızarıklık, kaşıntı, ısı artışı gibi lokal reaksiyonlar dışında ciddi yan etkisi bulunmamaktadır. Son derece nadir olarak alerjik reaksiyon yapabilir.



Akut Hepatit B Yönetimi

Nurullah Eser

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Akut viral hepatitler, karaciğerde enflamasyon ve nekrozla seyreden sistemik viral bir enfeksiyon hastalığıdır. Viral hepatitler dünyada yaygın olarak görülen ve ülkemizi de yakından ilgilendiren önemli bir sağlık sorunudur. Viral etkenler arasında en sık görüleni hepatit B virüsüdür (HBV). Dünyada uzak doğu ülkeleri ve sahra altı Afrika'da yüksek prevalansa sahip iken ülkemizde HbsAg pozitifliği %2-7 olarak bildirilmiştir.

HBV, Hepadnaviridae ailesinde Ortohepadnavirus genusunda yer alan dış ortamlara dayanıklı zarflı bir DNA virüsüdür. HBV inkübasyon süresi 30-180 gündür. Bulaş yolları: Parenteral yol, infekte kan ve vücut sıvıları ile perkütan ve /veya mukozal temas, cinsel yol, perinatal yol (infekte anneden bebeğe), horizontal yol ve infekte kişilerle cinsellik içermeyen yakın temastır. Enfekte anneden bebeğe geçişte HBeAg (+) ise % 70-90, HBeAg (-) ise % 5-20 oranında geçiş olabilmektedir.

HBV'nin neden olduğu klinik tablo alınan virusun genotipik özellikleri, yaş, ırk vb birçok etkene bağlı olarak değişebilmektedir. Erişkin dönemde infekte olunduğunda %20 düzeyinde akut HBV enfeksiyonu gözlenirken bebeklerde %1 düzeyinde görülür, ama erişkin dönemde kronikleşme oranı kabaca %5-10 olarak bildirilirken bebeklik döneminde infekte olunursa %95 oranında kronikleşme görülebilir. Asemptomatik formdan fulminan hepatite kadar ulaşan tablolara sebep olabilir. Hastalığın semptomatik döneminde bulantı, kusma, halsizlik, grip benzeri şikayetler, sağ üst kadranda ağrısı, iştahsızlık, sarılık gibi semptomlar görülebilir. Ayrıca akut HBV enfeksiyonu sırasında kanda dolaşan immün komplekslere bağlı karaciğer dışı tutulum da görülebilir. Karaciğer dışı tutulumlar serum hastalığı benzeri tablo, vaskülit, immün kompleks nefriti, artrit, poliarteritis nodosa, glomerulonefrit, eritema nodosum ve Guillane Barre sendromudur.

Semptomatik formda birbirini izleyen inkübasyon, pre-ikterik, ikterik ve konvelasan dönem halinde 4 evre vardır. Inkübasyon süresi ortalama 30-180 gündür. Preikterik dönem 3-10 gün sürebilir ve bulantı, kusma, yorgunluk, halsizlik, grip benzeri şikayetler, sağ üst kadranda ağrısı gibi semptomlar görülür. İkterik dönemde preikterik dönemdeki şikayetlerde azalma görülür, sarılık, kaşıntı, idrar renginde koyulaşma, gaita renginde açılma izlenir. Bu dönemde izlenen sarılık 1-3 hafta sürebilir, buna bağlı fizik muayene bulguları görülür, hepatosplenomegali görülebilir. Konvelasan dönem ise semptomların azalarak serokonversiyon veya kronikleşmenin olduğu dönemdir.

Tanıda HBsAg inkübasyon periyodu sonrası ilk saptanan antijendir. 6 aydan uzun süre kalırsa kronikleşmeyi düşündürür. Anti HBe-IgM HBcAg' ye karşı oluşan antikor HBsAg kaybolup, anti HBs'nin oluşmadığı "pencere döneminde" en önemli göstergedir. Anti HBe-IgG kişinin HBV ile temas ettiğinin göstergesidir. HBeAg akut dönemde HBsAg den sonra ortaya çıkar, HBsAg kaybolmadan önce kandan temizlenir. Virüsün kanda aktif olarak çoğaldığını ve yüksek derecede enfektiviteyi gösterir. HBV DNA viral replikasyonun en önemli göstergesidir. Akut enfeksiyonda kanda 10^9 - 10^{10} IU/ml seviyelerinde izlenir. Aminotransferaz artışı prodromal dönemde başlar. Klinik bulguların ortaya çıkmasından 3-10 gün sonra en üst seviyelere (500-3000) ulaşır. Yavaş yavaş normale döner. Protrombin zamanı fulminan hepatite gidiş açısından önemlidir.

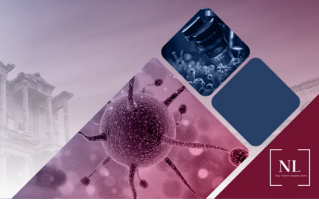
Hepatit B için özgül tedavi yok, semptomlara yönelik tedavi uygulanır. Fulminan hepatite gidişte tedavi yaklaşımı multidisiplinerdir. KC transplantasyonu yapılan merkezlerde ve/veya yoğun bakım ünitesinde takip gerekebilir.

Akut Hepatit B yatış endikasyonları: Derin sarılık, oral beslenememe, koagülopati, hipoglisemi, ensefalopati, hipoalbuminemi, ileri yaş, komorbidite, INR $\geq 1,5$ ve/veya PT ≥ 17 sn olmasıdır.

Tedavide entekavir, tenofovir ve TAF ilk seçenek ilaçlardır. 4 hafta ara ile iki HBsAg test negatifliği görülene kadar tedavi devamıdır.

Akut Hepatit B Antiviral Tedavi Endikasyonları:

- INR >1.5
- Semptomların 4 haftada düzelmemesi (bilirubin ≥ 10 mg/dL)



- Fulminan hepatit
- Hepatit C ve D koenfeksiyonu
- Daha önce karaciğer hastalığı olması

Fulminan Hepatit; koagülopati ($INR \geq 1.5$) ve hepatik ensefalopati bulguları ile beraber ciddi karaciğer yetmezliği olmasıdır. Viral hepatitlerde semptomlar başladıktan sonra ilk 8 hafta veya sarılık ortaya çıktıktan sonra ilk 2 hafta içinde gelişir. Başlangıç semptomları nonspesifiktir. Viral hepatit seyrinde gelişen bulgulara ek olarak şuur bozukluğu, hafif konfüzyon ağır komaya kadar değişen bulgular olabilir. Konuşma bozukluğu, uyku düzeninde değişiklik, kişilik ve davranış değişiklikleri görülebilir. Fizik muayenede flapping tremor, derin tendon reflekslerinde artış ve patolojik refleksler olabilir. Hepatik ensefalopatiye ek olarak beyin ödemi, koagülopati, renal yetmezlik, kardiyovasküler ve solunum sistemi bozuklukları olabilir. Mortalite % 40-80 civarındadır. Tedavisinde monitörizasyon, sıvı elektrolit ve asit baz dengesi sağlanması, laktuloz veya lavman uygulaması, beslenmenin idamesi, hipoglisemi takibi, protein kısıtlı diyet ve N-asetil sistein uygulaması yapılabilir.

Hepatit B’de korunma aşısı ile sağlanabilir. Riskli temaslardan kaçınılmalıdır.

Bulaş yollarına yönelik bilgilendirme, eğitim, aktif ve pasif bağışıklama yapılmalıdır. Hepatit B ile enfekte anneden doğan bebeğe, kesici delici alet yaralanmalarında, şüpheli cinsel temas sonrası, KC nakli erken dönemde HBIG 0,06 mL/kg dozda aşısı ile birlikte uygulanmalıdır. Aşıda HBsAg bulunur. 0, 1, 6. veya 0, 1, 2, 12. Aylarda uygulanır. Anti-HBs 10 IU/L üzerinde olması koruyucudur. Sigara kullanımı, obezite, 40 yaş üzeri olmak ve kronik hastalıkta da aşısı yanıtı tam olmayabilir, aşısı programı tekrarlanır. Viral hepatitlerin bildirimi zorunludur. Form 014’ü doldurmak ve E-Nabız’a anlık olarak ya da gün sonunda göndererek bildirim yapılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut hepatit B, fulminan hepatit, ensefalopati, sarılık



Hepatitte Transient Elastografi Kullanımı

Asistan Doktor Burak Kendir

Başakşehir Çam ve Sakura Suam

Giriş:

Çeşitli nedenlerden dolayı meydana gelebilecek olan karaciğer fibrozisinin değerlendirilmesi ve derecesinin tanımlanması viral hepatit ve NASH gibi hastaların takibinde ve tedavilerinin düzenlenmesinde önem arz etmektedir. Konuşmamızda bu hastaların değerlendirilmesinde görece yeni bir teknik olan ultrason bazlı elastografiden bahsedilmektedir

Karaciğer fibrozisi tanım ve patofizyoloji:

Karaciğer parankiminin çeşitli sebeplerle kronik hasarlanması sonrası doğal parankim dokusunun yerini bağ doku ve ekstraselüler matriks elemanlarının almasına fibrozis diyoruz.

Karaciğer biyopsisi uygulama ve değerlendirme:

Karaciğer fibrozisinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan altın standart yöntem karaciğer biyopsisidir. Burada bahsedilmek istenen noninvaziv değerlendirme yönteminin uygun hastalarda karaciğer biyopsisi ihtiyacını ortadan kaldırmak ya da tekrarların önlenmesini sağlamak amacıyla kullanılması irdelendiğinden karaciğer biyopsisi kısaca ele alınmaktadır.

Karaciğer biyopsisi riskleri, kontraendikasyonları ve komplikasyonları:

Karaciğer biyopsisi genellikle perkütan olarak karaciğer parankiminden histopatolojik inceleme amacıyla doku örneği alınmasıdır

İşlem kanama ve enfeksiyon riski barındırdığından kanama riskinin arttığı hastalarda ve lokal lezyonların bulunduğu hastalarda kontrendikedir.

Karaciğer biyopsisi doğası itibari ile invaziv bir girişim olduğundan hastalar ağrı, kanama, enfeksiyon ve düşük oranda mortalite riski bulunmaktadır.

Karaciğer biyopsisini değerlendirmek amacıyla çeşitli histopatolojik puanlama yöntemleri geliştirilmiştir.

Karaciğer fibrozisini değerlendirmede kullanılan non-invaziv yöntemler:

Karaciğer biyopsisinin getirdiği zorluklar ve riskler daha az riskli, girişimsel ve yöntemlerin geliştirilmesini gerekli kılmıştır. Bu amaçla çeşitli serolojik ve biyokimyasal testlerin kombinasyonları kullanılmaktadır. Karaciğer fonksiyonlarının değerlendirildiği alt ast gibi testler ve fibrozisin değerlendirildiği hyaluranik asit, doku metalloproteinaz inhibitörü gibi tetkikler kullanılabilir.

Bunların yanında dokuya uygulanan mekanik etkinin doku içerisindeki hareketinin ultrason ya da manyetik rezonans görüntüleme tekniği kullanılarak değerlendirilmesi yoluyla parankim sertliği ve fibrozis derecesi tahmini yapılabilmektedir.

Transient elastografi nedir, ne için kullanılır:

Parankimde oluşturulan mekanik dalganın ultrason yardımıyla değerlendirilmesi esasına dayanır. İşlem basit ve pratik olarak cilt üzerine temas ettirilen bir prob yardımıyla gerçekleştirilir. İnvaziv değildir.

Transient elastografi ile değerlendirme:

Cihaz kilopaskal cinsinden bir değer üretir ve yapılan 10 adet ölçümün medyan değeri daha önceden belirlenen referans değerleri yardımıyla yorumlanır.

Transient elastografi avantajları ve dezavantajları:

Transient elastografi daha önceden yapılan çok sayıda çalışma ile değerlendirilmiştir. İleri evre fibrozis ve karaciğer sirozunda yüksek duyarlılık ve özgüllükte değerlendirme sağlamaktadır. Fibrozis seviyesi düştükçe



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



testin tanısal doğruluğu azalmaktadır. Ayrıca parankim dokuda yağlanma artışı da bu tetkikle değerlendirilebilmektedir.

Tartışma:

Non-invaziv yöntemler karaciğer biyopsisinin sıklığı azaltmayı amaçlar ancak yerini almaz. Transient elastografi ile karaciğer sertliğinin değerlendirildiği göz önünde bulundurulmalı elde edilen sonuçlar klinik, morfolojik, biyolojik verilere göre değerlendirilmelidir.



Gebelikte Hepatit B Yönetimi

Gülşah Gelişigüzel

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Anneden bebeğe geçiş HBV (hepatit B virüs) için önemli bir bulaş yolu ve kronikleşmenin en önemli nedenidir. HBV'nin endemik olduğu bölgelerde perinatal bulaş daha yaygındır. Erişkin dönemde bulaş olduğunda kronikleşme oranı %5-10 iken perinatal bulaş sonrası kronikleşme oranı %90-95'e ulaşmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2015 yılında dünya çapında 257 milyon kişi kronik HBV ile enfektidir. 257 milyon insanın yaklaşık %70'i yüksek düzeyde endemik bölgelerde bulunmaktadır. Yüksek endemik bölgelerde, kronik HBV enfeksiyonu yükünün çoğu, doğumdan hemen sonra veya erken çocukluk döneminde edinilen enfeksiyondan kaynaklanmaktadır. DSÖ 5 yaş altı çocuklarda HBsAg prevalansını 2030 yılına kadar % 0,1 in altına indirmeyi hedeflemektedir.

2016-2021 yılları arasında yapılan literatür taraması sonrası HBV enfeksiyonu prevalansı hakkında toplam 152 çalışma verileri toplanmış ve gebeler arasında HBV enfeksiyonunun küresel havuzlanmış prevalansı %4,8 saptanmıştır. Düşük gelirli ülkelerdeki gebeler arasında HBV enfeksiyonunun toplu prevalansı en yüksek seviyede saptanmıştır.

Türkiye'nin farklı bölgelerinden 7 ilden yapılan çok merkezli bir çalışmada 2010 ve 2017 yılları arası 204,865 gebe retrospektif olarak incelenmiş ve 2343 (%1,14) gebe HBsAg pozitif olarak saptanmıştır.

Gebelik döneminde HBV enfeksiyonunun yönetimi hem anne hem bebek açısından önemlidir. Tüm gebelere HBsAg taraması yapılması önerilir. HBsAg negatif olup riskli olan gebeler doğuma yakın dönemde tekrar taranmalıdır. Serolojisi negatif olan yüksek riskli gebelere hepatit B aşısı yapılması önerilir.

Gebelikte kronik HBV nasıl etkilenir?

İlerlemiş karaciğer hastalığı olmayan gebelerde kronik HBV genellikle iyi tolere edilir. Gebelik ve sonrası dönemdeki immünolojik değişiklikler nedeniyle hepatik alevlenmeler görülebilir. Ancak ciddi klinik sekelli alevlenmeler nadir görülmektedir.

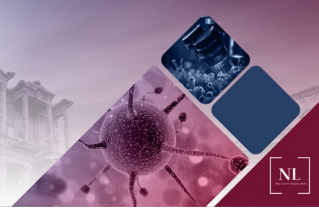
Kronik HBV gebeliği ve bebeği nasıl etkiler?

Kronik HBV'nin bebeği nasıl etkilediği ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum, neonatal sarılık, konjenital anomali, perinatal mortalite açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bazı çalışmalarda ise kronik HBV gestasyonel diyabet, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, antepartum kanama ile ilişkilendirilmiştir. Kronik HBV gebelik döneminde intrauterin, intrapartum veya postpartum dönemde bulaşa neden olabilir. Yapılan çalışmalarda intrauterin bulaşın 28. haftada başladığı belirlenmiştir. İntrauterin dönemde %3-8 oranında bulaş olmaktadır. HBeAg pozitif ve/veya HBV-DNA seviyesi yüksek gebelerde bulaş riski artmaktadır. Erken doğum durumunda da bulaş riski artmaktadır.

Erken membran rüptürü, plasentanin erken ayrılması, erken doğum eylemi ve vajinal sekresyonlarla temas intrapartum bulaş riskini artırmaktadır. HBV bulaşına karşı korumada sezaryen doğumun yararı gösterilememiştir bu nedenle de rutin olarak önerilmemektedir. Annenin HBV-DNA seviyesi 200.000 IU/ml iken bulaş riski % 0,04 oranındadır. Bu eşik değerin üzerinde bebeğe doğum sonrası koruma uygulanıp uygulanmamasına bakılmaksızın risk artışı görülür. Postpartum dönemde bulaş emzirme ve yakın temas ile olmaktadır. Yapılan çalışmalarda HBV taşıyıcısı annelerin bebeklerini emzirmesinin ek bir risk oluşturduğuna dair kanıt bulunamamıştır. Meme ucunda çatlak ve kanama olması durumunda emzirmeye ara verilmelidir.

Gebelik döneminde kronik HBV varlığında anne karaciğer hastalığının seviyesi açısından değerlendirilirken, bebek teratojenite ve intrauterin geçiş açısından değerlendirilmelidir.

Gebelik esnasında HBsAg pozitif saptanan gebeden HBeAg, Anti-Hbe, HBV-DNA ve ALT istenmeli, HBV-DNA ve ALT üç ayda bir ve son olarak üçüncü trimesterde tekrarlanmalıdır. Gebe tedavi gereksinimi açısından gebe olmayan hastalara benzer şekilde değerlendirilir. Tedavi ihtiyacı varsa antiviral tedavi önerilir ancak tedavinin yararları ve riskleri gebe ile tartışılarak karar verilmelidir. Gebe hastada ALT değerleri normale yakın ve hafif hastalık belirtileri varsa tedavi gebelik sonrası döneme ertelenebilir. HBV-DNA düzeyi >200 000 IU/ml ise



perinatal bulaşı önlemek açısından antiviral tedavi önerilir. Önceki çocuğu HBsAg pozitif olan gebelerde HBV-DNA 2000-200 000 IU/ml ise antiviral tedavi önerilir. Tedavisiz izlenen kronik HBV'li gebe, gebelik süresince tedavi gereksinimi açısından takip edilmelidir. Gebelik süresince ve gebelik sonrası 6 aya kadar alevlenme açısından 3 ayda bir KCFT ve HBV-DNA düzeyi bakılmalıdır. Viral yük düşük (HBV DNA<200.000 IU/ml) ise antiviral tedaviye gerek olmayıp doğumda bebeğe immunprofilaksi yapılır. Viral yük yüksek (HBV-DNA>200.000 IU/ml) ise son trimesterde bulaşı önlemek açısından antiviral tedavi önerilir.

Gebelik öncesi dönemde tedavi başlanan kronik HBV'li hastalarda gebelik döneminde tedavi devam ediliş edilmeyeceğine karar verilmelidir. Gebelik döneminde verilen antiviralin fetüs anomalileri açısından riski artırıp artırmayacağı ve tedavi kesilmesinin annenin KC hastalığının ilerlemesine neden olup olmayacağı değerlendirilmelidir.

İleri düzeyde karaciğer hasarı olmayan ve progresyon riski düşük olan gebelerin tedavisinin ilk trimesterde kesilmesi düşünülebilir. Bu durumda; hepatik alevlenme açısından gebenin ALT ve HBV DNA düzeyi bakılarak yakın takip edilmesi önerilir. Ayrıca doğumdan sonra bu hastaların tedavi gereksinimi açısından tekrar değerlendirilmesi gerekir.

İleri derece fibrozis/siroz ile birlikte gebelik öncesi dönemde nükleotid analogu (NA) tedavisi alan hastalar gebelik döneminde tedaviye devam etmelidir. Eğer hasta gebelik öncesi dönemde kategori C NA tedavisi alıyorsa gebelik döneminde kategori B bir ilaca geçiş yapılmalıdır. Gebe kadınlarda ilk tercih antiviral ajan olarak tenofovir disoprosil fumarat önerilmektedir.

Bebeğe bulaşı engellemek açısından gebeliğin son trimesterinde HBV-DNA düzeyi bakılmalıdır. Yüksek HBV DNA seviyeleri ([200.000 IU/ml veya 10⁶ kopya/ml) veya HBsAg seviyeleri ([4 log₁₀ IU/ml) olan tüm gebelere antiviral profilaksi gebeliğin 24-28. haftasında başlatılmalı ve doğumdan sonra 12 haftaya kadar devam ettirilmelidir. Perinatal bulaş riskini azaltmak amacıyla önerilmektedir.

HBsAg pozitif bir anneden doğan tüm yeni doğan çocuklara ilk 12 saat içinde immünoprofilaksi (hepatit B aşısı ve tek doz HBIG) uygulanmalıdır. Aşılama 0, 1 ve 6. ayda olmak üzere mutlaka üç doza tamamlanmalı ve Anti-HBs ve HBsAg testleri son aşı dozundan en az 1 ay sonra ve 9-18. aylar arasında tekrarlanmalıdır.

Emzirme, HBsAg pozitif tedavi edilmeyen kadınlarda veya TDF bazlı tedavi veya profilaksi uygulanan kadınlarda kontrendike değildir. Gebelikte TAF kullanımına ilişkin veriler sınırlı olup emzirme döneminde kullanılması önerilmemektedir.

Kaynaklar

Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy 2020

Bilman F, Tosun S, Yıldız İ. Prevalence of Hbs Ag seropositivity during pregnancy and evaluation of vaccination programs: a multicenter study in Turkey :North Clin Istanbul 2021;8(4) 359-364.

Wong F, Pai R, Van Schalkwyk J, Yoshida EM. Hepatitis B in pregnancy: a concise review of neonatal vertical transmission and antiviral prophylaxis. Ann Hepatol. 2014;13:187–195.

European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. J Hepatol 2017;67:370–398.

AASLD 2016 guidelines for treatment of chronic hepatitis B Hepatology. 2016 January ; 63(1): 261–283.

APASL 2021 guidelines hepatitis B virüs in pregnancy Hepatol Int. 2022 Apr;16(2):211-253

Yi P, Chen R, Huang Y, Zhou R, Fan XH. Management of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: Propositions and challenges. J Clin Virol 2016;17:32-39

Türkiye hepatit B tanı ve tedavi kılavuzu 2023

Özel hasta gruplarında Kronik Hepatit B yönetimi: Türk Klinik Mikrobiyoloji ile İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Viral Hepatit Çalışma Grubu Uzlaş Raporu 2023 güncellemesi



Postoperatif Merkezi Sinir Sistemi Enfeksiyonları Yönetim Prensipleri

Elif Orhan

SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

Intrakraniyal girişimlerin komplikasyonları olarak yüzeyel enfeksiyonlar, derin abseler, menenjit ve şant enfeksiyonları görülebilmektedir. Bu komplikasyonlar nüks, hastanede kalış süresi ve maliyet artışının yanı sıra yüksek mortalite ve morbidite nedenidir.

Kraniyotomi, kraniyektomi gibi büyük cerrahilere ek olarak invaziv cihaz takılması, epidural anestezi, lomber ponksiyon gibi girişimler de merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarına sebep olabilir. Takılan cihazları kalıcı ve geçici invaziv cihazlar olarak sınıflandırabiliriz.

BOS drenleri: Kafa içi basıncın yükseldiği hastalarda geçici olarak takılan kateterlerdir.

BOS şantları: Kronik hidrosefalinin tedavisi için kalıcı olarak yerleştirilir; distal uç genellikle peritoneal, plevral veya vasküler boşlukta sonlanır.

Intratekal infüzyon pompaları: Kateter lomber bölgeye yerleştirilir ve ucu ilacın uygulanacağı omurilik seviyesinde olacak şekilde intratekal olarak geçirilir, şiddetli ağrı veya spastisite yönetimi için kullanılır.

Derin beyin stimülasyonu: Parkinson hastalığı, esansiyel tremor, distoni gibi durumlarda kullanılır, stimülatör bir intrakraniyal uç, bir konektör ve infraklaviküler bölgeye implante edilen bir nabız jeneratöründen oluşmaktadır.

Kraniyotomi sonrasında %0.3-8.6, eksternal ventriküler drenaj yerleştirilen hastalarda %0-22, internal ventriküler katater yerleştirilen hastalarda %4-17, lomber katater yerleştirilen hastalarda %0,8-7, intratekal infüzyon pompası yerleştirilen hastalarda %3,6-20 derin beyin stimülasyonu yerleştirilen hastalarda ise %0,62-14,3 oranında menenjit görülme riski vardır. Bu oranlar ameliyat endikasyonları, hastanın tıbbi geçmişi, merkezde uygulanan enfeksiyon kontrol önlemlerine göre değişiklik göstermektedir.

Postoperatif merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonlarında etken çoğunlukla koagülaz negatif stafilokok (KNS), *Staphylococcus aureus*, *Cutibacterium acnes* gibi kutanöz organizmalardır. Ancak günümüzde preoperatif profilaksinin sık uygulanmasıyla birlikte *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* gibi gram negatif bakterilerin (GNB) görülme oranı artmıştır.

Patogeneizde ana kaynak invaziv girişimler sırasında steril tekniğin bozulmasıdır. İnvaziv cihazı olan hastalarda özellikle deri florası elemanları (*Staphylococcus spp.*, *C. acnes* gibi) biyofilm yapısı oluşturabilir. Ek olarak kalıcı şant uygulamalarında peritoneal, vasküler veya plevral boşlukta olan şantın distal ucunun kontaminasyonu ile retrograd yolla SSS enfeksiyonu gelişebilir.

Tanı klinik, laboratuvar bulguları ve görüntüleme ile konur. Klinikte klasik MSS enfeksiyonu bulguları olan baş ağrısı, bilinç bulanıklığı ve ense sertliği beklenmektedir. Ancak bu bulguların enfeksiyona sekonder olabileceği gibi beyin cerrahisi sonrası nonenfeksiyöz nedenlerle de gelişebileceği unutulmamalıdır. Aynı zamanda hastaların beyin cerrahisi endikasyonlarını da önünde bulundurursak klinik değerlendirme zor olabilmektedir. Bunlara ek olarak BOS şantı olan hastalarda şantın distal ucunun konumuna göre peritonit, plörit, bakteriyemi, endokardit ve hatta immün kompleks glomerülonefrit kliniği de şant enfeksiyonu hakkında ipucu olmalıdır. BOS analizinde ise düşük glukoz ve yüksek protein düzeyleri beklense de santral sinir sistemi enfeksiyonu için spesifik değildir, kanama (özellikle subaraknoid kanama) ve pleositoza neden olan malignitelerde de benzer BOS bulguları elde edilebilir. Yapılan çalışmalarda yüksek BOS laktat ve prokalsitonin değerlerinin MSS enfeksiyonu ile ilişkili olabileceği görülmüştür. BOS kültürü, NAAT ve mantarlar için BOS'ta β -D-glukan ve galaktomannan düzeyi tanı için kullanılabilir.

BOS kültürü tanıda en önemli tetkiklerden birisidir. Ancak preoperatif antimikrobiyal profilaksi nedeniyle BOS kültür sonucu negatif gelebilir. BOS kültüründe üreme olmamasının diğer sebebi etkenin mantar veya mikobakteriler olması olabilir. Ayrıca *C. acnes* gibi organizmaları tanımlamak için kültürün en az 10 gün bekletilmesi gerekmektedir. Genellikle kontaminant olarak kabul edilen mikroorganizmaların BOS bulguları normal olan ve ateşi olmayan bir hastada sadece zenginleştirmiş besiyerinde veya birden fazla kültürden sadece birinde üremesi ventrikülit-menenjit göstergesi değildir. *S.aureus*, aerobik GNB ya da mantar üremesi etken olarak kabul edilir. Görüntülemelerde ise apse, subdural ve epidural ampiyem veya diğer cerrahi alan



enfeksiyonlarını ekarte etmek için MRG veya kontrastlı BT; hidrosefali şüphesi varsa kontrastsız BT; enfeksiyonun MSS'ye giriş noktasının belirlenmesi için kemik pencereci yüksek çözünürlüklü ince kesitli BT çekilmesi önerilir.

Ampirik tedavide Stafilocok ve *C.acnes* için vankomisin; aerobik GNB için ESBL üreten bakterilerin yerel prevalansına göre antipseudomonal sefalosporin (sefepim, seftazidim) veya antipseudomonal karbapenem (meropenem) önerilmektedir. Betalaktam antimikrobiyal ajanlara karşı anafilaksi geçirmiş ve meropenem kontrendike ise aztreonam/siprofloksasin önerilmekte ancak bu öneriyi destekleyen yeterli kanıt bulunmamaktadır. Karbapeneme dirençli *A. baumannii* ve diğer GNB'lerin yüksek prevalansı varsa ampirik kolistin ve karbapenem kombinasyonu önerilir.

BOS kültürleri sonuçlandığında tedavi sonuca uygun olarak değiştirilmelidir. Metisiline duyarlı *S. aureus* üremesinde antistafilocokal bir penisilin tercih edilmelidir. Hasta beta-laktam ajanları alamıyorsa, duyarısızlaştırılabilir veya vankomisin başlanabilir. Metisiline dirençli *S. aureus* için vankomisin ilk tercihtir. Vankomisin MİK değeri ≥ 1 $\mu\text{g/mL}$ ise linezolid, daptomisin veya trimetoprim sülfametoksazol önerilir. KNS üremesi durumunda yönetim *S. aureus* ile benzerdir. Eğer antibiyogram rifampine duyarlıysa, invaziv cihazı olan hastalarda kombinasyon halinde başlanması önerilir. *C. acnes* için Penisilin G; Gram-negatif basiller için antibiyograma uygun olarak üçüncü kuşak sefalosporinlere duyarlı ise seftriakson veya sefotaksim önerilir. Pseudomonas türleri için Sefepim, seftazidim veya meropeneme alternatif aztreonam veya florokinolon; ESBL üreten GNB için meropenem verilmesi uygundur. Acinetobacter türleri için meropenem önerilmekle beraber karbapenem dirençli suşlarda kolistimetat sodyum veya polimiksin B başlanabilir. Ayrıca uzun süreli meropenem infüzyonu (her doz 3 saat boyunca uygulanır) dirençli gram-negatif organizmaların tedavisinde başarılı olabilir. Candida türleri için genellikle 5-flucytosine ile kombine edilen lipozomal amfoterisin B önerilir; hasta klinik iyileşme gösterdiğinde, izole edilen tür duyarlı ise tedavi flukonazole değiştirilebilir. Aspergillus veya Exserohilum türleri için vorikonazol önerilir.

İntraventriküler antimikrobiyal uygulama tek başına sistemik antimikrobiyal tedaviye zayıf yanıt olması durumunda tercih edilebilir. İntraventriküler tedavinin sistemik uygulama ile kombinasyonu bazı çalışmalarda sadece sistemik tedaviye göre üstün olsa da sekonder enfeksiyon riski, verilen ilaçların nörotoksosite riskinde artış ve uygulama şekli, dozajlama ile ilgili yeterli çalışma olmaması gibi dezavantajları vardır.

Tedavi süreleri KNS veya *C. acnes* 'in neden olduğu, BOS pleositozu olmayan veya minimal olan, BOS glukozu normal olan ve klinik semptomları az olan enfeksiyonlarda 10 gün; belirgin BOS pleositozu olan, BOS glukozu düşük olan veya klinik semptomlar gösteren enfeksiyonlarda 10-14 gün süre ile tedavi edilmelidir.

S. aureus veya gram-negatif basillerin neden olduğu, belirgin BOS pleositozu, BOS glukozu düşük olan veya klinik semptomlar veya sistemik özellikler olan veya olmayan enfeksiyonlar 10-14 gün tedavi edilmelidir; bazı çalışmalarda gram-negatif basillerin neden olduğu enfeksiyonun 21 gün tedavi edilmesi önerilmektedir. Uygun antimikrobiyal tedavi ile tekrarlayan pozitif BOS kültürleri olan hastalarda tedaviye son pozitif kültürden sonra 10-14 gün daha devam edilmelidir.

İnvaziv cihazı olan hastalarda enfekte invaziv cihazların çıkarılması önerilir. KNS veya *C. acnes* üremesi olan, ilişkili BOS anormallikleri olmayan hastalarda eksternalizasyondan sonraki 48. saatte negatif BOS kültürü elde edildiyse, eski şantın çıkarılmasından sonraki 3.gün içinde yeni şant implante edilmelidir. Eğer ilişkili BOS anormallikleri varsa tekrarlanan BOS kültürleri negatif olan hastalarda, 7 günlük antimikrobiyal tedaviden sonra yeni bir şant takılmalıdır; tekrarlanan kültürler pozitifse, yeni bir şant takılmadan önce BOS kültürleri 7-10 gün boyunca negatif kalana kadar antimikrobiyal tedavi önerilir. *S. aureus* veya gram-negatif basillerin neden olduğu enfeksiyonu olan hastalarda, BOS kültürleri negatif olduktan 10 gün sonra yeni bir şant yerleştirilmelidir. Bazı kaynaklar şant reimplantasyonundan önce enfeksiyonun temizlendiğini doğrulamak için antimikrobiyal tedaviye 3 günlük bir ara verilmesini önermektedir; ancak bu gözlem süresi isteğe bağlıdır ve rutin olarak önerilmemektedir.

Tedavi yanıtı için esas parametre klinik olmasına rağmen hastaların postoperatif dönemde olması nedeniyle net değerlendirilemeyebilir. Bos kültüründe üremesi olan hastalarda klinik yanıt da değerlendirilemiyorsa negatif BOS kültürü görülmesi gerekmektedir. BOS şant enfeksiyonu tedavisinde kullanılmayan harici BOS drenleri için, klinik olarak endike olmadıkça günlük BOS kültürleri ve analizi önerilmemektedir. Çalışmalar, her BOS örneklemede enfeksiyon riskinde bir artış olduğunu göstermiştir.

İnvaziv cihaz takılan hastalarda enfeksiyonu önlemek için periprosedürel profilaktik antimikrobiyal uygulama önerilmektedir. Antimikrobiyal (minosiklin, rifampin, klindamisin) emdirilmiş BOS şantlarının ve BOS drenlerinin



kullanılması da enfeksiyon riskini azaltan yöntemlerdendir. Aynı zamanda baziller kafatası kırığı ve BOS kaçağı olan hastalarda pnömokok aşılması da atlanmaması gereken unsurlardandır.

Kaynaklar

1. Allan R. Tunkel, Rodrigo Hasbun, Adarsh Bhimraj, Karin Byers, Sheldon L. Kaplan, W. Michael Scheld, Diederik van de Beek, Thomas P. Bleck, Hugh J.L. Garton, Joseph R. Zunt, 2017 Infectious Diseases Society of America's Clinical Practice Guidelines for Healthcare-Associated Ventriculitis and Meningitis, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 64, Issue 6, 15 March 2017, Pages e34–e65, <https://doi.org/10.1093/cid/ciw861>
2. Williams TA, Leslie GD, Dobb GJ, Roberts B, van Heerden PV. Decrease in proven ventriculitis by reducing the frequency of cerebrospinal fluid sampling from extraventricular drains. *J Neurosurg* 2011;115:1040e6.
3. Shofty B, Neuberger A, Naffaa ME, Binawi T, Babitch T, Rappaport ZH, et al. Intrathecal or intraventricular therapy for post-neurosurgical Gram-negative meningitis: matched cohort study. *Clin Microbiol Infect* 2016;22:66e70.
4. Hussein K, Bitterman R, Shofty B, Paul M, Neuberger A. Management of post-neurosurgical meningitis: narrative review. *Clin Microbiol Infect*. 2017 Sep;23(9):621-628.
5. Omar AS, El Shawarby A, Singh R. Early monitoring of ventriculostomy-related infections with procalcitonin in patients with ventricular drains. *J Clin Monit Comput* 2015; 29:759–65.
6. Williamson RA, Phillips-Bute BG, McDonagh DL, Gray MC, Zomorodi AR, Olson DM, et al. Predictors of extraventricular drain-associated bacterial ventriculitis. *J Crit Care* 2014;29:77e82.
7. Stenehjem E, Armstrong WS. Central nervous system device infections. *Infect Dis Clin North Am* 2012; 26:89–110
7. Leib SL, Boscacci R, Gratzl O, Zimmerli W. Predictive value of cerebrospinal fluid (CSF) lactate level versus CSF/blood glucose ratio for the diagnosis of bacterial meningitis following neurosurgery. *Clin Infect Dis* 1999;29:69-74

Spondilodiskitler; Etiyolojik Yaklaşım ve Doğru Tanıya Giden Yol

Asistan Dr. Ayça Nur DALKIRAN BAYDAR

SBÜ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Spondilodiskit, alt ve üst vertebra platoları ve komşu intervertebral diskte inflamasyonu ifade eder. Risk faktörleri arasında, ileri yaş, DM, erkek cinsiyet, dejeneratif omurga hastalığı, geçirilmiş omurga cerrahisi, kortikosteroid tedavisi, damar içi ilaç kullanımı bulunur. Nüfus yaşının giderek artması, artan omurga cerrahileri, immunsupresif ilaç kullanımı, intravasküler yabancı isim ilişkili bakteremi nedeni ile insidansı giderek artmaktadır.

PATOGENEZ

Bakteriler vertebraya başlıca üç yolla gelir:

- 1-uzaktaki enfeksiyon odağından hematogen yayılım
- 2-omurga cerrahileri sırasında direkt inokülasyon
- 3-komşu yumuşak dokudaki enfeksiyondan bitişik yayılım

Spondilodiskitlerin yaklaşık %50'si hematogen yayılımla meydana gelmektedir.

En sık lomber vertebra tutulur. Çoğu monomikrobiyaldir.

ETKENLER

Spondilitlerin %50' den fazlasında etken *S. aureus*'tur. *S. aureus* haricinde;

•Enterik gram negatif basiller, *Pseudomonas aeruginosa*, Koagülaz negatif stafilokoklar, *S. viridans*, Enterokoklar, *M. tuberculosis* ve *Brucella spp.* etkenler arasında yer alırlar.

TANI

Klinik, laboratuvar ve görüntüleme ile konur.

KLİNİK

Sinsi seyir, genel popülasyonda bel ağrısı oranı yüksek olması, semptomları spesifik olmaması, antipiretik, analjezik kullanımı ile maskelenen klinik nedeni ile tanısı zor konur. Yeni gelişen/kötüleşen bel ağrısına eşlik eden ateş, kan dolaşımı enfeksiyonu, nörolojik semptomlar ve AFR yüksekliği durumunda düşünülmesi gereken bir tanıdır.

LABORATUAR

Genellikle ESH,CRP ve WBC yüksekliği vardır. Endemik bölgeler için brucella serolojisi, tüberküloz tetkikleri istenmelidir, Spondilodiskitten şüphelenilen hastalardan 2 set kan kültürü istenmelidir.

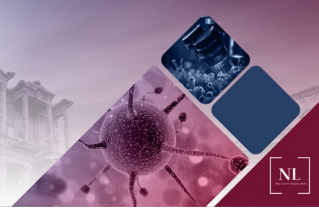
GÖRÜNTÜLEME

MR altın standart, duyarlılığı en yüksek tekniktir. **BT** MR çekilemiyorsa düşünülebilir. **Direkt grafi** ileri dönemde pozitifdir, erken dönemde bulgu vermez. **Sintigrafi** MR kontrendike ise ya da BT negatif ancak şüphe varsa düşünülebilir. Galyum sintigrafisinin duyarlılık ve özgüllüğü yüksektir. **PET** duyarlılığı yüksek, negatif prediktif değeri %100'e yakındır. Tümör, dejenerasyon, implant varlığında özgüllüğü azalır.

BIYOPSİ:

Amaç, klinik ve radyolojik olarak uyumlu hastalarda teşhisi doğrulamak; mikrobiyolojik ve histolojik tanıyı koymaktır. Genellikle kan kültürü ve serolojik testlerle etkenin saptanamadığı durumlarda önerilmektedir. Klinik ve radyolojik bulguları uyumlu hastada kan kültüründe tipik patojenler üremiş ise (*S. aureus*, *S. lugdunensis*) ya da *Brucella* seroloji pozitif ise biyopsi yapılmayabilir. Açık biyopsi ya da görüntüleme eşliğinde (BT ya da floroskopi) iğne biyopsisi yapılır. Açık biyopside tanı koyma oranı daha yüksektir.

En fazla tercih edilen BT eşliğinde iğne biyopsisidir. Alınan örnekten bakteriyel (aerob, anaerob), fungal ve mikobakteriyel kültür + histopatolojik inceleme yapılır. İlk biyopsi negatif ise 2. biyopsi yapılır. 2. biyopsi de negatif



ise ampirik antibiyotik tedavisi başlanır. Ampirik tedaviden 3-4 hafta sonra klinik ve laboratuvar yanıt yok ise 3. biyopsi (açık biyopsi tercih edilebilir) önerilir. Antibiyotik alıyor olsa dahi kültür yapılmalıdır.

TEDAVİ

Antibiyotik ve cerrahi tedavi seçenekleri hasta özelinde değerlendirilmelidir. Etken belirlenene kadar mümkünse antibiyotik ertelenmelidir. Antibiyotik seçimi kan kültürü, biyopsi kültür sonucuna göre yapılmalıdır. Ancak hastada nörolojik defisit ya da geliştiyse kültür sonucunu beklemeden ampirik antibiyotik başlanmalıdır.

Ampirik tedavide; Vankomisin + seftriakson/ seftazidim/ sefotaksim/ sefepim/ siprofloksasin düşünülebilir. Etkenin belirlenmesi halin etken duyarlığı göz önünde tutularak antibiyotik seçilmelidir

Etkenin tüberküloz olması halinde; 2 aylık izoniazid+rifampisin+pirazinamid+etambutol tedavisini takiben 7 ay daha izoniazid + rifampisin tedavisi verilmesi önerilir.

Etkenin brusella olması halinde; 12 hafta doksisiklin ve rifampisine ek olarak 14-21 gün gentamisin veya streptomisin tedavisi önerilir.

TEDAVİ SÜRESİ

Spondilodiskit olgunlarında en az 6 hafta tedavi verilmesi önerilmekte olup, drene edilmemiş apse, dirençli mikroorganizma varlığında, kemikte ağır hasar var ise süre uzatılabilir (~12 hafta). En az 2 haftalık parenteral tedaviden sonra komplikasyon yoksa ve klinik yanıt alınmış ise oral tedaviye geçilebilir.

- Enfeksiyon komplikasyonsuz ise

CERRAHİ

Nörolojik defisit varlığında, drenaj gerektiren epidural veya paravertebral apse varsa, omurga çökmesi ve/veya omurga instabilitesi riski veya kord sıkışması mevcut ise, uygun antibiyotiğe rağmen hastalığın ilerlemesi, devam etmesi veya nüksetmesi durumunda hastalar cerrahi açıdan değerlendirilmelidir.

TAKİP

İlk 2 hafta yakın klinik takip yapılmalıdır. Uygun antibiyotiğin 4. haftasından sonra ESR, CRP görülerek tedavi yanıtı değerlendirilmelidir. Takipte radyolojik görüntüleme gerekmez. Tedaviye yanıtızsızlık durumunda istenebilir.

KAYNAKLAR:

1-WHO/CDS/EPR/2006.7. Brucellosis in humans and animals Geneva: World Health Organization, 2006.

2-IDS A 2015 Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Native Vertebral Osteomyelitis in Adults

3- Tüberküloz Tanı Tedavi Rehberi

4-Lew DP, Waldvogel FA. Osteomyelitis. Lancet 2004; 364:369.

5-Spondylodiscitis/Z Orthop Unfal/2021 Dec;159(6):687-703./2020 Aug 26.



Enfeksiyoncu Gözüyle Ortopedik Protez Enfeksiyonlarına Yaklaşım

Elif DOĞAN

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Pro-tez eklem cerrahisi, eklem ağrısı ve fonksiyon kaybı yaşayan hastalar için hayat kalitesini önemli ölçüde artıran bir işlemdir. Protez eklem enfeksiyonu (PJI), bu cerrahinin en ciddi komplikasyonlarından biridir. Patogenezinde mikroorganizmaların, virülans faktörü ve konak savunması ile antimikrobikalleri daha az etkili hale getiren bariyer olan biyofilm tabakada yüzeylere tutunarak ekstrasellüler matris içindeki üremesi rol almaktadır. Risk faktörleri arasında obezite, malnutrisyon, diyabetes mellitus, önceki cerrahi alan enfeksiyonları, erken postoperatif dönem, revizyon cerrahisi yer alır. PJI tanısı ve tedavisi, klinik belirtiler, laboratuvar testleri ve görüntüleme bulgularının birlikte değerlendirilmesi-ni gerektirir.

Eklem protezi üzerinde sinüs traktı veya sürekli yara drenajı, protezde akut başlangıçlı ağrı veya protez implantasyonundan sonra herhangi bir zamanda kronik ağrı olması belirtilerden biri veya birkaçı olduğunda PJI şüphesi oluşmalıdır. PJI tanısı için preoperatif ve intraoperatif değerlendirmelerin birlikte düşünülmesi gereklidir. Preoperatif dönemde ayrıntılı anamnez ve fizik muayene, laboratuvar testleri (ESH, CRP, interlekin-6), görüntüleme yöntemleri (düz röntgen), artrosentez ve sinoviyal sıvı analizi (hücre sayımı ve kültür) yapılmalıdır. İntraoperatif dönemde ise periprotetik doku örneklerinin histopatolojik incelemesi, en az 3-5 örnek olacak şekilde periprotetik doku kültürü alınması ve mümkünse protez sonikasyonu yapılmalıdır.

IDSA rehberine göre protez ile bağlantılı bir sinüs traktı varlığı, patolojik tarafından cerrahi debridman veya protez çıkarma sırasında alınan periprotetik dokunun histopatolojik incelemesinde akut inflamasyonun varlığı ve protez çevresinde bilinen başka bir etiyoloji olmaksızın pürülan akıntı varlığı PJI'nin kesin kanıtlarıdır. EBJIS 2021 güncel rehberine bakıldığında ise bu durumlardan herhangi biri varlığı PJI kesin kanıtı olarak bildirilmiştir: Protez veya eklem ile bağlantılı görülen sinüs traktı, sinoviyal sıvı analizinde 3000 üstü lökosit sayısı veya %80 üstü PMN, sinoviyal sıvıda alfa defensin pozitifliği, iki veya daha fazla periprotetik doku kültüründe aynı mikroorganizmanın varlığı. PJI sınıflandırmasına bakıldığında Tsukayama ve arkadaşlarına göre bu enfeksiyonlar erken postcerrahi, geç kronik, hematogen ve pozitif intraoperatif kültür olarak 4 başlıkta incelenir. Zimmerli ve arkadaşları tanımlamasına göre ise PJI'ler erken, gecikmiş ve geç olarak sınıflanır. Etkenlere bakıldığında totalde en sık koagülaz negatif stafilokok türleri olduğu görülmektedir. Ayırıcı tanıda aseptik gevşeme, aşınma, osteoliz, hemartroz, metallozis durumları değerlendirilmelidir.

PJI tedavisi, cerrahi ve antibiyotik tedavisi olmak üzere iki ana bileşeni içerir. Cerrahi rejimler debridman retansiyon, tek ve iki aşamada cerrahi, rezeksiyon artroplastisi ve amputasyon başlıkları altında toplanabilir. Sinüs traktı olmayan, iyi sabitlenmiş protezi olan, yaklaşık 30 gün içinde protez implantasyonu yapılan veya <3 haftalık enfeksiyöz semptomları olan PJI tanılı hastalarda debridman ve protezin korunması stratejisi düşünülmelidir. ABD'de daha az yaygın olmakla birlikte, iyi yumuşak doku ve kemik yapıya sahip, oral antibiyotiklere duyarlı bilinen patojenlerle ilişkili total kalça protezi enfeksiyonları için tek aşamalı cerrahi düşünülebilir. Bu cerrahi tüm protez bileşenlerinin ve protezin çıkarılması, kemik ve yumuşak dokuların debridmanı ve antibiyotik içeren çimentolu protezin implantasyonundan oluşur. İki aşamalı cerrahi ise kronik PJI ve protez gevşemesi durumunda yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Protez çıkarılır, debridman yapılır, antibiyotikli spacer yerleştirilir ve daha sonra yeni bir protez implante edilir. Rezeksiyon artroplastisi ise amputasyondan kaçınmak için immobil hastalar-da, sınırlı kemik stoğu, zayıf yumuşak doku veya çoklu ilaca dirençli organizmaların neden olduğu enfeksiyonlarda düşünülebilir. Amputasyon son seçenek olarak yapılır.

Antibiyotik tedavisi debridman retansiyon sonrası stafilokokal PJI'da, 2-6 hafta süreyle patojene özgü intravenöz(IV) antibiyotikler ve rifampin kombinasyonu, ardından total kalça protezi için 3 ay/total diz protezi için 6 ay süreyle oral rifampin ve yanında uygun seçilmiş antimikrobiyal tedavi olarak belirlenmiştir. Diğer organizmalar için, 4-6 hafta süreyle patojene özgü IV veya oral antibiyotik rejimi uygulanır. Tek aşamalı cerrahi sonrası ise debridman ve retansiyona benzer bir antibiyotik rejimi uygulanır. Rezeksiyon artroplastisi sonrası 4-6 hafta süreyle patojene özgü IV veya oral antibiyotik rejimi uygulanır. Amputasyon sonrası antibiyotik tedavi süresi ise kalan enfekte doku ve/veya sepsis varlığına göre değişir. Kronik süpresif tedavi, enfeksiyonun tekrarlamasını önlemek için seçilmiş hastalarda düşünülebilir. Ancak, rifampin tek başına kullanılmamalıdır. Kronik süpresif tedavi uygulanan hastalar, etkinlik ve toksisite açısından yakından izlenmelidir.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



Sonuç olarak PJI, protez eklem cerrahisinin ciddi bir komplikasyonudur ve tanısı/tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Ha-len birçok bilinmeyen vardır ve daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırmalar, PJI epidemiyolojisi ve risk faktörleri, hızlı tanı yöntemlerinin geliştirilmesi, tedavi algoritmalarının ve antibiyotik rejimlerinin optimizasyonu, kronik süpresif tedavinin rolünün tanımlanması ve önlemlerin değerlendirilmesi gibi konulara odaklanmalıdır.



Serolojik Testler; Avidite, ELISA, Western Blot, IGRA ve Diğerleri

Zeynep BİLGİN

SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Enfeksiyon hastalıklarının tanısında etken mikroorganizmayı göstermek, üretmek ve ortaya çıkarmak güçtür ve her zaman mümkün olmamaktadır

Etkene karşı organizmada oluşan özgül bağışık yanıtın ortaya konması tanıda yararlanılan bir durumdur

Seroloji:

Klinik laboratuvarlarda ana işlem; hasta örneğindeki hedef antikor veya antijenin hazırlanmış bir antijen veya antikor ile reaksiyon vermesine dayanır

Oluşan antijen-antikor kompleksi stabilize edilir ve çeşitli immünolojik yöntemlerle saptanır

Diğer tanı testlerine göre:

Kolay ve pratik

Kısa sürede sonuç verirler

Ekonomik

Serolojinin Tanıdaki Yeri:

Diğer yöntemlerle tespit edilmesi zor olan bir çok patojen enfeksiyonlarında (bakteri, virüs ve mantar)

Mikrobiyal izolasyon mümkün olmadığında

Geçirilmiş enfeksiyon durumlarında

SEROLOJİDEN YARARLANIRIZ

Konağın belirli bir mikroorganizmaya yanıtını ölçer

Geriye dönük tanı sağlar

Serolojik Testlerin Kullanıldığı Durumlar

Enfeksiyon hastalıklarının laboratuvar tanısı

a) *Hasta serumlarında özgül antikorların gösterilmesi ve titrasyonu*

b) *Klinik örnekte etken mikroorganizma antijenlerinin belirlenmesi*

Enfeksiyonların tedaviye yanıtının izlenmesi,

Konjenital veya yenidoğan enfeksiyonlarının tanısı ve izlemi,

İmmün durumun belirlenmesi, geçirilmiş enfeksiyonların veya bağışıklığın belirlenmesi,

Popülasyon taramaları ile toplumlarda enfeksiyonların epidemiyolojisi hakkında veri sağlanması

Serolojik Testler: İmmünoloji laboratuvarında kullanılan pek çok serolojik yöntemin prensibi antijen antikor birleşmesinin tespitine dayalıdır.

Serolojik Tanı: Direkt Tanı ; **Etkene özgü antijenin saptanması**, İndirekt Tanı: **Etkene özgü antikorun saptanması**

Serolojinin kısıtlılıkları: İmmün baskılanmada yeterli antikor cevabı üretilemez → İmmün yetersizlerde yalancı negatif , Sürekli yüksek antikor düzeyleri → Yakında & eskiden geçirilen enfeksiyon ayrımı ??? , Çapraz etkileşim → Özgün antikor yanıtı engellenir , Yalancı negatiflik → Prozon/postzon fenomeni



Prozon Fenomeni: Aglutinasyonun düşük dilüsyonlarda aşırı antikor veya özgün olmayan serum faktörlerine bağlı inhibe olması

IgG avidite Testi: Avidite bir antikor molekülünün çok değerli (multivalan) bir antijenle bağlanma kuvvetini ifade etmektedir.

Özgül antijene bağlanan antikorun afinitesini ölçmeye dayanır.

Başlangıç döneminde oluşan antikorlar düşük-aviditeli, enfeksiyon ilerlediğinde antijene daha iyi adapte olmuş IgG'ler üretilir.

Gebelerde Toxoplasma, sitomegalovirus (CMV) ve Rubella; immünsüpresif hastalarda CMV, Epstein-Barr virus (EBV) ve insan herpes virus (HHV)-6 gibi enfeksiyonların primer-sekonder ayrımında kullanılır.

Bu testler için gerekli en önemli şart, etkene özgül IgG'nin pozitif olmasıdır.

Serolojik Yöntemler: Klasik yöntemler, Yeni Teknikler (İşaretli Katı Faz Yöntemleri)

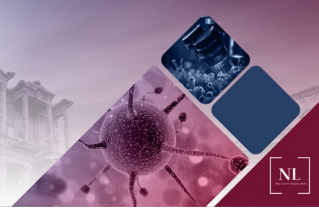
Klasik serolojik yöntemler:

- ✓ Aglutinasyon Testleri
- ✓ Presipitasyon Testleri
- ✓ Flokülasyon Testleri
- ✓ Kompleman Birleşmesi Testleri
- ✓ Hemaglutinasyon Önlenim Testleri
- ✓ Hemadsorpsiyon Önlenim Testi
- ✓ Nötralizasyon Testleri
- ✓ **Aglütinasyon Testleri:** Antijenler antikor içeren serumlarla karşılaştıklarında, birbirlerine yapışarak gözle görülebilecek büyüklükteki parçacıklar halinde çökerler. Bu olaya aglutinasyon adı verilir.
 - ✓ *Direkt Aglutinasyon: Eritrosit, bakteri, mantar gibi partiküllü antijenlerin özgül antikorları ile spontan kümelenmesidir. Tüpte ve lamda yapılabilir..*
 - ✓ *İndirekt(pasif) Aglutinasyon: Bu yöntemde çözünebilir antijen, eritrosit ve lateks parçacıkları gibi partiküler yapıdaki taşıyıcılara bağlanmaktadır.*
 - ✓ Hemaglutinasyon
 - ✓ *Direkt: ABO tiplendirilmesi, Monospot testi(EBV tanısı ve seyrinde)*
 - ✓ *İndirekt*
 - ✓ Partikül aglutinasyon (lateks, jelatin, ..)
 - ✓ Koaglutinasyon
 - ✓ Lipozom aracılı aglutinasyon

Lam aglutinasyon testleri kalitatif, tüp aglutinasyon testi ise kantitatif olarak uygulanır.

Presipitasyon Testleri: Suda erimiş durumda bulunan antijenlerin elektrolitli ortamda özgül antikorları ile birleşerek önce bulanıklık sonra da ince granüllü bir çökme oluşturmalarına presipitasyon denir, Sifiliz de hasta serumunda reagin tipi antikorların araştırıldığı Kahn testi buna örnektir.

Flokülasyon Testleri: Presipitasyon mekanizmasına dayanır, kısmen de aglutinasyon yöntemlerinin özelliklerine sahiptir. Antijen-antikor birleşmesi reaksiyonu sonucu, süspansiyon içinde mikroskopik veya makroskopik olarak görülebilen ince tanecikler ortaya çıkar ancak çözelti stabil değildir.



Kompleman Birleşme(Fiksasyon) Testleri: Antijen antikor kompleksinin komplemanı bağlayıp aktive etmesi, aktive olan komplemanın sistemde antijen olarak kullanılan bakteri, eritrosit gibi hücrelerde sitolize neden olması esasına dayanan uygulaması zor ve zahmetli olan bir testtir. Bu testin referans olduğu hastalıklar: Bruselloz • Q Fever • Klamidiyoz

Nötralizasyon Testleri: Hasta serumunda virüsleri ve bakteri toksinlerini bloke ederek enfektivitelerini önleyen antikor varlığının ve titrelerinin saptanması temeline dayanır.

Anti-streptolizin O(ASO) testi örnektir.

Hemagglütinasyon İnhibisyon Testi: Bazı virüsler yüzeylerinde taşıdıkları hemagglütinin antijeni nedeniyle, doğal olarak bazı hayvan eritrositlerine bağlanıp onları aglütine etme yeteneğindedirler. Bu test virüsün hemagglütinasyon yeteneğinin spesifik bir serum ile ortadan kaldırılması olayıdır.

Hemagglütinasyon yapan virüslere karşı özgül antikorların varlığı araştırılır.

Örneğin: Kabakulak, Rubella, İnfluenza, Paramiksovirüsler...)

Hemadsorpsiyon İnhibisyon Testi: Hemadsorpsiyon, bazı virüslerle enfekte olan hücrelerin yüzeylerine viral antijenler eksprese edildiğinden belirli türlere ait eritrositlerinin adsorbe olması (yapışması) olayıdır. Bu test özgül antikorlar varlığında hemadsorpsiyon olayının önlenmesi esasına dayanır. Hücre kültürlerinde gerçekleştirilir.

Yeni Teknikler (İşaretli Katı Faz Yöntemleri): Esas nokta, özgül antijen-antikor birleşmesi sonucu oluşan komplekslere bağlanan işaretlerin ölçülebilmesi, dolayısıyla bunların işaretli olmayanlardan ayırt edilebilmesidir.

- ELISA/EIA(Enzim bağlı immünolojik yöntem)
 - RIA
 - IFA(İmmunofloresans yöntemi)
 - CLA (Kemilüminesan yöntemi)
 - IB(İmmunblot -WB, LIA, RIBA)
 - OIA (Optik immünolojik yöntem)
 - ICA (İmmuno-kromatografi(Lateral akım yöntemi))
- **ELISA, EIA:** Antijen-antikor ilişkisini antikorlara bağlanmış bir enzimin aktivitesini izlemekle araştırma temeline dayanır.
 - Kullanılan başlıca enzimler peroksidaz, alkalen fosfataz ve beta galaktozidaz'dır
 - Enzim bağlanınca kromojen madde sayesinde renk üretir
 - Hem antijen hem IgG, IgM, IgA gibi antikor alt- tipleri saptanabilir

ELISA yönteminde sonuçların değerlendirilmesi:

Enzim-substrat reaksiyonu sonucu ortaya çıkan renk değişimi spektrofotometrik olarak ölçülür, Elde edilen absorbans değeri "optik dansite (OD)" olarak ifade edilir

Kullanılan ELISA kitinin özelliğine göre, kontrol ya da standartlardan alınan OD değerleri hasta serumlarının OD'leri ile oranlanarak; kalitatif semi-kantitatif kantitatif, sonuçlar elde edilir

ELISA'NIN GÜÇLÜ YÖNLERİ:

Kullanım kolaylığı , Ekipman maliyetleri makul seviyede, Sinyal güçlendiricilerle birleştirildiği takdirde yüksek seviyede duyarlılığa sahip, Birden fazla numuneyi aynı anda değerlendirme yeteneğinden dolayı kısmen yüksek verim sağlar

IF: Lamda yapılan katı faz yöntemidir, katı faz olarak üzerinde dairesel alanların bulunduğu özel lamalar kullanılır.

Direkt ve indirekt formatlarda uygulanabilir



- **Direkt floresans antikor testi (DFA):** Bu yöntem klinik örnekte antijen aramak için kullanılır.
- **İndirekt floresans antikor testi (IFA):** Bu yöntemde klinik örnekteki antikor araştırılır.

Western blot:

Mikroorganizmanın değişik suşlarında ortak olan özgül proteinlerin varlığını gösterdiğinden, mikroorganizmalara karşı suşa özgül immün yanıtların gösterilmesinde, tarama testindeki pozitif sonucun gerçek pozitif ya da yalancı pozitif olduğunun değerlendirilmesi amacıyla kullanılır.

HIV, HTLV, HCV ve *Borellia burgdorferi* gibi enfeksiyonların tanısında en yaygın kullanılan doğrulama yöntemidir. Altın standart olarak kabul edilir.

Tarama yöntemlerinde daha az duyarlı olmakla birlikte daha özgündür ve bir kez pozitif sonuç elde edilmişse sonuç nadiren doğru değildir.

Western Blot yöntemi yalnızca tarama testlerinin doğrulamasında değil, ELISA yöntemi ile ayırt edilemeyen özgül antikorların tanısında da kullanılır.

(HSV-1 veya HSV-2'ye spesifik antikorlar, konjenital rubella şüpheli hastalarda rubella virusuna özgül antikorlar, kazanılmış sifiliz olgularında *Treponema pallidum*'un 15.5, 17, 44.5, 47 kDa ağırlığındaki antijenlerine karşı antikorlar)

Line immunoassay(LIA):

Yöntem Western blot'a benzetmekle birlikte, sentetik ve/veya rekombinant antijenler, mikroorganizmanın lizatlarının elektroforezlenip daha sonra şeritler üzerine aktarılması yerine, şeritler üzerine molekül ağırlıklarına karşılık gelen yerlere boyanarak işaretlenir.

LIA'nın Western blot'a göre; konak hücre proteinlerinin varlığının elimine edilmesi, antijenlerin daha iyi standardize edilmesi, tam kan kullanılabilmesi, kontrollerin de şerit üzerinde yer alabilmesi gibi avantajlar bulunmaktadır.

IGRA:

- Tüberkülozu teşhis etmek için
- Prensipten: *Mycobacterium tuberculosis* ile enfekte hastaların T lenfositlerinin basile spesifik peptidlere(ESAT-6, CFP-10 gibi) maruz kaldıklarında IFN-γ üretmesi
- Bacille Calmette-Guérin (BCG) aşısında bu peptitler bulunmaz : Tüberküloz deri testinden daha spesifik
- FDA onaylı testler
- QuantiFERON® -TB Gold-in-tube test (QFT-GIT)
- QuantiFERON® -TB Gold-Plus-in-tube test (QFT-Plus)
- T.SPOT® .TB test (T-Spot)

QuantiFERON–TB Gold Plus (QFT-Plus) (Qiagen, Germany)

- Tam kan örneğinde, özgül antijenler ile uyarılan T-hücrelerce salınan IFN-γ düzeyini belirler.
- Yöntem; ELISA
- Antijen; ESAT-6, CFP-10

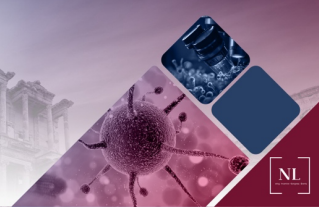
T-SPOT.TB (Oxford Immunotec, UK)

- Periferik kan mononükleer hücreler özgül antijenlerle uyarıldığına, IFN - γ salınan T-hücrelerin sayısını belirler
- Yöntem; ELISPOT
- Antijen; ESAT-6, CFP-10



Serolojik testlerin yorumlanması

- Bir serolojik testin doğru kullanılması için hekimin testi ne amaçla istediğini ve bu amaca uygun olan testi bilmesi gerekmektedir.
- Akut hastalık dönemi ile nekahat dönemi serumları arasında antikor titresinde 4 kat artış saptanması geçirilmekte olan enfeksiyonu gösterir.
- Tek bir serum örneğinde yüksek titrede etkene özgül IgM varlığının saptanması akut enfeksiyon için tanı koydurucudur
- Hastalığa neden olan etken çok nadir görülen bir organizma ise ve kişinin bu hastalığı geçirmediği herhangi bir bağışıklık yanıt oluşturmaması olası değilse tek serum örneğinde özgül antikor varlığı tanı koydurucudur



Lateral flow testleri ve Multiplex PCR Tabanlı Paneller

Serenay Aytan

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Lateral flow testler günlük pratikte kart test, immünokromatografik kart test, immünokromatografik test, kromatografik kart test, dip test, dipstik test, dipkart test, strip test, yanal akış testi gibi birçok farklı isimde karışımına gelebilir. Halk arasında gebelik testi amacıyla kullanımının oldukça yaygınlaşması neticesinde ise lateral flow testler tüm dünyada oldukça popüler hale gelmiştir. Günümüzde gebelik testi dışında mikrobiyolojik tanı testleri, organ yetmezlikleri, uyuşturucu tarama testleri, toksin testleri gibi birçok farklı alanda kullanılmaktadır. Lateral flow testler plastik taban ve kaset kapak, numunenin damlatıldığı ve selüloz yapılı "numune pedi", renkli molekül ve antikorların bulunduğu, reaksiyonların gerçekleştiği fiber glass yapılı "reaksiyon pedi", kapiller akımın gerçekleştiği ve sonucun izlendiği nitroselüloz membran test çizgisi ve kontrol çizgisi ve artan numunenin biriktiği selüloz yapılı "atık pedi"nden oluşur. Numune damlatma alanının hemen altında numune pedi bulunmaktadır ve damlatılan numune öncelikle bu pedde birikir. Numune, bu pedin sıvı tutma kapasitesinden fazla damlatıldığından sıvı bu pede temas eden konjugasyon pedine doğru ilerler. Konjugasyon pedinin üzeri kapalıdır ve renkli moleküller bu pedde bulunur. Konjugasyon pedine gelen sıvı numune buradaki moleküllerle reaksiyona uğrar, bu peddeki molekülleri de sürükleyerek buna temas eden nitroselüloz membrana doğru ilerler. Nitroselüloz membrana gelen sıvı, içindeki molekülleri de sürükleyerek membran üzerinde kapiller akım kuvvetine göre membranın sonuna doğru ilerler. Bu sırada test çizgisi ve kontrol çizgisinde ilgili reaksiyonlar gerçekleşir ve buna göre test sonucunu belirten renkli çizgiler oluşur. Avantajları hızlı, düşük maliyetli, taşınabilir, üretiminin kolay olması, sahada gerçekleştirilebilmesi, raf ömrünün uzun olması, analiz metodunun kolay uygulanması ve özel eğitim gerektirmemesi, sonucun gözle görülebilir olmasıdır. Dezavantajları ise tam kantitatif uygulamasının olmayışı, kullanıcılar arasında sonuçların yorumlanmasında farklılıklar olabilmesi, çok küçük volümlerin analizde yetersiz kalması, şerit başına tek bir analitin ölçülebilmesidir. Lateral flow testler HIV tanısında da kullanılabilir. Ancak genellikle HIV'e özgül IgG antikorlarını saptayabilir. Pozitif sonuçlar laboratuvar temelli 4. jenerasyon bir EIA testiyle tekrarlanmalıdır. Kuvvetli şüphe durumlarında, özellikle kan dışı örneklerin kullanıldığı HTT ile alınan negatif sonucun yine 4. jenerasyon bir EIA ile tekrar test edilmesi gerekmektedir.

Polimeraz zincir reaksiyonu (PCR), dizisi bilinen herhangi bir organizmaya ait genomik DNA'daki özgün bölgelerin çoğaltılmasını sağlayan bir tekniktir. Multiplex PCR ise aynı örnekte iki veya daha fazla hedef DNA dizisinin amplifiye edilmesidir. Farklı hedef DNA sekanslarına spesifik multiple primer çiftlerinin kullanılması ile gerçekleştirilir. Değişik hedef sekansların koamplifikasyonu birçok amaç için kullanılma olanağı bulunmaktadır. Multiplex PCR'da hedef sekansın koamplifikasyonu ile DNA sekansları, yapılarında bulunması muhtemel alterasyonlar (değişimler) yönünden incelenebilir, hedef DNA'nın farklı segmentleri araştırılabilir, sekansların amplifiye olabilirliklerinin internal (iç-dahili) kontrolleri yapılabilir, bir örnekte bulunan değişik ajanlara ait DNA'lar aynı tüpte amplifiye edilebilir. Multiplex PCR tabanlı paneller analiz edilebilecek genlerin sayısını artırır, internal kontrol mekanizması ile yanlış negatif sonuçları engeller, zaman, efor ve maliyet tasarrufu sağlar, farklı hedefler için aynı reaksiyon koşulları kullanır ve analizi içim eğitimli ve tecrübeli personel ihtiyacı vardır. Literatür incelendiğinde multiplex PCR tabanlı panellerin birçok enfeksiyon hastalığının tanısını hızlandırması ile gereksiz antibiyotik kullanımının azaltılabileceği, erken ve etkin antibiyotik kullanımını sağlayabileceği belirtilmiştir.

Lateral flow testler ve multiplex PCR tabanlı panellerin klinikte kullanımının yaygınlaşması ile antibiyotik gerektiren ve gerektirmeyen enfeksiyonların ayrımı daha kolay yapılabilmekte, doğru antibiyotik seçimine yapılabilmektedir. Ayrıca bu testler salgın dönemlerinde de hızlı tanı olanağı sağladığı için salgın yönetiminde önemlidir.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi

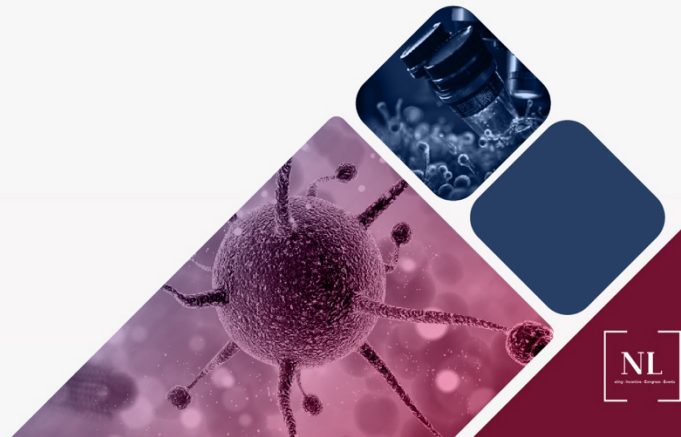


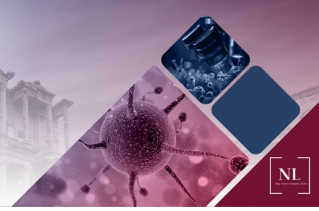
SÖZEL BİLDİRİ ÖZETLERİ

www.asistankongresi.com

20-22 NİSAN 2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - *İzmir*





S1

Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde Takip Edilen HIV/AIDS Olgularının Retrospektif Analizi

Buse Koc¹, Ayşe İnci², Nagehan Didem Sarı¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu çalışmada, bir enfeksiyon hastalıkları kliniğinde yatarak tedavi olan HIV/AIDS olgularının özelliklerinin, başvuru yöntemlerinin ve klinik tanıların incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde Ocak 2018-Aralık 2023 tarihleri arasında takip edilen 132 hastaya ait veriler Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden retrospektif olarak incelendi. Tüm hastaların HIV/AIDS tanıları yatışları öncesinde veya esnasında doğrulama testi ile konuldu. Tüm hastalar; cinsiyet, yaş, kliniğe başvuru şekli, CD4 T lenfosit sayısı, CD8 T lenfosit sayısı, CD4/CD8 oranı, HIV-RNA ve klinik tanıları yönünden incelendi.

Bulgular: Altı yıllık dönemde, kliniğimizde 132 hasta takip edildi. Bu hastaların %13,5'si (n=18) kadın, %86,3'ü (n=114) erkekti. Yaş ortalaması 43,4 (23-71) olarak saptandı. Hastaların %38,3'ü (n=51) acil servisten, %36,4'ü (n=48) enfeksiyon hastalıkları polikliniğinden, %25'i (n=33) diğer kliniklerden veya merkezlerden nakil olarak başvurdu. Ortalama CD4 T lenfosit sayısı 190,58 (1-1795) olarak saptandı. Hastaların %34,6'sının (n=43) CD4 T lenfosit sayısı 50'nin altındaydı, %36,2'sinin (n=45) 51-200 arasında, %18,5'inin (n=23) 201-500 arasında, %10,4'ünün (n=13) ise 500'ün üzerinde görüldü. Ortalama HIV-RNA düzeyi 1705000 kopya/mL olarak saptandı. En sık hastane yatışı sebepleri *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi (PCP), tüberküloz ve Kaposi sarkomu olarak tespit edildi. Hastaların demografik özellikleri ve CD4 T lenfosit sayıları Tablo 1'de, hastane yatışında aldıkları tanıları Tablo 2'de, hastaneye başvuru şekilleri Tablo 3'te incelenmiştir.

Tablo 1. Olguların genel özellikler

Tablo 1. Olguların genel özellikleri

Yaş	Olgular (n=132)	%
18-24	3	2,2
25-34	32	24,2
35-44	42	31,8
45-54	31	23,4
55-64	18	13,6
≥65	6	4,5
Başvuru sırasında CD4 hücre sayıları (hücre/μl)		
<50	43	34,6
51-200	45	36,2
201-500	23	18,5
≥500	13	10,4
Toplam	132	100

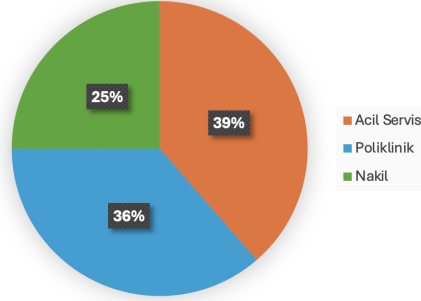
Tablo 2. Olguların hastane yatışında aldıkları tanıları

Tablo 2 - Olguların hastane yatışında aldıkları tanıları

Tanı	n	%
<i>Pneumocystis jirovecii</i> pnömonisi	23	17,4
Tüberküloz	21	15,9
Miliyer tüberküloz	8	6
Akciğer tüberkülozu	8	6
Tüberküloz enfeksiyonu	5	3,9
Kaposi sarkomu	13	9,8
Lenfoma (DBBHL, NHL)	11	8,3
Covid pnömonisi	9	6,8
Sifiliz	8	6
Nörosifiliz	4	3
CMV hastalığı	8	6
CMV koliti	3	3
CMV retinitisi	3	3
Toksoplazma ensefaliti	5	3,7
Diğer	34	25,7



Tablo 3. Olguların hastaneye başvuru şekilleri



Sonuç: HIV/AIDS olgularının daha sık görüldüğü cinsiyet erkek (%86,3), yaş grubu 35-44 (%31,8), ortalama CD4 T lenfosit sayısı 190,58 olarak belirlenmiştir. En sık hastaneye yatış sebebi PCP, tüberküloz ve Kaposi sarkomu olarak saptanmıştır. Günümüzde antiretroviral tedavinin yaygınlaşması ile fırsatçı enfeksiyonların insidansında azalma saptansa da, hala olgularımızın önemli bir kısmı kliniğe fırsatçı enfeksiyonlarla ve düşük CD4 T lenfosit düzeyleri ile başvurmaktadır. Bu duruma sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olduğu COVID-19 pandemisinin katkıda bulunduğu da göz önüne alınmalıdır. HIV enfeksiyonunun erken tanısının; fırsatçı enfeksiyonların yol açtığı morbidite ve mortalitenin önlenmesi açısından önemli olduğunu ve test yöntemlerinin yaygınlaştırılmasının, klinik pratiklerinde tüm hekimlerin ayırıcı tanılarında HIV/AIDS düşündüren bulguları değerlendirmesinin faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, fırsatçı enfeksiyon



S2

Tedavi Naif HIV Hastalarına Başlanan ART Rejimlerinin Virolojik ve İmmünolojik Yanıta Etkisi

Oğuzhan Yıldız¹, Çiğdem Ataman Hatipoğlu¹, Sami Kınıklı¹, Günay Tuncer Ertem¹, Fatma Şebnem Erdinç¹,
Salih Cesur¹, Esra Kaya Kılıç¹

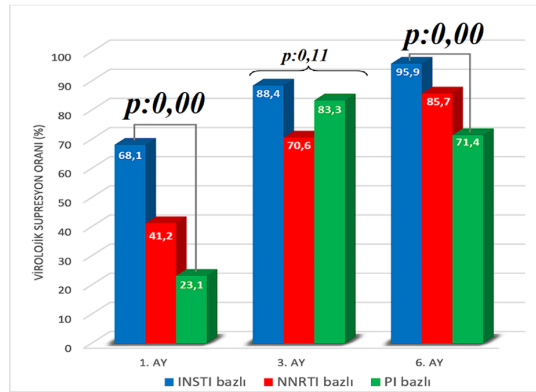
¹SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: HIV hastalarında ART (antiretroviral tedavi) altında gelişen virolojik ve immünolojik yanıtının başlangıçta seçilen tedavi rejimi ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

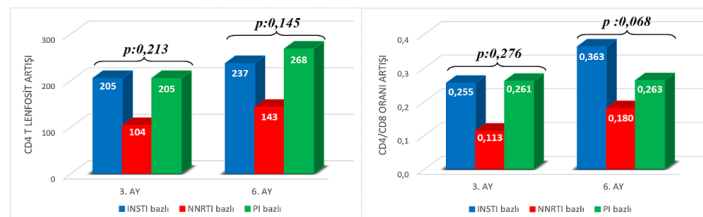
Yöntem: Ocak 2007- Aralık 2022 ile tarihleri arasında kliniğimizde takip ve tedavisi yapılan HIV ile enfekte hastaların dahil edildiği çalışmamız retrospektif kohort çalışması olarak planlandı. Hastalar, integras inhibitörü (INSTI) bazlı tedavi alanlar, non-nükleozid revers transkriptaz inhibitörü (NNRTI) bazlı tedavi alanlar ve proteaz inhibitörü (PI) bazlı tedavi alanlar olmak üzere üç gruba ayrıldı. Takibin birinci, üçüncü ve altıncı aylarda bakılan HIV RNA ile virolojik yanıt değerlendirildi. Takibin üçüncü ve altıncı aylarında bakılan CD4 T lenfosit sayısı ile immünolojik yanıt değerlendirildi. HIV RNA'nın <50 kopya/ml olması virolojik supresyon olarak tanımlandı. Üç grup arasındaki virolojik ve immünolojik yanıtlar karşılaştırıldı.

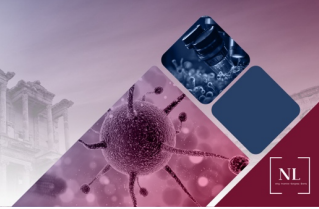
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 229 HIV hastasının 194 (%84,7) tanesinin INI bazlı grupta, 21 (%9,2) tanesinin NNRTI bazlı grupta ve 14 (%6,1) tanesinin PI bazlı grupta olduğu tespit edildi. Tedavi başlangıcında bakılan viral yük, CD4 T lenfosit sayısı ve CD4/CD8 oranı açısından INSTI, NNRTI ve PI grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p < 0.05$) (Tablo 1). ART sonrası birinci aydaki virolojik supresyon oranları INSTI, NNRTI ve PI bazlı gruplarda sırasıyla %67,5, %41,2 ve %23,1; tedavinin altıncı ayında ise sırasıyla %95,9, %85,7 ve %71,4 olarak bulundu (Tablo 2) (Şekil 1). Tedavinin birinci ve altıncı aylarında üç tedavi grubunun virolojik supresyon oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Her iki takipte de saptanan istatistiksel anlamlılık INSTI bazlı grup ile PI bazlı grup arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı. Tedavinin üçüncü ayında bakılan virolojik supresyon oranları açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). Tedavinin 3. ve 6. aylarında başlangıca göre CD4 T lenfosit sayısındaki ve CD4/CD8 oranındaki artış açısından INSTI, NNRTI ve PI grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 3) (Şekil 2).

Şekil 1. Tedavi gruplarında takip ayına göre virolojik supresyon oranları



Şekil 2. Tedavi gruplarında takip ayına göre immünolojik yanıtlar





Tablo 1. Tedavi gruplarına göre tanı anındaki virolojik ve immünolojik bulguların değerlendirilmesi

Başlangıçtaki Değişkenler	Tedavi Grupları			p
	INSTI bazlı	NNRTI bazlı	PI bazlı	
	(n = 194)	(n = 21)	(n = 14)	
Viral Yük (kopya/ml) n (%)*	117.569	191.100	1.367.943	0,089
CD4 T Lenfosit Sayısı n (%)**	410 ± 234	340 ± 217	375 ± 278	0,392
CD4/CD8 Oranı n (%)**	0,496 ± 0,338	0,453 ± 0,345	0,552 ± 0,340	0,697

*Bu satıra ait veriler medyan şeklinde gösterilmiştir. **Bu satırlara ait veriler Ort±SS şeklinde gösterilmektedir.

Tablo 2. Tedavi gruplarına göre virolojik supresyonun değerlendirilmesi

Takip zamanı	n*	HIV-RNA	Tedavi Grupları			p
			INSTI	NNRTI	PI	
			n (%)	n (%)	n (%)	
1. ay	196	Negatif	112 (67,5)**	7 (41,2)	3 (23,1)**	0,00**
		Pozitif	54 (32,5)	10 (58,8)	10 (76,9)	
3. ay	201	Negatif	152 (88,4)	12 (70,6)	10 (83,3)	0,11
		Pozitif	20 (11,6)	5 (29,4)	2 (16,7)	
6. ay	229	Negatif	186 (95,9)**	18 (85,7)	10 (71,4)**	0,00**
		Pozitif	8 (4,1)	3 (14,3)	4 (28,6)	

*Kontrolde gelen/tetkik yapılan hasta sayısı **İstatistiksel anlamlılık INSTI bazlı grup ile PI bazlı grup arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Tablo 3. Tedavi gruplarında takip ayına göre immünolojik yanıtların değerlendirilmesi

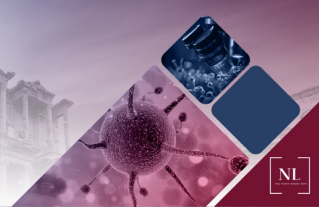
	Takip Zamanı	ART Grupları	n*	Ort±SS	%95 GA	p
					Alt-Üst Sınır	
CD4 T Lenfosit Sayısında Artış	3. ayda başlangıça göre	INSTI	157	205±212	172-239	0,213
		NNRTI	14	104±161	11-198	
		PI	13	205±148	116-296	
	6. ayda başlangıça göre	INSTI	194	237±231	204-270	0,145
		NNRTI	21	143±144	77-209	
		PI	14	268±133	191-345	
CD4/CD8 Oranında Artış	3. ayda başlangıça göre	INSTI	157	0,255±0,319	0,205-0,306	0,276
		NNRTI	14	0,113±0,183	0,007-0,219	
		PI	13	0,261±0,422	0,007-0,517	
	6. ayda başlangıça göre	INSTI	194	0,363±0,378	0,309-0,417	0,068
		NNRTI	21	0,180±0,201	0,089-0,272	
		PI	14	0,263±0,317	0,080-0,447	

*Tetkik yaptıran hasta sayısı



Sonuç: Bu çalışmada, güncel tedaviler arasında sıklıkla yer alan INSTI bazlı tedavi rejiminin ilk altı aylık takip sürecinde virolojik yanıt açısından PI bazlı tedavilere göre üstün olduğu bulunmuştur. İmmünolojik yanıtın takibinde CD4 T lenfosit sayısı ve CD4/CD8 oranının 3. ve 6. aylarda başlangıca göre artış değerlerine bakılmıştır. INSTI, NNRTI ve PI bazlı tedavilerde 6 aylık süreçteki immünolojik yanıtlar NNRTI grubunda diğer gruplara göre düşük saptansa da gruplar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark saptanmamıştır. Başarılı bir tedavi için etkin ve kalıcı bir virolojik ve immünolojik yanıt gerekmektedir. Bu nedenle ART seçiminde en etkili ajanların tercih edilmesi ilerleyen süreçteki tedavi yanıtı ve komplikasyonların engellenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Antiretroviral tedavi, HIV, İmmünolojik yanıt, Virolojik yanıt



S3

HIV ile Yaşayan Bireylerde Sifiliz Koenfeksiyonu Prevalansının Değerlendirilmesi

Büşra Yıldırım¹, Şerife Altun Demircan¹, Çiğdem Ataman Hatipoğlu¹, Fatma Şebnem Erdiñç¹, Günay Tuncer Ertem¹, Sami Kınıklı¹, Esra Kaya Kılıç¹, Salih Cesur¹, Uğur Emre Gümüş¹

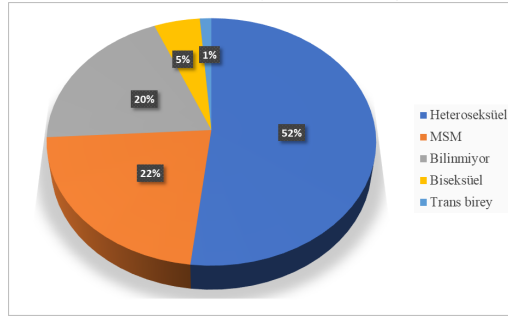
¹SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara

Amaç: Sifiliz ve HIV (Human Immunodeficiency Virus) birlikteliği ortak bulaş yolları nedeniyle sık görülmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu iki enfeksiyonun birlikte görülme sıklığı artmaktadır. Çalışmamızın amacı; kliniğimizde takip edilen HIV ile yaşayan bireylerde sifiliz prevalansının araştırılmasıdır.

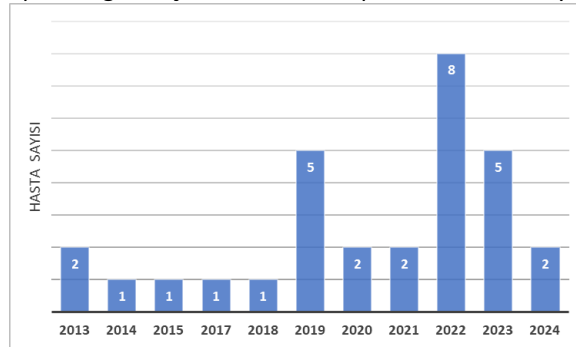
Yöntem: Temmuz 2011 ve Şubat 2024 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde takipli HIV ile yaşayan bireylerin verileri retrospektif olarak tarandı. Yaş, cinsiyet, semptom, diğer koenfeksiyonları, HIV tanı anındaki CD4 sayıları ve HIV-RNA düzeyleri kaydedildi. Sifiliz saptanma zamanı Anti-HIV pozitifliğine göre; eş zamanlı, öncesinde veya sonrasında şeklinde gruplandırıldı. Microsoft Excel istatistik sisteminde sayı ve yüzdelikler hesaplandı.

Bulgular: HIV ile yaşayan 405 bireyin 81(%20)'inde HIV-sifiliz koenfeksiyonu saptanmış olup %95 (77)'i erkekti. Yaşlarının ortancası 43 (19-82) olarak saptandı. Bulaş yolları Grafik 1'de gösterilmiştir. Hastaların semptomları tabloda özetlenmiştir. Tanı anında sifiliz koenfeksiyonu, tanı öncesinde sifiliz geçirme öyküsü ve ART başladıktan sonraki takiplerinde sifiliz serolojisi pozitifleşme oranları Tablo 1'de gösterildi. Hastaların yedisinde re-enfeksiyon saptandı. Re-enfeksiyon saptanan yedi hastanın ikisinde HIV tanı anında ko-enfeksiyon varken beş hastada geçirilmiş sifiliz öyküsü mevcuttu. HIV tanı anında ve takip sırasında sifiliz seropozitifliği dağılımı Tablo 1'de gösterildi. Sifiliz öyküsü olan hastaların 17'sine (%20,9) nörosifiliz ön tanısı ile lomber ponksiyon yapıldı. Bu hastaların altısına nörosifiliz tanısı konularak tedavi verildi. Nörosifiliz tanısı konulan altı hastanın dördünde oküler sifiliz bulguları da mevcuttu. HIV-sifiliz birlikteliği olan hastaların, altısında hepatit B virüs (HBV), birinde human papillomavirus (HPV), birinde HBV+HPV ve bir hastada pox virüs saptanan diğer koenfeksiyonlardı. Hastaların tanı anındaki medyan CD4 sayısı 393 hücre/mm³ (0-2850), medyan HIV-RNA 172.612 IU/ml (0->20.000.000) olarak saptandı. Tanı anında hastaların %54.3'ünde sifiliz semptomları yoktu, olan semptomlar Tablo 2'de gösterildi.

Grafik 1: Sifiliz ve HIV koenfeksiyonu olan olgularda bulaş yolları



Grafik 2: Anti-HIV pozitifliği ile eş zamanlı sifiliz saptanan hastaların yıllara göre dağılımı



Tablo 1: HIV Sifiliz Koenfeksiyonunun tanı anına göre zamanlaması



HIV tanı-takipte sifiliz durumu	Hasta sayısı
Koenfeksiyon	30
Önceden geçirilmiş	42
ART başlandıktan sonra takipte sifiliz geçirenler	9
Reenfeksiyon-1*	2
Reenfeksiyon-2**	5

*HIV/Sifiliz koenfeksiyon olup takiplerinde reenfeksiyon gelişen hastalar** HIV tanı anında geçirilmiş sifiliz öyküsü olup takiplerinde reenfeksiyon gelişen hastalar

Tablo 2: HIV Sifiliz Koenfeksiyonu olan Olgularda Semptom Dağılımı

Değişken		n
Semptomlar	Yok	44
	Var*	37
	Döküntü	20
	Genital lezyon	14
	Üretral akıntı	4
	Baş ağrısı	3
	Görmede bulanıklık	3
	Oral lezyon	2
	LAP	2
	Görme kaybı	1

*En az bir semptomu olan hastalar

Sonuç: Çalışmamızda HIV ile yaşayan bireylerde sifiliz prevalansı %20 olarak saptanmıştır. Sifiliz multisistemik bir hastalık olup hastalar çeşitli semptomlarla başvurabilmektedir. Bazen semptom vermeden cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar varlığında koenfeksiyon olarak saptanabilmektedir. Bu nedenle özellikle HIV ile yaşayan bireylerde ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara sahip bireylerde sifilizin taranması gereken ve akılda tutulması gereken bir hastalık olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV seropozitifliği, sifiliz, koenfeksiyon



S4

HIV ile Yaşayan Bireylerde Kardiyovasküler Olay Riskini Tahmin Etmede Kullanılan Risk Skorlama Sistemlerinin Uyumu

Furkan KARAGÖZ¹, Mihrişah AYTEKİN¹, Aziz Ahmad HAMİDİ¹, Ercan YENİLMEZ¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu çalışmada kardiyovasküler hastalık(KVH) açısından riskli grupta olan HIV ile yaşayan bireylerde kardiyovasküler olay(KVO) riskini belirlemede kullanılan skorlama sistemlerinin birbirleri ile uyumunu belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Haziran 2023-Şubat 2024 arasında kliniğimize başvurmuş 236 HIV ile yaşayan birey retrospektif kesitsel olarak incelendi. Çalışmaya dahil edilebilecek 41 hastanın risk skorları D:A:D-5y(Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs), SCORE-2-10y(Systematic Coronary Risk Evaluation-2) ve Framingham-10y skorlama sistemleri ile hesaplandı. Risk sınıfları her skorlama için ayrı ayrı belirlendi. Farklı skorlama sistemlerinde aynı risk grubunda olan hastalar için skorlamalar birbiri ile uyumlu kabul edildi(Tablo 1).

Tablo 1 : D:A:D

	Düşük Risk	Orta Risk	Yüksek Risk	Çok Yüksek Risk
D:A:D-5y	<%1	%1-<%5	%5-<%10	≥10

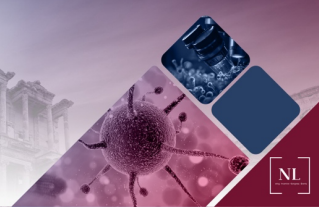
Tablo 2 : Framingham

	Düşük Risk	Orta Risk	Yüksek Risk
Framingham-10y	<%10	%10-<%20	≥%20

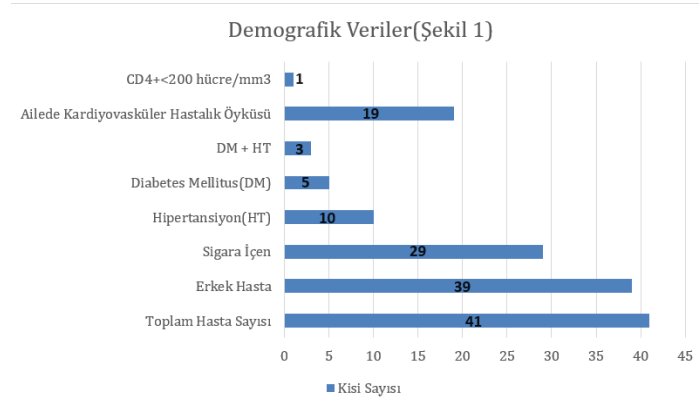
Tablo 3 : SCORE-2

	Düşük-Orta Risk	Yüksek Risk	Çok Yüksek Risk
SCORE-2-10y	<50 yaş; <%2.5	<50 yaş; %2.5 - <%7.5	<50 yaş; ≥%7.5
	50-69 yaş; <%5	50-69 yaş; %5 - <%10	50-69 yaş; ≥%10
	≥70 yaş; <%7.5	≥70 yaş; %7.5 - <%15	≥70 yaş; ≥%15

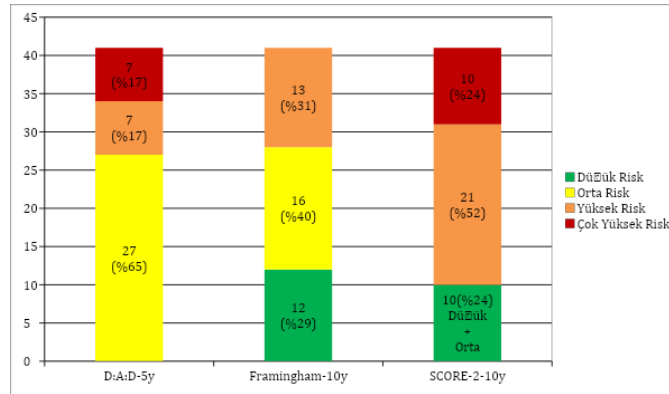
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastalardan 137'si 40 yaş altında olmasından, 10'u geçirilmiş KVH öyküsü nedeniyle, 48'i yeterli verisinin olmamasından dolayı çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya dahil edilen 41 hastanın yaş ortalaması 50.12 idi. Ek demografik veriler şekil 1'de verilmiştir. Hastalardan 36'sının risk tahmini D:A:D, Framingham ve SCORE-2 sistemine göre, diabetes mellitus(DM) tanılı 5'inin risk tahmini ise D:A:D, Framingham ve SCORE-2-dişabet ile yapıldı. D:A:D, Framingham, SCORE-2 için risklerin medyan değerleri sırasıyla %3.8, %13.15 ve %4.9, ortalama değerleri sırasıyla %5.6, %16, %6,6 idi. Hastaların skorlama sistemlerindeki dağılımı şekil 2'de gösterilmiştir. Çalışmamızda D:A:D sınıflandırmasına göre düşük riskli birey mevcut değildi. D:A:D ve SCORE-2 karşılaştırıldığında 41 hastanın 14'ü(%34) her iki skorlamada aynı risk sınıfında yer aldı. Hastaların 23'ü(%56) D:A:D'de daha yüksek riskli sınıfta yer aldı. Hastaların 4'ü(%9) ise D:A:D skorlamasında daha yüksek riskli sınıfta yer aldı. Bu uyum değerlendirilmesinde D:A:D ve SCORE-2 arasında uyumluluk oranı %34 idi(Şekil 3). Framingham'ın diğer skorlamaların aksine popülasyonu 3 farklı sınıfa ayırması uyumu azaltan nedenlerden biri olarak karşımıza çıktı. SCORE-2 için sırasıyla düşük-orta, yüksek ve çok yüksek risk grubunun; Framingham için sırasıyla düşük, orta ve yüksek risk grubuna denk düşünüldüğü bir bakış açısında hastaların 20'sinde(%48) risk düzeyleri denkti. Hastaların 10'unda(%24) SCORE-2 daha yüksek risk belirledi. Framingham ise 11 hastada(%26) daha yüksek risk belirledi. SCORE-2'ye göre daha yüksek risk grubunda olan 10 hastanın tamamı D:A:D sınıflamasına göre de daha yüksek risk grubunda yer aldı.



Şekil 1 : Demografik Veriler

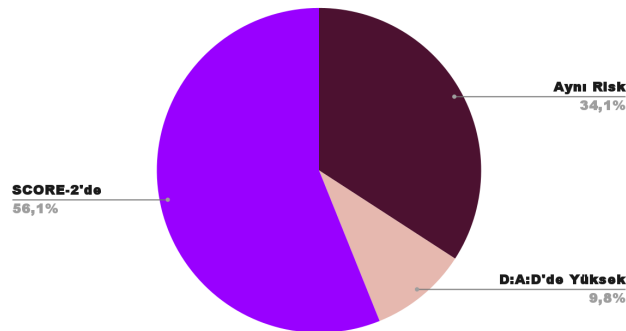


Şekil 2 : Risk Dağılımı



Şekil 3 : D:A:D- SCORE-2 Uyumu

Risk Uyumu



Sonuç: Framingham skorlamasında “çok yüksek riskli” sınıfın bulunmaması, SCORE-2 skorlamasında düşük ve orta riskli ortak sınıfının olması uyum oranının optimal değerlendirilmesini zorlaştırdı. Ayrıca skorlamaların aynı yüzdelik oranlara farklı riskli grupta değerlendirmesi tartışmaya açık diğer bir konudur. Sonuç olarak her üç skorlama sisteminde oldukça düşük uyum düzeyleri mevcuttu. Bu sebeple HIV ile yaşayan bireylerde KVH riskin belirlenmesinde daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: SCORE-2, D:A:D, Framingham, Kardiyovasküler Risk



S5

HIV ile Yaşayan Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Riskine Göre LDL-k Seviyesinin Değerlendirilmesi

Mihrişah AYTEKİN¹, Furkan KARAGÖZ¹, Aziz Ahmad HAMİDİ¹, Ercan YENİLMEZ¹

¹S.B.Ü. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu çalışmada 40 yaş üstü HIV ile yaşayan bireylerde (HYB) bireysel kardiyovasküler hastalık riskine göre EACS'ın (The European AIDS Clinical Society) 2023 kılavuzunda belirtilen LDL-k (low-density lipoprotein kolesterol) hedefine ulaşma başarısını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Gözlemsel tanımlayıcı tek merkezli çalışmadır. Haziran 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında S.B.Ü. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğine başvuran HYB 236 hasta değerlendirildi. 10 yıllık kardiyovasküler hastalık (KVH) riskini tahmin etmek için SCORE-2 (Sistemik Koroner Risk Değerlendirmesi-2), SCORE2-Diabetes, SMART (Arteriyel hastalığın ikinci belirtileri) risk puanı kullanıldı. (ESC Guideline 2021). Sistolik kan basıncı Renz koldan dijital tansiyon aleti ile ölçüldü. LDL-k hedefinden sapma yüzdesi $100 \times [(Mevcut\ LDL-k) - (Hedef\ LDL-k)] / (Hedef\ LDL-k)$ formülü ile hesaplandı.

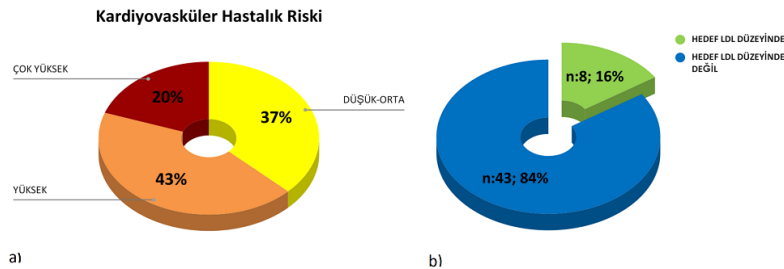
Bulgular: Toplam 236 HYB mevcuttu. Hastaların 48'i veri eksikliği nedeniyle, 137'si 40 yaş altı olduğu için çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya 51 hasta dahil edildi. Hastaların genel karakteristikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Hastaların 19'u (%37) düşük-orta, 22'si (%43) yüksek ve 10'u (%20) çok yüksek KVH riskine sahip olarak bulundu (Şekil 1-a). Çalışmaya dahil edilen 51 hastadan 8'i (%16) hedef LDL-k düzeyine sahipti ve bunlardan 1'i lipit düşürücü tedavi (LDT) almaktaydı. Geriye kalan 43 hasta (%84) ise hedef LDL-k düzeyine sahip değildi ve bu hastaların 10'u halihazırda LDT almaktaydı (Şekil 1-b). Düşük-Orta KVH riskine sahip 19 hastadan 3 hasta hedef LDL-k değerindeydi ve bu 19 hastadan 7 hasta LDT aldığı halde hedef LDL-k değerine sahi değildi. Yüksek KVH riskine sahip 22 hastadan 5'i hedef LDL-k düzeyindeydi, bu 5 hastadan 2'si LDT alıyordu. Geriye kalan hastalardan 1 kişi LDT aldığı halde hedef değerde değildi. Çok yüksek KVH riskine sahip 10 hastadan LDL-k hedefinde olan hasta yoktu, 1 kişi LDT alıyordu. (Şekil 3). LDL-k hedefinden sapma n:43 min:%10,96 max:%172,72 median:%55,6 olarak bulundu.

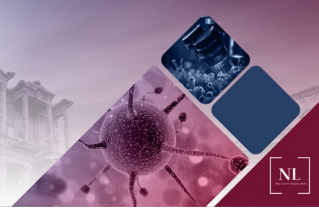
Tablo 1 – Hasta popülasyonunun kategorizasyonu (n:51)

Demografik veriler		
Yaş ortalaması (yıl) ± SD (min,max)	50.6±7,33 (40,70)	
		Oran(%)
Erkek	n:49	96
Kadın	n:2	4
Komorbid hastalıklar		
		Oran(%)
Tip 2 DM	n:5	9,8
KAH	n:10	19,6
HT	n:20	39,2
Ek özellikler		
		Oran(%)
Sigara içiciliği	n:23	45
Aile KAH	n:28	54,9
Lipit Düşürücü ilaç kullanımı	n:11	21,5

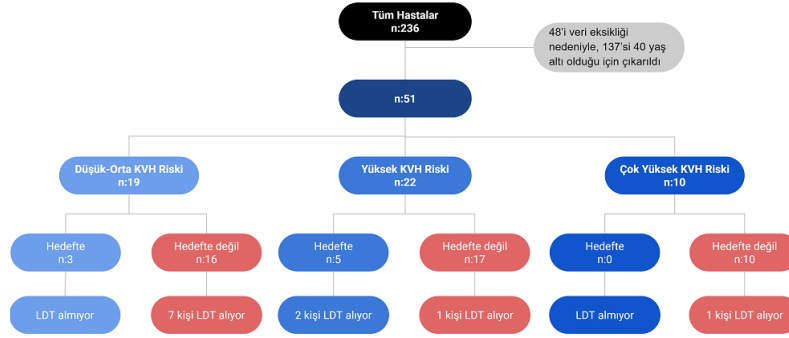
DM: Diabetes Mellitus KAH: Koroner Arter Hastalığı HT: Hipertansiyon

Şekil 1/a- Kardiyovasküler hastalık riski, 1/b-Hedef LDL-k düzeyine erişme durumu





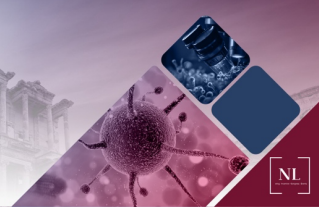
Şekil 2- Kardiyovasküler hastalık risk kategorisi, lipit düşürücü tedavi alma ve LDL-k hedefine ulaşma durumu diyagramı



KVH: Kardiyovasküler hastalık, LDT: Lipit düşürücü tedavi

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde, uzun dönemli sağlıklı yaşam açısından dislipidemi takibi son derece önemlidir. Bu çalışma, dislipidemi taramasının yetersiz olduğunu, LDT başlama oranlarının düşük olduğunu ve hatta tedavi alan hastaların bile başarısızlık oranlarının yüksek olduğunu göstermiştir. KVH riski ile kan lipit düzeylerinin takibi konusunda hem hekimlerin hem de hastaların bilinç düzeyinin artırılması hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV ile Yaşayan Bireyler, Dislipidemi, Kardiyovasküler Hastalık, LDL kolesterol



S6

HIV Enfekte Bireylerin Aşılama Durumunun İrdelenmesi

Dilara Ekinçi¹, Merve Türkmen¹, Eyüp Arslan¹, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Derya Öztürk Engin¹

¹Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: HIV enfekte bireyler aşı ile önlenebilen enfeksiyonlar için artmış riske sahiptir. Çalışmamızda kliniğimizde takip edilen HIV ile enfekte bireylerin aşılama ve aşı sonrası antikor gelişim oranları araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde Nisan 2021 ile Şubat 2024 tarihleri arasında takip edilen HIV enfekte olgular dahil edildi. HIV enfekte 130 olguya ait veriler, hasta dosyaları ve bilgisayar sisteminden retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Takip edilen 130 olgunun 116 (%89,23)'sı erkek, 14 (%10,77)'ü kadındı ve yaş ortalaması 39,85±12,61 idi. Olguların 41 (%31,5)'i heteroseksüel, 24 (%18,4)'ü homoseksüel, 15 (%11,5)'i biseksüel olarak belirlenirken, 50 (%38)'sinin cinsel eğilimine ilişkin bilgi elde edilemedi. Eğitim düzeyleri incelendiğinde, 27 (%20,7)'sinin ilköğretim, 10 (%7,69)'unun ortaokul, 30 (%23)'ünün lise, 40 (%30,7)'inin üniversite mezunu olduğu ve 2 (%1,5) olgunun okuma-yazma bilmediği belirlendi. Olguların 21 (%16,1)'inin eğitim düzeyi bilinmiyordu. Toplam 130 olgudan 103 (%79,2)'ünün hepatit A için doğal bağışıklı olduğu belirlendi. On beş (%11,9) olguya hepatit A aşısı uygulanmıştı. Bunlardan 2 (%1,5)'sinde antikor yanıtı gelişirken, bir (%0,7) olguda bağışıklık gelişmediği görüldü. Olguların 12 (%9,5)'sinde aşılamanın halen devam ettiği belirlendi. (Tablo 1) Hepatit B için 130 olgunun değerlendirilmesinde; olguların 50 (%38,4)'sinde Anti-HBs pozitif bulundu. Olguların 5 (%3,8)'inde HBsAg pozitif, 1 (%0,7)'inde izole Anti-HBc IgG pozitif saptandı. Olguların 17 (%13)'sinde hem Anti-HBc IgG hem de Anti-HBs pozitif bulunarak doğal bağışık olarak değerlendirildi. Serolojisi negatif saptanan 58 olgudan 42 (%32,3)'sine hepatit B aşısı uygulanmıştı. Bunlardan 19 (%14,6)'unda aşı sonrası antikor geliştiği görüldü. Toplam 8 olguda (%6,1) aşı yanıtı gelişmediği için yeniden aşılama yapıldığı görüldü. On beş olgunun aşılama devam ediyordu. (Tablo 2) Olguların 103 (%79,2)'üne konjuge pnömokok (PCV) aşısı yapılmış, 2 olguya yeni tanı konulduğu için, 6 olguda ise CD4+ T lenfosit sayısı 200'ün altında olduğu için pnömokok aşısı uygulanmamıştı. On sekiz olguda pnömokok aşısı bilgisine ulaşılamadı. 9 olgu polisakkarit pnömokok (PPV) aşısı olmuştu. Tetanoz aşısı yönünden değerlendirildiğinde, 50 olgunun tetanoz profilaksisi aldığı görüldü. Olguların 28'inde meningokok aşısı yapılmıştı. Toplam 114 (%87,6) olgu COVID-19 aşısı olmuştu. Bu olguların 91 (%70)'inde mRNA, 4 (%3)'ünde inaktif, 17 (%13)'sinde hem mRNA hem de inaktif aşı olduğu görüldü.

Tablo 1. Hepatit A aşılama durumu

Hepatit A bağışıklanma durumu	Sayı	Yüzde
Doğal bağışıklık	103	79,2
Aşı uygulanan	15	11,9
Antikor gelişen	2	1,5
Antikor gelişmeyen	1	0,7
Aşılamaya devam ediyor	12	9,5
Aşı önerilen, yaptırmayan	12	9,5

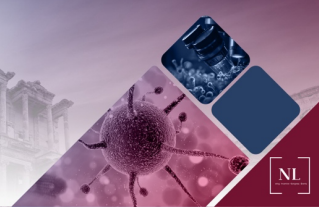


Tablo 2. Hepatit B aşılama durumu

Hepatit B Aşılama Durumu	Sayı	Yüzde
Kliniğe başvuru öncesi aşı tamamlanmış	50	38,4
Kliniğe başvuru sonrası aşı uygulanan	42	32,3
Aşı sonrası antikor gelişen	19	14,6
Antikor gelişmeyen ve yeniden aşılama yapılan	8	6,1
Aşılama devam ediyor	15	11,5
Aşı önerilen, yaptırmayan	16	12,3

Sonuç: Kliniğimizde takip edilen HIV enfekte bireylerin %80'in üzerinde Hepatit A'ya, aşılama devam eden olgular da dahil edildiğinde %83 oranında Hepatit B'ye karşı bağışık olduğu görüldü. Olguların %80'inin PCV, %7'sinin PPV, %87'sinin COVID-19, %38'inin tetanoz ve %22'sinin meningokoka karşı aşılandığı saptanmıştır. PPV aşı oranındaki düşüklüğün temin edilmesindeki zorluklara bağlı olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Bağışıklama, Aşı yanıtı, HIV enfeksiyonu



S7

Hekimlerin HIV Enfeksiyonu Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Asiye Tunçel Dede¹, Sinem Nur Yalçın¹, Eyüp Arslan¹, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Derya Öztürk Engin¹

¹Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: HIV enfeksiyonu tüm dünyayı tehdit eden pandemi haline gelmiş durumdadır. HIV enfekte hasta sayısı her geçen gün artmakta, hekimlerin topluma davranışlarıyla örnek olma zorunluluğunu getirmektedir. Çalışmamızda hekim ve hekim adaylarının HIV/AIDS konusundaki bilgi düzeyini tespit etmeyi, tutum ve davranışları değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamız 15/02/2024 ve 01/03/2024 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde çalışan hekim ve hekim adaylarına yapıldı. HIV/AIDS hakkındaki bilgi düzeylerini, tutum ve davranışlarını ölçmek üzere 46 sorudan oluşan bir anket online olarak uygulandı.

Bulgular: Ankete katılan 112 kişinin 65 (%58)'i kadın idi ve yaş ortalaması 29,5 ± 4,38 olarak belirlendi. Katılımcıların 16 (%14)'sı uzman, 70 (%63)'i asistan, 18 (%16)'i pratisyen hekim, 8 (%7)'inin ise tıp fakültesi öğrencisi olduğu görüldü. Hekimlerin aktif çalıştığı bölümler 58 (%53)'ünde dahili branşlar, 18 (%17)'inde cerrahi branşlar, 19 (%17)'unda acil, 3 (%3)'ünde temel branşlar, 11 (%10)'inde diğer branşlar olarak belirlendi. Temas sonrası profilaksi ve önlemler için katılımcıların 51(%46)'i hastaları HIV enfekte ise standart önlemlerin yeterli olmayacağını belirtti. Katılımcıların HIV/AIDS hastalığı ve bulaş yolları açısından bilgi düzeyleri Tablo 2'de gösterildi. Hekim ve hekim adaylarının 44 (%39)'ü çalışma ortamında HIV enfekte bir bireyle çalışmak istemeyeceğini belirtti. Aile bireylerinden birisi HIV enfekte olduğunda ise 54 (%48)'ü aynı ortamda yaşamayı istemiyordu. Katılımcıların 42(%38)'si HIV enfekte bireylerin diğer bireylerden ayrılması gerektiğini belirtmekteydi. Etiketlemenin hukuka aykırı olmadığını belirten hekim sayısı ise 21 (%19) idi (Tablo 4).

Tablo_1

TABLO 1 - KATILIMCI BİLGİLERİ	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	47	42
Kadın	65	58
Yaş		
<=24	6	5
25-34	95	86
35-44	9	8
>=45	1	1
Ünvan		
Uzman Hekim	16	14
Asistan Hekim	70	63
Pratisyen Hekim	18	16
Tıp fakültesi öğrencisi	8	7
Çalıştığı Bölüm		
Dahili Branşlar	58	53
Cerrahi Branşlar	18	17
Acil	19	17
Temel Branşlar	3	3
Diğer	11	10
Uzman Hekimler / Çalıştığı Bölüm		
Dahili Branşlar	7	47
Cerrahi Branşlar	3	20
Acil	5	33
Temel Branşlar	0	0
Asistan Hekimler / Çalıştığı Bölüm		
Dahili Branşlar	50	71
Cerrahi Branşlar	14	20
Yoğun bakım	3	4
Acil	1	1
Temel Branşlar	2	3
Pratisyen Hekimler / Çalıştığı Bölüm		
Acil	13	72
Aile hekimliği	2	11
Diğer	3	17



Tablo_2

TABLO 2 - GENEL BİLGİLER	Evet / Katılıyorum n(%)	Hayır / Katılmıyorum n(%)	Fikrim Yok n(%)
HIV enfekte birey ve AIDS aynı kavramlardır.	2 (2)	105 (94) v	5 (4)
HIV pozitif/AIDS'li bireyleri görünümle diğer bireylerden ayırt edebilirsiniz.	6 (5)	99 (88) v	7 (6)
HIV pozitif bireyler sağlıklı bir görünüme sahip olabilir, belirti göstermeyebilir.	110 (98) v	1 (1)	1 (1)
AIDS genellikle az gelişmiş ülkelerde daha fazladır.	78 (70) v	15 (13)	19 (17)
HIV enfeksiyonundan korunmak için aşıyı vardır.	8 (7)	96 (86) v	8 (7)
HIV cinsel yolla bulaşır.	112 (100) v	0 (0)	0 (0)
HIV kan yolu ile bulaşır.	112 (100) v	0 (0)	0 (0)
Öpüşmeyle HIV bulaşır.	23 (21)	83 (74) v	6 (5)
Sivrisinekler ile HIV bulaşır.	17 (15)	77 (69) v	18 (16)
HIV aynı tabaktan yemek yeme ile bulaşabilir.	11 (10)	91 (81) v	10 (9)
HIV aynı tuvaleti kullanmakla bulaşabilir.	12 (11)	87 (78) v	13 (12)
HIV aynı yüzme havuzu paylaşımıyla bulaşabilir.	12 (11)	84 (75) v	16 (14)
HIV enfekte bireyin öksürük ve hapşırma maruz kalmak ile bulaşabilir.	9 (8)	91 (81) v	12 (11)
HIV enfekte bireyin mukus, burun sıvısı , gözyaşı ile temas ile bulaşabilir.	27 (24)	68 (61) v	17 (15)
HIV enfekte bireyin vajinal sıvı veya sperminden bulaşabilir.	99 (88) v	8 (7)	5 (4)
HIV aynı traş makinesini kullanmakla bulaşabilir.	84 (75) v	20 (18)	8 (7)
HIV korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır.	111 (99) v	1 (1)	0 (0)
HIV RNA testi pozitif olan anneden doğan bebeğe bulaşabilir.	104 (93) v	1 (1)	7 (6)
HIV RNA testi pozitif olan anneden emzirme yoluyla bebeğe bulaşabilir.	70 (63) v	23 (21)	19 (17)
İlaçları düzenli kullanan, HIV RNA testi negatifleşmiş HIV hastasından eşine cinsel yol ile HIV bulaşır.	13 (12)	71 (63) v	28 (25)
HIV enfekte bireyler HIV negatif çocuk sahibi olabilir.	88 (79) v	3 (3)	21 (19)
HIV enfekte anne ilacı düzenli kullanır, HIV RNA negatifleşir, doğum sırasında anne ve bebek profilaksi alırsa bebek HIV negatif olabilir.	99 (88) v	1 (1)	12 (11)
HIV enfeksiyonu kronik bir hastalık olarak kabul edebilirsiniz.	99 (88) v	7 (6)	6 (5)
HIV enfekte bireyler ömür boyu ilaç kullanması gerekmektedir.	66 (59) v	21 (19)	25 (22)
HIV enfeksiyonunun erken tedavisi hastanın yaşam süresini uzatır.	108 (96) v	2 (2)	2 (2)
HIV enfeksiyonunun erken tedavisi hastanın yaşam kalitesini artırır.	111 (99) v	0 (0)	1 (1)
Anti-HIV testi temas sonrası hemen pozitifleşir.	7 (6)	104 (93) v	1 (1)
HIV enfekte bireyin tükürük, gözyaşı, ter gibi materyallerine maruz kaldıktan sonra profilaksi almak gerekir.	30 (27)	56 (50) v	26 (23)
HIV enfekte bireyde kullanılan delici-kesci alet ile mesleki maruziyet olduğunda sağlık personeline HIV geçişi olabilir.	111 (99) v	0 (0)	1 (1)
Hastanız HIV enfekte ise standart önlemler yeterlidir.	47 (42) v	51 (46)	14 (13)
Daha önce HIV/AIDS hakkında eğitim aldınız mı?	71 (63)	41 (37)	0 (0)
HIV/AIDS hakkında eğitim almak ister misiniz?	79 (71)	20 (18)	13 (12)

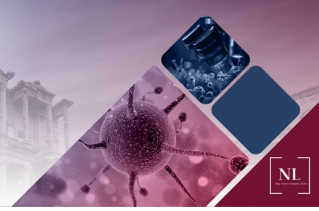
Tablo_3_4

TABLO 3 - TEMAS SONRASI NELERİ YAPMALIYIZ?	Adet	(%)
HIV enfekte hastadan delici- kesci alet ile mesleki maruziyet sonrası aşağıdakilerden hangisi/hangileri yapılmalıdır?		
Yaralanma bölgesi bol su ile yıkanır	84	75
Yaralanma olan bölge kanatılmaz	55	49
Hastanın HIV RNA düzeyi ve direnç sonucunun bilinmesi gereklidir	77	69
Koruyucu ilaca en geç 72 saat içinde başlanmalıdır	89	79
Sağlık personelinin 1 ay boyunca antiviral tedaviyi alınması gerekir	70	63
Temastan sonraki 1. ve 3. aylarda testlerin tekrarı gerekir	91	81
Antiviral tedavinin koruyuculuk oranı yüksektir	65	58

TABLO 4 - TUTUM VE ÖNYARGILAR	Adet	(%)
Çalışma ortamındaki arkadaşınız HIV enfekte ise		
Doğal karşılarım, bulaşmanın olmayacağını bilirim	59	53%
Bulaş olmayacağını bilirim, ancak yine de istemem	24	21%
Bulaşma riski olduğunu düşünürüm, korkarım	20	18%
Kararsızım	8	7%
Doğal karşılarım, ancak standart önlem alırım.	1	1%
Aile bireylerinizden birisi HIV enfekte ise		
Doğal karşılarım, bulaşmanın olmayacağını bilirim	45	40%
Bulaşma riski olduğunu düşünürüm, korkarım	36	32%
Bulaş olmayacağını bilirim, ancak yine de istemem	18	16%
Kararsızım	10	9%
Diğer	3	3%
HIV enfeksiyonu olan hasta, diğer hastalardan ayrılmalı mı?		
Hayır, ayrılmamalı	48	43%
Evet ayrılmalı	42	38%
Kararsızım	22	20%
HIV enfekte olduğu için hastaları etiketlemek hukuka aykırı mıdır?		
Evet	74	66%
Hayır	21	19%
Kararsızım	17	15%

Sonuç: Hekim ve hekim adaylarının HIV enfeksiyonu ve bulaş yolları açısından bilgi düzeyleri yeterli olmasına rağmen, alınması gereken önlemler ve maruziyet sonrası profilaksi uygulamaları konusunda bilgilerinin artırılması gerektiği düşünülmüştür. Ayrımcılığı yaşatmamak için toplum geneline hekimlerin örnek olması gerektiği halde HIV enfekte bireylere karşı hekimlerin ön yargılarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: HIV, bilgi ve tutum, anket, hekim



S8

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği Tarafından Tedavi Başlanan Kronik Hepatit B Hastalarının Demografik Özellikleri, Tedavi ve Tedavi Değişimleri

Hakan Sakin¹, Ayşe İnci¹, Sinem Akkaya Işık¹, Derya Özyiğitoğlu¹, Burak Sarıkaya¹, Ayça Aydın¹, Birol Balçın¹, Elif Sofuoğlu¹, Esmâ Öksüz¹, Esra Doğan Çetin¹, Deniz Kakalıçoğlu¹, Elif Dilan Dağ¹, Çağrı Kaygısız¹, Duygu Özakınsel¹, Sena Buse Beydilli¹, İrem Demiralp¹, Levent Görenek¹

¹Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

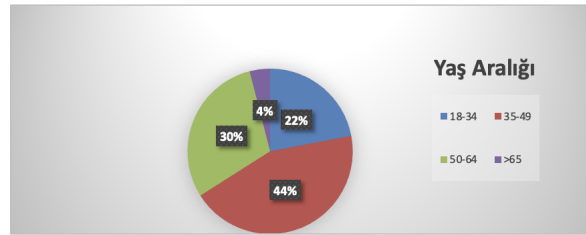
Amaç: Bu çalışmada amacımız kliniğimizde tedavi başlanmış olan Kronik Hepatit B hastalarının demografik özelliklerinin, tedavi başlangıcı sırasındaki laboratuvar bulgularının, başlanan tedavilerin ve tedavi değişimlerinin irdelenmesidir.

Yöntem: Bu çalışmaya tedavisi kliniğimiz tarafından başlanmış, 01/06/2023 ve 25/12/2023 tarihleri arası rutin kontrol amacıyla polikliniğimize başvurmış hastalar dahil edilmiştir. Çalışmamızda hastaların ırk, cinsiyet, tedavi başlangıcındaki yaşları, başlanan tedavi rejimleri, tedavi değişim nedenleri, HBsAg kaybı, HBeAg, AntiHBe, biyopsi tarihiyle eş zamanlı HBV DNA, AST ve ALT değerleri irdelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen toplam hasta sayısı 104(n:104)'tür. Erkek cinsiyet %51 (n:54), kadın cinsiyet %49'tur (n:50). Çalışmamıza dahil edilen hastaların ortalama tedavi başlangıç yaşı 44'tür. Olgularımızın tedavi başlangıcındaki yaş dağılımı Grafik 1.1'de gösterilmiştir. Tedavi başlanan en düşük olgu yaşı 18'ken, tedavi başlanan en yüksek olgu yaşı 76'ydı. Olgularımızın tedavi başlangıcındaki HBV DNA dağılımı Grafik 1.2'de gösterilmiştir. Hastanemizde ölçülen karaciğer transaminazlarının minimum üst sınırı ALT ve AST için 40 IU/L'dir. Hastaların biyopsiyle eş/yakın zamanlı bakılan ALT değerlerinin ortalaması 82 IU/mL'dir, AST değerlerinin ortalaması 48 IU/mL'dir. Hastaların %51'inin ALT, %63'ünün ise AST değerleri normal sınırlar içindeydi. Çalışmamıza dahil edilen hastalarımızın tedavi başlangıcı sırasında hastaların %17'si(n:18) HBeAg pozitifdir. Tedavi sürecinde 18 HBeAg pozitif olguda %11(n:2) HBeAg serokonversiyonu izlenmiştir. Çalışmamıza dahil edilen hastaların %1'inde(n:1) HBsAg kaybı izlenmiştir. Olgularımızın biyopsi Fibrozis skoruna göre dağılımı Tablo 1.1'de, HAI skoruna göre dağılımı Tablo 1.2'de gösterilmiştir. Olgularımıza başlanmış olan tedaviler, tedavi değişim oranları ve tedavi değişim nedenleri Tablo 1.3'te gösterilmiştir.

Yaş dağılımı

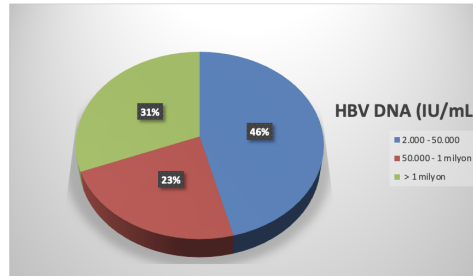
Grafik 1.1 Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaş gruplarına dağılımı



Grafik 1.1 hastaların tedavi başlangıcındaki yaş dağılımı

HBV DNA dağılımı

Grafik 1.2 Çalışmamıza dahil edilen hastaların HBV DNA'ya göre dağılımı





Grafik 1.2 olguların tedavi başlangıcındaki HBV DNA değerlerine göre dağılımı

Tablo 1.1 Fibrozis dağılımı

Fibrozis	1/6	2/6	3/6	4/6	5/6	6/6
Olgu yüzdesi	%18	%47	%23	%10	%7	%2

Olguların Fibrozis değerlerine göre dağılımı

Tablo 1.2 HAİ dağılımı

HAİ	≤ 5/18	6/18	7/18	8/18	9/18	10/18	≥ 11/18
Olgu Yüzdesi	%24	%28	%14	%11	%4	%5	%9

Olguların HAİ skorlarına göre dağılımı

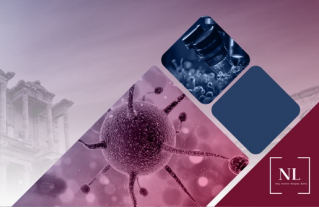
Tablo 1.3 olguların tedaviye göre dağılımı

	İlaç başlanan hasta sayısı	İlaç değişim sayısı	İlaç değişim nedenleri
Entekavir	n:67 (%64)	n:9 (%13)	.3 olgu alerji/döküntü .3 olgu gebe kalma isteği .2 olgu viral yük .1 olgu tat duyusunda anormallik
Tenofovir Disproksil Fumarat	n:31 (%29)	n:16 (%51)	.11 olgu kemik mineral dansitesinde azalma .3 olgu böbrek fonksiyon testlerinde bozulma .1 olgu alerji/döküntü .1 olgu nörolojik yan etki/baş dönmesi
Tenofovir Alafenamid Fumarat	n:6 (%5)	n:1 (%16)	.1 olgu gebe kalma isteği

Olgularımıza başlanan tedaviler, tedavi değişimleri ve tedavi değişim nedenleri

Sonuç: Çalışmamıza biyopsi sonrası kliniğimiz tarafından Kronik Hepatit B tedavisi başlanan 104 hasta dahil edilmiştir. Hastalara %44 ile en sık 35-49 yaş aralığında ilaç başlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen olguların %17'si tedavi başlangıcı sırasında HBeAg pozitifdir. Çalışmamızda HBeAg serokonversiyonu görülme oranı %11 olarak izlenmiştir. Biyopsi sonuçlarına göre en sık raporlanan Fibrozis skoru 2/6, en sık raporlanan HAİ skoru 6/18'dir. En sık başlanan ilaç %67 ile Entekavir'dir. İlaç değişimi en sık %51 ile Tenofovir Disproksil Fumarat başlanan olgularda izlenmiştir. TDF rejiminin en sık değişim nedeni %68 ile kemik mineral dansitesi azalmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, kronik, fibrozis, HBV DNA, serokonversiyon



S9

Kronik Hepatit B Hastalarında Antiviral Tedavi Etkinliğinin Değerlendirildiği 10 Yıllık Retrospektif İnceleme

Adile Sevede Demir¹, Esra Salim Doğdaş¹, Deniz Borcak¹, Yusuf Emre Özdemir¹, Kadriye Kart Yaşar¹

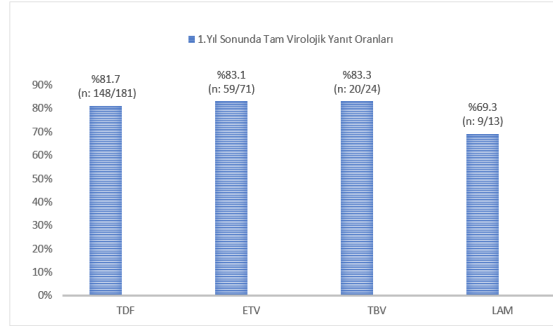
¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu çalışmada, kronik hepatit B (KHB) tanısı ile takip edilen hastaların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi, tedavide kullanılan antiviral ilaçların etkinliğinin karşılaştırılması ve HBeAg ile HBsAg serokonversiyon oranlarının saptanması amaçlandı.

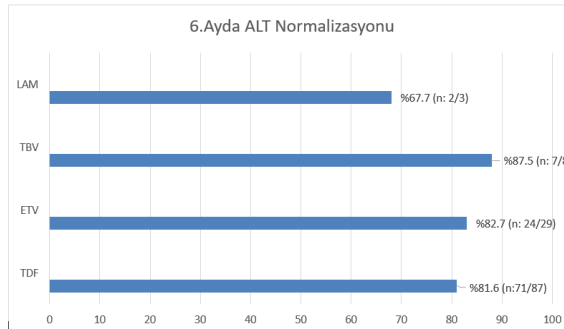
Yöntem: Tek merkezli, retrospektif yürütülen bu çalışmaya 2013-2023 yılları arasında KHB tanısı ile oral antiviral tedavi kullanan 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi.

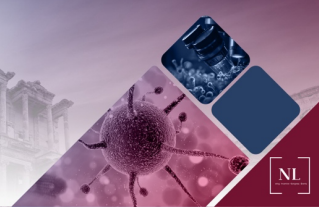
Bulgular: Çalışmaya toplam 691 hasta dahil edildi. Hastaların %62,3'ü (n=435) erkek, ortalama yaş 47 idi. Hastaların %72,9'unda (n=504) anti-HBe pozitifliği, %27,1'inde (n=187) HBeAg pozitifliği mevcuttu. Karaciğer biyopsi sonuçlarına ulaşılan 680 hastanın %2,4'ünde (n=16) F0, %13,8'inde (n=94) F1, %66,4'ünde (n=451) F2, %13,5'inde (n=91) F3, %2,1'inde (n=14) F4, %1,5'inde (n=10) F5, %0,3'ünde (n=2) F6 fibrozis mevcuttu. Hastaların %10,1'inde (n=69) minimal inflamasyon (HAI:1-3), %71,8'sinde (n=488) hafif inflamasyon (HAI:4-8), %16,6'sında (n=113) orta inflamasyon (HAI:9-12), %1,5'inde (n=10) ağır inflamasyon mevcuttu. HBeAg negatif hastaların yaşı daha yüksek (p<0.001); HAI skoru (p=0.001), HBV DNA (p<0.001), ALT (p<0.001), AST (p=0.002) ve hemoglobulin (p=0.005) seviyeleri ise daha düşüktü (Tablo 1). Hastaların %62,4'üne (n=430) TDF, %22,1'ine (n=152) ETV, %7,2'sine (n=49) TBV, %5,3'üne (n=35) LAM, %2,0'ına (n=14) TAF tedavisi başlanmıştı. Birinci yıl sonu tam virolojik yanıt oranı %81,7 idi (n=237/290). Alt grup analizinde, tam virolojik yanıt oranlarının TDF grubunda %81,7 (n=148/181), ETV grubunda %83,1 (n=59/71), TBV grubunda %83,3 (n=20/24) ve LAM grubunda %69,3 (n=9/13) olduğu saptandı (Şekil 1). Altıncı ayda ALT normalizasyon oranı %82,4 idi (n=103/125). Alt grup analizinde ALT normalizasyonunun TDF grubunda %81,6 (n=71/87), ETV grubunda %82,7 (n=24/29), TBV grubunda %87,5 (n=7/8) ve LAM grubunda %67,7 (n=2/3) olduğu tespit edildi (Şekil 2). HBeAg serokonversiyon oranı %44,4 idi (n=83/187). Toplamda 19 (%2,7) hastada HBsAg kaybı gerçekleşti ve 16 (%2,3) hastada Anti-HBs gelişti.

Şekil 1: 1.Yıl Sonunda Tam Virolojik Yanıt Oranları



1.Yıl Sonunda Tam Virolojik Yanıt Oranları
Şekil 2: Tedavinin 6.Ayında ALT Normalizasyonu





Tedavinin 6.Ayında ALT Normalizasyonu

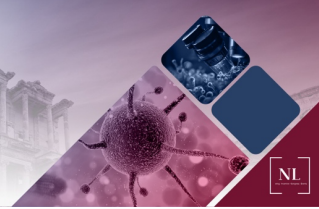
Tablo 1: HBeAg pozitif/ anti HBe pozitif kronik hepatit B hastalarının demografik özellikleri, biyokimyasal parametreleri, HBV-DNA düzeyleri ile karaciğer biyopsi sonuçlarının karşılaştırılması.

Parametreler	Toplam (n=691)	Toplam (n=691)	Anti HBe pozitif (n=504)	Anti HBe pozitif (n=504)	HBeAg pozitif (n=187)	HBeAg pozitif (n=187)	p
	median (IQR)	n, (%)	median (IQR)	n, (%)	median (IQR)	n, (%)	
Yaş	44	35-54	47	39-56	35	28-44	<0,001
Cinsiyet							0.098
Erkek	431	62.4	305	60.5	126	67.4	
Kadın	260	37.6	199	39.5	61	32.6	
AST	32	23-52	30	21-50	35	28-61	0,002
ALT	44	25-81	39	23-78	55	33-103	<.001
ALP	76	62-95	75	63-93	82	62-97	0,308
GGT	23.5	16-38.5	24	16-40	23	16-38	0,68
Hemoglobin	14.4	13-15.4	14.3	12.9-15.3	14.7	13.5- 15.8	0,008
Trombosit sayısı	217	182-256	219	183-259	208.5	178-246	0,053
Kreatinin	0.7	0.6-0.8	0.7	0.6-0.8	0.7	0.6-0.8	0,311
AFP	2.8	1.9-4.4	3	2-4.7	2.5	1.9-3.9	0,069
HBV DNA	827.293	32.272-32.592.893	226.263,5	14.700-3.991.032	121.454.758	10.033.134- 401.200.000	<.001
HAİ skoru	6	6-7	6	5-7	6	6-8	0,001
Fibroz skoru	2	2-2	2	2-2	2	2-2	0,094

*HAİ: Histolojik Aktivite İndeksi

Sonuç: KHB’de ilk tedavi seçeneği olarak önerilen TDF ve ETV, yüksek virolojik ve biyokimyasal yanıt oranlarına sahiptir. Bununla beraber, antiviral tedaviler ile hastalık kontrol altına alınsa dahi HBsAg kaybı çok düşük oranda elde edilebilmektedir. Bu nedenle de, KHB’ye karşı etkin bir mücadele için aşılama stratejilerinin güçlü bir şekilde uygulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: kronik hepatit b, antiviral tedavi



S10

Tenofovir Disoproksil Fumarat Tedavisi Tenofovir Alafenamide Değiştirilen Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Gülşah Gelişigüzel¹, Şerife Altun Demircan¹, Sami Kınıklı¹, Esra Kaya Kılıç¹

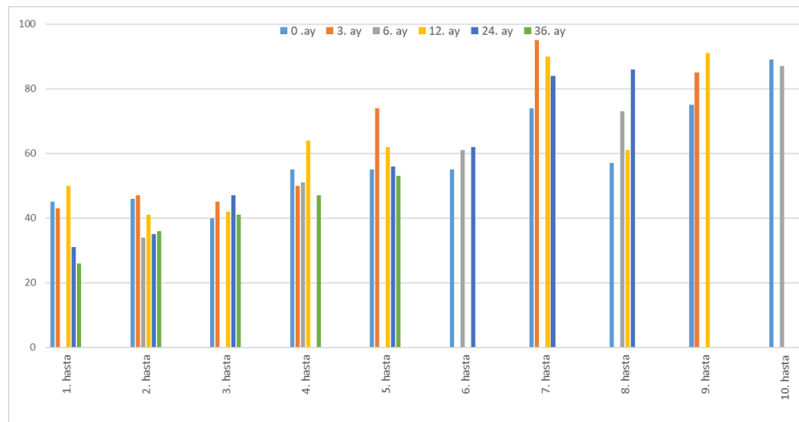
¹SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

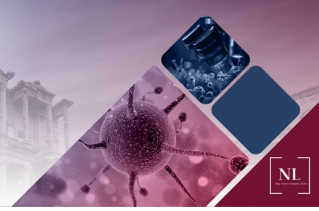
Amaç: Tenofovir, hepatit B tedavisinde kullanılan nükleotid revers transkriptaz inhibitörlerindendir. Tenofovir disoproksil fumarat (TDF) ve tenofovir alafenamid (TAF) olarak iki formu mevcuttur. TAF, TDF' den daha hızlı emilen ve aktif ilacı tenofovir difosfatı hücrelerde daha yüksek seviyelerde üreten bir ön ilaçtır. Bu sayede kandaki ilaç seviyesi düşer ve özellikle böbrekler ve kemik doku ilaca daha az maruz kalır. Bu çalışmada kronik hepatit B (KHB) ile takip edilen ve yan etki nedeni ile TDF' den TAF' a geçilen hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde KHB tanısıyla takip edilen ve Şubat 2019 ve Ekim 2023 tarihleri arasında tedavisi TDF' den TAF' a değiştirilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların üçer aylık aralarla yapılan poliklinik takiplerinden elde edilen hemogram, hemostaz, biyokimya ve HBV-DNA değerleri kayıt altına alındı. SPSS 25 IBM (Armonk, NY) programı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel ve analitik yöntemler kullanılarak incelendi. Parametrik değişkenler için ortalama $\pm$ SS, non-parametrik değişkenler için ortanca (min-maks) değerleri verildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 92 (81 Anti-HBe pozitif) non-sirotik KHB hastası dahil edildi. Yaş ortalaması 49 olup %44,5 (41)'i erkek %55,5 (51)' i kadındı. Ortanca 55 ay (6-150) TDF kullanmış olup yan etki nedeniyle TDF'den TAF'a geçiş yapılmıştı (Tablo 1). TAF kullanım süresi ise ortanca 28 ay (2-60) idi. Hastaların 71 (%77)'inde TAF' a geçiş sırasında HBV DNA<10 IU/ml olarak saptanmıştı. HBV-DNA pozitif olan 21 hasta olup bu hastaların 18'inde HBV- DNA düzeyi min 10,6 ve max 61 IU/ml olması ve bir önceki ve sonraki tetkikinde negatif saptanması nedeniyle blip (sıçrama) olarak değerlendirildi. Üç hastada ise geçiş sırasında HBV-DNA 121, 312, 1131 IU/ml olarak saptandı. Bu üç hastanın takibinde TAF'ın 6. ve 12. ayında HBV-DNA negatif olarak saptandı. Tedavi değişikliği yapılarak TAF' a geçiş yapılan hastaların hiçbirinde AST, ALT ve HBV-DNA düzeyinde anlamlı bir değişiklik görülmedi. TAF'a geçiş sonrasındaki takipte saptanan AST ve ALT değerleri Tablo 2'de gösterilmiştir. GFR düşüşü nedeniyle TDF' den TAF' a geçiş yapılan 10 hasta vardı. Bu hastaların öyküleri derinleştirildiğinde dördünde bilinen kronik böbrek hastalığı ve birinde de polikistik böbrek hastalığı vardı. Bu hastalarda TAF sonrası dönemde GFR' de anlamlı düzelme saptanmamıştır. Geri kalan beş hastada TDF tedavisi altında GFR düşüşü varken TAF sonrası bakılan GFR düzeyi aynı seviyede kalmış ya da artmıştır. Takip süresince bakılan ortalama GFR değerleri grafikte gösterilmiştir. Hipofosfatemisi nedeni ile değiştirilen altı hastanın ortanca P değeri 2,1 olup tedavi değişikliği sonrası normal sınırlara ulaşmıştır.

Grafik : GFR düşüşü nedeniyle tedavi değişikliği yapılan hastalarda TAF tedavisi sırasındaki GFR düzeyleri





Tablo 1. TDF'den TAF'a geçiş nedenleri ve oranları

Geçiş Nedeni	n* (%)
GFR düşüşü	9 (%9,7)
Osteopeni	36 (% 39,1)
Osteoporoz	34 (% 36,9)
Hipofosfotemi	6 (% 6,5)
Proteinüri	3 (% 3,2)
Gfr düşüşü+ osteopeni	2 (% 2,1)
Proteinüri+ osteopeni	1 (%1,08)
Hipofosfotemi+osteoporoz	1 (%1,08)

*Tetkik yaptıran hasta sayısı

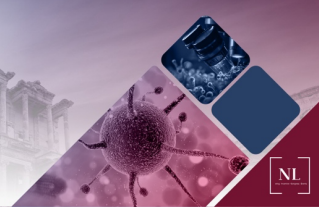
Tablo 2. TAF tedavisi süresince ortalama ALT, AST değerleri

	Takip ayları	n*	Ort±SS
ALT	0. ay	92	89,8 ± 1,8
	3. ay	43	20,8 ± 2,01
	6. ay	51	18,5 ± 1,24
	12. ay	61	22,6 ± 2,5
	24. ay	50	20,9 ± 1,93
	36. ay	28	23,1 ± 3,28
AST	0. ay	92	22,8 ± 1,09
	3. ay	43	20,6 ± 0,8
	6. ay	50	20,4 ± 0,69
	12. ay	62	21 ± 1,1
	24. ay	50	20,4 ± 0,8
	36. ay	28	21,8 ± 1,55

*Tetkik yaptıran hasta sayısı

Sonuç: Çalışmamızda literatür ile benzer şekilde TDF 'den TAF'a geçilen hastalarda etkinlik açısından fark görülmedi. Ancak GFR düşüşü ile değiştirilen hastalarda GFR değerlerinde düşüş devam etmemiş ya da GFR artmıştır.

Anahtar Kelimeler: kronik hepatit B, tenofovir, yan etki



S11

Biyolojik Ajan Kullanan Hastalarda Hepatit B Serolojisine Göre Klinik Yaklaşım

Merve Demir¹, Aziz Ahmad Hamidi¹, Ercan Yenilmez¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Biyolojik ajanlar olarak adlandırılan immünomodülatör ilaç kullanan hastalarda, ilaç ve seroloji sonuçlarına göre risk oranı hesaplanıp hastaların yakın takibi, bağışıklaması ve gerektiğinde antiviral profilaksi başlanması önerilmektedir. Bu çalışmada, hepatit B enfeksiyonuna karşı bağışıklama yaklaşımı, geçirilmiş Hepatit B ve kronik hepatit B enfeksiyonunda reaktivasyonu önleyici klinik yaklaşımların incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Bir eğitim ve araştırma hastanesinin enfeksiyon hastalıkları polikliniğine 07.08.2023-07.02.2024 tarihleri arasında başvuran ve biyolojik ajan kullanan hastaların özellikleri hastane kayıt sisteminden geriye dönük olarak incelendi. Çalışma, gözlemsel tanımlayıcı çalışma olarak planlandı. Çalışmaya biyolojik ajan kullanan 18 yaş üstü kadın ve erkek hastalar dahil edildi. Hastaların HBsAg, AntiHBc IgG, AntiHBs sonuçları excel dosyasına kaydedildi. AntiHBc IgG ve/veya HBsAg pozitifliği olan hastalar, hepatit B serolojisi pozitif olarak kabul edildi. Bu hastalar, izole AntiHBc pozitifliği, AntiHBs ve AntiHBc birlikte pozitifliği ve HBsAg pozitifliğine göre üç gruba ayrıldı. Bu gruplar sırasıyla okült HBV enfeksiyonu, geçirilmiş HBV enfeksiyonu ve kronik HBV enfeksiyonu olarak adlandırıldı. Bu hasta gruplarına yapılan klinik yaklaşımlar incelendi. Reaktivasyon gelişme riski için AGA risk sınıflaması kullanıldı. Hepatit B serolojisi negatif bulunan hastalarda aşılama programına alınıp alınmama durumu incelendi.

Bulgular: Belirlenen 6 aylık dönemde biyolojik ajan kullanan ve enfeksiyon hastalıkları açısından değerlendirilen 336 hasta incelendi. Hastaların %55'i erkek, yaş ortalaması 48,6 ($\pm 12,4$) olarak saptandı. İzole AntiHBs pozitif olan 122 hasta aşılanmış olarak kabul edildi. Olguların demografik ve klinik özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir. Toplam olguların %23,6'sında hepatit B serolojisi pozitif bulundu. Toplam hastaların 41 (%53)'i antiviral profilaksi başlanmadan takip edildi. Yapılan klinik yaklaşım tablo 2'de gösterilmiştir. Hepatit B serolojisi negatif 137 hastanın 69 (%50)'u biyolojik ajan yeni başladığı için aşılama programına alındı. Bu hastalardan 12 (%17) hastanın aşılması tamamlandı ve AntiHBs gelişti. Aşılama programı bitmesine rağmen antikor oluşmayan 33 (%48) hasta yeniden aşılama programına alındı. 24 (%35) hastanın ise aşılama programı halen devam etmektedir. İmmunosupresif tedavisi altında olan 68 (%50) hasta aşılama programına alınmadı.

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri

Özellikler (n=336)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	48,6($\pm 12,4$)	
Cinsiyet		
- Erkek	185	55,1
- Kadın	151	44,9
Geldiği klinik		
- Romatoloji	247	73,5
- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyonu	74	22,0
- Nöroloji	9	2,7
- Göz	6	1,8
Aşılanmış hastalar (antiHBs pozitifliği)	122	36,3
Hepatit B serolojisi pozitifliği olan	77	23,6
- Okült HBV enfeksiyonu	11	14,3
- Geçirilmiş HBV enfeksiyonu	58	75,3
- Kronik HBV enfeksiyonu	8	10,4
Hepatit B serolojisi negatif olan	137	40,8
- Aşılama programına alınan	69	50,4

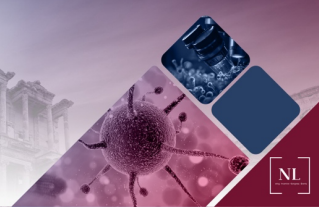


Tablo 2. Hepatit serolojisi pozitif olan hastalarda klinik yaklaşım

Tanı (n: 77)	Antiviral başlandı n(%)	Takip edildi n(%)
Okült HBV İnfeksiyonu (n=11)	6(54,4)	5(45,6)
Geçirilmiş HBV İnfeksiyonu (n=58)	22(37,9)	36(62,1)
Kronik HBV İnfeksiyonu (n=8)	8(100)	0

Sonuç: Çalışma sonuçlarına bakıldığında; geçirilmiş HBV enfeksiyonu olan hasta sayısının daha yüksek olması (%75,3) dikkat çekmektedir. Ülkemizin hepatit B açısından orta endemisitede olması bu durumu açıklayan faktörlerden biri olabilir. Seroloji pozitif grupta olan hastaların %53'üne antiviral profilaksi başlanmadığı, aşılama programına alınan hastaların %48'inde antikor oluşmadığı görülmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre biyolojik ajan kullanan hastalarda antiviral başlama ve aşılama programına alma değerlendirmesinin fazlaca dikkat ve titizlik gerektirdiği kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik ajan, Hepatit B, Anti-Hbc-IgG pozitifliği, bağışıklama, Okült hepatit



S12

Akut Hepatit B Olgularımızın Demografik , Laboratuvar ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Tuba Özgümüş¹, Burcu Balta¹, Gülhan Özdemir¹, Ayşe İnci², Nagehan Didem Sarı¹

¹*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

²*İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Akut Viral Hepatit (AVH) karaciğerin sık görülen hastalığı olup bazen ciddi klinik seyir göstermesi , kronikleşme olması , siroz ve karaciğer kanserine yol açabilmeleri nedeniyle tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada amacımız akut hepatit B olgularımızın demografik, laboratuvar ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu çalışmada kliniğimizde 30/01/2018-10/10/2023 tarihleri arasında akut hepatit B tanısı ile takip edilmiş olan toplam 90 olgu değerlendirildi. Olguların yaş , cinsiyet, klinik ve laboratuvar özellikleri kaydedildi. Olgularımızın tanıları klinik bulgular , viral seroloji ve biyokimyasal testlerle konuldu. Viral göstergeler mikro ELISA yöntemi ile araştırıldı .

Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 90 olgunun %73'ü (66) erkek , %27'i (24) kadındı. Yaş ortalamaları 40,5 olarak bulundu. Hastalarımızın yaşa göre dağılımı Tablo 1'de, semptom ve bulguları Tablo 2 'de, laboratuvar bulguları Tablo'te görülmektedir . Olgularımızın %70'inde(63) belirgin bir risk faktörü tespit edilemezken en sık tespit edilen risk faktörleri %12(11) şüpheli cinsel temas ve %11(10) ailede hepatit B öyküsü oldu. Olgularımızda toplam 82 hastaya USG yapıldı, %50'sinde(41) patoloji saptanmazken en sık görülen patoloji %20(17) ile hepatomegali oldu. Olgularımızın %17 si (16) daha sonradan kronik hepatit B reaktivasyonu olarak değerlendirilirken %4,4'nün(4) akut hepatit B enfeksiyonu sonrası kronikleştiği görüldü.

Tablo 1

	n	%
18-30	19	21,1
31-40	28	31,1
41-50	25	27,7
51 ve üzeri	18	20

Olgularımızın yaşa göre dağılımı

Tablo 2

	n	%
Başvuru şikayetleri		
Halsizlik	27	30
Bulantı - kusma	26	28
İdrar renginde koyulaşma	39	43
İştahsızlık	15	16
Gaita renginde açılma	8	8

Olgularımızın Başvuru Şikayetleri ve Bulguları



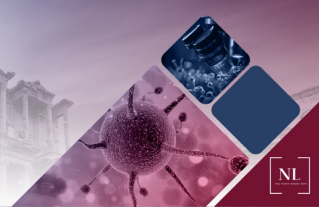
Tablo 3

	Ortalama
AST	1188
ALT	1843
Total Bilirübin	7
Direkt Bilirübin	4,7
GGT	220
ALP	185
Platelet	230.700
INR	1,2
PTZ	14,7
Hb	13,7
Lökosit	6,9

Olgularımızın Laboratuvar Bulguları

Sonuç: Akut hepatitler özellikle akut viral hepatitler hala önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çalışmamızda akut hepatit B enfeksiyonunun daha çok genç orta yaşta sonra olduğu görülmüştür. Akut hepatit B enfeksiyonunun kronikleşmesinin aşısız ileri yaş hastalarda olduğu görülmüştür. Bu da 1998 yılından önce doğan ve ulusal aşılama programına girmeyen kişilerin akut hepatit B enfeksiyonu için risk altında olduğunu, bu kişilerdeki hepatit B aşısının önemini bir kez daha vurgulamıştır

Anahtar Kelimeler: akut hepatit B, kronik hepatit b, demografik dağılım, aşılama



S13

Anti-HDV Pozitif Olgularda HDV-RNA Pozitifliği ve Tedavi Durumlarının Değerlendirilmesi

Ayşenur ALTAY¹, Ayşe UYAN ÖNAL¹, Ali ASAN¹, İsmail Necati HAKYEMEZ¹

¹Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa, Türkiye

Amaç: Dünyada 15-20 milyon insanın Hepatit D Virüsü ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Delta hepatiti ülkemiz için hepatit B ye karşı tüm aşılama çalışmalarına rağmen hala ciddi bir sorun oluşturmaya devam etmektedir. Delta antikor pozitif saptanan olgularımızı demografik ve klinik özelliklerini derlediğimiz çalışmamızda bu hastaların tedavi durumlarını, laboratuvar verilerini, ultrason bulgularını ve biyopsi sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Enfeksiyon hastalıkları polikliniğimize 2018-2023 tarihleri arasında başvuran ve delta antikoru pozitif olan hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Antikor sonuçları enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) (Dia. Pro Diagnostic Bioprobes Srl Milan İtaly) yöntemi ile araştırıldı. HDV RNA'nın belirlenmesi polimeraz zincir reaksiyonu (Anatolia Geneworks Bosphore HDV KİT 1 Türkiye) yöntemleri ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmamızda 120 (73 kadın, 47 erkek) Delta antikor pozitif hasta incelenmiş; 33'ünde HDV-RNA pozitif saptanmıştır. Hastalarımızın yaş aralığı 25-80 yaş aralığında olup yaş ortalaması 48 idi. Doğum yerleri coğrafi bölgelere göre en sık Doğu Anadolu olup sırasıyla Marmara, Güneydoğu Anadolu, Karadeniz, Ege ve İç Anadolu olarak gözlenmiştir. Toplam 33 HDV-RNA pozitif hastanın 23'ü peg-interferon tedavisi almış, tedavi sonrası dokuz (%39) hastada HDV RNA negatifliği görülmüştür. Delta pozitif hastalarımızdan dokuz hasta karaciğer transplantasyon programında takip edilmektedir. Hastaların ayrıntılı incelemeleri tabloda sunulmuştur.

Anti-HDV pozitif hastaların tedavi, laboratuvar, ultrason ve biyopsi durumları

	Anti-HDV pozitif HDV-RNA pozitif (n:33)	Anti-HDV pozitif HDV RNA bakılmamış (n:19)	Anti-HDV pozitif HDV RNA negatif (n:68)
Cinsiyet	19 kadın 14 erkek	11 kadın 8 erkek	43 kadın 25 erkek
İnterferon tedavisi alan	23	0	0
Hepatit B tedavisi alan	21	10	25
Karaciğer USG'de kabalaşma	8	0	4
ALT yüksekliği	13	0	2
Trombosit <150.000	8	1	6
Biyopsi bulgusu	10	2	12

Sonuç: Hastalarımızda tedavi alan dokuz (%39) hastada HDV-RNA negatifliği sağlanmış olup dokuz hasta ise karaciğer nakil programında göz önüne alındığında tarama tedavi ve takibi konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: HDV-RNA, Hepatit B virüsü, hepatit D virüsü, interferon



S14

HIV/HBV/HDV Koenfeksiyonu Olan Hastaların Değerlendirilmesi

Atiye Nur Akoğlu¹, Funda Şimşek¹

¹İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: HIV ile yaşayan bireylerde HBV ve HDV ile koenfeksiyon, karaciğer komplikasyonlarının artmasına neden olmaktadır. HIV ile enfekte hastalarda, HDV sıklığı ve prognozuna ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada hastanemizde HIV/HBV/HDV koenfeksiyonu ile takip edilen 3 olgunun incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Servisimizde yatarak takip edilmiş olan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: OLGU 1: Bilinen kronik HBV enfeksiyonu tanısı olan 38 yaş kadın hasta acil servise karın ağrısı ve yaygın sarılık şikayetiyle başvuruyor. Hasta başvurusundan 10 ay önce HIV tanısı almış. Takipsiz kalan hastaya, 2 ay önce poliklinik başvurusu üzerine Art(antiretroviral tedavi)başlanılmış. Art tedavisini düzenli kullanmayan hasta HIV+HBV enfeksiyonu ön tanısıyla servisimize yatırıldı. Yapılan tetkiklerinde HIV PCR:3610 Kopya/ML, CD4/CD8 Sayısı:115/476,Anti HDV:+,HDV RNA: Saptanmadı. Fırsatçı enfeksiyonlar ekarte edildikten sonra hastaya art başlandı. Takiplerimiz sırasında hepatik ensefalopati tablosu gelişen hasta yatışının 24.gününde ex oldu.(Tablo1)OLGU 2:Bilinen kronik HBV enfeksiyonu+ HIV tanısı olan 50 yaş erkek hasta Anti HDV:+ saptanması üzerine tarafımıza dış merkezden yönlendirildi. Hasta 2010 yılından itibaren düzenli art kullanıyor. HDV RNA:1.700.000 Kopya/mL saptanan hastanın karaciğer biyopsisinde Histolojik Aktivite İndeksi(HAI):4/16, Fibrozis:1/6 sonuçlandı. Hastaya 12 ay olacak şekilde Peginterferon Alfa-2a tedavisi başlandı. Tedavisi sonunda HDV RNA: Saptanmadı olarak sonuçlandı. Hastanın takiplerinde tedavi sonrası 2.yılda HDV RNA seviyelerinde dalgalanmalar görüldü.(Tablo2) Tekrarlanan ultrasonografilerinde patolojik görünüm saptanmadı. Takiplerinde istenen karaciğer fonksiyon testleri(KCFT), trombosit ve inr değerleri normal seyreden hastanın takibine karar verildi. Hasta şehir dışına taşındığı için 3. yıl takibi bıraktı. OLGU 3:Bilinen hastalık öyküsü olmayan 35 yaş erkek hasta karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvuruyor. Acil serviste yapılan tetkiklerinde Anti HIV:+ HbsAG:+ olması üzerine viral hepatit ve HIV enfeksiyonu ön tanısıyla servisimize yatışı yapıldı. Hastanın istenen tetkiklerinde Anti HDV:+, HDV RNA:23 000 Kopya/mL sonuçlandı. HDV enfeksiyonu için planlanan INF tedavisinden önce HIV açısından virolojik ve immunolojik kontrolün sağlanması amacıyla art başlandı. Art altındaki takiplerinde KCFT yükselme gözlenen hasta HDV' ye bağlı alevlenme kabul edilerek servise yatışı yapıldı.(Tablo3)Karaciğer biyopsisi planlandı. HAI: 9/18 Fibrozis:2/6 olarak sonuçlandı. Hastanın art tedavisi altında tekrarlanan tetkiklerinde CD4:669 HIV RNA <20 saptandı, Peginterferon Alfa-2a başlandı. Hastanın INF tedavisi 12 aya tamamlandı.(Tablo4)INF tedavisi sırasında HIV viral yükte artış veya CD4 sayısında belirgin düşme izlenmedi. Hastanın takiplerinde 7 senedir HDV RNA saptanmadı.

TABLO 1

	06.09.2023	14.09.2023	19.09.2023	21.09.2023	29.09.2023	01.10.2023
PLT	128	94	70	67	87	124
T.BİLİRUBİN	7.5	14.5	17.8	18.2	26.7	28.2
D.BİLİRUBİN	7.25	13.3	14	15	14.8	15.27
AST	1197	1179	770	496	271	236
ALT	826	453	313	240	151	130
ALBUMİN	2.92	2.5	2.9	2.8	3.4	3.2
INR	1.43	2.36	2.62	3.41	7.03	4.76
D-DIMER	0.8	1.12	2.74	3.52	13	12

OLGU 1



TABLO 2

	23.10.2014	19.06.2015	29.11.2016	28.06.2016	20.01.2017	13.06.2017	23.12.2017	01.02.2019	27.01.2021
HBV DNA	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI
HIV PCR	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI
CD4 SAYISI	450	900	870	-	852	-	907	1334	1000
HDV RNA	1.700.00 Kopya/mL	780 Kopya/m L	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	SAPTANMA DI	2443 Kopya/m L	10980 Kopya/m L	512 Kopya/m L
AST	32 U/L	U/L	U/L	U/L	U/L	U/L	U/L	U/L	U/L
ALT	U/L	U/L	U/L	U/L	U/L	U/L	U/L	U/L	U/L

OLGU 2

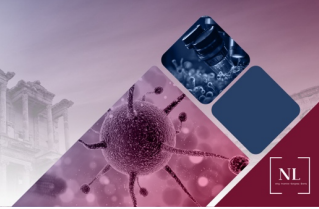
TABLO 3

TAKİP	PLT	ALT	AST	TB	GGT	AFP	HBV DNA IU/mL	HDV RNA Kopya/mL	HIV RNA Kopya/mL	CD4 Sayısı
ART 2.AY	155	62	40	0.6	213				82	
ART 3.AY	198	41	29	0.6	140	2.6	<20		55	588(%25)
ART 4.AY	205	37	30	0.6	99		<20	104.000	20<	669(%26)
ART 5.AY	147	72	45	0.4			44	71.900	20<	513(%28)
INF 1.AY										
INF 3.AY	118	57	38	1.0	130		<20	SAPTANMA DI	20<	
INF 6.AY	150	44	36	0.8	78	5.6	<20	SAPTANMA DI	20<	
INF 10.AY	155	39	35	0.7	66		<20	SAPTANMA DI	20<	481(%25)

OLGU 3

Sonuç: HIV ile yaşayan bireylerde HBV VE HDV açısından tarama yapılmalı, koenfeksiyon varlığında tedavi planı güncel rehberler doğrultusunda yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HBV, HDV, HIV, Hepatik Ensefalopati



S15

COVID-19 Pandemisi Sırasında ve Sonrasında Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesinde Kan Kültürlerinde Üreyen Bakterilerin Tür ve Antibiyotik Duyarlılıklarının Retrospektif Olarak İncelenmesi

Elif Naz Elmacı¹, Sinem Kiracı¹, Saliha Kazıcı², Ayten Ün³, Zehra Acamur³, Belgin Akan⁴, Esragül Akıncı¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Tıbbi Mikrobiyoloji

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Komitesi

⁴Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği

Amaç: Her hastane ve yoğun bakım ünitesinin kendine özgü bir florası vardır. Ampirik antibiyotik başlanırken bu floranın göz önünde bulundurulması gerekir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilen bu çalışmada, 3. basamak yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların kan kültürlerinde üreyen bakteri türleri ve antibiyotik direnç oranlarının incelenmesi; COVID-19 pandemisi sırasında ve sonrasında arada fark olup olmadığının araştırılması planlandı. Bu sayede yoğun bakım ünitemizde ampirik antibiyotik seçiminde yol gösterilmesi amaçlandı.

Yöntem: COVID-19 pandemisi sırasında COVID YBÜ olarak kullanılan 3. basamak yoğun bakım ünitesinde pandemi sırasında (Nisan 2020-Ağustos 2022) ve normal işleyişe geçildiği pandemi sonrasında (Eylül 2022-Ocak 2024) hospitalize edilen hastalar arasından kan kültüründe üreme olanların verileri hastane bilgi yönetim sisteminden retrospektif olarak tarandı. Sinyal veren kan kültür şişelerinden yapılan pasajda gram negatif ve gram pozitif bakteri üremesi olan örnekler MALDI-TOF MS (BioMérieux, Fransa) ile otomatize olarak tanımlandı. Antibiyotik duyarlılıkları VITEK 2 Compact tam otomatize sistem (BioMérieux, Fransa) ile çalışıldı.

Bulgular: Toplam 149 hastanın 93'ü pandemi sırasında, 56'sı pandemi sonrasında takip edilmişti. Pandemi sırasında ve sonrasında yatırılan hastaların ortalama yaş, cinsiyet ve komorbidite oranları benzerdi (Tablo 1). Her iki hasta grubunda da koroner arter hastalığı ve hipertansiyon en sık saptanan komorbid hastalıklardı (sırasıyla %58,1 ve %41,0). Pandemi sonrasında hastanede yatış, entübasyon ve kateterizasyon süreleri istatistiksel olarak anlamlı daha uzun bulundu. Her iki grupta da gram negatif basil oranının gram pozitif koklara göre daha yüksek olduğu görüldü. Acinetobacter baumannii pandemi sırasında ve sonrasında kan kültürlerinde en fazla izole edilen bakteri idi (Tablo 2). Gram negatif basillerde karbapenem direnci diğer direnç fenotiplerinden daha yüksek olup, suşların yarısından fazlasında mevcuttu (Tablo 3).

Tablo 1: COVID-19 Pandemisi Sırasında ve Sonrasında Yoğun Bakımda Yatan ve Bakteremi Saptanan Hastaların Özellikleri

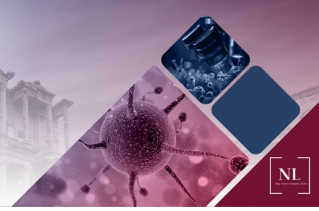
HASTALARIN ÖZELLİKLERİ	COVID-19 PANDEMİSİNDE n (%)	COVID-19 PANDEMİSİ SONRASINDA n (%)	p
Cinsiyet, Erkek	54 (58,1)	32 (57,1)	0,912
Ortanca yaş, yıl (min.- maks.)	71 (30-98)	76,5 (27-93)	0,338
Komorbid hastalık	80 (86,0)	51 (91,1)	0,360
Ortanca hastanede yatış süresi, gün (min.- maks.)	12 (2-50)	20 (3-94)	0,034
Entübasyon	73 (78,5)	45 (80,4)	0,786
Ortanca entübasyon süresi, gün (min.- maks.)	8 (1-50)	17 (2-92)	0,001
Santral venöz kateterizasyon (SVK)	78 (83,9)	53 (94,6)	0,051
Ortanca SVK süresi, gün (min.- maks.)	8 (1-50)	21 (2-95)	<0,001



HASTALARIN ÖZELLİKLERİ	COVID-19 PANDEMİSİNDE n (%)	COVID-19 PANDEMİSİ SONRASINDA n (%)	p
Mortalite	72 (77,4)	38 (67,9)	0,198

Tablo 2: COVID-19 Pandemisi Sırasında ve Sonrasında Kan Kültüründe Üreyen Bakterilerin Türlerine Göre Dağılımı

Kan Kültüründe Üreyen Bakteri	Toplam Gram Negatif Basil (n=96) n (%)	COVID-19 Pandemisi Sırasında Gram Negatif Basil (n=57) n (%)	COVID-19 Pandemisi Sonrasında Gram Negatif Basil (n=39) n (%)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	44 (45,8)	29 (50,9)	15 (38,5)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	8 (8,3)	5 (8,8)	3 (7,7)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	16 (16,7)	5 (8,8)	11 (28,2)
<i>Escherichia coli</i>	7 (7,3)	3 (5,3)	4 (10,3)
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	10 (10,4)	9 (15,8)	1 (2,6)
*Diğer	11 (11,5)	6 (10,6)	5 (12,9)
Kan Kültüründe Üreyen Bakteri	Toplam Gram Pozitif Kok (n=53) n (%)	COVID-19 Pandemisi Sırasında Gram Pozitif Kok (n=36) n (%)	COVID-19 Pandemisi Sonrasında Gram Pozitif Kok (n=17) n (%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	11 (20,8)	8 (22,2)	3 (17,6)
<i>Enterococcus faecium</i>	23 (43,4)	18 (50,0)	5 (29,4)
<i>Enterococcus faecalis</i>	14 (26,4)	7 (19,4)	7 (41,2)
<i>Koagülaz negatif Staphylococcus</i>	5 (9,4)	3 (8,3)	2 (11,8)



*Gözlerde beklenen sıklık 5'in altında olduğundan istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır. *Diğer: Morganella morgani, Providencia spp., Enterobacter cloacae

Tablo 3: COVID-19 Pandemisi Sırasında ve Sonrasında Kan Kültüründe Üreyen Bakterilerde Antimikrobiyal Direnç

Fenotipik Direnç	Toplam Gram Negatif Basil (n=96) n (%)	COVID-19 Pandemisi Sırasında Gram Negatif Basil (n=57) n (%)	COVID-19 Pandemisi Sonrasında Gram Negatif Basil (n=39) n (%)	p
ESBL Pozitif Gram Negatif Basil	10 (45,5)	1 (16,7)	9 (56,3)	0,162
Karbapenem Dirençli Gram Negatif Basil	50 (62,5)	29 (67,4)	21 (56,8)	0,325
Kolistin Dirençli Gram Negatif Basil	3 (4,7)	-	3 (11,5)	0,062
Fenotipik Direnç	Toplam Gram Pozitif Kok (n=53) n (%)	COVID-19 Pandemisi Sırasında Gram Pozitif Kok (n=36) n (%)	COVID-19 Pandemisi Sonrasında Gram Pozitif Kok (n=17) n (%)	
*Metisilin Dirençli <i>S. aureus</i> (MRSA)	3 (27,3)	2 (25,0)	1 (33,3)	1,000
**Vankomisin Dirençli <i>Enterococcus spp.</i> (VRE)	2 (5,3)	2 (7,4)	-	1,000
*Metisilin Dirençli Koagülaz Negatif <i>Staphylococcus spp.</i> (MRKNS)	5 (100,0)	3 (100,0)	2 (100,0)	-

*Metisilin direnç oranı stafilokok suş sayıları dikkate alınarak hesaplandı. **Vankomisin direnç oranı enterokok suş sayısı dikkate alınarak hesaplandı.

Sonuç: Pandemi sırasında yatış süresi daha kısa olmasına rağmen invazif girişimler ve mortalite oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. A. baumannii kan kültürlerinde en fazla izole edilen bakteri olmuştur. Bununla birlikte, pandemi sonrası A. baumannii ve S. maltophilia oranı azalırken, K. pneumoniae suşlarındaki artış göze çarpmaktadır. Gram pozitif koklar arasında ise gerek pandemide, gerekse pandemi sonrasında enterokokların hakimiyeti dikkat çekicidir. Antibiyotik direnç fenotiplerine bakıldığında isolatların yarısından fazlasında karbapenem direnci olduğu görülmekte olup, bu durum endişe vericidir. Pandemi öncesi saptanmayan kolistin direnci, pandemiden sonra az da olsa görülmeye başlanmıştır. Sonuç olarak, hastanemiz yoğun bakım ünitesinde bakteremi etkenleri arasında gram negatif basiller ön planda olup yarısına yakını A. baumannii isolatlarıdır. Bunların da yarısından fazlası karbapeneme dirençlidir. Ampirik tedavi seçiminde bu sonuçlar dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Antimikrobiyal Direnç, Bakteriyemi

S16

**Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişen Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı
Enfeksiyonlarının Risk Faktörlerinin, İzole Edilen Etkenlerin ve Antibiyotik
Duyarlılıklarının İncelenmesi; Tek Merkez Deneyimi**

Elifsu Demir¹, Çiğdem Ataman Hatipoğlu¹, Şerife Altun Demircan¹, Esra Kaya Kılıç¹, Hülya Başar², Fatma Şebnem Erdinç¹, Günay Tuncer Ertem¹, Salih Cesur¹, Sami Kınıklı¹

¹SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara

²SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon

Amaç: Yoğun bakım üniteleri, yatan hasta popülasyonu nedeniyle damar içi kateter uygulamalarının sıklıkla yapıldığı ünitelerdir. Santral venöz kateterlerin kullanımının yaygınlaşması ile kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarında artış görülmekte, hastane yatış süresi uzamakta, bu da maliyette artışa neden olmaktadır. Bu çalışmada yoğun bakım ünitelerinde gelişen santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarında (SVKİ-KDE) risk faktörlerinin, etkenlerin ve etken duyarlılıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon yoğun bakım ünitelerinde (ARYBÜ) 1 Ocak 2022- 31Aralık 2023 tarihleri arasında takip edilen 18 yaş ve üzeri ve SVKİ-KDE olan hastaların verileri kaydedildi. SVKİ-KDE tanımı Ulusal Sağlık Hizmeti ilişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Rehberi'ne göre yapıldı. Hastaların demografik özellikleri, risk faktörleri, etken dağılımı MS Office Excel programında hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya SVKİ-KDE saptanan 79 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortancası 77 (18-92) idi ve %51'i erkekti. Kateter enfeksiyonu için risk faktörleri ve hastaların komorbiditeleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların 41(%51,9)'inde juguler, 35 (%44,3)'inde femoral ve üçünde (%3,8) subklavyen kateter mevcuttu. Hastaların 45(%57)'i eksitus, 21(%26,6)'i taburcu olurken yedisi (%8,9) başka hastaneye, altısı (%7,6) başka bir servise transfer olmuştu. Çalışma süresince ARYBÜ'de SVKİ-KDE hızı 1000 kateter gününde 7.66 olarak tespit edildi. Üreme zamanı ortalama 14± 8,5 kateter günü olup 79 hastada 87 SVKİ-KDE ve 105 etken tespit edildi. 16 hastada birden fazla etken vardı. 105 etkenin 52(%49,5)'si gram negatif, 49(%47)'u gram pozitif, dördü(%3,5) Candida spp. idi. Hastaların etken dağılımları Tablo 2'de, gram pozitif ve gram negatif etkenlerin kendi içindeki dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir. Etkenlerden Serratia marcescens, Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella oxytoca, Enterobacter aerogenes ve Morganella morganii karbapenem duyarlıyken Enterobacter cloacae karbapenem dirençliydi. Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa ve Acinetobacter baumannii' nin duyarlılıkları Tablo 4'te gösterilmiştir. Candida üremesi olan dört hastanın üçünde etken Candida parapsilosis iken birinde Candida tropicalis'ti. Bu dört suş da flukonazol duyarlı idi.

Tablo 1. Hastaların komorbiditeleri ve risk faktörleri

Değişkenler		N	%
Eşlik Eden Hastalık	Yok	7	8,9
	Var*	72	91,1
	KBH	13	18,1
	DM	21	29,2
	HT	44	61,1
	Kronik Akciğer Hastalığı	17	23,6
	Nörolojik Hastalık	34	47,2
	Malignite	4	5,6
Koroner Arter Hastalığı	31	43,1	
Yok	5	6,3	
	Var*	74	93,7
Risk Faktörü	Hemodiyaliz	20	27
	Transfüzyon	34	45,9
	Entübasyon	55	74,3
	Trakeostomi	27	36,5
	TPN alma öyküsü	16	21,6
	Dekübit	28	37,8

* Bir hastada birden fazla komorbidite ve/ve ya risk faktörü olabilir. KBH: Kronik böbrek hastalığı DM: Diabetes mellitus HT: Hipertansiyon



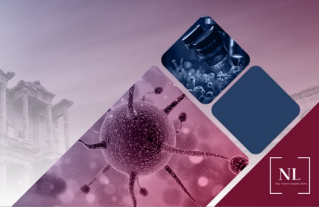
Tablo 2. Kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu etken dağılımı

ARYBÜ SVKİ-KDE	n	(%)
<i>Enterococcus</i> spp.	38	36,1
<i>Klebsiella</i> spp.	24	22,8
<i>Serratia marcescens</i>	5	4,7
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5	4,7
<i>Acinetobacter baumannii</i>	4	3,8
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	4	3,8
KNS	4	3,8
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	3,8
<i>Candida</i> spp.	4	3,8
<i>Escherichia coli</i>	3	2,8
<i>Proteus mirabilis</i>	3	2,8
<i>Corynebacterium striatum</i>	3	2,8
<i>Enterobacter</i> spp.	3	2,8
<i>Morganella morganii</i>	1	0,9

KNS: Koagülaz negatif stafilocoklar

Tablo 3. Gram (+) ve Gram (–) Etken Dağılımı

Gram + Etkenler	n	%
<i>Enterococcus faecalis</i> %100 Ampisilin -S	27	55
<i>Enterococcus faecium</i> %100 Ampisilin- R (1 adet VRE)	11	22
MRSA	3	6
MSSA	1	2
MRKNS	3	6
MSKNS	1	2
<i>Corynebacterium striatum</i>	3	6
Toplam	49	100
Gram - Etkenler	n	%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	21	40
<i>Klebsiella oxytoca</i>	3	5,7
<i>Serratia marcescens</i>	5	9,6
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5	9,6
<i>Acinetobacter baumannii</i>	4	7,6



<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	4	7,6
<i>Escherichia coli</i>	3	5,7
<i>Proteus mirabilis</i>	3	5,7
<i>Enterobacter aerogenes</i>	2	3,8
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	1,9
<i>Morganella morganii</i>	1	1,9
Toplam	52	100

MRSA: Metisilin dirençli Stafilokok aureus MSSA: Metisilin duyarlı Stafilokok aureus MRKNS: Metisilin dirençli Koagülaz negatif Stafilokok MSKNS : Metisilin duyarlı Koagülaz negatif Stafilokok

Tablo 4. Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa ve Acinetobacter baumannii antibiyotik duyarlılıkları

<i>Klebsiella pneumoniae</i>	ESBL	%100
	KR-KP	%100
	Kolistin- R	%33
	Amikasin- R	%42
	Seftazidim-Avibactam-R	%20
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	KR-PA	%40
	Amikasin- S	%100
<i>Acinetobacter baumannii</i>	KR-AB	%100
	Kolistin-R	-

ESBL: Genişlemiş Spekturumlu Beta-Laktamaz KR-KP: Karbapenem dirençli Klebsiella pneumoniae KR-PA: Karbapenem dirençli Pseudomonas aeruginosa KR-AB: Karbapenem dirençli Acinetobacter baumannii

Sonuç: Kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları günümüzde yoğun bakım enfeksiyonları arasında artan bir sıklığa sahiptir. Ünitelerin etken dağılımı ve etken duyarlılıklarının bilinmesi ampirik tedavide yol gösterici olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: bakteremi, santral venöz kateter, risk faktörü



S17

Erişkin Ve Çocuk Yoğun Bakımlarda Gelişen Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı
Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi

Dr.Elanur Çelebi¹, Dr.Ayşe Uyan Önal¹, Dr.Eren Çağan², Dr.Ali Asan¹, Dr.İsmail Necati Hakyemez¹

¹SBÜ Bursa Yüksek İhtisas ve Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

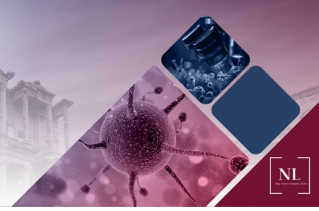
Amaç: Santral venöz kateterler yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan hastalarda daha sık olmak üzere, tedavi amaçlı uygulanan vazgeçilmez araçlardır ancak kullanımları sonucu gelişen santral kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları (SKİ-KDE) ciddi morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. Çalışmamızda YBÜ de SKİ-KDE tanılı çocuk ve erişkin hastalarda altta yatan hastalıklar, ek risk faktörleri ve etken mikroorganizmaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır

Yöntem: Bu çalışmada hastanemiz 2019-2023 yılları arasında çocuk ve erişkin yoğun bakım ünitesinde yatan 196 hasta incelenmiştir. SKİ-KDE tanısı Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) ve Türkiye Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA) kriterlerine göre konulmuştur. Hasta verileri Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK) veri tabanından alınmıştır. Hastaların altta yatan hastalıkları, ek risk faktörleri ve üreyen etkenler incelenmiştir. Yaş grupları arasında risk faktörleri ve etkenler SPSS kullanılarak istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır

Bulgular: Toplam 196 (76 çocuk,120 yetişkin) hasta çalışmaya alınmış olup hastaların 102'si kadın, 94'ü erkek; yaş ortalaması 41(min:0, max:92) idi. Çocuk hastalarda altta yatan en sık hastalıklar sırasıyla nörolojik bozukluklar ve kalp hastalıkları iken; erişkin hastalarda hipertansiyon (HT) ve diyabetes mellitus (DM) idi. Ek risk faktörü olarak çocuk ve erişkin hastalarda en sık sırasıyla entübasyon ve üriner kateterizasyon yer almaktaydı (Tablo 1). Üriner kateter (p <0.001), transfüzyon (p=0.033) ve diyaliz (p=0.003) risk faktörleri olarak erişkinlerde yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Kan kültüründe çocuk hastalarda sıklık sırasına göre üreyen etkenler; Klebsiella spp., Candida spp, Pseudomonas aeruginosa iken; erişkin hastalarda sıklık sırası Acinetobacter baumannii, Enterococcus spp., Candida spp olarak saptandı (Tablo 2). Etken mikroorganizmalar ile erişkin ve çocuk yaş grubu arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı.

Tablo 1.SKİ-KDE olan Erişkin ve Çocuk hastalarda altta yatan hastalıkları ve ek risk faktörleri

Altta yatan hastalık	Çocuk n:76 (%)	Erişkin n:120 (%)
HT	0	52 (%43)
DM	0	51 (%42)
Koroner arter hastalığı	0	24 (%20)
Diğer kalp hastalıkları	9 (%12)	29 (%24)
Böbrek Yetmezliği	3 (%4)	28 (%23)
Nörolojik Bozukluklar	17 (%22)	34 (%28)
Risk Faktörleri		
Entübasyon	69 (%91)	98(%82)
Üriner Kateter	28 (%37)	98 (%82)
Total Parenteral Nutrisyon	17 (%22)	19 (%16)
Transfüzyon	20 (%29)	20 (%29)
Diyaliz	5 (%7)	27 (%22)
Perkütan Enteral Gastrotomi	7 (%9)	7 (%6)

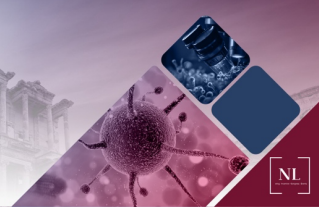


Tablo 2. SKİ-KDE olan erişkin ve çocuk hastalarda üreyen etkenler

Üreyen etken	Çocuk n=76 (%)	Erişkin n=120 (%)
<i>Klebsiella spp.</i>	18 (%24)	15(%13)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	4(%5)	29(%24)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	15(%18)	3(%3)
<i>Enterobacter spp</i>	0	6(%5)
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	1(%1)	4(%3)
<i>Serratia marcescens</i>	3(%4)	0
<i>Escherichia coli</i>	3 (%4)	2(%2)
Diğer Gram (-) Bakteriler	1(%1)	6(%5)
Gram (-) bakteriler	45(%59)	65(%54)
Koagülaz Negatif Stafilokok	6(%8)	5(%4)
<i>Enterococcus spp.</i>	3(%4)	22(%18)
<i>Staphylococcus aureus</i>	5(%7)	7(%6)
Gram(+)bakteriler	14(%18)	34(%28)
<i>Candida spp</i>	17(%18)	20(%17)
<i>Trichosporon</i>	0	1(%1)
Mantarlar	17(%22)	21(%17)

Sonuç: Tüm hastalar değerlendirildiğinde Gram negatif bakterilerin çoğunlukta olduğu gözlenmekte, etken bazlı olarak değerlendirildiğinde ise en sık etkenin *Candida spp* olduğu dikkati çekmektedir. SKİ-KDE şüphesi olan hastalarda ampirik tedavi rejiminde altta yatan hastalıklar, ek risk faktörleri ile birlikte yerel etken dağılımları dikkate alınarak hareket edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kateter enfeksiyonu, Yoğun bakım ünitesi



S18

Toplum Kökenli ve Hastane Kökenli Staphylococcus Aureus Bakteriyemilerinde Antimikrobiyal Tedavi Yönetimi ve Kaynak Kontrolünün Önemi

Rabia Başbozkurt¹, Gülnur Kul¹, Aslı Haykır Solay¹, Sabahat Çeken¹, Gökür Yapar Toros¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Amaç: Staphylococcus aureus(S.aureus), toplum ve hastane kaynaklı bakteriyemisinin önde gelen nedenlerinden biridir. S.aureus bakteriyemisinin yönetimi hızlı kaynak kontrolü ve antimikrobiyal tedaviden oluşur. Bu çalışmanın amacı hastanemiz enfeksiyon hastalıkları servisinde takip edilen S.aureus bakteriyemisi vakalarının klinik ve epidemiyolojik özelliklerini irdelemek, tanı-tedavi kılavuzlarına uyumu değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışma Ankara Etlik Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları servisinde 01 Ocak-31 Aralık 2023 tarihlerinde S.aureus bakteriyemisi nedeniyle takip edilen 27 hasta dahil edilerek yapılmıştır. Çalışmada hastaların yaş, cinsiyet, komorbidite varlığı, bakteriyemi kaynağı, etken mikroorganizmanın metisilin duyarlılığı, teikoplanin ve vankomisin minimum inhibitör konsantrasyon(MIC) değerleri, ampirik başlanan ve etkene yönelik verilen tedavilerin uyumu, etkin tedavi altında kontrol kültürlerde üreme durumu incelenmiştir.Hastalara ait veriler hastane bilgi sistemi kullanılarak kaydedilmiş, retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: S.aureus bakteriyemisiyle takip edilen 27 hastanın 20'si erkek cinsiyette olup yaş ortalaması 65 yıl(min24-max88)idi. Hastaların 15'inde diyabetes mellitus varken 16'sı rutin hemodiyaliz hastasıydı. Hastaların 24'ü acil servisten intravenöz tedavi amacıyla servisimize yatırılmıştı. Bakteriyemi kaynağı incelendiğinde 16 hastada santral venöz kateter (SVK) ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu, beş hastada cilt ve yumuşak doku enfeksiyonu, üç hastada cerrahi alan enfeksiyonu, üç hastada kaynağı bilinmeyen bakteriyemi olarak saptandı. Etkenlerin 11'i metisilin duyarlı Staphylococcus aureus(MSSA), 16'sı metisilin dirençli Staphylococcus aureus(MRSA) idi. Hastaların dokuzunda tedavi altında alınan kan kültürlerinde üreme devam etti. Bu izolatların yedi tanesi MRSA iken iki tanesi MSSA idi. Tüm izolatların MIC değerleri incelendiğinde 21 izolatın vankomisin MIC <1 mg/l, beş izolatın vankomisin MIC 2 mg/l, bir izolatın vankomisin MIC değeri 16 mg/l olduğu görüldü. Teikoplanin MIC değerlerinde izolatların sadece bir tanesinde MIC >8 mg/l idi. Ampirik başlanan tedavilerle kültür sonuçlarına göre değerlendirilen tedaviler arasında 21 hastada ampirik başlanan tedaviler etkenlerle uyumlu görüldü. Etkenlerin metisilin direnci ve bakteriyemi kaynağına göre karşılaştırılması tablo 1 ve 2'de görülmektedir. Hastalar bakteriyemi kaynaklarına göre karşılaştırıldığında SVK ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarında prokalsitonin istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır

Tablo 1. Etkenlerin metisilin direncine göre karşılaştırılması

Parametreler	MRSA (n=16)	MSSA (n=11)	P
Beyaz küre (10 ³ /µl)	13323	12361	0,73
Nötrofil (10 ³ /µl)	11228	10440	0,75
Lenfosit (10 ³ /µl)	1256	997	0,48
Crp (mg/L)	214	167	0,30
Prokalsitonin (µg/L)	16,95	13,30	0,72
Tedavi süresi /gün	24	31	0,28

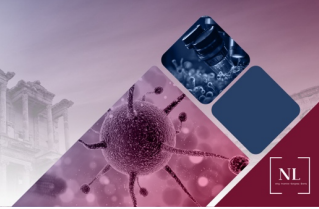


Tablo 2. Bakteriyemi kaynağına göre karşılaştırılması

Parametreler	SVK ilişkili bakteriyemi (n=16)	Diğer enfeksiyonlar (n=11)	p
Beyaz küre ($10^3/\mu\text{l}$)	12017	14261	0,42
Nötrofil ($10^3/\mu\text{l}$)	10046	12160	0,40
Lenfosit ($10^3/\mu\text{l}$)	981	1396	0,26
Crp (mg/L)	158	248	0,042
Prokalsitonin ($\mu\text{g/L}$)	24,15	2,82	0,034
Tedavi süresi /gün	21	35	0,13

Sonuç: S.aureus enfeksiyonları bakteriyemiden sepsis ve çoklu organ yetmezliği tablosuna kadar değişen, sıklığı giderek artan önemli bir halk sağlık sorunu haline gelmiştir. Bu retrospektif çalışmada S.aureus bakteriyemisiyle takip edilen hastaların yaklaşık 1/3'ünde etkin tedaviye rağmen kaynak kontrolü zor sağlanmış olup etken yönetiminin zor olduğu görülmektedir. S.aureus bakteriyemilerinde tedavi süresi uzun tutularak kaynak kontrolünün sağlandığından emin olunmalıdır

Anahtar Kelimeler: bakteriyemi, kaynak kontrolü, Staphylococcus aureus



S19

Etken mi Yoksa Kontaminasyon mu? Yoğun Bakım Ünitelerinde Alınan Kan Kültürlerinin Retrospektif İrdelenmesi

Özgür Kaya¹, Semiha Çelik Ekinci¹, Aziz Ahmad Hamidi¹, Ercan Yenilmez¹

¹SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Bu çalışmada, hastanemizin kan kültür pozitiflik oranlarını, kontaminasyon oranlarını ve üreme olmayan kan kültürlerinin de hastanın kliniği ile birlikte değerlendirilerek kültür sonuçlarının doğruluk oranlarını vermeyi planladık.

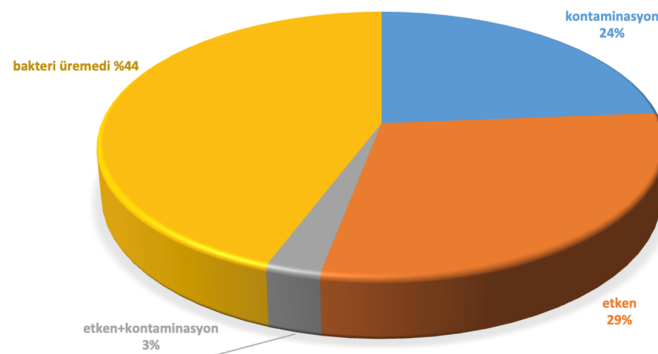
Yöntem: 05.08.2023-05.02.2024 tarihleri arasında hastanemiz yoğun bakım ünitelerinde alınan kan kültürlerinin retrospektif olarak incelendi. Üremeler ile eş zamanlı olarak klinik ve laboratuvar değerleri birlikte değerlendirildi.

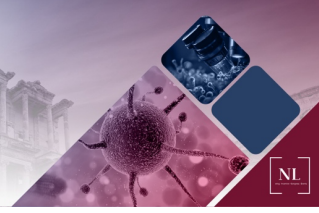
Bulgular: 219 adet 2 set kan kültürüne ulaşıldı. Bunlardan 52 tanesi kontaminasyon olarak değerlendirildi. 70 tanesi klinik ve laboratuvar olarak sepsis ile uyumlu idi ve etken kabul edildi. Bunlardan 6 tanesinde etken mikroorganizma dışında tek şişe kan kültüründe üreyen ve kontaminasyon olarak değerlendirilen başka bir mikroorganizma da üremişti. Kan kültürlerinin 97'sinde bakteri ürememişti. Bakteri üremeyen kültürler, hastaların eş zamanlı klinik ve laboratuvar bulguları ile birlikte değerlendirildi. Bunlardan 29 tanesinde kan kültürü alındığı tarihte hastaların klinik ve laboratuvar değerleri sepsis ile uyumluydu, ancak kan kültüründen etken izole edilememişti (Şekil 1).

Şekil 1. Kültür sonuçlarının dağılımı



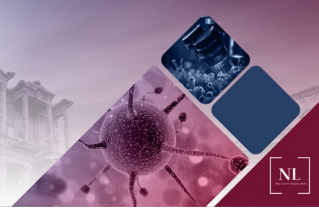
Şekil 2. Kültür sonuçlarının yüzdelik pasta grafiği





Sonuç: Kan kültür sonuçlarının değerlendirildiği birçok çalışmada kontaminasyon oranları %1.9 ile %40 arasında değişmektedir. Biz çalışmamızda kontaminasyon oranını %23.7(52/219) olarak saptadık. Ancak izole edilen etkenin yanında ayrıca saptanan ve kontaminasyon olarak değerlendirilen kültürler de buna eklendiğinde oran %26.4'e (58/241) çıkmaktadır. Kan kültürlerinin %29'unda etken kabul edilen mikroorganizma izole edildi. Kan kültürlerimizin 97'sinde (%44,2) bakteri üremedi (Şekil 2). Ancak klinik ile birlikte değerlendirildiğinde bu kültürlerin 29 tanesi, klinik ve laboratuvar bulgularına göre septik olduğu kabul edilen hastalardan alınmış ve etken izole edilememiştir. Çalışmamızın sonuçlarında hastanemizin kontaminasyon oranları yüksek saptanmış olup, sepsis kliniğindeki hastaların bir kısmından etken izole edilemediği saptanmıştır. Doğru kan kültürü alma yöntemleri ile kan kültürlerinin sonuçları klinik olarak daha da anlamlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: kan kültürü, kontaminasyon



S20

Yoğun bakım ünitelerinden kliniklere nakledilirken hastalarda kullanım ihtiyacı kalmayan santral venöz kateterler çıkarılıyor mu?

Kader Kayatürk¹, Elif Aydın¹, Özlem Altuntaş Aydın¹, Ramazan Korkusuz¹

¹SBÜ, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

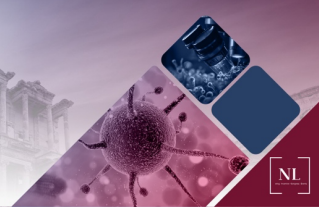
Amaç: Santral venöz kateter (SVK) ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları, yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) en sık görülen, morbidite ve mortaliteye neden olabilen sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlardan biridir. Bu nedenle SVK kullanım endikasyonları çok iyi belirlenmeli, gereksiz kullanımından kaçınılmalıdır. Çalışmamızda, YBÜ'den kliniklere nakil olan hastalarda kullanım endikasyonu kalmamasına rağmen çıkarılmayan SVK'lerin özellikleri ve sıklığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastanemizde 29.01.2024-15.02.2024 tarihleri arasında YBÜ'lerinden yataklı kliniklere nakil olan hastalarda kullanım endikasyonu kalmayan SVK'lerin çıkarılıp çıkarılmadığı, SVK'lerin yerleşim yerleri ve eşlik eden periferik venöz kateteri (PVK) olup olmadığı müdahale edilmeksizin prospektif olarak incelendi. SVK kullanım endikasyonları olarak; PVK'nin yetersiz kalması, PVK'den verilmeye uygun olmayan infüzyon gerekliliği, hemodinamik izlem ihtiyacı, ekstrakorporeal tedavi, vena kava filtresi, venöz anjiyoplasti balonu/stentleri veya infüzyon kateteri gibi venöz girişimsel cihazların gerekliliği kabul edildi.

Bulgular: YBÜ'lerinden yataklı servislere nakil edilen toplam 291 hastanın 107'sinde (%36.7) kullanım ihtiyacı kalmayan SVK olduğu görüldü. Bu 107 olgunun 77'sinde (%72) juguler, 16'sında (%15) subklaviyan, 14'ünde (%13) femoral bölgede SVK mevcutken, 54'ünde (%51) aynı zamanda periferik venöz kateter de bulunmaktaydı. Eşlik eden periferik venöz kateteri olmayan 53 hastada SVK tek damar yolu olarak kullanılmaktaydı. Bu hastaların çoğunluğu beyin ve sinir cerrahisi (n=26), kalp ve damar cerrahisi (n=21) ve genel cerrahi (n=20) kliniklerine devir edilmişti.

Sonuç: Hastanemizde YBÜ'lerinden kliniklere nakil olan hastaların 1/3'ünden fazlasında kullanım endikasyonu kalmayan SVK olduğu görülmüştür. Bu SVK'lerin %13'ü de kateter ilişkili kan-dolaşım yolu enfeksiyonuna en sık neden olan femoral yerleşimli SVK'dır. YBÜ'de takılan SVK'ler ile birlikte servislere devir edilen hastalarda bu kateterlerin çoğu taburculuğa kadar endikasyonu olmaksızın takılı kalmakta ve eşlik eden PVK olmadan tek damar yolu olarak kullanılmaktadır. Bu da SVK ile ilişkili enfeksiyonlar için ciddi risk faktörü olmasının yanı sıra hastanede kalış, mortalite, morbidite riskini arttırmaktadır. Bu nedenle hastalarda mümkünse periferik damar yolu kullanılması, endikasyonu kalmayan tüm kateterlerin mümkün olan en kısa süre çıkarılması konusunda eğitimlerin tekrarlanması, hemşire-hekim iş birliği içerisinde hasta yönetimi yapılması konusunda hastanemizde düzenlemeler planlanmış olup, tüm sağlık kurumlarının bu konuya dikkatinin çekilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: santral venöz kateter, sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar, yoğun bakım



S21

Şehir Hastanesi Acil Servisine Başvuran ve Sepsis Ön Tanısıyla Yoğunbakım Ünitelerinde İzlenen Hastaların Prospektif Değerlendirilmesi

Buse Nur Isınmış¹, Nesibe Korkmaz¹, Gülnur Kul¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Etlik Şehir Hastanesi

Amaç: Sepsis, enfeksiyona karşı düzensiz konak yanıtının neden olduğu fizyolojik, biyolojik ve biyokimyasal anormalliklerin olduğu klinik bir sendromdur. Sepsis ve ortaya çıkan inflamatuvar yanıt, çoklu organ fonksiyon bozukluğu sendromuna ve ölüme yol açabilir. Bu çalışmada, hastanemiz acil servisine gelen enfeksiyon hastalıkları hekimi tarafından sepsis şüpheli kabul edilen ve yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan olguların qSOFA (Quick SOFA), SOFA, Glaskow Koma Skoru (GKS), laktat değerleri ve demografik parametrelerinin mortalite ile ilişkisi incelendi.

Yöntem: Ankara Etlik Şehir Hastanesi acil servisine Haziran 2023- Ocak 2024 tarihleri arasında başvuran ve Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji konsültan hekimlerine konsülte edilen olası sepsis düşünülerek yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan hastalar prospektif olarak takip edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, malignite varlığı, laktat düzeyleri, acil servis qSOFA skoru, SOFA skorları, GKS kaydedildi. Kültür üremeleri ve yirmi sekizinci gün mortalite gelişip gelişmediği değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 100 hastanın yaş ortalaması 74 (min: 20- max: 98) % 53 (n:53)'ü kadın % 47 (n:47)'si erkekti. Hastaların % 29 (n:29)'u herhangi bir malignite tanısı ile takipliydi. Hastaların acil başvurusundaki qSOFA kriteri % 51 (n:51.)' inin ≤ 2 , % 49 (n:49..) 'unun 3 olarak hesaplandı. En sık sepsis nedeni % 29 (n:29.) oranı ile ürosepsisti. Diğer nedenler sıra ile % 26 (n:26) ile pnömosepsis, % 14 (n:14...) üropnömo-sepsis, % 7 (n:7..) kolonjiosepsis, % 19 (n:19..) ile de diğer nedenler tespit edildi. Hastaların % 55 (n:55.)' inde kan kültüründe veya idrar kültüründe üreme mevcuttu ve % 45 hasta da herhangi bir üreme tespit edilmedi. Hastaların %50 (n:50)'si exitus oldu. Acil servis SOFA skoru 11 altında olan hastaların %48 (n:41)'i exitus olmuştur. Bu hastalarında 17 (%41)'sinde malignite tanısı mevcuttu. Mortaliteye etki eden faktörler değerlendirildiğinde, malignite varlığı ve geliş laktat yüksekliğinin mortaliteyi istatistiksel olarak anlamlı etkilediği görülmüştür. (p:0.047, 0.003) (Tablo 1)

Tablo 1: Mortaliteye Etki Eden Faktörlerin Değerlendirmesi

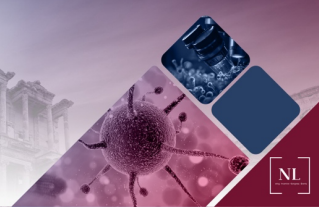
Değişkenler	Exitus (n:50)	Yaşayan (n:50)	Toplam (n:100)	P değeri
Cinsiyet				
Kadın	28	25	53	0,689
Erkek	22	25	47	
Malignite				
Var	19	10	29	0,047
Yok	31	40	71	
qSOFA				
≤ 2	23	28	51	0,317
3	27	22	49	
Laktat				
2'nin altı	7	19	26	0,003
2-4	20	22	42	
4' ün üstü	23	9	32	
GKS				
≤ 10	15	13	28	0,824
10 üstü	35	37	72	



SOFA skoru				
≤11	41	44	85	0,577
11 üstü	9	6	15	
Üreme olan	23	32	55	0,107
Üreme olmayan	27	18	45	

Sonuç: Sepsis nedeniyle yoğun bakım yatışı olan hastalarda malignite varlığında ve laktat yüksekliğinde mortalite önemli oranda artmaktadır. Acil servis SOFA skoru düşükken bile exitus olan hastaların sayısı anlamlı oranda fazladır ve bu hastalarında yaklaşık yarısını malignite tanısı olan hastalar oluşturmaktadır. Hastaların yatış takiplerindeki SOFA skorundaki değişimler mortaliteyi öngörebilir fakat acil servis SOFA skorları mortalite öngörücü olarak çalışmamızda anlamlı çıkmamıştır.

Anahtar Kelimeler: sepsis, mortalite, laktat, malignite



S22

YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZDE ALINAN DERİN TRAKEAL ASPIRAT KÜLTÜRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sümeyye KÖŞGER¹, Ayşe DENİZ YÜKSEL¹, Ercan YENİLMEZ¹

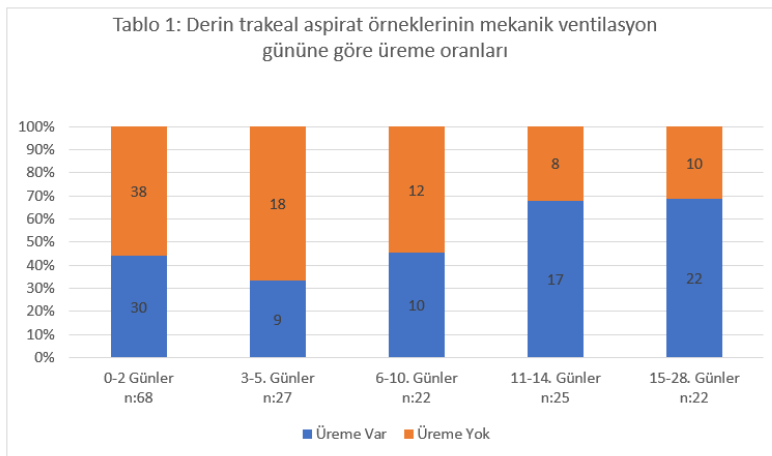
¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) görülen hastane infeksiyonları içerisinde solunum sistemi infeksiyonları ilk sırada yer alır. Derin trakeal aspirat (DTA) kültürü, etken mikroorganizmayı saptamada sıklıkla başvurulan yöntemdir. Bu çalışmada, hastanemiz YBÜ’de yatan hastalardan alınan DTA örneklerindeki üreme oranları, entübasyon gününe göre dağılımı, izole edilen bakteriler ve antibiyotik direnç oranlarını saptamayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamız gözlemsel tanımlayıcı bir araştırmadır. 1 Temmuz 2023 ve 1 Ocak 2024 tarihleri arasında hastanemiz YBÜ’de takip edilen ve mekanik ventilatör desteği alan hastalardan alınan DTA kültürleri incelendi. Entübasyon gününe göre izole edilen etkenler ve antibiyotik duyarlılıkları değerlendirildi. Hasta verileri hastane bilgi sisteminden retrospektif olarak tarandı. Bakterilerin identifikasyonu ve antibiyotik duyarlılıkları VITEK 2 (bioMerieux,Fransa) otomatize identifikasyon sistemi ile belirlenmiş, CLSI kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Bakterilerin antibiyotik duyarlılıkları değerlendirilirken orta duyarlık saptananlar dirençli gruba dahil edilmiştir.

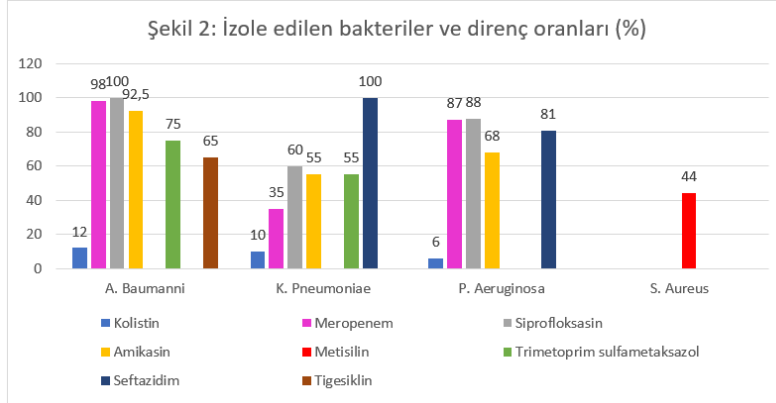
Bulgular: Çalışmamıza 89 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 70.5 idi ve %51’i(45) kadındı. Entübasyon sonrası ilk 48 saatte 68 hastadan DTA kültürü alındı, 30 (%44)hastada üreme gözlemlendi. Entübasyon sonrası; 3-5. günler arasında 27 hastada kültür alındı,9’unda (%33) üreme gözlemlendi. 6-10. günler arasında alınan 22 kültürden 10’unda (%45)üreme gözlemlendi. 11-14. günler arasında alınan 25 kültürün 17’sinde (%68) üreme mevcuttu.15-28. günler arasında ise 22 kültürden 22’sinde (%100) üreme oldu. Çalışma periyodu boyunca 174 DTA örneği değerlendirilmeye alındı (Şekil 1). En çok Acinetobacter baumannii ve Klebsiella pneumoniae olmak üzere 116 bakteri izole edilmiştir. İzole edilen bakteriler vemekanik ventilasyon gününe göre dağılımları Tablo 1’de; en çok izole edilen dört etkenin antibiyotik direnç oranları Şekil 2’de gösterilmiştir. A. baumannii’de; karbapenem direnci %98, tigesiklin direnci %65, kolistin direnci %12 saptanmıştır. K. Pneumoniae’de; karbapenem direnci %35, kolistin direnci %10 saptanmıştır. P. Aeruginosa’da; meropenem direnci %87, seftazidim direnci %81 ve kolistin direnci %6 olarak bulunmuştur. Gram pozitifbir bakteri olan S. Aureus 18 örnekte izole edildi ve %44’ü metisiline dirençli idi.

Şekil 1





Şekil 2

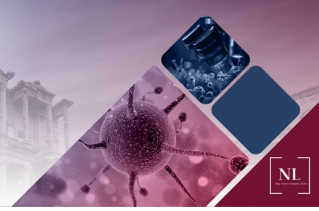


Tablo 1: Derin trakeal aspirat örneklerinden izole edilen bakterilerin entübasyon gününe göre dağılımları

	0-2 gün n:41 (%)	3-5 gün n:11 (%)	6-10 gün n:13 (%)	11-14 gün n:21 (%)	15-28 gün n:30 (%)	Toplam n:116 (%)
<i>A.baumannii</i>	12 (%29)	5 (%46)	2 (%15)	8 (%37)	13 (%43)	40 (%34)
<i>K. pneumoniae</i>	8 (%20)	2 (%18)	1 (%8)	5 (%24)	4 (%13)	20 (%17)
<i>S. aureus</i>	8 (%20)	3 (%27)	4 (%31)	1 (%5)	2 (%7)	18 (%16)
<i>P. aeruginosa</i>	3 (%7)	0	2 (%15)	5 (%24)	6 (%20)	16 (%14)
Diğer	10 (%24)	1 (%9)	4 (%31)	2 (%10)	5 (%17)	22 (%19)

Sonuç: YBÜ'de tedavi gören hastalarda entübasyon gününün uzamasının hastalarda enfeksiyon riskini artırdığı ve oluşan enfeksiyonların sıklıkla çoklu ilaç dirençli mikroorganizmalarla meydana geldiği bilinmektedir. Her merkezin kendi mikroorganizma dağılımı ve direnç durumlarını belirlemesi, erken ve doğru ampirik tedavi yaklaşımı için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: derin trakeal aspirat, yoğun bakım, antibiyotik direnci



S23

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde Yatan Hastalardaki Acinetobacter Bakteriyemilerinin Değerlendirilmesi

Ebru Gökdemir¹, Sultan Akkuş¹, Şeyda Aytekin Nacar¹, Ayşe Şabablı Çetin¹, Esra Adıyeke², Fatma Yılmaz Karadağ¹, Derya Öztürk Engin¹

¹Sancaktepe Şehit Prof.Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

²Sancaktepe Şehit Prof.Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Acinetobacter spp, çok sayıda virülans faktörüne sahip, Gram negatif, hareketsiz bir bakteridir. Pnömoni, osteomyelit ve bakteriyemi gibi invaziv enfeksiyonlara neden olarak, yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan hastaların hayatını tehdit edebilmektedir. Bu çalışmada, Acinetobacter spp.'ye bağlı bakteriyemisi olan hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır

Yöntem: Çalışmamız Ocak 2018 ve Haziran 2023 tarihleri arasında Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde yatan ve kan kültüründe Acinetobacter spp. üremesi olan hastalarda yapılmıştır. Hastalara ait veriler hasta dosyaları ve hastane sistemi üzerinden retrospektif olarak irdelenmiştir. YBÜ yatışının 48. saatinden sonra alınan en az iki set kan kültüründe Acinetobacter spp. üreyen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Acinetobacter spp bakteriyemisi nedeniyle takip edilen 158 hastanın 91 (%57,59)' erkek olup, yaş ortalaması $61,48 \pm 16,91$ olarak belirlendi. Hastaların vücut kile indeksi ortalaması $26,29 \pm 4,02$ idi. APACHE II skoru $35,45 \pm 12,76$ olarak hesaplandı. Hastaların altta yatan hastalıklarından en sık (%38,60) hipertansiyon olduğu görüldü. Acinetobacter bakteriyemisi hastalarının altta yatan hastalıkları Tablo 1'de gösterildi. Hastaların 91 (%57,59)'i COVID-19 enfeksiyonu tanısı vardı. Kan kültürü alındığı gün hastaların 130 (%82,27)'unda mekanik ventilasyona bağlı idi (Tablo 2). Hastaların 98'i kaybedilmiş olup, mortalite oranının %62 olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda Acinetobacter spp. kaynaklanan enfeksiyonlarda mortalite oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Mortalite yüksekliğine hastaların yarısından çoğunun COVID-19 ile enfekte olmasına bağlanabileceği düşünülmüştür. YBÜ'de enfeksiyonlara bağlı olarak hastaları kaybetmemek için, öncelikle enfeksiyon kontrol ve önlemlerinin eksiksiz uygulanması gerekir.

Tablo 1. Acinetobacter bakteriyemisi olan hastaların altta yatan hastalıkları

	n	%
Altta yatan hastalıklar	115	72,78
Hipertansiyon	61	38,60
Diabetes mellitus	37	23,41
Koroner arter hastalığı	28	17,72
KOAH	19	12,02
Eşlik eden malignite	18	11,39
Demans	14	8,86
Geçirilmiş SVO	14	8,86
Konjestif kalp yetmezliği	8	5,06
Kronik böbrek yetmezliği	5	3,16



Parkinson	5	3,16
Psikiyatrik hastalık öyküsü	4	2,53
Atrial fibrilasyon	3	1,89
Major depresyon	3	1,89
DVT	2	1,26
Serebral palsy	2	1,26
Epilepsi	2	1,26
Benign prostat hiperplazisi	2	1,26
Hipotiroidi	2	1,26
Morbid obezite	2	1,26
Diğer*	19	11,97

Tablo 2. Acinetobacter bakteriyemisinde risk faktörleri ve laboratuvar sonuçları

Risk Faktörleri	n	%
COVID-19 enfeksiyonu (PCR±BT pozitif)	91	57,59
Steroid kullanımı	65	41,13
Total parenteral nutrisyon	18	11,39
Mekanik ventilasyon	130	82,27
SVK kullanımı	149	94,30
Bakteriyemi kaynağı		
Pnömoni	73	46,20
Santral venöz kateter	23	14,55
Üriner enfeksiyon	7	4,43
Laboratuvar Sonuçları		
Lökosit* (/mm ³)	12734,47 ±8230,68	
Lenfosit* (/mm ³)	1183,94 ±1271,64	
CRP* (mg/dL)	260,83 ±181,16	
Prokalsitonin (µg/l)	8,25 ±34,01	

Anahtar Kelimeler: Acinetobacter spp, Bakteriyemi, Mortalite, Risk faktörleri



S24

Yoğun Bakım Ünitelerinde Karbapenem Dirençli Gram Negatif Bakterilerin Etken Olduğu Enfeksiyonlarda Seftazidim-Avibaktam Tedavisinin Değerlendirilmesi

Ayşe Nur Soykuvvet¹, Nesibe Korkmaz¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

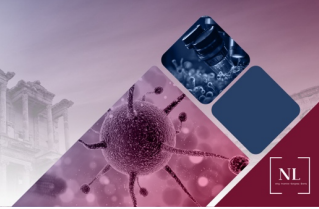
Amaç: Hastanelerde sıklıkla izole edilen karbapenem dirençli gram negatif bakteriler yaşamı tehdit eden enfeksiyonlara yol açmaktadır. Seftazidim-avibaktam, dirençli gram negatif bakteriler için geliştirilmiş karbapenemazlara etkili ilk kombinasyondur. Bu çalışmada, hastanemiz yoğun bakım ünitelerindeki klinik örneklerde izole edilen dirençli gram negatif bakterilerin tedavisinde seftazidim-avibaktam kullanılan hastaların demografik verileriyle mortalite ilişkisine bakılması amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışma Ankara Etlik Şehir Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde Ocak 2023-Aralık 2023 tarihlerinde yatan, 18 yaş ve üzeri, karbapenem dirençli gram negatif bakteri üremesi olan ve bu üremeye yönelik seftazidim-avibaktam kullanan hastalar dahil edilerek yapıldı. Çalışmaya yaş, cinsiyet, komorbidite varlığı, mekanik ventilasyon ihtiyacı, 3. ve 7. gün akut faz reaktanları, etken mikroorganizmalar, kolistin duyarlılığı, tedavinin monoterapi/kombinasyon şeklinde verilmesi, tedavi süresi, kontrol kültürlerde üreme durumu, 28. gün mortalite parametreleri dahil edildi. Hastalara ait veriler hastane bilgi sistemi kullanılarak retrospektif olarak değerlendirildi. Seftazidim-avibaktam duyarlılığı hastanemiz mikrobiyoloji laboratuvarında disk difüzyon testi kullanılarak çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya 89 hasta dahil edildi. Hastalara ait demografik veriler Tablo 1’de özetlenmiştir. Hastaların 58’inin(%65.2) kan kültüründe karbapenem dirençli gram negatif bakteri üremesi vardı. Kolistin duyarlılığı çalışılan 82 hastanın 58’inin etkeni kolistine dirençli olarak tespit edildi. Seftazidim-avibaktam 64 hastaya (%71.9) monoterapi şeklinde verildi. Kombinasyon tedavisi 25 hastada (%28.1) uygulandı. Kontrol kültürde üreme olup olmadığına 62 hastada bakıldı; 53’ünde mikrobiyolojik eradikasyon sağlandığı görüldü. Hiçbir hastada yan etki gelişmesi nedeniyle tedavi kesilmedi. Seftazidim-avibaktam kullanımı ile 28. günde mortalite olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldı. Sonuçlar Tablo 2’de gösterildi. Karşılaştırma sonucunda 28. gün mortaliteyle mekanik ventilasyon ihtiyacı istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p=0,001$). Exitus olan hastaların %87.8’inde mekanik ventilasyon ihtiyacı mevcuttu. Mortalite gelişen hastalarda median prokalsitonin, 3 ve 7. gün prokalsitonin değerleri de mortalite gelişmeyen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 1: Hastalara ait demografik veriler

Demografik Veriler	Hastalar (n=89) %
Yaş, ortalama± standart sapma(min-max)	64.09±16.80 (18-98)
Erkek cinsiyet	58 (%65)
Komorbidite varlığı	78 (87.6)
Diyabetes mellitus	28 (31.5)
Kronik Böbrek Yetmezliği	13 (14.6)
Astım/Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	11 (12.4)
Malignite	25 (28.1)
Solid Organ Malignitesi	17 (19.1)
Hematolojik Malignite	8 (9.0)
Tedavi Süresi Median (min-maks)	14(7-22)



Wbc, ortalama± standart sapma(min-max)	12938±7231.40 (160-26060)
Crp, ortalama± standart sapma(min-max)	159.87±93.31 (10-392)
Prokalsitonin, Median (min-max)	1.50 (0.10-100)
3. Gün Wbc, ortalama± standart sapma(min-max)	10314±5382.38 (220-25770)
3. Gün Crp, Median (min-max)	87 (4-322)
3. Gün Prokalsitonin, Median (min-max)	0.83 (0.14-100)
7. Gün Wbc, Median (min-max)	9700 (330-38730)
7. Gün Crp, Median (min-max)	59 (3-298)
7. Gün Prokalsitonin, Median (min-max)	0.66 (0.05-29.50)
Endikasyon Tanısı	
Kan Dolaşım Enfeksiyonu	58 (65.2)
İdrar Yolu Enfeksiyonu	6 (6.7)
Ventilasyon ilişkili Pnömoni	20 (22.5)
Diğer (Yara yeri enfeksiyonu, santral sinir sistemi enfeksiyonu)	5 (5.6)
Etken Mikroorganizma	
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	78 (87.6)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4 (4.5)
<i>Proteus spp</i>	2 (2.29)
<i>Escherichia coli</i>	3 (3.4)
Diğer (<i>Serratia marcescens</i>)	2 (2.2)
Mekanik Ventilasyon İhtiyacı	63 (70.8)
28. Gün Mortalite	41 (46.1)

Tablo 2: Mortalite Gelişen ve Gelişmeyen Hastaların Değerlendirilmesi

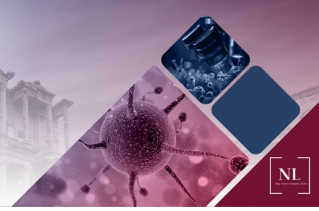
Demografik Veriler	Mortalite Var (n=41)	Mortalite Yok (n=48)	Toplam (n=89)	p değeri
Erkek, cinsiyet n (%)	30 (51.7)	28 (48.3)	58 (65.2)	0.143
Yaş, ortalama± standart sapma	67.15±15.50	61.64±17.69	64.09±16.80	0.157
Komorbidite varlığı n (%)	36 (46.2)	42 (53.8)	78 (87.6)	0.965
Diyabetes mellitus n (%)	13 (46.4)	15 (53.6)	28 (31.5)	0.963
Kronik böbrek yetmezliği n (%)	6 (46.2)	7 (53.8)	13 (14.6)	0.995
Astım/Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı n (%)	6 (54.5)	5 (45.5)	11 (12.4)	0.547
Malignite				
Solid organ malignitesi	9 (52.9)	8 (47.1)	17 (19.1)	0,750



Hematolojik malignite	3 (37.5)	5 (62.5)	8 (9.0)	
Wbc, ortalama± standart sapma	14216.00±7412.01	10453.20±7066.02	12938±7231.40	0.217
Crp, ortalama± standart sapma	163.70±107.79	156.80±82.11	159.87±93.31	0.648
Prokalsitonin, Median	2.06	1.04	1.50	0.001*
3. Gün Wbc, ortalama± standart sapma	8049.53±4466.68	10453.20±6105.04	10314±5382.38	0.592
3. Gün Crp, Median	107	87	87	0.468
3. Gün Prokalsitonin, Median	1.50	0.45	0.83	0.005*
7. Gün Wbc, Median	10805	9190	9700	0.240
7. Gün Crp, Median	57.50	59.00	59	0.282
7. Gün Prokalsitonin, Median	1.23	0.28	0.66	<0.001*
Endikasyon Tanısı				
Kan Dolaşım Enfeksiyonu	29 (50.0)	29 (50.0)	58 (65.2)	0.371
İdrar Yolu Enfeksiyonu	1 (16.7)	5 (83.3)	6 (6.7)	
Ventilasyon ilişkili Pnömoni	8 (40.0)	12 (60.0)	20 (22.5)	
Diğer (Yara yeri enfeksiyonu, santral sinir sistemi enfeksiyonu)	3 (60.0)	2 (40.0)	5 (5.6)	
Kan Kültürü Üremesi Eşlikliği	29 (50.0)	29 (50.0)	58 (65.2)	0.309
Mekanik Ventilasyon İhtiyacı	36 (57.1)	27 (42.9)	63 (70.8)	0.001*

Sonuç: Önemli bir sağlık problemi olan karbapenem dirençli gram negatif bakteriler, tedavi seçeneklerinin azlığı nedeniyle ciddi bir mortalite nedeni olarak görülmektedir. Dirençli izolatların sayısı giderek artmakta ve seftazidim avibaktamın zamanında kullanımı önemli hale gelmektedir. Dirençli etkenlerle enfekte hastalarda mekanik ventilasyon ihtiyacı mortaliteyi artırmaktadır. Çalışmamızda tedavinin 3 ve 7. günlerindeki prokalsitonin değerlerinin de mortaliteyi öngörmeye önemli bir parametre olduğu bulunmuştur. Her merkezin kendi direnç verilerini bilmesi, biyobelirteçlerin de faydasıyla hastalara uygun tedavileri başlamak mortaliteyi azaltmak için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Seftazidim-avibaktam, karbapenem dirençli gram negatif bakteri, mekanik ventilasyon, prokalsitonin, mortalite



S25

Seftazidim Avibaktam Tedavisi Alan Hastaların Tedavi Sonrası Sağ Kalım Takibi ve Tedavi Öncesinde Prognoza Etki Eden Faktörler: Pilot Çalışma Sonuçları

İsmet KÖSE¹, Semiha ÇELİK EKİNCİ¹, Aziz Ahmad HAMİDİ¹, Ercan YENİLMEZ¹

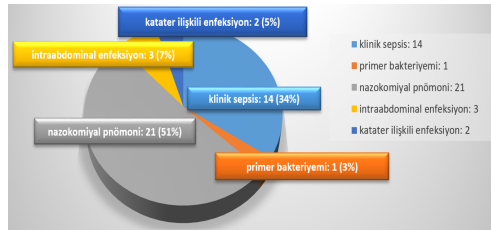
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Son yıllarda, özellikle beta-laktamaz üreten Gram-negatif bakterilerin sebep olduğu sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlarda artış sonucunda yeni antibiyotiklere ihtiyaç duyulmuş ve seftazidim avibaktam (CAZ-AVI) özellikle yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) sık kullanılmaya başlanmıştır. CAZ-AVI ülkemizde sadece belirli endikasyonlarda ve YBÜ’de geri ödemeye girmektedir. Bu çalışmada hastanemizde CAZ-AVI tedavisi alan hastaların tedavi sonrasındaki sağ kalım oranını ve prognoza etki eden diğer faktörleri araştırmayı amaçladık.

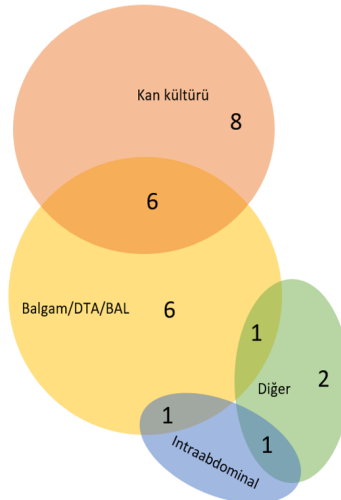
Yöntem: Çalışmamız SBÜ FSM EAH’nde 10.09.2021-24.07.2023 tarihleri arasında, YBÜ’de CAZ-AVI alan hastaları kapsamaktadır. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar parametreleri retrospektif olarak hastane otomasyon sisteminden taranmıştır. Bu hastalarda mortaliteyle ilişkili klinik ve laboratuvar parametrelerin hesaplanması amaçlanmıştır.

Bulgular: CAZ-AVI tedavisi alan hastaların popülasyon parametreleri Tablo 1’de gösterilmiştir. CAZ-AVI tedavisi öncesinde hastaların 18’inde MDR Gram negatif veya karbapenem dirençli Gram negatif bakteri üreme öyküsü vardı. Çalışmadaki hastaların tümü tedavi başladığı sırada MV desteği alıyordu. Bu hastaların 21’ine solunum yolu örneğindeki üreme sebebi ile CAZ-AVI başlanmıştır. CAZ-AVI tedavisinin başlama etkenleri sınıflandırıldığında 25 hastanın 23’ünde etken K. pneumoniae iken iki hastada ise P. aeruginosa idi. CAZ-AVI tedavisini başlama endikasyonları Şekil 1’de gösterilmiştir. Kültürlerin alındığı yerler Şekil 2’de, CAZ-AVI tedavisinden önce hastaların aldıkları antibiyoterapiler ise Tablo 2’de özetlenmiştir. CAZ-AVI 14 hastada monoterapi olarak uygulanmıştı. 25 hastanın hiçbirinde CAZ-AVI direnci veya yan etki saptanmadı. CAZ-AVI tedavisi sonrasında ilk bir yıllık mortalite bakıldığında sadece iki hasta sağ kalmıştı. Şekil 3’te sağ kalıma ait Kaplan Meier Analizi verilmiştir.

Şekil 1. CAZ-AVI tedavi endikasyonları

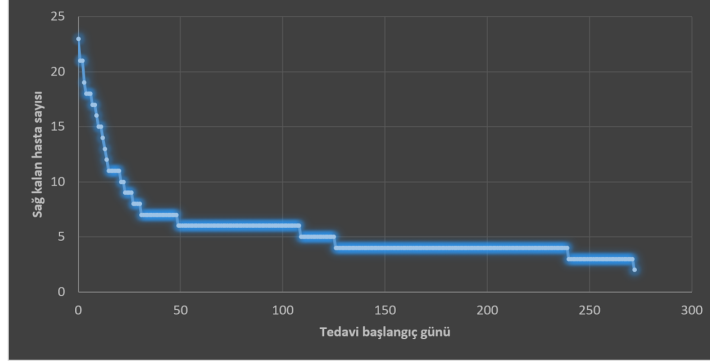


Şekil 2. Kültürler için örneklerin alındığı yerler





Şekil 3. Sağkalım



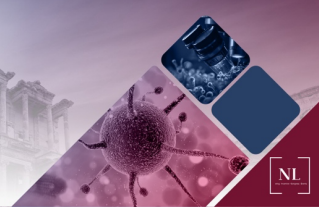
Tablo 1. CAZ-AVI tedavisi alan hastaların popülasyon parametreleri

	TOTAL (N: 25)	14 günlük mortalite (N:19*)		30 günlük mortalite (N:19*)	
		SAĞ (n:12) (%63,6)	EX (n:7) (%36,84)	SAĞ (n:8) (%42,11)	EX (n:11) (%57,90)
YAŞ	69,92 ±14,73	66,42 ±16,90	75,10 ±15,80	62,38 ±17,80	74,91 ±14,2
HASTANE YATIŞ GÜNÜ (tedavi başlangıcı)	51,21 ±30,54	63 ±33,76	39,43 ±37,48	67,5 ±57,98	44,73 ±21,78
YBÜ YATIŞ GÜNÜ (tedavi başlangıcı)	40,4 ±27,88	47,75 ±25,10	38,14 ±23,92	48,87±35,40	40,81 ±23,03
APACHE (median- standart sapma)	18 ±4,98	16 ±3,65	19,5 ±3,15	16 ±3,40	19,5 ±3,43
Charlison (median- standart sapma)	7 ±3,41	5 ±2,90	9,5 ±4,47	4 ±3,20	8 ±3,69
SOFA (MEDIAN)	8 ±3,69	16 ±3,65	9 ±2,03	7 ±2,67	8,5 ±2,27
DM (%)	32	41,6	14,2	50,0	18,1
KBY+ABH (%)	24	0,0	42,8	0,0	57,6
KKY (%)	28	25,0	14,2	25,0	18,1
Cerrahi öyküsü (%)	64	58,3	71,4	62,5	63,6
İmmunosupresyon (%)	16	16,6	28,5	12,5	27,2
Kan Kültür Pozitifliği (%)	56	58,3	42,8	62,5	45,4
Tedavi Başlangıcında Sepsis veya Septik Şok Varlığı (%)	56	41,7	57,1	50,0	45,5

*İlk 72 saatte ölenler ve sevk sebebi ile mortalite verisine ulaşamayanlar çalışma dışı bırakıldı

Tablo 2. CAZ-AVI öncesi kullanılan antibiyoterapiler

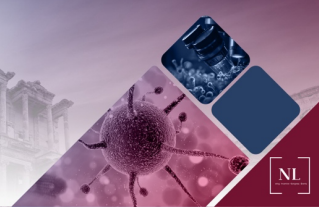
CAZ-AVI öncesi kullanılan antibiyoterapiler	Antibiyoterapiyi alan hasta sayısı
Pipasilin/tazobaktam	7
3. ve 4. kuşak sefalosporin	20
Karbapenem	24
Fosfomisin	5



Tigesiklin	10
Kolistin veya Polimiksin-B	15
Kinolon	1
Glikopeptid	13
Oksazolidinon	1

Sonuç: Tubarello ve arkadaşlarının yaptığı, 577 hastayı içeren CAZ-AVI çok merkezli çalışmasında, tedavi sonrası ilk 30 günlük mortalite %25 olarak kaydedilmişken bizim çalışmamızda bu oran %57,9 (11/19) olarak saptanmıştır. Ancak, bizim çalışmamızda tüm hastaların YBÜ’de yatıyor olması oranlarımızın daha yüksek olmasını açıklayabilmektedir. Ülkemizde geri ödeme koşulları sebebi ile, CAZ-AVI tedavisine başlamada kültür direnç oranlarının sonuçlarının beklenmesi, sadece YBÜ yatışı olan hastalarda verilmesi şartları sebebi ile çalışmamızdaki hastaların CAZ-AVI sonrası mortalite oranlarının literatüre göre daha yüksek saptanması öngörülebilmektedir. Ülkemizde CAZ-AVI tedavi sonuçları ile ilgili daha geniş kapsamlı ve kısıtlamadan bağımsız çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: seftazidim avibaktam, mortalite oranı



S26

Çoklu İlaça Dirençli Myroides spp.'nin Üremelerinin Değerlendirilmesi

Çiğdem YÜCEL¹, Ceyda GEYİKTEPE-GÜÇLÜ¹, Kadir Görkem GÜÇLÜ¹, Mustafa YILDIRIM¹

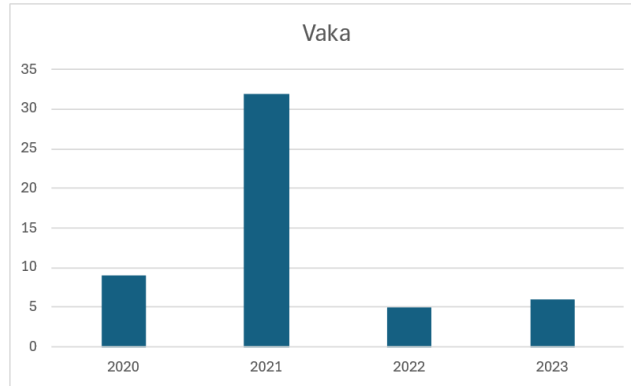
¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Günlük klinik uygulamalarda yaygın olarak saptanmayan çoklu ilaca dirençli mikroorganizmalar bulunmaktadır. Bunun bir örneği olarak Myroides spp. zorunlu aerobik, nonfermentatif, hareketsiz ve Gram negatif basildir. Suda ve toprakta yaygın olarak bulunur; nadiren özellikle immünosupresiflerde fırsatçı bir patojen olarak cilt, idrar ve kan dolaşımı infeksiyonlarına neden olabilir. Bu çalışmada hastanemizdeki saptanan Myroides spp. üremelerinin ve hastaların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif, tek merkezli çalışmamıza Temmuz 2020-Aralık 2023 tarihleri arasında hastanemizdeki yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ve servis takiplerinde Myroides spp. üreyen hastalar dahil edildi. Bu hastaların demografik verileri, altta yatan faktörler, antibiyotik duyarlılığı, klinik yönetimi ve hastane içi mortalite değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 52 hasta dahil edildi. Hastaların %51.9'u (n=27) erkek, ortalama yaş 72.1 +/- 9.39 yılı. En sık eşlik eden yandaş hastalık (%50, n=26) hipertansiyon, en sık görülen yatkinlaştırıcı durum (%94.2, n=49) üriner kateter varlığıydı. Hastaların %48.1'i (n=25) immünosüpresifti (Tablo 1). Hastaların %53.8'i (n=28) YBÜ'de takip edildi. En sık üreme idrar kültüründe görüldü (%88.5, n=46) (Tablo 2). Yıllara göre dağılımı incelendiğinde en sık 2021'de izole edildiği saptandı (Şekil 1). Antibiyotik duyarlılıkları Tablo 3' de gösterilmiştir. Hasta dosyaları incelendiğinde kültür üremelerinin beşi (%9.6) etken olarak değerlendirildi (Tablo 2). Etken olarak değerlendirilen üremelerin ikisi ürosepsis; biri selülitte bağlı gelişen bakteriyemi, bir diğeri intraabdominal infeksiyon ve beşincisi şant infeksiyonuydu. Beş hastanın ikisi immünosupresifti; takiplerinde üçü kaybedildi. Hastaların hiçbirine etkin tedavi verilememişti. Çalışmamızda hastane içi mortalite oranı %51.9 (n=27) idi (Tablo 2).

Şekil 1. Myroides spp. üremelerinin yıllara göre dağılımı



Tablo 1. Myroides spp. üreyen hastaların demografik verileri ve yatkinlaştırıcı durumları

Parametreler	
Cinsiyet, n (%)	
Erkek	27 (51.9)
Kadın	25 (48.1)
Yaş, yıl, ortalama ± SS	72.1 ± 9.39
Komorbidite varlığı, n (%)	
Hipertansiyon	26 (50)
Diyabetes mellitus	20 (38.5)



Koroner Arter Hastalığı	13 (25)
Nörolojik Hastalık	13 (25)
Kronik Böbrek Hasarı	10 (19.2)
Akciğer Hastalığı	8 (15.4)
Malignite	7 (13.5)
Konjestif Kalp Yetmezliği	5 (9.6)
Diğer	15 (28.8)
Yatkınlıştırıcı durum, n (%)	
Üriner kateter	49 (94.2)
İmmünoşüpresyon	25 (48.1)
Dekübit ülseri	25 (48.1)
Santral venöz kateter	21 (40.4)

SS: Standart sapma

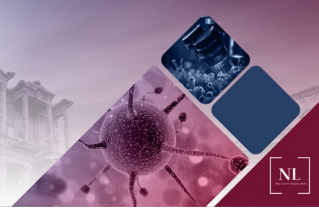
Tablo 2. Myroides spp. üremelerinin özellikleri

Numune tipi, n (%)	
İdrar kültürü	46 (88.5)
Kan kültürü	3 (5.8)
Kateter kan kültürü	1 (1.9)
BOS kültürü	1 (1.9)
Dren sıvısı kültürü	1 (1.9)
Derin trakeal aspirat	0 (0)
Yattığı klinik, n (%)	
Yoğun bakım ünitesi	28 (53.8)
Dahiliye servisi	16 (30.8)
Cerrahi servisi	8 (15.4)
Üreme günü, ortalama $\pm$ SS, gün	29.1 $\pm$ 17.6
Koinfeksiyon varlığı, n (%)	17 (32.7)
Etken, n (%)	5 (9.6)
Kolonizasyon, n (%)	48 (92.3)
Tedavi edilme durumu, n (%)	0 (0)
Hastane içi mortalite, n (%)	27 (51.9)

SS: Standart sapma

Tablo 3. Antibiyogram duyarlılık sonuçları

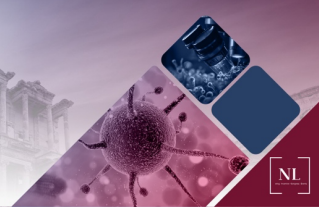
Antibiyotikler	Duyarlı, n (%)	Orta duyarlı, n (%)	Dirençli, n (%)
Amikasin	3 (5.8)	0 (0)	49 (94.2)
Siprofloksasin	2 (3.8)	1 (1.9)	49 (94.2)



Gentamisin	3 (5.8)	2 (3.8)	47 (90.4)
Piperasilin-tazobaktam	5 (9.6)	0 (0)	47 (90.4)
Meropenem	5 (9.6)	1 (1.9)	46 (88.5)
Ko-trimaksazol	7 (13.5)	0 (0)	45 (86.5)
Kolistin	1 (9.1)	0 (0)	10 (90.9)

Sonuç: Myroides türleri insan mikroflorasının bir üyesi değildir ve genellikle bağışıklığı baskılanmış olan hastalarda ortaya çıkan fırsatçı bir patojendir. Literatür verileri gözden geçirildiğinde hastane salgınları bildirilmiştir. Suşların büyük kısmı çoklu ilaca dirençlidir ve immünoşüpresif konakta fatal seyirli olabileceği gösterilmiştir. Çalışmamızda, literatürle uygun olarak immünoşüpresyon durumunda, üriner kateter, santral venöz kateter ve dekübit ülserleri/selülit varlığı gibi yatıklaştırıcı etmenler varlığında fırsatçı enfeksiyonlara yol açabileceği tespit edilmiştir. Çalışmamızda en sık idrar örneklerinde izole edilmekle birlikte özellikle immünoşüpresif hastalarda farklı lokalizasyonlarda ortaya çıkabilen enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Ayrıca direnç profili nedeniyle tedavisinde güçlükler yaşanmaktadır. Klinisyenler özellikle immünoşüpresif hastalarda ortaya çıkan bu fırsatçı patojene karşı uyanık olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Myroides, antibiyotik direnci, immünoşüpresyon



S27

Chryseobacterium Enfeksiyonlarının Özellikleri ve Antibiyotik Duyarlılık Paterni: Tek Merkez Deneyimi

Elif Doğan¹, Cemal Bulut¹, Ali Gökhan Akçay¹, İsmail Yaşar Avcı¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

Amaç: Gram negatif bir basil olan Chryseobacterium doğada yaygın görülürken insan florasında genellikle bulunmaz. Eski ismiyle Flavobacterium olarak bilinen non fermentatif, oksidaz pozitif Chryseobacterium türleri nemli ve ıslak yüzeyleri seven, hastanelerin su sistemlerinde bulunabilen fırsatçı bir patojen olarak sınıflanır. Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan santral venöz kataterler ve entübasyon tüpleri bu türler için uygun rezervuarlardır. Hastanelerde sağlık bakımı ilişkili enfeksiyon etkeni olarak en sık Chryseobacterium indologenes ve C. meningosepticum türleri saptanır. Bu çalışmada hastanemizde saptanan Chryseobacterium spp ilişkili enfeksiyonları değerlendirmek ve bu konudaki literatürü gözden geçirmek istedik.

Yöntem: Çalışmamız retrospektif bir değerlendirme olup 2017-2023 yılları arasındaki hastanemizde izole edilen Chryseobacterium enfeksiyonlarını kapsamaktadır. Klinik ve mikrobiyolojik veriler hastane yönetim sisteminden toplanmıştır. Enfeksiyon tanımı hastayı değerlendiren enfeksiyon hastalıkları hekimi tarafından yapılmıştır. İzolatların identifikasyonundan MALDI-TOF ve antimikrobiyal duyarlılıklarının belirlenmesinde VİTEK 2 sistemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Merkezimizde on yedi Chryseobacterium spp. enfeksiyonu tespit edilmiş olup bu olgular yıllar içinde artış eğilimi göstermektedir. İzole edilen suşların beşer tanesi Chryseobacterium gleum ve Chryseobacterium indologenes iken 7 tanesi Chryseobacterium spp olarak tanımlanmıştır. Hastaların 11/17 (%64)' si erkek ve medyan yaş 71(22-101) olarak saptandı. Altı hasta yoğun bakım ünitesinde yatmaktaydı. Chryseobacterium spp. nin neden olduğu en yaygın enfeksiyonlar kan dolaşımı enfeksiyonları olarak belirlendi (Tablo 1). İzolatlar ampicilin, amoksisilin, sefuroksim ve seftriaksona dirençli idi. Bir hastada piperasilin tazobaktam ve iki hastada seftazidim duyarlılığı saptandı. Amikasin ve gentamisin duyarlılığı yalnızca iki suшта görüldü. Kinolon duyarlılığı hastaların %40'ında görüldü. Tüm izolatlar imipenem dirençli olup üç tanesinde meroopenem duyarlılığı saptandı. Hastaların trimetoprim-sulfametaksazol (TMP-SMX) duyarlılığı 14/17 (%82) olarak görüldü (Tablo 2). Olgularda 30 günlük mortalite %11 (2/17) iken 90 günlük mortalite %29 (5/17) olarak hesaplandı.

Tablo 1. Hastaların bazı demografik ve klinik verileri

Yıl	Cinsiyet	Yaş	Bölüm	Örnek	Tanı	Mortalite (90 gün)
2017-1	E	22	Anes Ybu	Tta	VIP	+
2017-2	E	82	Anes Ybu	Tta	VIP	+
2018-3	E	51	Onkoloji	İdrar	ÜSE	-
2019-4	E	69	Üroloji	İdrar	ÜSE	-
2019-5	E	82	Dah Ybu	Kan	KDE	+
2019-6	K	101	Göğ Hast	Balgam	HKP	-
2021-7	K	70	Anes Ybu	Kan	KDE	-
2021-8	E	71	Üroloji	İdrar	ÜSE	-
2021-9	K	87	Dah Ybu	Kan	KDE	+
2022-10	E	85	Üroloji	İdrar	ÜSE	-
2022-11	E	76	Üroloji	İdrar	ÜSE	-
2022-12	K	44	Onkoloji	Kan	KDE	-
2022-13	E	22	Beyin cer	Tta	VIP	+
2022-14	K	54	Göğ Hast	Bal	HKP	-
2023-15	E	86	Göğ Hast	Bal	HKP	-
2023-16	K	67	Nöroloji	Kan	KDE	-
2023-17	E	71	Dah Ybu	Kan	KDE	-

VIP: ventilatör ilişkili pnmoni, ÜSE: üriner sistem enfeksiyonu, KDE: kan dolaşımı enfeksiyonu, HKP: hastane kaynaklı pnmoni, Anes Ybu: Anesitezi YBÜ, Dah Ybu: Dahiliye YBÜ

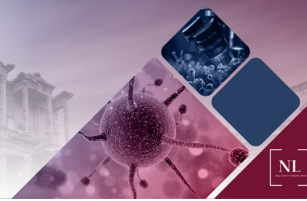


Tablo 2. Chryseobacterium spp. izolatlarının direnç durumu

	Dirençli/Toplam izolat
Piperasilin tazobaktam	14/15
Seftazidim	13/15
Levofloksasin	6/10
Gentamisin	8/10
Amikasin	15/17
İmipenem	14/14
Meropenem	11/14
Trimetoprim sulfametaksazol	3/11

Sonuç: Floramızda nadir görülen, komorbiditesi ve hastane yatışı olan hastalarda görülme riski artan Chryseobacterium türlerinin neden olduğu enfeksiyonlar için karbapenem, kinolon ve aminoglikozit direnci yüksek görülmesi itibari ile bu tür için TMP-SMX duyarlılığı rutin olarak bakılmalı; TMP-SMX tedavi algoritmasında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Chryseobacterium, hastane enfeksiyonu



S28

Son İki Yılda Kan Kültürlerinde Üreyen Candida Suşlarının Dağılımı ve Antifungal Duyarlılıkları

Yeşim Başoğlu¹, Ebrar Güney¹, Saliha Kazcı¹, Gülderen Şaylan¹, Eda Kılıç¹, Esragül Akıncı¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Amaç: Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde, Nöroloji Ortopedi Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde 2022-2023 yılları arasında kan kültüründe üreyen Candida spp. dağılımı ve antifungal duyarlılıklarının incelenmesi amaçlandı. Antifungal duyarlılık testleri tam olarak standardize olmamasına rağmen, etkin ampirik tedavi için çalışmanın fikir vereceği düşünüldü.

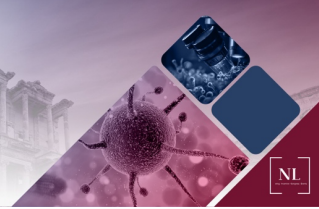
Yöntem: 2022-2023 yıllarında yoğun bakım ünitesinde yatan ve kan kültüründe Candida üreyen hasta verileri hastane bilgi yönetim sisteminden retrospektif olarak tarandı. Sinyal veren kan kültür şişelerinden yapılan pasajda maya üremesi olan tüm örnekler MALDI-TOF MS (BioMérieux, Fransa) ile otomatize olarak tanımlandı. Antifungal duyarlılıkları VITEK 2 Compact tam otomatize sistem (BioMérieux, Fransa) ile çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 121 hastanın 61'i erkek, 60'ı kadın idi. Ortalama yaş 71.6 (19-97) olarak saptandı. 2022'de kan kültüründe üreyen Candida türlerinin 28'i (%45) C.albicans, 34'ü (%55) non-albicans Candida olarak tanımlandı. C. albicans suşlarında sadece bir suşta flukonazol, mikafungin ve kaspofungin direnci mevcuttu. Non-albicans Candida türlerinde ise 8 (%47) C. glabrata suşunda kaspofungin direnci, 2 (%20) C. parapsilosis suşunda flukonazol direnci tespit edildi. Diğer non-albicans Candida izolatlarında çalışılan antifungallere direnç saptanmadı. 2023'te ise kan kültüründe üreyen Candida türlerinin 18'i (%29) C. albicans, 41'i (%71) non-albicans Candida idi. C. albicans suşlarında antifungal direnç saptanmazken, C. parapsilosis suşlarının üçünde (%17) flukonazol, birer tanesinde (%5) vorikonazol ve mikafungin direnci tespit edildi. İki (%16) C. glabrata suşunda kaspofungin direnci mevcuttu. C. tropicalis çalışılan tüm antifungallere duyarlı bulundu. Suşların ikisi C. auris olarak tanımlandı. Flukonazol MİK değeri 256 µg/ml olarak saptanan bu suşlarda en düşük MİK posakonazolde (0.25 ve 0.5 µg/ml) tespit edildi. 2022-2023 yıllarına toplam olarak bakıldığında kan kültüründe üreyen 123 Candida suşunun 46'sının (%37) C.albicans, 77'sinin (%63) non-albicans Candida olduğu; non-albicans Candida spp. arasında ilk sırada C. glabrata (29;%23) ve C. parapsilosis'in (27;%21) yer aldığı görüldü. C.albicans direnç oranı %2 iken, C.parapsilosis'te flukonazol direnci %18, C.glabrata'da kaspofungin direnci %34 tespit edildi. C.glabrata'da mikafungin direnci saptanmazken kaspofungin direnci %34 tespit edildi (Tablo 1 ve 2).

Tablo 1

Candida spp	Flukonazol			Vorikonazol			Mikafungin			Kaspofungin			Amfoterisin B			Flusitozin		
	*D	OD	R	D	OD	R	D	OD	R	D	OD	R	D	OD	R	D	OD	R
C. albicans (n:46)	45	-	1	46	-	-	45	-	1	44	1	1	17	2	-	14	1	-
C. parapsilosis (n:27)	15	7	5	15	11	1	26	-	1	27	-	-	7	-	-	4	-	-
C. glabrata** (n:29)	1	1	-	-	1	-	28	-	-	3	15	10	12	1	-	7	1	-
C. tropicalis (n:15)	13	-	-	14	-	-	14	-	-	14	-	-	2	-	-	-	-	-
C.dubliniensis (n:2)	2	-	-	2	-	-	2	-	-	2	-	-	2	-	-	2	-	-
C.krusei (n:1)	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-

2022-2023 Yılları arasında Kan Kültürlerinde Üreyen Candida Suşlarının Dağılımı ve Antifungal Duyarlılıkları



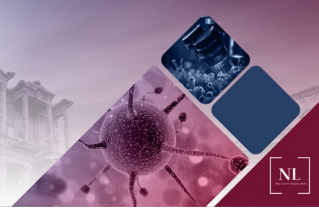
Tablo 2

Candida spp	Flukonazol	Vorikonazol	Mikafungin	Kaspofungin	Amfoterisin B	Flusitozin
	*MİK	MİK	MİK	MİK	MİK	MİK
C. albicans (n:46)	<0.5			<0.12	<0.25	
	1.0	<0.12	<0.06	0.25	0.5	< 1.0
	8		8	8	1.0	
C. parapsilosis (n:27)	<0.5		0.06		< 0.06	
	1.0	0.06	0.12		0.12	
	2.0	<0.12	0.25	0.25	<0.25	
	4.0	0.25	0.5	0.5	0.5	<1.0
	8.0	0.5	1.0	1.0	1.0	64
	16.0	2.0	2.0	2.0	4.0	
	32.0		8.0		16.0	
C. glabrata (n:29)	<0.5	< 0.12	<0.06	0.06	0.25	<0.06
		0.25		< 0.12	0.5	
	16.0	0.5	0.015	0.25	1.0	<1.0
				0.5		
C. tropicalis (n :15)	<0.5	<0.12	<0.06	<0.12	<0.25	<1.0
	1			0.25	0.5	
**C. auris (n : 2)	256	0.5	çalışılmamış	0.5	2.0	çalışılmamış
		2.0	2	8		
C.dubliniensis (n:2)	<0.5	<0.12	<0.06	<0.12	<0.25	<0.1
C.krusei (n:1)	8	<0.12	0.12	0.25	0.5	8.0
C. pelliculosa (n: 1)	2	<0.12	< 0.06	< 0.25	< 0.25	<1.0

2022-2023 Yılları arasında Kan Kültürlerinde Üreyen Candida Suşlarının MİK Değerleri

Sonuç: Yıllar içerisinde non-albicans suş sayısında artış gözlemlendi. 2023 yılında 2022'ye göre C.albicans sayısı azalırken C.parapsilosis sayısında artış olduğu, C.auris gibi dirençli suşların ortaya çıktığı görüldü. Yine, 2022'ye kıyasla 2023 yılında orta duyarlı suş sayısında artış tespit edildi. C. glabrata suşunda mikafunginin kaspofungine göre daha etkili olduğu görüldü. Sonuç olarak, bu çalışma ile kan kültüründe üreyen Candida suşlarının sürveyansının önemli olduğu, yıllar içerisinde tür ve duyarlılıkta değişiklikler olabileceği ortaya konulmuş oldu.

Anahtar Kelimeler: Candida, Antifungal, Direnç



S29

Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğine başvuran Eritrosit Sedimentasyon Hızı 100mm/saat ve Üzerinde Olan Hastaların Analizi

Murat Çam¹, Nurefşan Yılmaz¹, Çınar Öztürk¹, Ali Asan¹, İsmail Necati Hakyemez¹

¹SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bursa

Amaç: Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) birçok hastalığın akut faz yanıtını değerlendirmede ve izleminde sıklıkla kullanılan duyarlılık ve özgüllüğü düşük yardımcı testtir. Bu çalışmada, enfeksiyon hastalıkları kliniğine başvuran ve ESH 100 mm/saat ve üzerinde olan hastaların başvuru tanımlarını ve alt hastalıklarını incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğine 1 Ocak 2018 - 31 Aralık 2023 tarihleri arasında başvuran, ESH 100 mm/saat ve üzeri olan, 18 yaş ve üzeri hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar enfeksiyon hastalıkları ve eşlik eden diğer yandaş hastalıklar açısından dağılımları ve oranları belirlenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 452 hasta dahil edildi. Bunlardan 221 (%48.9)'i erkek, 231 (%51.1)'i kadındı. Ortalama yaş 58.55±12.45 olarak saptandı. Ortalama ESH 112.9 mm/saat (erkeklerde 113.3 mm/saat, kadınlarda 112.5 mm/saat) olarak belirlendi. Hastaların başvuru sırasındaki enfeksiyon hastalıkları arasında ilk üç sırada diyabetik ayak enfeksiyonları, selülit ve üriner sistem enfeksiyonları gelmekte olup mevcut dağılım oranları Tablo 2'de verilmiştir. Yine çalışmamıza dahil edilen hastaların alt hastalıkları olarak en sık diyabetes mellitus, ikinci sıklıkta ise hipertansiyon tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki hastaların demografik yapısı ve alt hastalık dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1

	Hasta Sayısı, n (%)*
Cinsiyet	
Kadın	231 (%51,1)
Erkek	221 (%48,9)
Yaş (yıl)	58.55 ± 12.45
Mevcut alt hastalık tanımları	
Diyabet	222 (49.11)
Hipertansiyon	152 (33.62)
Kronik Böbrek Hastalığı	69 (15.26)
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	11 (2.43)
Koroner Arter Hastalığı	19 (4.2)
Malignite	15 (3.31)
Konjestif Kalp Yetmezliği	11 (2.43)
Serebrovasküler Hastalık	12 (2.65)

Hastaların demografik verileri ve mevcut alt hastalıklarının dağılımı



Tablo 2

Tanı	Hasta Sayısı, n (%)
Diyabetik ayak enfeksiyonu	101 (22.34)
Selülit	82 (18.14)
Üriner sistem enfeksiyonu	78 (17.25)
Pnömoni	39 (8.62)
Apse (Çeşitli lokalizasyonlar)	15 (3.31)
Katater enfeksiyonu	13 (2.87)
Enfeksiyon dışı nedenler (Malignite, romatizmal hastalıklar)	19 (4.2)
Diğer enfeksiyöz nedenler (Endokardit, osteomyelit vb.)	105 (23.23)

Hastaların primer tanılarının dağılımı

Sonuç: Tüm sağlık birimlerinde yapılması kolay olan ESH testinin özellikle Enfeksiyon Hastalıkları varlığında diğer akut faz belirteçleri ile birlikte kullanımının birçok hastalığın tanı ve tedavisine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon, Eritrosit Sedimentasyon Hızı



S30

Üçüncü Basamak Hastanede Bruselloz Tanısında İstenen ELISA Testlerinin Değerlendirilmesi

Emine Gül Özdaş¹, Merve Sefa Sayar¹, Mustafa Özgür Akça¹, Ali Asan¹, İsmail Necati Hakyemez¹

¹SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Bursa

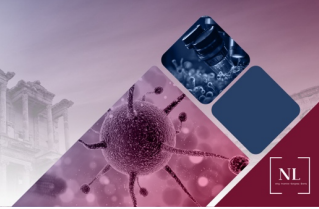
Amaç: Bruselloz, çoklu sistem tutulumu ile seyreden büyük taklitçi olarak bilinen önemli bir zoonotik hastalıktır. Tanıda anamnez, klinik ve laboratuvar testlerin birlikte değerlendirilmesi gereklidir. Serolojik testlerdeki negatif, yalancı pozitif sonuçlar tanıda yetersizliğe ve bunun sonucunda tedavi güçlüğüne neden olmaktadır. Bu çalışmada Brusella ELISA IgG ve/veya IgM pozitif saptanan hastaların diğer Brusella tanı testlerinin, ek hastalıklarının ve tedavilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2023 yılında hastanemiz enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuran ve/veya yatarak takip edilen, Brusella ELISA IgG ve IgM testi pozitif saptanan, 18 yaş üzeri hastaların özellikleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların dosyalarından demografik verileri, ek hastalıkları, Rose Bengal testi (RBT), Standart Tüp Aglutinasyon (STA), Coombs testi (CT) ve tedavileri incelenmiştir. Sadece ELISA pozitif hastalar izole olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: Brusella ELISA IgG ve IgM testi istenen 880 hastanın testlerden en az birisinin pozitif olduğu 109 (%12.4) hasta saptandı. Hastaların 54 (%49.5)'ü erkek, 55 (%50.5)'i kadın idi. Hastaların yaşları 50.13±16.88 idi. Hastaların 27 (%24.8)'sinde Brusella IgM+/IgG+, 56 (%51.3)'sında IgM-/IgG+ ve 26 (%23.9)'sında Brusella IgM+/IgG- saptandı. Brusella IgG+ 83 hastada; RBT %33.3 (25/75), SAT %21.6 (18/83) ve CT %64,5 (31/48) pozitif sonuçlandı. Brusella IgM+/IgG- 26 hastada; RBT %17.6 (3/17), SAT %0 (0/25) ve CT %18 (2/11) pozitif sonuçlandı. Bu hastaların 3'ünde hipotiroidi, 3'ünde diyabetes mellitus, 2'sinde kronik böbrek yetmezliği, 1'inde multipl skleroz, 1'inde Behçet hastalığı, 1'inde epilepsi, 1'inde fibromiyalji, 1'inde tüberküloz lenfadenit ve 1'inde malignite tanısı mevcut iken 12'sinde ek hastalık saptanmadı. Bruselloz için antibiyotik tedavisi Brusella IgM+/IgG+ 19 hasta, IgM-/IgG+ 11 hasta ve IgM+/IgG- 6 hasta olmak üzere toplam 36 hastaya verildi. Tedavi olarak 5'i streptomisin olmak üzere 8 hastada (%22.2) aminoglikozid içeren rejimler uygulanırken diğerlerine doksisisiklin-rifampisin kombinasyonları tercih edildi. Tedavi alan hastaların 15 (%41.7)'inde RBT negatif, 21 (%58.3)'inde SAT negatif ve 6/23 (%26.1) 'ünde CT negatif saptandı. SAT negatif 21 hastanın 17'sinde çalışılan CT 11 vakada pozitif, izole IgM pozitif 8 hastanın 3'üne, izole IgG pozitif 15 hastanın 2'sine anamnez ve klinik dikkate alınarak tedavi verildi.

Sonuç: Çalışmamız RBT ve SAT'a kıyasla CT'nin daha değerli olduğunu göstermektedir. Klasik serolojik testlerin negatifliğinde ELISA testleri ön plana çıkmaktadır. Sadece ELISA IgM ya da IgG pozitifliği yanıltıcı olabileceğinden diğer tanı testleri ile birlikte hasta bazlı olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca, yalancı pozitiflik açısından alt hastalıkların değerlendirilmesi önerilir. Tedavide aminoglikozid içeren rejimlerin daha az tercih edilmesine yönelik sebeplerin gözden geçirilmesinde yarar vardır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, Epidemiyoloji, Serolojik Test



S31

Kliniğimizde Takip Edilen Yurtdışı Kaynaklı Sıtma Olgularının Değerlendirilmesi

Ömer Kaplan¹, Buse Koç¹, Tuba Özgümüş¹, Nagehan Didem Sarı¹

¹SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hatanesi , Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Malarya, Plasmodium cinsi parazitlerin sebep olduğu bir enfeksiyon hastalığıdır. Ülkemizde 2011 yılından itibaren sporadik olgu görülmemesine rağmen seyahatlerle import olgular görülmeye devam etmektedir. Bu çalışmada hastanemizde yatırılarak tedavi edilen sıtma olgularının klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır

Yöntem: Hastanemizde 2012-2023 yılları arasında yatırılarak tedavi edilen 61 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların verilerine hastane veri kayıt sisteminden ulaşıldı. Olguların yaş, cinsiyet, başvuru şikayetleri, yurt dışında bulunduğu ülke, daha önce sıtma tanısı alıp almadığı, profilaktik ilaç kullanma durumu, başvuru esnasındaki ateşli gün sayısı, bulantı, kusma, ishal, sarılık, kas ağrısı gibi ateşe eşlik eden bulgular, hepatomegali, splenomegali gibi fizik muayene bulguları, lökosit, hemoglobin, trombosit, laktat dehidrogenaz, aspartat transaminaz (AST), alanin transaminaz (ALT), total ve direkt bilirubin, üre, kreatinin, c- reaktif protein (CRP) gibi laboratuvar bulguları kaydedildi. Hastaların tümünde Giemsa ile boyanmış, periferik yayma preparatı ışık mikroskopunda değerlendirilmiş, İstanbul sıtma savaş ekiplerince de doğrulanmış ve bazılarında da hızlı tanı testleri uygulanmıştır. İlaçları yine aynı kurumca temin edilmiştir.

Bulgular: Belirtilen süre zarfında toplam 61 olgu tespit edildi. Olgularının %67 P. falciparum, %18 P. vivax ve % 6,55 P. falciparum-P. vivax karma enfeksiyonuydu. Karma enfeksiyonlar çalışma dışı bırakıldı. Olguların 2 tanesi sıtma için profilaksi kullanmıştı .Sıtma tanısı almadan önce geçen ateşli gün ortalama sayısı 4,81 (2-15 alt ve üst sınır). Olguların 35'i yabancı uyruklu, 59'u endemik bölgelere seyahat etmiş olan vatandaşlarımızdı. . En sık karşılaşılan patolojik laboratuvar bulgusu trombositopeni ve lökopeniydi. Tüm hastaların ortak yakınması üşüme ve titreme ile yükselen ateş ve halsizlikti. Bazı hastalarda da kas ağrısı , baş ağrısı , ishal , karın ağrısı , sarılık ve bulantı-kusma vardı. Tanıları kalın damlanın ve periferik yaymanın Giemsa ile boyanmasıyla konuldu. Hızlı antijen testi hastaların (57 / 61) uygulandı. Hastaların hiçbirinin yoğun bakım ihtiyacı olmadı. Uygulanan ilaçlar P. falciparum için artemeter-lumefantrin (Coartem®, 1 tablet =20 mg artemether ve 120 mg lumefantrine, Novartis, Basel, Switzerland), iken P. vivax için primakin + artemeter - lumefantrin'di. Hastalar ortalama 5,7 gün hastanede yatırılarak takip edildi. Tüm hastalar poliklinikten takip edilmek üzere şifa ile taburcu edildi. Hastalara ait belirti ve bulgular tablo-1 de , P. falciparum'a ve P. vivax'a bağlı sıtma tanısı alan olguların laboratuvar özellikleri Tablo - 2 'de gösterilmiştir.

Tablo-1

Belirti-bulgular	<i>P. falciparum</i> (n:41)	<i>P. vivax</i> (n:11)
Yaş(yıl)	35 (ortalama)	28 (ortalama)
Ateşli gün	4,64 (ortalama)	4,72 (ortalama)
Yatış günü	7 (ortalama)	4,81 (ortalama)
Bilinç değişikliği	%12	%9
Hepatomegali	% 17	% 9
Splenomegali	% 29	% 54

Hastalara ait belirti ve bulgular



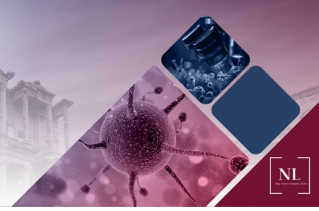
Tablo-2

Laboratuvar değerleri	P. falciparum (n:41)		P. vivax (n:11)	
	Ort. değer	Alt-üst sınır	Ort. değer	Alt-üst sınır
Lökosit (/μL)	5705	1700 - 18870	4887	3100 - 8150
Hemoglobin (gr/dL)	13,3	9,9 - 17,2	11,83	7,8 - 15
Trombosit (/μL)	61097	13000-170000	75727	28000 - 132000
AST (U/Lt)	50,70	19 - 138	62,81	21 - 158
ALT (U/Lt)	52,32	14 - 192	62 , 81	283 - 520
LDH (U/Lt)	410,46	159 - 819	398 ,125	283 - 520
Total bilirubin (mg/dL)	3,09	0,01 - 18 , 42	1,48	0,64
Direkt bilirubin (mg/dL)	1,16	0,01 - 9,7	0,39	0,2 - 0, 68
Kreatinin (mg/dL)	1,14	0,52 - 3,2	0,92	0,71 - 1,2
CRP (mg/dL)	77 ,09	4,3 - 314	29,43	1,19 - 131

P. falciparum'a ve P. vivax'a bağlı sıtma tanısı alan olguların laboratuvar özellikleri

Sonuç: Sıtma endemik bölgeye seyahat edecek kişilere seyahat öncesinde bilgi verilerek bu kişilerin kemoproflaksi almaları sağlanmadır. İmport olgularda mortalitesi yüksek olabilen P. falciparum ilk planda düşünülmesine rağmen tedavisi nüks açısından farklı olan P. vivax'da göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Malarya, seyahat ilişkili enfeksiyonlar



S32

Kliniğimizde Sıtma Tanısı ile İzlenen Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Banu Çiçek Aktaş¹, Özlem Gül¹, Serenay Aytan¹, Ceren Atasoy Tahtasakal¹, Nazife Duygu Demirbaş¹, Okan Derin¹, Dilek Yıldız Sevgi¹, İlyas Dökmetaş¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

Amaç: Sıtma, Plasmodium cinsi parazitlerin eritrositleri enfekte etmesiyle gelişen, dişi Anofel türü sivrisineklerin vektör olarak rol aldığı bir enfeksiyon hastalığıdır. Vakaların yüzde 95'inden fazlası Afrika bölgesinde görülmektedir. Ülkemizde ise 2010'dan beri yerli sıtma vakası bildirilmemiş olup import vakalar bildirilmeye devam etmektedir. Anofel türü sivrisineklerin ülkemizde bulunması, düzensiz göçmenler, iklim değişikliği nedeniyle ortalama hava sıcaklıklarında gözlenen artışlar, sıtmanın endemik olduğu ülkelere seyahat sayısının artması gibi nedenlere bağlı olarak sıtma ülkemiz için önemini korumaya devam etmektedir. Çalışmamızda kliniğimizde sıtma tanısı ile izlenen hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2016- Ocak 2024 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde sıtma tanısı ile izlenen 18 yaş üzeri 24 hastanın epidemiyolojik özellikleri, klinik ve laboratuvar bulguları, tanı, tedavi ve prognozları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Tanı, hastalardan alınan ince yayma ve kalın damla preparatlarının incelenmesi ve ışık mikroskopunda parazitlerin görülmesi ile konulmuştur, sonuçlar Halk Sağlığı Sıtma Laboratuvarı tarafından doğrulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 24 hastanın 22'si erkekti, yaş ortalaması 38.2 (18-61 yaş) idi. Olguların 8'i ilkbahar ve yaz mevsiminde, 16'sı sonbahar ve kış mevsiminde başvurdu. Hasta yoğunluğunda 2017, 2019 ve 2023 yıllarında artış olduğu tespit edildi. (Grafik 1) Ortalama yatış süresi 5.5 gün idi. Olguların tümünde yurt dışı seyahat öyküsü vardı ancak hiçbirine kemoproflaksi uygulanmamıştı. Hastaların hepsinde ateş yakınması mevcuttu ve fizik muayenede de hastaların tümünde ateş saptandı. On dokuz hastada cilt ve sklerada ikter, altı hastada splenomegali saptandı. Sık saptanan diğer fizik muayene bulguları ve laboratuvar sonuçları tablo 1'de özetlenmiştir. Yirmi iki hasta P. falciparum, bir hasta P. falciparum ve P. vivax mixt enfeksiyon, bir hasta P. vivax tanısı aldı. P. falciparum tanısı olan dört hasta ciddi sıtma kliniği ile izlendi. İki hastaya rekrüdesans sebebiyle tekrar tedavi verildi. P. vivax nedeni ile izlenen bir hastanın eşlik eden gebelik durumu vardı, gebelik izleminde komplikasyon görülmedi. Hastaların ilaçları Sıtma Savaş Birimi'nden temin edildi. Hastaların 23'ünde kür sağlandı, bir hasta ölüm ile sonuçlandı.

Grafik 1:Olguların yıllara göre dağılımı





Tablo 1. Olguların klinik ve laboratuvar özellikleri

Klinik/Laboratuvar özellikler	%
Ateş	%100
Trombositopeni	%95
Karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme	%91
Anemi	%79
İkter	%79
Kreatinin yüksekliği	%41
Splenomegali	%25
Bilinçte bozulma	%16
Hipoglisemi	%16
Koagülopati	%16
Asidoz	%12
Pulmoner ödem	%4

Sonuç: Sonuç olarak; ülkemizde yerli vaka görülmesine de yurt dışı kaynaklı sıtma vakaları görülmeye devam etmektedir. Yayınlarda Covid 19 döneminde sıtma vakalarında artış belirtilmekle beraber çalışmamızda Covid 19 pandemisinin ülkemizde etkisini gösterdiği dönemde vaka sayılarında azalma olduğu tespit edilmiştir. Sıtmanın endemik olduğu bölgelere seyahat öyküsü olan ve ateş yakınması ile başvuran hastalarda sıtma tanısı mutlaka dışlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: falciparum, sıtma, vivax, plasmodium



S33

Toplum ve Hastane Kaynaklı Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonlarında Etken Dağılımının Değerlendirilmesi

Fatma Nazife Alkış Altun¹, Merve Sefa Sayar¹, Ali Asan¹, İsmail Necati Hakyemez¹

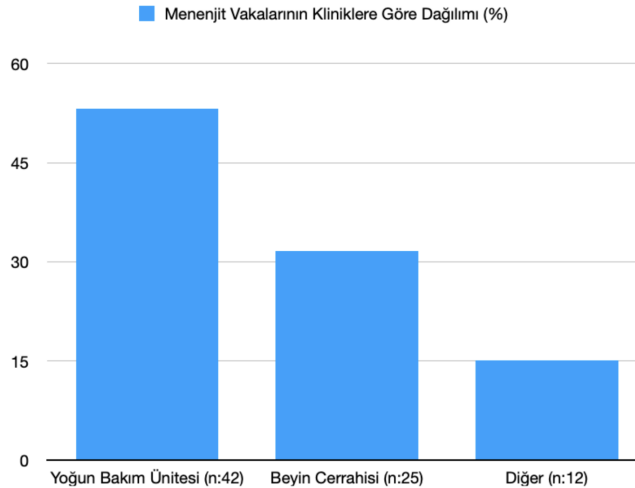
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

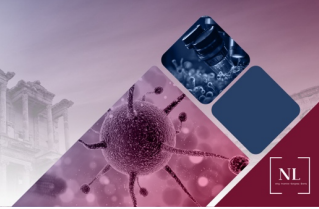
Amaç: Merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonları akut menenjitler, kronik menenjitler, subdural ampiyem, beyin abseleri gibi çok farklı klinik formlarda görülebilmektedir. Toplum kaynaklı MSS enfeksiyonlarında diabetes mellitus, malignite, 65 yaş üzeri olma gibi risk faktörleri bulunurken; nozokomiyal MSS enfeksiyonları travma ve invaziv beyin cerrahi girişimlerine sekonder gelişmektedir. MSS enfeksiyonlarında gram pozitif ve gram negatif bakteriler değişen sıklıklarda görülmektedir. Bu sebeple MSS enfeksiyonlarında etken dağılımının bilinmesi tedaviyi planlamada klinisyenlere yardımcı olmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde menenjit tanısı ile takip ve tedavi edilen hastaların beyin omurilik sıvısı (BOS) kültürlerinden izole edilen etken mikroorganizmaların dağılımını belirleyerek surveyans verilerine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 2018–2023 yılları içinde MSS enfeksiyonu tanısı alan erişkin hastalar dahil edildi. Hasta bilgileri ve kültür sonuçları enfeksiyon kontrol komitesi ve surveyans birimi kayıtlarından elde edildi. Nozokomiyal MSS enfeksiyonu tanısı, enfeksiyon kontrol hekimleri tarafından Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Surveyans Rehberi kriterlerine göre konuldu. BOS örneklerinde saptanan etken mikroorganizmalar kaydedildi. Bakteri üremesi olan BOS örneklerinin; numunenin gönderildiği servis, hastanın yaşı, cinsiyeti ve cerrahi girişim durumu kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak MSS enfeksiyonu şüphesi olan ve lomber ponksiyon ile elde edilen 153 BOS örneği sonucu dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 56,4 (min:21 max:86) saptandı. 74 BOS örneğindeki üreme sonucu kontaminasyon yada aynı hastadaki üremenin devamı olduğu için çalışma dışı bırakıldı. BOS üremelerinin %59.4 (n:47)'ünün gram pozitif bakteri, %35.4 (n:28)'ünün gram negatif bakteri ve %5.06 (n:4)'ünün mantar üremesi olduğu görüldü. Üremelerin %15.1 (n:12)'i toplum kaynaklı ve %84.4 (n:67)'ü hastane kaynaklı idi. Toplum kaynaklılarda en sık etken mikroorganizma Streptococcus pneumoniae (%7.6, n:6) iken hastane kaynaklı üremelerde en sık etken mikroorganizmanın metisilin dirençli koagülaz negatif stafilokok (%31.3, n:21) olduğu görüldü. Mikroorganizma dağılımı Tablo-1'de yer almaktadır. Kültür örneklemelerinin %53.1 (n:47)'inin yoğun bakım ünitesinden, %31.6 (n:25)'isinin beyin cerrahisi servisinde gönderildiği görüldü. Servis dağılımı grafik 1'dedir. Hastane kökenli MSS enfeksiyonlarının %70.8 (n:56)'inde eksternal ventriküler drenaj kateteri ve %6.3 (n:5)'ünde şant mevcut olduğu görüldü. Tablo-2'de hastane kaynaklı ve toplum kaynaklı MSS enfeksiyonlarının genel özellikleri belirtilmiştir.

Menenjit Vakalarının Kliniklere Göre Dağılımı (%)





Tablo 1-Toplum ve Hastane Kaynaklı MSS Enfeksiyonlarındaki Etken Mikroorganizmaların Dağılımı

	Etken Mikroorganizma	N	%
Toplum kaynaklı	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	6	50
	<i>Streptococcus mitis</i>	2	16.6
	Metisilin Duyarlı Koagülaz Negatif Stafilokok	2	16.6
	Metisilin Duyarlı <i>Stafilococcus aureus</i>	1	8,3
	Metisilin Dirençli Koagülaz Negatif Stafilokok	1	8,3
Toplam		12	100
Hastane kaynaklı	Metisilin Dirençli Koagülaz Negatif Stafilokok	21	31.3
	<i>Acinetobacter baumannii</i>	14	20.8
	<i>Enterococcus</i> spp.	8	11.9
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	7	10.4
	<i>Candida</i> spp.	4	5.9
	<i>Escherichia coli</i>	4	5.9
	Metisilin Duyarlı <i>Stafilococcus aureus</i>	2	2.9
	<i>Cocuria</i>	2	2.9
	<i>Pseudomonas</i> spp	2	2.9
	<i>Corynebacterium</i> spp	1	1.5
	<i>Cedecea</i>	1	1.5
	Metisilin Duyarlı Koagülaz Negatif Stafilokok	1	1.5
Toplam		67	100

Tablo 2-Toplum ve Hastane Kaynaklı MSS Enfeksiyonlarındaki Etken Mikroorganizmaların Dağılımı

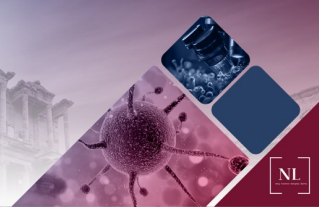
	Özellikler		n(%)
Toplum Kaynaklı	Yaş (Ortalama)		55,6
	Cinsiyet	Kadın	6(50)
		Erkek	6(50)
	Tedavi Durumu		12(100)
	Şant Varlığı		1(8,3)
Hastane Kaynaklı	Yaş (Ortalama)		56,5



	Cinsiyet	Kadın	28(41,7)
		Erkek	39(58,2)
	Tedavi Durumu		66(98,5)
	EVD Varlığı		56(70,8)
	Şant Varlığı		5(6,3)

Sonuç: Toplum ve hastane kaynaklı MSS enfeksiyonları ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan enfeksiyon tablolarıdır. Toplum kaynaklı MSS enfeksiyonlarındaki etken dağılımı ile hastane kaynaklı MSS enfeksiyonlarının etken dağılımı farklılıklar göstermektedir. MSS enfeksiyonlarındaki etken dağılımının bilinmesi klinisyenlerin tedavi kararlarını olumlu etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: bakteriyel menenjit, BOS, nozokomiyal, santral sinir sistemi enfeksiyonu



S34

Kuduz Şüpheli Temas Profilaksisi: Rehber Ne Kadar Uyuyoruz?

Ayşe DENİZ YÜKSEL¹, Doğuhan ÇELİK¹, Demet ATMACA¹, Aziz Ahmad HAMİDİ¹, Ercan YENİLMEZ¹

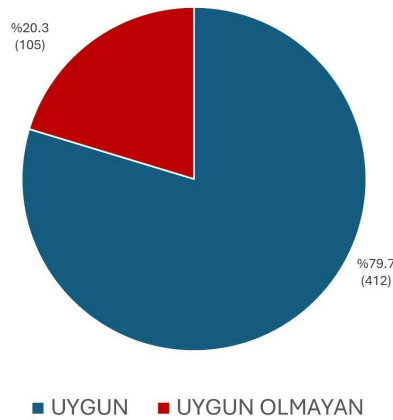
¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Kuduz hastalığı mortalite oranı yüksek bir hastalıktır. Halen endemik bir bölge olan ülkemizde yılda yaklaşık 250.000 Kuduz Riskli Temas (KRT) bildirimi yapılmaktadır. Bu çalışmada, hastanemiz acil servis ve kuduz aşı birimine başvuran KRT olgularının epidemiyolojisinin ve maruziyet sonrası yapılan profilaksi uygulamalarının Sağlık Bakanlığı Kuduz Saha Rehberi'ne uygunluğunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır

Yöntem: 01.10.2023 ile 31.12.2023 tarihleri arasında, hastanemiz acil servis ve kuduz aşı birimine başvuran KRT olguları; 517 adet kuduz riskli temas vaka inceleme formu ile hastane bilgi sisteminden doktor gözlem notları değerlendirilerek retrospektif olarak incelenmiştir. Elde edilen verilerle; kişilerin sosyodemografik özellikleri, temas eden hayvanın özellikleri, rehber göre risk kategorisi ve temas sonrası profilaksi uygulamalarının rehber uygunluğu incelendi.

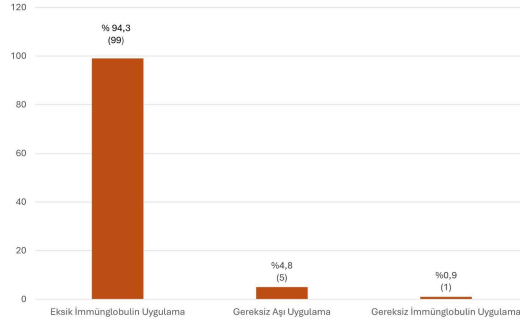
Bulgular: Hastanemize başvuran 517 KRT olgusunun 239'u (%46.2) erkek, 278'i (%53.7) kadındı. Olguların 516 (%99.81) tanesi temas sonrası, 1(%0.19) tanesi temas öncesi profilaksiydi. Temaslıların 432'si (%83.5) ilk başvuru, 85'i (%16.4) devam dozu için başvurmuştu. Olguların 104'ü (%20.1) hastanemiz acil servisine, 413'ü (%79.9) aşı polikliniğine başvurmuştu. KRT olgularında temasların 400'ü (%77.6) kedi, 114'ü (%22) köpek, 1'i (%0.1) yabani hayvan ile olmuş ve 1(%0.1) olguda ise insan tırnağı ile temas tespit edilmişti. Sadece 21(%4) olguda temas eden hayvan sahipli iken, 493'ü (%95.9) sahipsiz sokak hayvanı ve 1'i (%0.1) ise yabani hayvandı. Temastan sorumlu hayvanların 348'inde (%67.8) hayvanların ölmesi yada kaçması nedeni ile takibi yapılamamış ve sadece 3 (%0.5) temasta hayvan aşıları saptanmıştır. Kuduz profilaksi rehberine göre; kategori-1'de 1 olgu (%0.19), kategori-2'de 189 olgu (%36.7), kategori-3'te 324 olgu (%63) tespit edilmiştir. İncelemede 28 (%5.6) olgunun belirlediğimiz aşılama takvimine uymadığı, 51 (%10.3) olgunun ise devam dozları için başvurmadığı görülmüş; 413 (%83.9) olguda aşılama takvimine ve planlanan aşı doz sayısına tam uyum sağlandığı görüldü. Başvuran olguların 493'üne (%95.3) kuduz aşısı, 24'üne (%4.6) kuduz aşısı ve immunglobulin (Ig) birlikte uygulandı. Yapılan incelemede profilaksi uygulamalarının %79.7'si (412) Sağlık Bakanlığı Kuduz Saha Rehberi'ne uygun olarak değerlendirildi. Temas sonrası ilk başvurusu aşı polikliniğine olan olguların rehber uygunluk oranı %83.3 (344) iken; acil servise başvuranlarda bu oran %65.4 bulundu. 99 olguda (%19.1)eksik Ig, 5 olguda (%0.96) gereksiz aşı ve 1 olguda (%0.19) gereksiz Ig uygulaması olmak üzere tüm başvuruların %20.3'ünün (105) rehber uygun olmadığı değerlendirildi

Kuduz Rehberine Uygunluk Oranı



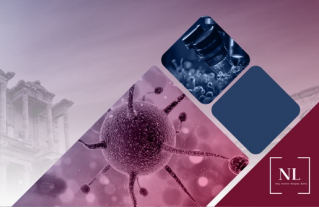


Uygunsuz Profilaksi Uygulamalarının Dağılımı



Sonuç: Ülkemizde kuduz riskli temas önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmekte iken profilaksi uygulamalarında eksiklikler olduğu görülmektedir. Kuduz hastalığının mortalite oranı ve tedavide yetersizlik nedeni ile önlenmesi büyük önem taşıdığından, acil servis ve kuduz aşı birimlerine hizmet içi eğitimlerin planlanmasına önem verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: KUDUZ, AŞILAMA, PROFİLAKSİ



S35

Acil Servise Kuduz Riskli Temas ile Başvuran Vakalarının Değerlendirilmesi

Ezgi Gizem Şibar¹, Sabahat Çeken¹, Semanur Kuzi¹, Nilgün Altın¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

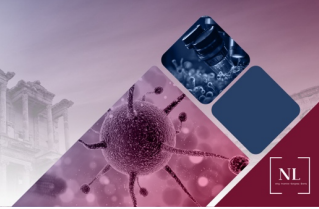
Amaç: Kuduz insanlık tarihinin en eski hastalıklarından biridir. İnsan ve memeli hayvanların çoğunda ensefalit tablosu meydana getiren viral, zoonotik bir hastalıktır. Etkeni ve patogenezi yaklaşık yüz yıl önce belirlenmiş olmasına rağmen kuduz, bugün için hala öldürücü bir hastalıktır. Kuduz, ölümcül, kötü prognozlu bir hastalık olsa da korunma yaklaşımları hayat kurtarıcıdır. Kuduz riski olan hayvanlarla sık temas eden kişilere temas öncesi profilaksi, kuduz riskli teması olan herkese temas sonrası profilaksi uygulanmalıdır. Erken ve önerilere göre uygulanan temas sonrası profilaksi % 100 etkindir. Biz çalışmamızda kuduz riskli temas ile acil servise başvuran hastaların demografik özelliklerini ve yapılan profilaksiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza Temmuz 2023 – Aralık 2023 tarihleri arasında Etlik Şehir Hastanesi Acil Servise kuduz riskli temas ile başvuran 18 yaş üstü hastalar dahil edildi. Hastanemiz veri tabanı üzerinden ve surveyans verilerinden Uluslararası Hastalık Sınıflama (ICD) tanı kodu Z24.2 olan hastalara ait veriler retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmamızda hastaların 745'i (%56.4) 18-30 yaş grubunda, 295'i(%22.3) 30-44 yaş grubunda, 210'u (%15.9) 45-65 yaş grubunda, 90'ı (%6.9) 65 yaş ve üzeriydi. Hastaların 662'si (%49.2) erkek, 668'i (%50.7) kadındı. Hastaların 880'inin (%66.6) kedi teması vardı. 437'sinin (%33.3) köpek teması, 1 (%0.01) hastanın yabani hayvan ile ve 2(%0.02) hastanın da diğer hayvanlar ile teması vardı. Hayvanların 193'ü (%14.7) sahipli, 1127'si (85.3) sahipsizdi. Hayvanların sadece 49'u (%3.7) aşıydı. 1271'i (96.3) aşısız/ bilinmiyordu. Hastaların temas durumları incelendiğinde; 114 (%8.6) hastanın deri altına geçmeyen, derinin hafifçe sıyrılması şeklinde, 55'inin (%4.1) kanama olmayan küçük tırmalamalar, 65'inin (%4.9) sinir uçlarının yoğun olduğu bölgelerden yaralanma, 14'ünün (%1.2) mukozaların ve açık cilt yaralarının hayvan salgısı ile teması, 1072'sinin (%81.2) deriyi zedeleyen ısırma ve tırmalamalar şeklinde yaralanmaları mevcuttu. Hastaların 1149'unun (%87) temas sonrası aynı gün hastaneye başvurduğu, 135'inin (%10.2) 1-3.gün aralığında, 36'sının (%2.8) temas sonrası 3. günden sonra hastaneye başvurduğu görüldü. (Tablo- 1) Kuduz riskli temas sonrası hastaneye başvuran hastaların 1262'sine (95.7) 4 doz, 42'sine (%3.1) 2 doz kuduz aşısı yapıldı. Hastaların 16'sına (%1.2) kuduz aşısı gerekli görülmedi. 327 (%24.7) hastaya kuduz aşısıyla beraber kuduz immunglobulin de yapıldı. 1183 (%89.6) hastaya tetanoz aşısı gerekli görüldü. (Tablo- 2)

Tablo 1

Tablo- 1		n	%
Yaş grupları	18-30	745	56.4
	30-44	295	22.3
	44-65	210	15.9
	>65	90	6.9
Cinsiyet	Erkek	652	49.3
	Kadın	668	50.7
Hayvan Türü	Kedi	880	66.6
	Köpek	437	33.3
	Yabani Hayvan	1	0.01
	Diğer	2	0.01
Hayvan	Aşıllı	49	3.7
	Aşısız/Bilinmiyor	1271	96.3
Hayvan	Sahipli	193	14.7
	Sahipsiz	1127	85.3



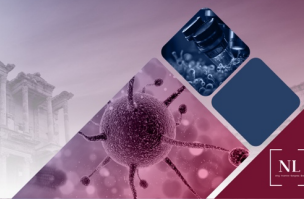
Temas	*Çıplak derinin hafifçe sıyrılması (deri altına geçmeyen)	114	8.6
	*Kanama olmayan küçük tırmalamalar	55	4.1
	*Kafa, boyun ve parmak ucu gibi sinir uçlarının yoğun olduğu bölgelerden yaralanma	65	4.9
	*Mukozların ve açık cilt yaralarının hayvan salgısı ile teması	14	1.2
	*Deriyi zedeleyen ısırma ve tırmalamalar	1072	81.2
Temas sonrası başvuru zamanı	İlk gün	1149	87.0
	1-3. gün	135	10.2
	3. günden sonra	36	2.8

Tablo 2

Tablo- 2		n	%
Uygulanan kuduz aşısı dozu	Uygulanmadı	16	1.2
	2 doz	42	3.1
	4 doz	1262	95.7
Kuduz immunglobulin uygulanması	Evet	327	24.7
	Hayır	993	75.3
Tetanoz profilaksisi	Evet	1183	89.6
	Hayır	137	10.4

Sonuç: Kuduz riskli temas halen ülkemiz için ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Özellikle sahipsiz hayvanlarla olan temasın fazlalığı, ülkemizde sahipsiz hayvan sorununun büyüklüğünü yansıtmaktadır. Kuduz eliminasyonu için daha fazla kuduz aşılama çalışması yapılmalı, aşılama için daha fazla farkındalık oluşturulmalıdır. Temas sonrası en erken dönemde uygun kuduz profilaksisi başlanması için hayati önem arz ettiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: kuduz, aşı, profilaksi



S36

SON BİR YILDA ENFEKSİYON HASTALIKLARI SERVİSİNDE YATAN VE KÜLTÜRDE
ÜREMESİ OLAN ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Pelin Beyza Ünal¹, Dilek Bulut¹, Aslı Haykır Solay¹, Nesibe Korkmaz¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Etilik Şehir Hastanesi

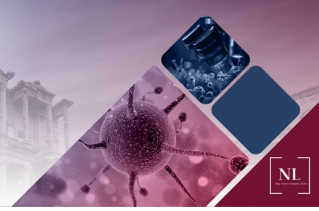
Amaç: Üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) toplumda görülen en sık bakteriyel enfeksiyon nedeni olarak kabul edilmektedir. Ayrıca enfeksiyon kaynaklı hastaneye yatışların da önde gelen nedenlerindendir. Bu çalışmada enfeksiyon kliniğinde takip edilen ÜSE tanılı hastaların demografik veri, klinik özellikler, etken dağılımı ve tedavi özellikleri açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır

Yöntem: 01.01.2023-01.01.2024 tarihleri arasında Ankara Etilik Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğine ÜSE tanısı ile yatışı olan ve idrar kültüründe üremesi olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik verileri, tedavi ve etken dağılımı ile ilgili bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Kriterleri sağlayan toplam 154 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 69,4±16,3'tü. Hastaların 68'i kadın (%44.2) kadın, 86 'sı (%55.8) erkekti. En sık görülen komorbiditelerden hipertansiyon 76 (%49,4) hastada, diabetes mellitus 74 (%48.1) hastada mevcuttu. Üriner sistem enfeksiyonunu komplike eden faktörlerden son üç ayda üriner sisteme girişim öyküsü 39 (%25,3) hastada mevcut olup en sık görülen nedendi. Diğer nedenler arasından üriner stent- katater öyküsü 24 (%15,6), benign prostat hiperplazisi (BPH) 18 (%11,7), üriner taş 5 (%3,2) hastada komplike edici faktör olarak saptandı (Tablo-1).Hastalardan 66 'sı (%42,9) toplum kaynaklı piyelonefrit, 88'i (%57,1) sağlık bakım ilişkili piyelonefrit olarak değerlendirildi. Başvuru anında en sık görülen üriner semptom dizüri olup 92 (%59,7) hastada mevcuttu. İdrar kültüründe birinci sıradaki etken E.coli 'idi ve 80 (%52) hastada izole edildi. İkinci sırada Klebsiella Spp. etken olarak üretildi ve 44 (%28,5) hastada mevcuttu. Antibiyoterapilerden en sık başlanan rejim 3. kuşak sefalosporinler olup 53(%34,4) hastaya verildi. Ortalama tedavi süresi 8,5±3,1 gün, ortalama yatış süresi 8,9±4,2 gün olarak hesaplandı (Tablo-2)

Tablo 1- Hastaların Demografik Özellikleri

Değişkenler	n(%)
Yaş (ortalama±std)	69,4±16,3
Cinsiyet	
Kadın	68 (%44,2)
Erkek	86 (%55,8)
Komorbidite	
Hipertansiyon	76 (%49,4)
Diabetes Mellitus	74 (%48,1)
Serebrovasküler Olay	23 (%14,9)
Kronik Böbrek Hastalığı	23 (%14,9)
Diğer Ek Hastalık (malig, parki, alzh vs.)	21 (%13,6)
Komplike Edici Faktörler	
Üriner Girişim Öyküsü (son 3 ayda)	39 (%25,3)
Üriner Stent, Kateter Öyküsü	24 (%15,6)



Benign Prostat Hiperplazisi	18 (%11,7)
Üriner Taş	5 (%3,2)

Tablo 2- Klinik, Tedavi ve Etken Dağılımı ile İlgili Değişkenler

Değişkenler	n(%)
Piyelonefrit Türü	
Toplum Kaynaklı	66 (%42,9)
Sağlık Bakım ilişkili	88 (%57,1)
Başvuru Anında Üriner Semptom	
Dizüri	92 (%59,7)
Pollaküri	85 (%55,2)
İdrar Kaçırma	51 (%33,1)
Hematüri	16 (%10,4)
Etken Dağılımı	
<i>E. coli</i>	80 (%52)
<i>Klebsiella Spp.</i>	44 (%28,5)
<i>Enterococcus Spp.</i>	10 (%6,5)
<i>Pseudomonas Spp.</i>	6 (%3,9)
<i>Acinetobacter Spp.</i>	5 (%3,3)
Diğer	9(%5,8)
Verilen Tedavi	
3. kuşak sefalosporin	53 (%34,4)
Piperasilin tazobaktam	49 (%31,8)
karbapenem	25 (%16,2)
Beta laktam/Beta laktamaz inhibitörü	9 (%5,9)
Florokinolon	7 (%4,6)
diğer	11(%7,1)
Tedavi Süresi (ortalama±std)	8,5±3,1
Yatış Süresi (ortalama±std)	8,9±4,2

Sonuç: İdrar yolu enfeksiyonlarında yatış verilen hastaların çoğu sağlık bakımı ilişkilidir. Bu nedenle idrar kültürü pozitifliği olan vakalarda üretilen etkenlerde bazı mikroorganizmalar ön plana çıkmakta olup; antibiyotik direnci gelişimi olmadığı takdirde bu hastaların tedavilerine yönelik ajan seçimi ve tedavi süresini belirlemek zor



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

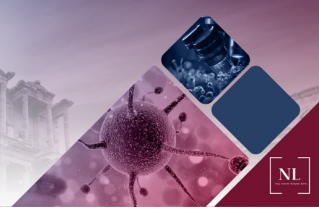
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



olmayacaktır. Hastaların yatış anında alınan idrar kültürü tedavi planı ve hasta yönetimi açısından oldukça önem taşımaktadır. ÜSE ister toplum kaynaklı ister sağlık bakım ilişkili olsun, önemli tıbbi ve mali sonuçlara yol açmaktadır. Bu nedenle ÜSE için başarıyı en üst düzeye çıkarırken antimikrobiyal direnç gelişme riskini en aza indiren ajanlarla uygun tedavinin sağlanmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu da çok merkez ve hasta ile yapılmış demografik ve klinik verilerin analiz edildiği çalışmalarla mümkündür.

Anahtar Kelimeler: pyelonefrit, kültür, üriner sistem enfeksiyonu



S37

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Son Bir Yılda Üriner Sistem Enfeksiyonu Tanısıyla Yatan Hastaların İrdelenmesi

Arife Mavi¹, Aziz Ahmad Hamidi¹, Ercan Yılmaz¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Üriner sistem enfeksiyonları (ÜSİ) hastaneye yatışların önde gelen nedenlerindendir. Gelişmiş ülkelerde hastaneye yatışların %15.5'i ÜSİ nedeni ile olmaktadır. Bu çalışmada, servisimizde yatarak tedavi edilen ÜSİ tanısı olan hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerinin irdelenmesi amaçlandı

Yöntem: Ağustos 2022 ile Temmuz 2023 tarihleri arasında enfeksiyon hastalıkları servisinde ÜSİ tanısıyla serviste yatarak tedavi edilen hastaları geriye dönük olarak inceledik. >18 yaş kadın ve erkek hastalar çalışmaya alındı. Olguların yaş, cinsiyet, geliş şikayetleri, son 3 ay içinde hastanede yatış durumu, son 10 gün içinde antibiyotik kullanımı, hastanede yatış süresi, laboratuvar bulguları, eşlik eden hastalıklar ve idrar kültüründe üreyen mikroorganizmalar hasta kayıt sisteminden taranarak kaydedildi.

Bulgular: Bir yıl boyunca serviste yatarak tedavi gören 110 ÜSİ hastası çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalaması 69±16 olarak saptanan hastaların 59(%64)'u kadın 51(%46)'i erkek idi. En sık saptanan semptomun ateş, en fazla eşlik eden hastalığın da kardiyovasküler hastalıklar (%56) ve diyabetes melitus (%46) olduğu görüldü. Hastaların demografik ve klinik özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir. Etken mikroorganizmalara bakıldığında; en çok üreyen mikroorganizma E.coli (%30) olurken hastaların %40'ında üreme olmadı. Üreyen E.coli'lerin 14(%42)'ünde ESBL üretimi vardı (Tablo 2). Hastaların laboratuvar değerlerine bakıldığında ortalama prokalsitonin değerinin 4,17 ± 11 saptandı. Ayrıca ortalama tedavi süresi 9 ± 4 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Tedavi sonrası 104 (%95) hasta şifa ile taburcu olurken 4 (%3,6) hasta yoğun bakıma sevk olmuştur. Yoğun bakıma sevk edilen 4 hasta vefat etti. Ayrıca 2 (%1,8) hasta başka servise(ortopedi ve üroloji) nakil oldu.

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri			
Özellikler(n=110)		Sayı(n)	Yüzde (%)
Yaş (Ortalama±SS)		69±16	
Cinsiyet	Erkek	51	46
	Kadın	59	64
Semptomlar	Ateş	51	46
	Dizüri	49	44
	Biliş bulanıklığı	12	10
Fizik muayene	Yan ağrısı	19	17
	KVAH	19	17
	Suprapubik hassasiyet	18	16
	Hipotansiyon	13	12
Öykü	Son 3 ayda hastane yatışı	26	23
	Son 10 gün içinde antibiyotik kullanımı	38	34
Eşlik eden hastalık	Ürolitiazis	12	11
	Üriner sistem malignitesi	6	5
	Nefrostomi	4	3,6
	Kardiyovasküler hastalık	62	56
	DM	46	42
	Serebrovasküler hastalık	15	14
	Nörojen mesane	2	1,8
	Kalıcı üriner kataterizasyon	17	15
	Aralıklı üriner kataterizasyon	2	1,8
	Malignite	8	7
Laboratuvar	Piyüri	85	77
	TİT'de nitrit pozitifliği	30	27
Bakteriyemi		2	1,8
Şifa ile taburcu		104	95
Exitus		4	3,6



Tablo 2. Üropatojenlerin dağılımı

Tablo 2. Üropatojenlerin dağılımı

Etkenler (n=110)	Sayı	Yüzde (%)
E. coli	33	30
- ESBL varlığı	14	42
Klebsiella pneumoniae	9	8
-ESBL	2	22
-Karbapenem direnci	2	22
Enterococcus spp.	4	3,6
-Penisilin direnci	1	25
Enterobacter spp.	2	1,8
- ESBL	2	100
Proteus mirabilis	1	0,9
- ESBL	0	0
Pseudomonas aeruginosa	4	3,6
-Karbapenem direnci	1	25
Providencia stuarti	1	0,9
Kontaminasyon	11	10
Üreme olmadı	44	40

Tablo 3. Hastaların laboratuvar özellikleri

Laboratuvar	Ortalama $\pm$ Standart Sapma
Lökosit	13151 $\pm$ 6794
Nötrofil	10830 $\pm$ 6397
Trombosit	267110 $\pm$ 106912
Hemoglobin	11,51 $\pm$ 1,98
CRP	132 $\pm$ 104
Prokalsitonin	4,17 $\pm$ 11
Tedavi süresi	9,21 $\pm$ 4,42

Sonuç: ÜSİ tanısı olduğu halde hastaların %23'ünde piyüri saptanmadığı ve %40'ında idrar kültüründe üreme olmadığı dikkati çekmektedir. Bu açıdan bakıldığında, idrar tahlili ve idrar kültürü gibi laboratuvar bulguların tek başına tanısallık değerinin düşük olduğu görülmektedir. Bu nedenle ÜSİ olan hastalarda, klinik bulgularının önemini vurgulamaktayız. Hastaların yaş ortalaması, prokalsitonin ve CRP ortalama değerinin yüksek olması hastaların klinik olarak şiddetli tabloda olduğuna işaret etmektedir. Buna karşın hastaların %95'i şifa ile taburcu olmuştur. Bu çalışmanın sonuçları, şiddetli ÜSİ olan hastaların hastanede yatırarak uygun antibiyotik tedavisi ile yüz güldürücü sonuçların edinilebileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Üriner sistem enfeksiyonu



S38

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2.Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Etken Dağılımı ve Antibiyotik Direnç Oranlarının Değerlendirilmesi

Esmâ Öksüz¹, Ayşe İnci¹, Esra Doğan Çetin¹, Sinem Akkaya Işık¹, Burak Sarıkaya¹, Derya Özyiğitoğlu¹, Ayça Aydın¹, Ayser Mızraklı², Birol Balçın¹, Deniz Kakalıçoğlu¹, Elif Sofuoğlu¹, Hakan Sakin¹, Elif Dilan Dağ¹, Sena Buse Beydilli¹, İdris Çağrı Kaygısız¹, İrem Demiralp¹, Duygu Özakınse¹, Levent Görenek¹

¹SBÜ Sultan 2.Abdülhamid Han EAH, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul

²SBÜ Sultan 2.Abdülhamid Han EAH, Tıbbi Mikrobiyoloji AD, İstanbul

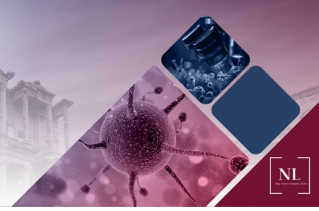
Amaç: Üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE) günlük klinik pratiğimizde en çok karşımıza çıkan enfeksiyon hastalıklarındandır. ÜSE en sık kadınlarda görülmekle beraber %95'inden fazlası monobakteriyeldir. ÜSE'dan en sık gram negatif bakteriler sorumludur. En sık izole edilen etken Escherichia coli'dir (1). ÜSE tedavisine genellikle ampirik olarak başlanmaktadır. Ancak uygun olmayan antibiyotiklerin kullanımına bağlı olarak gelişen direnç problemi, ampirik tedavide sorunlara yol açmaktadır (2). Bu çalışmadaki amacımız sıklıkla ÜSE'da ampirik antibiyoterapi kullanımı gerekmesi nedeniyle etken dağılımını ve direnç oranını saptamaktır.

Yöntem: 01 Ocak 2023- 31 Aralık 2023 tarihleri arasında hastanemiz enfeksiyon hastalıkları kliniğine başvuran hastalardan alınan 488 idrar kültürü sonucu retrospektif olarak bilgisayar kayıtları incelenerek değerlendirildi. Örneklerden >105 cfu/ml üreme gösterenlerin kültür sonucu pozitif olarak kabul edildi. Bakteri tanımlamaları ve antibiyotik duyarlılık testleri; otomatik bakteri tanımlama ve duyarlılık cihazı ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmamızda 488 hastanın idrar kültür sonuçları incelendi, 74 hastada üreme olduğu görüldü. Kültür üremesi olan hastaların %64.8'nin kadın ve %46'sının ise 65 yaş üstünde olduğu görüldü (Grafik 1). Üreme olan 74 idrar kültüründe etken dağılımı oranları E.coli %62.2, Klebsiella pneumoniae %12.2, Enterococcus spp. %6.7, Pseudomonas aeruginosa %5.4, Enterobacter spp. %4.1, Proteus mirabilis %4.1, Staphylococcus aureus %2.7, Streptococcus agalactiae %1.3 ve Serratia marcescens %1.3 olarak saptandı (Tablo 1).Direnç oranlarına bakıldığında ise E.coli'de sırasıyla ampisilin (%67.3), sefuroksim (%56.5), sefiksim (%56.5), seftriakson (45.6) ve siprofloksasin (%47.8) için en yüksek oranda, amikasin (%6.5) ve ertapenem (%2.1) için düşük oranda direnç olduğunu görmekteyiz. Nitrofurantoin ve meropenem için ise direnç saptanmamıştır.Klebsiella pneumoniae 'da ampisiline karşı %100 direnç olduğu görülmekle birlikte bunu sırasıyla %77.7 ile sefuroksim, %66.6 ile trimetoprim-sülfametoksazol, amoksisilin/klavulanik asit, seftriakson, sefiksim ve siprofloksasin takip etmektedir (Tablo 2).

Grafik 1: Kültür üremelerinin yaş ve cinsiyete göre dağılımı





Tablo 1: Kültür üremelerinin etkenlere göre dağılımı

ETKEN	n	%
E.coli	46	62.2
Klebsiella pneumoniae	9	12.2
Enterococcus spp.	5	6.7
Pseudomonas aeruginosa	4	5.4
Enterobacter spp.	3	4.1
Proteus mirabilis	3	4.1
Staphylococcus aureus	2	2.7
Streptococcus agalactiae	1	1.3
Serratia marcescens	1	1.3
TOPLAM	74	100

Tablo 2 : İdrar kültürlerinden en sık izole edilen iki etkenin direnç oranları

	E.coli		Klebsiella pneumoniae	
	n/N	%	n/N	%
Ampisilin	31/46	67.3	9/9	100
TMP-SXT *	17/46	36.9	6/9	66.6
Gentamisin	10/46	21.7	5/9	55.5
Nitrofurantoin	0/46	0	4/9	44.4
Amoksisilin/klavulanik asit	18/46	39.1	6/9	66.6
Sefuroksim	26/46	56.5	7/9	77.7
Seftriakson	21/46	45.6	6/9	66.6
Sefiksime	26/46	56.5	6/9	66.6
Siprofloksasin	22/46	47.8	6/9	66.6
Ertapenem	1/46	2.1	3/9	33.3
Amikasin	3/46	6.5	3/9	33.3
Meropenem	0/46	0	3/9	33.3
Sefepim	17/46	36.9	5/9	55.5

* TMP-SXT: Trimetoprim-sülfametoksazol **n/N: Dirençli mikroorganizma sayısı/Çalışılan örnek sayısı

Sonuç: Kliniğimize başvuran ÜSE'nin daha çok kadın ve 65 yaş üstündeki bireylerde görüldüğü, erkek hastalarda ise 50 yaş üzerinde sıklığının arttığı saptanmıştır. Bir yıllık idrar kültürü üremelerine bakıldığında ise etkenin sıklıkla E.coli olduğu görülmektedir. Çalışmamızda E.coli izolatlarından elde ettiğimiz antibiyogramlara baktığımızda ampirik tedavide ilk seçilen antibiyotikler olan TMP-SXT, siprofloksasin ve beta laktam grubu antibiyotiklerdeki yüksek direnç oranlarının bir meta analiz olan Aykan ve ark.3'nin çalışmalarındaki artan direnç oranlarıyla uyumlu olduğu ve TMP-SXT haricinde ise daha yüksek olduğu görülmektedir. Ampirik tedavi seçiminde sık kullanılan bu antibiyotiklere karşı direncin giderek arttığı bilmesinin değerli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: üriner sistem, etken, epidemiyoloji, direnç



S39

2021-2022 Ve 2022-2023 Sezonlarında Erişkin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu Tanısı Alan Hastaların Klinik Özellikleri ve Etken Dağılımlarının Karşılaştırılması

Elif Sargın Altunok¹, Serap Demir Tekol¹, Elif Özge Damar Mıdık¹, Çağla Aydın Aslan¹, Ayşe Batirel¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Amaç: Akut solunum yolu enfeksiyonları önemli bir küresel yük oluşturmaya devam etmektedir. Bu çalışmada 2022-2023 sezonunda ki erişkin akut solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan hastaların klinik özelliklerini ve viral etyolojisini tespit etmeyi ve bir önce ki 2021-2022 sezonu ile karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Nazofarengeal sürüntü örneğinde multipleks PCR yöntemi ile yaygın görülen 17 solunum yolu patojeni aranan erişkin hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. 2021-2022 sezonu (1 Eylül 2021- 30 Nisan 2022) ve 2022-2023 sezonu (1 Eylül 2022 – 30 Ocak 2023) olmak üzere hastalar iki gruba ayrılarak sonuçlar ve etken dağılımları karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri tablo 1’de gösterildiği gibiydi. Saptanan etkenler tablo 2’de gösterilmiştir. 2021-2022 sezonunda 80 erişkin hastanın nazofarenks sürüntü örneğinde 95 etken saptandı. En sık saptanan ilk üç etken Parainfluenza virus, Haemophilus influenza ve Rhinovirus idi. SARS-CoV-2 PCR bakılan 61 hastanın dokuzunda (%15) pozitiflik saptandı. 29 hastanın %28’inde balgam kültüründe üreme oldu. Aralık ve ocak aylarında etken saptama sıklığında artış mevcuttu (%44). 2021-2022 sezonunda 30 günlük hastane-mortalitesi %15 saptandı. 2022-2023 sezonunda ise toplam 241 hastanın nazofarenks sürüntü örneğinde 310 etken saptandı. Haemophilus influenzae, İnfluenza A ve Streptococcus pneumoniae en sık saptanan etkenlerdi. SARS-CoV-2 PCR bakılan 216 hastanın birinde (%0.5) pozitiflik saptandı. 50 hastanın %8’inde balgam kültüründe üreme oldu. Aralık ve ocak aylarında etken saptama sıklığında artış mevcuttu (%60). 2022-2023 sezonunda 30 günlük hastane-mortalitesi %5 idi.

Tablo 1: Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

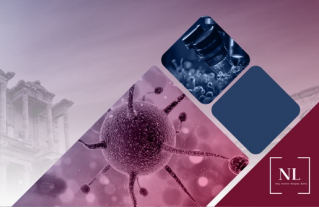
Özellik	2021-2022 sezonu, (n=80)	2022-2023 sezonu, (n=241)
Yaş, yıl (min-max)	46 (22-90)	48 (18-99)
Erkek, n (%)	33 (%41)	113 (%47)
Etken sayısı, n	95	310
SARS-CoV-2 PCR pozitifliği	9/61 (%15)	1/216 (%0.5)
Balgam kültüründe üreme	8/29 (%28)	4/50 (%8)
Laboratuvar değerleri		
Lökosit, µL	10836	8918
C-reaktif protein, mg/L	86	102
Prokalsitonin, µg/L	2.8	3.2
Radyolojik bulgu	28/48 (%58)	70/164 (%43)
Yatırılan hasta sayısı, n	31 (%39)	116 (%48)
30 günlük-mortalite, n (%)	12 (%15)	11 (%5)

Tablo 2: Saptanan etkenler

Etkenler	2021-2022 sezonu, (n=80)	2022-2023 sezonu, (n=241)
Adeno virus		9 (%4)
Bocavirus type 1	2 (%3)	10 (%4)
Coronavirus 229E	3 (%4)	5 (%2)
Coronavirus HKU1	3 (%4)	1 (%1)
Coronavirus NL63		1 (%1)
Coronavirus OC43	3 (%4)	27 (%11)
Enterovirus	2 (%3)	9 (%4)
Haemophilus influenzae	23 (%29)	73 (%30)
Human parechovirus (HPeV)		4 (%2)
Human metapneumovirus	2 (%3)	
Influenza A	7 (%9)	54 (%22)
Influenza B		5 (%2)
Parainfluenza virus	23 (%29)	7 (%3)
Respiratory syncytial virus A/B	3 3 (%4)	30 (%12)
Rhinovirus	15 (%19)	29 (%12)
Streptococcus pneumoniae	9 (%11)	46 (%19)
İkili etken	10 (%13)	38 (%16)
Üçlü etken	2 (%3)	11 (%5)
Dörtlü etken	1 (%1)	3 (%1)

Sonuç: Etkin halk sağlığı yönetiminin yapılabilmesi için dolaşımda ki solunum yolu patojenlerinin tespiti ve sürekli sürveyansın önemi göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: multipleks PCR, solunum sistemi enfeksiyonu, viral ÜSVE



S40

Hastanemizde Bir Yılda Saptanan Solunum Yolu Virüslerinin Dağılımı

Ali Bahadır Polat¹, Semanur Kuzi¹, Gamze Kaya Özdemir¹, Ebru Taşpınar Şen¹, Gönül Çiçek Şentürk¹, Emin Ediz Tütüncü¹, Sabahat Çeken¹, İrfan Şencan¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

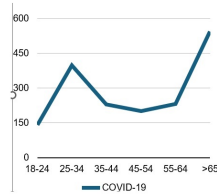
Amaç: Solunum yolu enfeksiyonları (SYE) üst ve alt solunum yollarını etkileyen sıklıkla viral etkenlerle meydana gelen enfeksiyonlardır. SYE'lerde etken virüsler çeşitlilik göstermekte ve etken dağılımında mevsimsel farklar görülmektedir. Epidemi ve pandemilere sebep olabilmeleri sebebi ile viral SYE, toplum sağlığı üzerine önemli etkilere sahiptir. Son olarak SARS-CoV-2 virüsünün yayılımı sonucu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020'de küresel salgın ilan edilmiştir. DSÖ, 5 Mayıs 2023'te salgının artık küresel acil durum olmadığını açıklamıştır. Pandemiye dolaşımda azalan diğer solunum yolu virüsleri (SYV) pandemi sonrasında dolaşımda tekrar artmaktadır. Çalışmamızda 2023 yılında hastanemize başvuran hastalarda tespit edilen SYV dağılımının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda 4050 yatak kapasitesine sahip; ülkemizin en büyük hastanelerinden biri olan hastanemize Ocak 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında SYE bulguları ile başvuran hastalardan alınan solunum yolu viral panel (SYVP) ve COVID-19 PCR test sonuçlarında görülen etkenler retrospektif olarak incelenmiştir. Numuneler kombine boğaz ve burun sürüntüsü olarak alınmıştır. SYVP PCR testi COVID-19 dışı diğer solunum yolu virüslerini içermektedir. Alınan örneklerden hatalı ve reddedilen numuneler çalışmaya dahil edilmemiştir. 18 yaşın altındaki hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların demografik verileri hastane bilgi sisteminden elde edilmiştir.

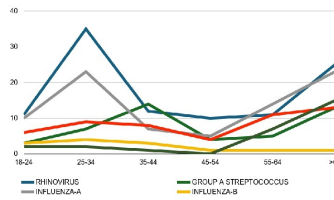
Bulgular: Hastanemizde ayaktan ve yatan hastalardan olmak üzere toplam 6895 SYVP testi ve 13944 COVID-19 PCR testi çalışılmıştır. SYVP testlerinin 638' si (%9,25) pozitif görülmüştür. COVID-19 dışı diğer solunum yolu virüsleri arasında 282 (%4,08) İnfluenza A ve 17 (%0,25) İnfluenza B olmak üzere toplam 299 (%4,33) pozitif test sonucu ile en sık görülen virüs influenza'dır. SYVP PCR testinde saptanan pozitiflik oranları ve cinsiyet dağılımı Tablo 1 ve 2'de özetlenmiştir. COVID-19 dışı virüslerin dağılımı Grafik 3'te gösterilmiştir. Çalışılan 13944 COVID-19 testinin 2028'i (%14,5) pozitifdir. COVID-19 PCR pozitif hasta sayısı ise 1747'dir. Bu 1747 pozitif hastanın 939'u (%53,7) kadın, 808'ü (%46,3) erkektir. COVID-19 pozitif hastaların 1007'sinde (%57,6) test istemi ayaktan, 740'sinde ise (%42,4) test istemi hastanede yatkın yapılmıştır. Hastaların yaş dağılımı Grafik 2 ve 3'te sunulmuştur.

Grafik 2 ve Grafik 3

Grafik 3 COVID-19 pozitif hastaların yaş dağılımı

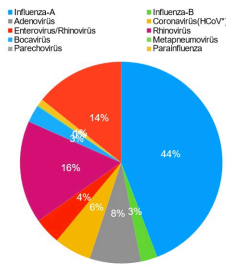


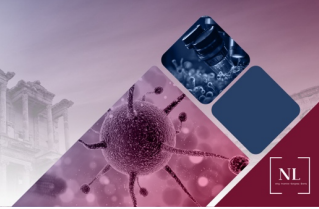
Grafik 2 Sık tespit edilen solunum yolu virüsleri ile enfekte hastaların yaş dağılımı



SYV ve COVID-19 Yaş Dağılım Grafikleri

Grafik 1. Solunum yolu viral panel test sonuçlarında saptanan COVID-19 dışı virüslerin dağılımı





Tablo 1

	Sayı (n)	Yüzde (%)
İnfluenza-A	282	4,08
İnfluenza-B	17	0,25
Rhinovirüs	105	1,52
RSV	91	1,31
Adenovirus	52	0,75
Coronavirus (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 ve HKU1-CoV)	38	0,55
Enterovirus/Rhinovirüs	27	0,39
Bocavirüs	18	0,26
Parainfluenza	7	0,1
Metapneumovirüs	1	0,014
Parechovirüs	0	0
Toplam	638	9,25
Negatif	6257	90,75
Çalışılan Numune	6895	100

COVID-19 dışı solunum yolu viral panel testlerinin sonuçları

Tablo 2

	Sayı	Kadın n (%)	Erkek n (%)
İnfluenza-A	282	167 (59,2)	115 (40,8)
İnfluenza-B	17	13 (76,5)	4 (23,5)
Rhinovirüs	105	64 (60,9)	41 (39,1)
RSV	91	51 (56,1)	40 (43,9)
Adenovirus	52	28 (53,8)	24 (46,2)
Enterovirus/Rhinovirüs	27	15 (55,5)	12 (44,5)
Bocavirüs	18	7 (38,9)	11 (61,1)

Sık saptanan solunum yolu virüsleri ile enfekte hastaların cinsiyet dağılımı

Sonuç: COVID-19 pandemisi ile birlikte SYE bulguları olan hastalardan viral PCR testlerinin istenme sıklığı artmış ve hastaya test sonucuna göre yaklaşım yaygınlaşmıştır. Çalışmamızda da bir yıllık izlem sürecinde hastanemizde istenen COVID-19 ve SYVP test sayıları yüksektir. Hastaların tedaviye ulaşmaları ve bulaş açısından korunma önlemlerinin alınması için tanısal testlerin önemi büyüktür. Çalışma sonucumuza göre halen COVID-19 virüsü dolaşımda hakimiyetini devam ettirmektedir; ancak pandemi sonrası özellikle influenza olmak üzere COVID-19 dışı diğer solunum yolu virüsleri de tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Influenza, Covid, Solunum Yolu Virüsleri

S41

Mikrobiyoloji Laboratuvarına Gönderilen Örneklerin Ret Nedenleri ve Kontaminasyon Oranları

Yusuf Yiğit¹, **Melike Kaya Kaptan**¹, Selda Kömeç², Özlem Altuntaş Aydın¹

¹Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi

²Tıbbi Mikrobiyoloji, Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: Enfeksiyona neden olan mikroorganizmaların doğru tanımlanması ve hayatı tehdit eden bir enfeksiyonun tedavisi için uygun antibiyotiğin seçilmesi, mikrobiyoloji laboratuvarının klinik ekibine sağladığı doğru sonuçlara bağlıdır. Mikrobiyoloji laboratuvarına gelen örneklerin sonuç kalitesini en çok etkileyen preanalitik süreçtir. Literatürde hatalarının %70'inin preanalitik olduğu belirtilmektedir. Numuneler kriterlere uygun şekilde gönderilmediğinde reddedilmektedir. Çalışmamızda kültür türlerine göre ret nedenleri ve oranları, kan ve idrar kültürlerinin ekiminden sonraki kontaminasyon oranları incelenmiştir.

Yöntem: Ret oranlarının hesaplanması1 Ocak 2021-31 Aralık 2023 tarihleri arasında Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarına gönderilen tüm kültürler Laboratuvar İşletim Sisteminden (LİS) seçildi. Laboratuvar Hata Sınıflandırma Sistemine (LHSS) göre reddedilen numuneler filtrelendi. Kontaminasyon oranlarının hesaplanmasıKlinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği (KLİMUD) rehberlerine göre hangi durumda kontaminasyon kabul edileceği Tıbbi Mikrobiyoloji uzmanları tarafından belirlenmekte ve raporlanmaktadır. Veriler bu sonuçlardan LİS’den alındı.

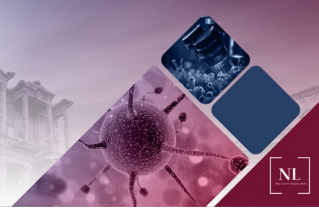
Bulgular: Laboratuvara gelen 386677 kültür örneğinin 3910'ı (%1,0) numune kabul sürecinde değerlendirilerek reddedilmiştir. En çok reddedilen numuneler sırasıyla boğaz, gaita, göz, ürogenital, yara ve katater ucu örnekleridir (%7, %5.7, %5.4, %5.3, %5.2, %4.8). En yüksek ret nedeni “hatalı numune kabı” (%43.8) ardından “hatalı kayıt veya hatalı test istemi” (%30.3) olmuştur (Tablo 1). İdrar kültüründe en düşük kontaminasyon oranı (%8.6) >18 yaş erkek grupta saptanmıştır. En yüksek kontaminasyon ise (%21.9) nefrostomili hastalardan alınan idrar kültürlerinde gözlenmiştir (Tablo 2). Kan kültüründe kontaminasyon oranları, toplam kan kültürü sayısına ve üreme olanlara göre hesaplanmıştır. Servis ve yoğun bakım üniteleri yetişkin, çocuk ve yenidoğan olarak ayrı ayrı incelenmiştir. En yüksek kontaminasyon oranları yetişkin hasta gruplarında görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 1: Kültür türlerine göre ret nedenleri

|--|

Tablo 2: İdrar kültüründe kontaminasyon oranları

İdrar	Toplam idrar sayısı	Kontaminasyon sayısı	%
>18 yaş kadın	106435	17451	16,4%
>18 yaş erkek	71909	6207	8,6%
≤18 yaş	53911	9110	16,9%
Toplam	232255	32768	14,1%
≤10 yaş	43515	7014	16,1%
Nefrostomili hastalar	3366	737	21,9%

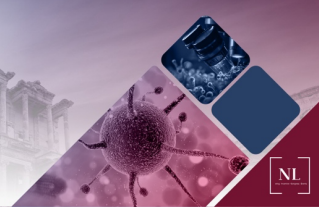


Tablo 3: Kan kültürü kontaminasyon oranları

	Toplam kan kültürü (n)	Üreme olanlar (n)	Kontaminasyon (n)	Toplam sayıya göre % kontaminasyon	Üreme olanlara göre % kontaminasyon
Çocuk Yoğun Bakım	12539	1588	304	2,4%	19,1%
Çocuk Servis	14771	2704	640	4,3%	23,7%
Yenidoğan Yoğun Bakım	8888	527	81	0,9%	15,4%
Yenidoğan Servis	1314	46	14	1,1%	30,4%
Yetişkin Yoğun Bakım	99737	30031	11256	11,3%	37,5%
Yetişkin Servis	75939	11561	4703	6,2%	40,7%
Toplam	213188	46457	16998	8,0%	36,6%

Sonuç: Hastanemiz Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarına gönderilen örneklerin ret nedenlerinin ¼'ünün bilgi eksikliği ve dikkatsizlik kaynaklı olduğu görülmektedir. Bu sonuca benzer şekilde literatürde, preanalitik süreçlerin çoğunluğunun laboratuvar dışı birimler ile ilgili olduğu için, bu süreçlerin standardize edilmesinin zor olduğu ve hataların çoğunluğunun da (%46-68.2) bu süreçte meydana geldiği bildirilmektedir. Kan kültürlerinde en yüksek kontaminasyon oranlarını yetişkin hasta gruplarında saptamamızın nedeninin, hastanemizde mesleki deneyimi yüksek sağlık personelinin yenidoğan ve çocuk ünitelerinde istihdam edilmesinin ve bu ünitelerden tek set kan kültür şişesi gönderildiği için olduğu düşünülmüştür. Hastalıkların hızlı ve doğru tanısında, laboratuvarlardaki preanalitik, analitik, postanalitik süreçlerin takibi, oluşabilecek hataların tespiti ve gerekli düzenlemelerin yapılabilmesi için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Laboratuvar Ret Nedenleri, Kan Kültürü Kontaminasyon, İdrar Kültürü Kontaminasyon, Preanalitik Hata



S42

Hastanemizde Son Üç Yılda Sağlık Çalışanlarında Gerçekleşen İş Kazaları

Ayşegül Özdemir¹, Esra Canbolat¹, Rümeysa Akkan¹, Esragül Akıncı¹, Muzaffer Göz²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

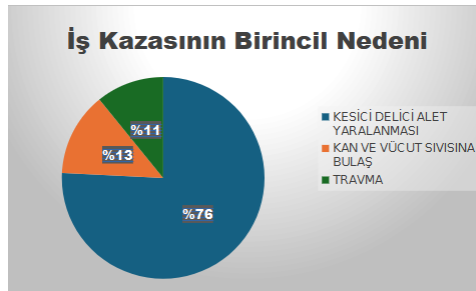
²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İş Güvenliği

Amaç: Hastanelerde meydana gelen delici kesici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvılarıyla temas gibi iş kazaları sağlık çalışanlarının kan yoluyla bulaşan patojenlere maruz kalması açısından önemlidir. Milyonlarca sağlık çalışanı bu tür yaralanmalar açısından risk altındadır. CDC, oluşturulmuş mevzuata ve gelişmiş teknolojiye rağmen özellikle ameliyathanelerde delici kesici alet yaralanmalarının arttığını vurgulamaktadır. Bu çalışmada hastanemizdeki sağlık personelinde son üç yılda meydana gelen yaralanmaların analiz edilmesi, mevcut durumun belirlenerek daha fazla önlem alınmasının gerekip gerekmediği konusunda değerlendirme yapılması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2021-2023 yılları arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde Nöroloji Ortopedi Hastanesi sağlık çalışanlarında yaşanan iş kazaları retrospektif olarak gözden geçirildi. Veriler İş Güvenliği Birimi'nden ve hastane kayıtlarından elde edildi. Yaralanmanın türü, günü ve saati; yaralanmanın olduğu klinik; yaralanan personelin mesleği, cinsiyeti ve yaşı; yaralanma bölgesi; yaralandıktan hemen sonra HBV, HCV ve HIV serolojisi; başlanan profilaksi ve takip sürecindeki uyum kaydedildi. Yaralanmaların gerçekleştiği saatler, hafta içi 8.00-17.00 arası mesai saati, diğer zamanlar nöbet saati olarak değerlendirildi.

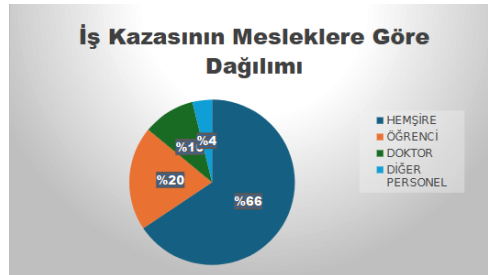
Bulgular: 2021 yılında 59, 2022 yılında 54, 2023 yılında 44 olmak üzere toplamda üç yılda 157 iş kazası oldu. Bunların %76'sı delici kesici aletlerle olan yaralanmalardı (Grafik 1). Kazalar en sık çarşamba günü (%24) ve mesai saatlerinde (%61) gerçekleşmişti. En sık yaralanan personel grubu hemşirelerdi (%66) (Grafik 2). Yaralanan personelin büyük çoğunluğu kadındı (%80) ve yaş ortalaması 25,7 yıl idi. El en sık yaralanan bölgeydi (%77). ELISA bakılan 111 personelin 104'ü (%94) HBV'ye bağışık iken, yedisi (%6) bağışık değildi. Bu personelde Anti-HIV ve Anti HCV serolojisi negatifti. Bu personellerden biri HBV profilaksisi, 4'ü HIV profilaksisi almıştı. Personelin 26'sı 1. ay takibine gelirken, 34'ü 6. ay takibine gelmişti. Yaralanmalar en sık yoğun bakım ünitelerinde (%47) gerçekleşmişti (Grafik 3). Yaralanma sonucu 4 personel işine devam edemediğinden iş günü kaybı olmuştu.

Grafik 1



İş Kazasının Birincil Nedeni

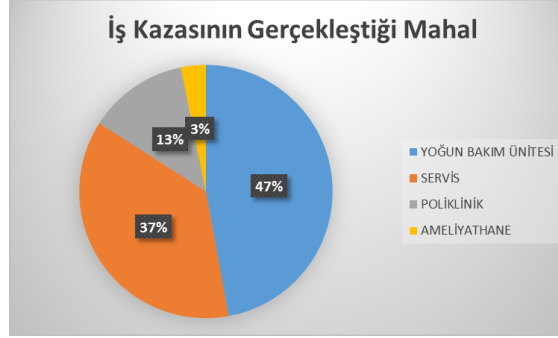
Grafik 2



İş Kazasının Mesleklere Göre Dağılımı



Grafik 3



İş Kazasının Gerçekleştiği Mahal

Sonuç: Verilen eğitimlere ve alınan kontrol önlemlerine rağmen halen iş kazaları olmaktadır. Bununla birlikte, hastanemizde yıllar içerisinde iş kazası sayısının giderek azalması ümit vericidir. Yaralanmaların en sık mesai saatlerinde ve yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşmesi iş yoğunluğu ile açıklanmaktadır. Yaralanan personelin çoğunun hemşire olması ve el yaralanmasının sık olması beklenen bir durumdur. Personelin HBV bağışıklık oranının yüksek olması hastanede sağlık çalışanı bağışıklama programının etkin bir şekilde yürütüldüğünü göstermektedir. Ancak kaza geçiren personelin kontrollerine gelme oranı düşüktür. Hem iş kazalarının daha da azaltılması, hem de kaza geçiren personelin takiplerine uyum oranının artırılması için daha fazla gayrete ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: iş kazası, profilaksi, bağışıklık, hepatit b, hiv



S43

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanlarında Kesici ve Delici Alet Yaralanmalarının Değerlendirilmesi

Bahar Çelik Arı¹, Sabahat Çeken¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹*Etlik Şehir Hastanesi*

Amaç: Sağlık çalışanları, kesici ve delici alet yaralanmaları (KDAY) sonucunda kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan etkenlere bağlı enfeksiyonlar açısından önemli risk altındadır. Sağlık çalışanlarının kan ve vücut sıvıları ile temasına neden olan faktörlerin bilinmesi, bulaşmayı önlemeye yönelik önlemlerin alınması için önemli bir role sahiptir. Bu çalışmada bir şehir hastanesindeki kesici ve delici alet yaralanmaları retrospektif olarak incelendi ve mevcut temaslar tespit edilip bununla ilgili sonuç ve önerilere ulaşılması amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışmada, Ocak-Aralık 2023 tarihleri arasında hastanemizin sağlık çalışanlarında meydana gelen kesici delici alet yaralanmaları incelendi. Bu değerlendirmede yaralanan sağlık çalışanlarına ilişkin (yaş, cinsiyet, görev, yaralanmaya maruz kalınan birim gibi) ve yaralanmaya ilişkin (yaralanma bölgesi, yaralanma şiddeti gibi) veriler incelendi. Ayrıca yaralanmaya neden olan aletin kullanıldığı hasta bilgilerine, koruyucu önlemlere ve serolojik test sonuçlarına ilişkin kayıtlar değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 238 sağlık çalışanının 201'i (%84,4) kadın, 37'si erkekti (%15,6). Kişilerin yaş ortancası 25 (min-maks:18-60) idi. Meslek grubu açısından en sık yaralananlar, hemşireler; 204(%85,7) ve hekimler; 16(%7,5) idi. Yaralanmaya en sık neden olan olaylar; kan alma (100, %42), damar yolu açma (32, %13,4), cerrahi uygulamalar (31, %13) idi. Yaralanmaların 162'si (%62,8) gündüz mesai saatlerinde gerçekleşti. Sağlık çalışanlarının 176'sı (%73,9) yaralanma sırasında kişisel koruyucu ekipman kullanmıştı. Yaralanmaya maruz kalınan bölgenin ise daha çok sol el (%62,6) olduğu tespit edildi. Yaraların 232'si (%97,4) kontamine kesici delici alet ile gelişmişti ve 189'u (%79,4) yüzeysel idi. Yaralanmaya neden olan aletin kullanıldığı hastaların 17'sinin (%7,14) HBs Ag pozitif, 3'ünün (%1,2) Anti HCV pozitif olduğu görüldü. HIV pozitif hastaya ait kesici delici alet yaralanması görülmedi. Hepatit B aşısı ve immünglobulini bir (%0,42) kişiye uygulandı. Yapılan takiplerde 1. ayda hiçbir sağlık çalışanında HBV veya HCV enfeksiyonu gelişmedi.

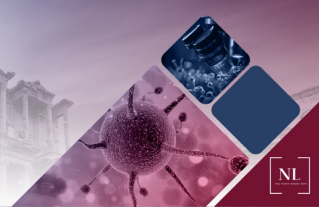
Tablo 1. Kesici delici alet yaralanması nedeniyle takip edilen sağlık çalışanları ve yaralanmalar



	Hekim	Hemşire/Sağlık Memuru	Temizlik Personeli	Stajyer Hemşire	Toplam
Cinsiyet					
Kadın	9 (%4,4)	178 (%88,5)	4 (%1,99)	10 (%4,9)	201(%100)
Erkek	9 (%24,3)	26 (%70,2)	0	2 (%5,4)	37(%100)
Yaralanmaya Maruz Kalınan Yer					
Yatan Hasta Servisi	6 (%5,1)	100 (%86,2)	2 (%1,72)	8 (%6,89)	116(%100)
Yoğun Bakım	3 (%4,34)	65 (%94,2)	1 (%1,4)	0	69(%100)
Ameliyathane	6 (%35,2)	10 (%58,8)	1 (%6)	0	17(%100)
Poliklinik	3 (%23,1)	10 (%76,9)	0	0	13(%100)
Acil Servis	0	6 (%66,7)	0	3 (%33,3)	9(%100)
Kan Alma	0	13 (%92,8)	0	1 (%7,2)	14(%100)
Yaralanma Nedenleri					
Kan alınırken	7 (%7)	87 (%87)	0	6 (%6)	100(%100)
İğne ucu kapatılırken	1 (%4)	21 (%84)	0	3 (%12)	25(%100)
Atıkların atılması ve toplanması sırasında	0	20 (%80)	3 (%12)	2 (%8)	25(%100)
Cerrahi uygulamalar sırasında	9 (%29)	21 (%67,8)	0	1 (%3,2)	31(%100)
Damar yolu açılırken	1 (%3,1)	31 (%96,9)	0	0	32(%100)
SC/IV tedavi sırasında	0	14 (%100)	0	0	14(%100)
Diğer	0	10 (%90,9)	1 (%9,1)	0	11(%100)
Materyal					
İğne ucu	15 (%7,2)	179 (%86,4)	3 (%1,44)	10 (%4,8)	207(%100)
Bistüri	2 (%25)	6 (%75)	0	0	8(%100)
Lanset	0	20 (%95,2)	0	1 (%4,8)	21(%100)
Diğer	0	0	1 (%50)	1 (%50)	2(%100)
Yaralanma Bölgesi					
Sağ el	6 (%7,2)	70 (%84,3)	4 (%4,8)	5 (%6)	83(%100)
Sol el	11 (%7,38)	130 (%87,25)	1 (%0,67)	7 (%4,7)	149(%100)
Diğer	1 (%16,6)	4 (%66,6)	1 (%16,6)	0	6(%100)

Sonuç: Çalışmamızda, literatür ile uyumlu olarak KDAY'a en çok maruz kalan meslek grubu hemşireler olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda yaralanmaların 2/3'ü gündüz mesaisinde meydana gelmiştir. Bunun nedenleri arasında gündüz mesaisinde uygulanan tedavilerin ve iş yükünün fazla olması sayılabilir. İğne ucu kapatılırken ve atık toplanırken gerçekleşen yaralanma oranlarının düşük olması sağlık çalışanlarımızda eğitim oranlarının yüksek olduğunu düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda eldiven üzerinden olan yaralanmalarda mikroorganizma bulaşma olasılığının düşük olduğu, eldivenlerin iyi bir bariyer olduğu bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarımızda HCV ile kontamine kesici delici alet yaralanmasından sonra hepatit C bulaşı olmamasının nedeninin büyük ölçüde eldivenle çalışmaları olduğu düşünülmüştür. Sağlık çalışanlarına kişisel koruyucu ekipman kullanımıyla ilgili eğitimlerin verilmesi faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: kesici delici alet yaralanmaları, sağlık çalışanları, önlemler



S44

İmmünkompetan Bir Hastada Miliyer Tüberküloz Ve Tüberküloz Menenjit Birlikteliği

Gamze DANACI¹, Eda ALP GÖKER¹, Özlem GÖKÇE¹, Onur ÖZALP¹, Ramazan KORKUSUZ¹,
Özlem ALTUNTAŞ AYDIN¹

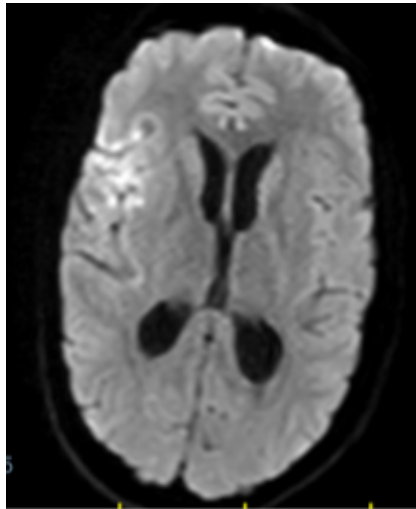
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM

Amaç: Miliyer tüberküloz (TB), primer enfeksiyonun bir sonucu olarak veya daha sonra hematogen yayılma ile birlikte kontrol edilen, enfekte bir odağın yeniden aktivasyonu ile ortaya çıkabilir. TB menenjit miliyer TB'un bir komplikasyonu olarak da görülebilen TB tipleri arasında en ağır seyreden bir tablodur. TB menenjit ; Serebral tüberkülozun subaraknoid boşluğa açılması ile ya da basilin hematogen yayılımı sonucu gelişir. Kranial sinir tutulumları olabilir. En sık 6. sinir (N. Abducens), daha az sıklıkta 3. sinir (N. Oculomotorius) ve 4. sinir (N. Trochlearis) tutulur. Tüberkülozlar ve damar tıkanmaları fokal nörolojik hasarlara ve nöbetlere yol açabilir. Tanıda beyin omirilik sıvısı (BOS) incelemesi yapılır. BOS berrak ya da bulanık görünümde olabilir, hücre sayımında lökosit: 50-300 hücre/ mm³ , önce polimorfonükleer lökosit (PMNL), sonra lenfositler hakimdir. BOS proteini artmış, glukozu düşmüştür. Aside-Alkole Rezistan Boyamada (ARB) yayma pozitifliği: %5- 37, kültür pozitifliği ise %40-80 oranındadır. BOS bulgularının normal saptanması hastalığı dışlamaz. Beyin bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile görüntülemeye bir ya da birden fazla tüberkülozlar saptanabilir. Bu bildiride tarafımızca takip edilen bir TB menenjit olgusu sunulmuştur.

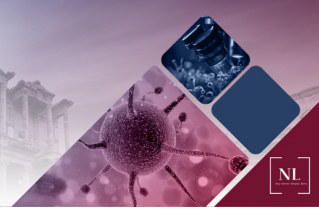
Yöntem: Hasta dosyası ve hastane bilgi yönetim sistemi kayıtları incelenmiştir.

Bulgular: Bilinen hastalık öyküsü olmayan Afgan uyruklu 29 yaşında erkek hasta 20.11.2023'te perianal apse drenajı sonrası gelişen baş ağrısı, bulantı-kusma, bilinç bulanıklığı ile dış merkeze başvurulmuş. Yaklaşık 10 gün sonra hasta tarafımıza genel durum kötüleşmesi ile gönderilmiştir. Fizik muayenede bilinci bulanık, yer ve zaman oryantasyonu yok, kooperasyonu kısıtlıydı. Vitalleri stabil olan hastanın ense sertliği vardı. Anti-HIV testi negatif saptanan hastanın BOS görünümü bulanık, biyokimyasında glukoz:11.7mg/dL, protein: 3369mg/L, hücre sayımında 115 hücre (PMNL:35 Lenfosit:80) vardı. BOS incelemesinde TB PCR pozitif saptandı. BOS incelemesinde ARB' de basil görölmedi. Mikobakteri kültüründe M. tuberculosis complex üredi. 4'lü antiTB ile kortikosteroid tedavisi başlandı. Takibinde sol gözünde pitozis gelişti. Beyin görüntülemeye difüzyon kısıtlanması saptandı (Şekil 1). Toraks BT'de miliyer tutulum saptandı (Şekil 2). Perianal bölgeden akıntısı olan hasta kontrol görüntüleme yapıldığında intersfinkterik fistül saptandı. Torakolomber MR'da T12,L1,T4, T11 vertebra korpus anterior kesimlerde TB spondilodiskit lehine kontrast tutulumu görüldü (Şekil3). Genel durumu kötüleşen hasta yoğun bakım ünitesi takibine alındı.

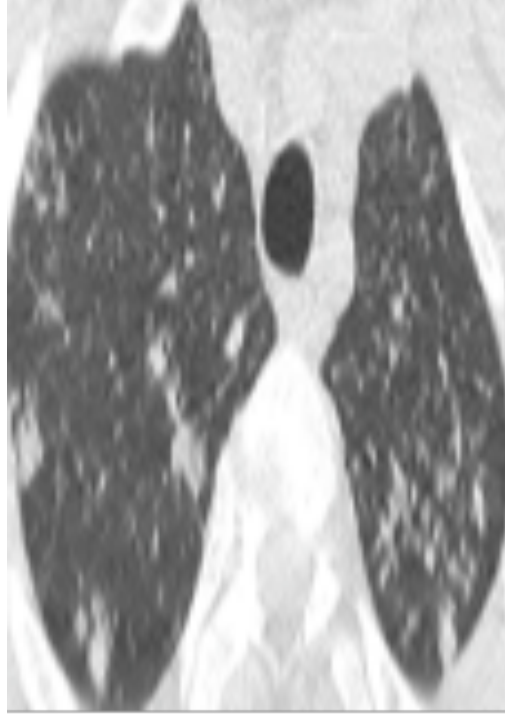
Şekil 1



Sağ MCA çevresinde insular lobda ve frontal opercular lobda yer yer difüzyon kısıtlayan T2 hiperintensiteler

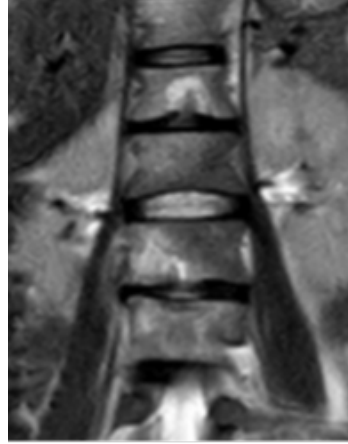


Şekil 2



Toraksta mikonodüler parankimal infiltrasyon alanları

Şekil 3



L5 vertebra corpus anteriorunda ve L3 vertebra corpusunda kontrastlanan T2 heterojen hiperintens alanlar

Sonuç: Tüberküloz menenjitinde mortalite oldukça yüksektir. Tedavinin geç başlanması ve miliyer TB varlığı kötü prognoza işaretler. Bu olguda da TB menenjitinde erken tedavi başlanmasının önemini, miliyer TB saptanan hastalarda diğer organ tutulumlarının da mutlaka araştırılması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: miliyer tüberküloz, tüberküloz menenjit, spondilodiskit



S45

Tüberküloz Menenjit ve Miliyer Tüberküloz Tanılı Hastada Standart Antitüberküloz Tedavi Sırasında Gelişen Hepatotoksisite Yönetimi

Fatma Ertaş Tunç¹, Çiğdem Yücel¹, Ceyda Geyiktepe Güçlü¹, Merve Aydın¹, Esra Zerdali¹, Gönül Şengöz¹, Filiz Pehlivanoglu¹, Mustafa Yıldırım¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

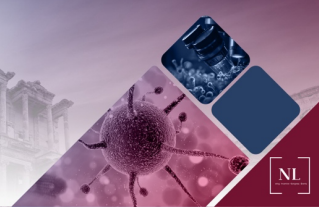
Amaç: Tüberküloz (TB) gelişmekte olan ülkelerde morbidite ve mortalitenin en sık nedenlerinden biridir. Erken tanı ve tedavi ile mortalite önlenebilir. Tedavide en sık görülen yan etkiler bulantı-kusma ve döküntü iken daha az sıklıkla vestibüler etkiler ve hepatit görülür.

Yöntem: TB menenjit ve miliyer TB olan olgunun tedavisi sırasında gelişen hepatotoksisitenin yönetimi irdelenmiştir.

Bulgular: Kronik hastalığı olmayan 26 yaş erkek hasta iki gündür olan baş ağrısı, halsizlik şikayeti ile acil servise başvurmuş. Genel durumu kötü olan hasta yoğun bakım ünitesine(YBÜ) yatırılmış. Bilinci kapalı ve ense sertliği olan hastaya lomber ponksiyon yapılmış. Beyin omurilik sıvısı(BOS) hücre sayımında lökosit:3/mm³, eritrosit:65/mm³, biyokimyasında glukoz: 35mg/dl (eş zamanlı kan şekeri:128mg/dl), albümin:190mg/dl saptandı. Menenjit/ensefalit paneli negatif, gram boyamada mikroorganizma görülmeyen hastaya ampirik seftriakson, vankomisin, asiklovir başlandı. BOS'dan gönderilen VDRL, TBC PCR ve Aside rezistan basil (ARB) boyama negatif olup TB kültürde ve nonspesifik kültürde üreme olmadı. Yatışının 5.gününde servisimize devralındı. Bir yıl önce TB temas öyküsü ve on aydır kalça ağrısı olan hastaya yapılan toraks görüntülemesinde her iki akciğerde yaygın nodüller, sakral görüntülemelerde abse saptandı. Kranial görüntülemelerde nörotüberkülozdan şüphelenildi. Bu bulgularla miliyer TB ve TB menenjit düşünülerek standart dördümlü antiTB ve deksametazon tedavileri başlandı. Seftriakson, vankomisin, asiklovir 7.günde kesildi. Sakral bölgedeki abse drene edildi, nonspesifik kültürde üreme olmadı, ARB ++, TBC PCR (+) saptandı ve kültürde Mycobacterium tuberculosis üredi. AntiTB tedavinin 6.gününde hepatotoksisite gelişmesi üzerine tedavi kesilip hepatotoksik olmayan rejim (streptomisin(SM), sikloserin(CYC), etambutol(EMB), linezolid(LNZ), moksifloksasin(MOKS)) başlandı. MOKS 2.gününde yan etki nedeniyle kesildi. Takiplerde transaminaz değerleri yüksek seyretti. Batın görüntülemelerinde hepatosteatoz saptandı. Viral hepatit serolojisi, Brucella, VDRL, otoimmün hepatit paneli negatif saptandı. Hepatotoksisite devam eden hastaya karaciğer biyopsisi yapıldı ve steatohepatit saptandı. Gastroenteroloji steroid ilişkili hepatit düşündü, steroid tedavisi kesildi. Transaminaz değerleri geriledi. Hepatotoksik olmayan rejimin 49.gününde rifampisin(RiF), izoniyazid(INH), pirazinamid(PZA) sırasıyla başlandı, 55.günde CYC, SM, LNZ kesildi. Dördümlü antiTB tedavinin 4. gününde bulantı, kusma ve transaminaz artışı olması üzerine PZA kesildi. RiF, EMB, INH tedavisiyle transaminaz artışı devam etmesi üzerine tedavi 36.günde yeniden kesildi ve hepatotoksik olmayan ilaçlara kolay erişebilmesi için referans hastaneye sevk edildi.

Sonuç: TB tedavisi alanlarda gelişen hepatotoksisite her zaman antiTB tedavisine bağlanmamalıdır. Kullanılan tüm ilaçlar gözden geçirilmeli ve hepatotoksite yapabilecek tüm organik nedenler araştırılmalıdır. Tüm nedenler dışlandıktan sonra hepatotoksik olmayan antiTB tedavisi açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Hepatotoksisite, Standart dördümlü antiTB tedavi, Hepatotoksik olmayan rejim, Yan etki yönetimi



S46

Bir Nöroborelyoz Olgusu

Rabia Başbozkurt¹, Aslı Haykır Solay¹, Bülent Güven¹, Hatice Merve Yalınız¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Amaç: Lyme, yaygın olarak Borrelia burgdorferi (B. burgdorferi) 'nin neden olduğu vektör kaynaklı multisistemik bir hastalıktır. Hastalık erken lokalize, erken dissemine ve geç hastalık olarak üç aşamaya ayrılabilir. Erken dönemde teşhis edilebilirse tam olarak tedavi edilebilen bir hastalık olmasına rağmen tedavi edilmeyen vakaların %15'inde ensefalomyelit, meningoradikülit, polinöropati, kranial sinir felci ve menenjit gibi ciddi nörolojik bulgular ile ortaya çıkabilir. Ataksi ve paraparezi de geç dönem hastalığın sık görülen santral sinir sistemi bulguları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yöntem: Burada Multiple Skleroz (MS) ön tanısı ile takip edilirken Nöroborelyoz (NB) tanısı konulan olgu yer almaktadır.

Bulgular: İki yıl önce başlayan her iki el ve ayakta uyuşma, denge kaybı ve yürüme bozukluğu şikayetleri olan 57 yaşında erkek hasta, mevcut şikayetlerine baş ağrısı ve sağ yüz yarısında elektrik çarpma hissi eklenmesi nedeniyle nöroloji polikliniğine başvurmuş. Emekli tesisatçı olan ve Ankara'da apartman dairesinde yaşayan hasta son üç yılda 20 kg kilo kaybı tarifliyordu. Eşlik eden deri döküntüsü, eklem şikayetleri yoktu. Fizik muayenesinde bilinç açık, oryante-koopereydi. Pupiller izokorikti ve fasial asimetri izlenmedi. Motor muayenede sol üst ekstremitede silik parezi ve pareziye sekonder sol dismetri mevcuttu. Üst ekstremitede derin tendon refleksi (DTR) artmış, alt ekstremitede DTR bilateral canlıydı. Yürüyüş paterni ataksik ve romberg testi pozitif. Nöroloji servisine interne edilen hastanın beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde 10 lökosit/mm³, 640 eritrosit/mm³, glukoz 177 mg/dl ve total protein 252 mg/l olarak saptandı. BOS kültürde üreme olmadı. Beş günlük pulse steroid tedavisi başlanan hastanın tümör markerları, vaskülit paneli, antifosfolipid antikor, antikardiyolipin antikor, anti-ds DNA ve paterji testi negatif. Hastanın steroid tedavisine yanıtızsız olması, BOS oligoklonal bant tip 4 pozitifliği olması ve yürüme bozukluğunun MS ile açıklanamaması sebebiyle enfeksiyöz patolojiler ön planda düşünülerek tarafımıza danışıldı. Serum B. burgdorferi IgG ve IgM ELİSA ve Western Blot ile pozitif saptandı. Hasta NB ön tanısıyla servisimize interne edildi. Seftriakson 2x2 g intravenöz ve doksisiklin 2x100 mg peroral tedavileri başlandı. Yeniden BOS alınarak tetkik edildi ve B. burgdorferi ELISA negatif, BOS/serum indeksi 0,7 olarak saptandı. Bu bulgularla NB tanısı doğrulanamadı fakat şikayetlerinde gerileme olması nedeniyle tedavi 10 güne tamamlandı. Sol hemiparezisi sekel olarak devam etmekle birlikte genel durumu iyi olan hastaya nöroloji tarafından da poliklinik takibi önerildi.

Sonuç: Lyme hastalığı geç dönemde nonspesifik nörolojik belirtiler ile prezente olabilmesi nedeniyle endemik bölgelerde ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Erken tanı ve uygun antibiyoterapi ile potansiyel komplikasyonların önlenmesi mümkündür. Laboratuvar bulguları ile tanısı konfirm edilemeyen bu olguda klinik olarak NB düşünülerek tedavisi düzenlenmiş ve yanıt alınmıştır

Anahtar Kelimeler: nöroborelyoz, borrelia burgdorferi, parezi, ataksi



S47

Meningoensefalit kliniği ile prezente olan Riketsiyoz: Olgu sunumu

Hindirin Takak¹, Selen Aksu¹, İnci Yılmaz Nakir¹, Mustafa Yıldırım¹, Filiz Pehlivanoglu¹

¹Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Riketsiyoz, kene, bit, pire gibi vektörler ile taşınan ateş, döküntü, ısırık yerinde eskar (tache noire) ile karakterize zoonotik bir hastalıktır. Klinik tablo ve laboratuvar bulguları özgül olmadığından diğer kene kaynaklı hastalıklar ile karışabilmektedir.

Yöntem: Bu çalışmada bir riketsiyoz olgusunun klinik ve laboratuvar bulguları yönünden değerlendirilmesi amaçlandı.

Bulgular: Elli sekiz yaşında kadın hasta 3 gün önce başlayan iştahsızlık, kas ağrısı ve yüksek ateş şikayetiyle acil servise başvurmuş. Soğuk algınlığı ön tanısı ile seftriakson ve fusidik asit tedavisi başlanmış. Tedavilere rağmen şikayetlerinde gerileme olmaması, baş ağrısı ve konuşma güçlüğü gelişmesi üzerine hastanemiz acil servisine başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde bilinci bulanık, uykuya meyilli, ense sertliği yoktu. Vücut sıcaklığı 39°C, nabız 108/dakika, kan basıncı 145/90mmHg, solunum sayısı 22/dakika olarak saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğal olup gövde, kol, bacak, ayak ve ellerde avuç içleri ve ayak tabanlarını da kapsayan seyrek makülopapüler pembe renkli döküntüler gözlemlendi. Sol uyluk medialde bir adet 0.5 x 0.5 cm'lik koyu kahverengi-morumsu çevresinde deriden daha kızamık krutlu lezyon mevcuttu, tache noire olarak değerlendirildi. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde lezyon bölgesinden 5 gün önce kene çıkardıkları bilgisi öğrenildi. Kranial görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Lökosit 3740 /uL, hemoglobin 10g/dL, platelet:56.000/uL saptandı. Karaciğer enzimlerinde 2 kat artış mevcuttu. Trombositopeni nedeniyle LP(lomber ponksiyon) planlanmayan hasta riketsiyoz, ensefalit, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) ön tanısı ile yatırılarak seftriakson 2*2gr iv ve asiklovir 3*750 mg iv başlandı. KKKA dışlanana kadar ribavirin ve riketsiyaya yönelik doksisisiklin 2*100 mg oral mevcut tedavisine eklendi. Riketsiyoz tanısına yönelik serum örneği ve tache noire lezyonundan alınan punch biyopsi gönderildi. Trombositopeninin düzelmesi üzerine 6. günde hastaya LP yapıldı. BOS (beyin omurilik sıvısı) proteini 875mg/L, glikoz 52 mg/dL, hücre sayımında 1 lökosit ve 1 eritrosit görüldü. BOS kültüründe üreme olmadı, multiplex PCR (polimeraz zincir reaksiyonu) negatif saptandı. BOS'tan Rickettsia conorii PCR halk sağlığı laboratuvarında bakılmadığından gönderilemedi. Tetkikleri sonucunda, KKKA IgM negatif, KKKA PCR negatif, Borrelia burgdorferi IgM ve IgG negatifti. Punch biyopsi örneğinde Rickettsia spp. PCR ve Rickettsia IgG 1/320 pozitif olduğu saptandı. Yatışının 7.gününde KKKA dışlandığından ribavirin tedavisi, onuncu günde döküntüleri solan ve bilinç durumu düzelen hastada seftriakson ve asiklovir tedavisi kesildi. Doksisisiklin tedavisinin 14. gününde genel durumu düzelen hasta taburcu edildi.

Vaskülitik döküntü



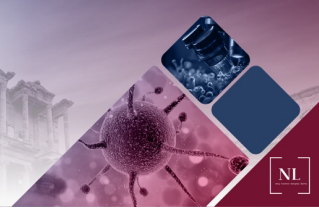


vaskülitik döküntü



Sonuç: Ülkemiz kene kaynaklı zoonotik enfeksiyonlar açısından riskli konumda yer almakta olup epidemiyolojik öykü, hayvanlarla temas öyküsü iyi sorgulanması, ayırıcı tanıda riketsiyozun akla gelmesi, erken tanı ve etkin tedavi için büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: riketsiyoz, kene, döküntü, tache noir



S48

Klinik Geç Yanıt mı, Tedavi Başarısızlığı mı? Komplike Bir Tularemi Olgusu

Ayşe Nur ŞAHİN¹, Emine ÇELİK TELLİOĞLU¹, Ercan YENİLMEZ¹, Aziz Ahmad HAMİDİ¹

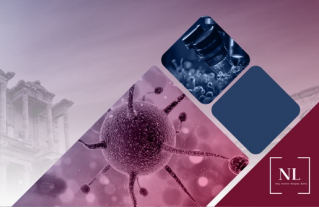
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Tularemi tanı ve tedavide gecikme nedeniyle ortaya çıkan komplikasyonlar tedavi yanıtını etkileyen önemli faktörlerdendir. Kliniğimizde okuloglandüler ve orofarengeal tularemi tanısı ile takip edilen bu olguda, tedavide geç ve yetersiz yanıt ile komplikasyon takibi, ayırıcı tanı yaklaşımları ve tedavi uygunluğunun değerlendirilmesini amaçladık.

Bulgular: DM, HT tanıları olan 66 yaşında erkek hasta 15 gündür var olan çene altında şişlik, gözlerde kızarıklık ve boğaz ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hastanın benzer yakınmalarla üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile ko-amoksilav ve sefazolin kullanım öyküsü mevcuttu. Şikayetleri artan hastanın 20 gün önce Sivas'a seyahat öyküsü ile köyde tarladan su içme hikayesi mevcuttu. Fm' de bilateral konjonktivit ile orofarenks sağ tonsilde kript, preauriküler alanda ciltte eritemli hassas kitlesel lezyon, sağ submandibuler ve servikal kitlesel lezyon-LAP tespit edilen hastaya USG planlandı. Lökositoz ve CRP yüksekliği tespit edildi. USG'de sağ mandibula üst kısımda enflamasyona sekonder cilt altında ekojenite artışı mevcut olup bu bölgede 21x10 mm LAM, sağ submandibular alanda 30x19 mm boyutta abse ile uyumlu görünüm, sağ üst servikal zincirde büyüğü 32x20 mm boyutta patolojik görünümlü çok sayıda LAP tespit edildi. Eksudatif tonsillofarenjit, servikal ve submandibuler LAP ile abse, epidemiyolojik öykü ile beraber tularemi tanısı ile gönderilen mikroaglutinasyon testi 1/640 titrede pozitif sonuçlandı. Streptomisin 2x1 g tedavisi başlandı. Tedavinin 3. gününde sağ submandibular alandaki absede spontan süpürasyon görüldü. KBB tarafından insizyon açılarak abse drene edildi. Hasta streptomisin tedavisi 10 güne tamamlanarak taburcu edildi. 1 hafta sonra boyundaki şişlikte artış yakınmasıyla başvurdu. Ateş ve akut faz reaktanlarında artış görülmeydi. Kontrol USG'de LAM'da gerileme olmaması, abse boyutunda artış olması üzerine relaps, tedavi başarısızlığı ön tanılarıyla siprofloksasin 2x750 mg tedavisi düzenlendi. 3. ay kontrollerinde abse ve LAP devam eden hasta ayırıcı tanı açısından KBB ile değerlendirildi. İİAB yapılan hastanın abse kültüründe üreme saptanmadı. Sitolojide seyrek lenfosit görüldü, malign hücre görülmeydi. Tüberküloz açısından pozitif bulgu saptanmadı. Patolojik submandibuler LAP devam eden hastanın polikliniğimizden takibi devam etmektedir.

Sonuç: Tularemi erken tanı ve tedavi ile iyileşme süresinde kısalma, komplikasyon, relaps ve mortalitede belirgin azalma görülmüştür. İleri yaş, altta yatan hastalık, uygun olmayan antibiyotik tedavisi, tanı ve tedavinin gecikmesi, komplikasyon varlığı prognozda belirleyici olmaktadır. Özellikle 2 hafta içerisinde başlanan tedavinin başarı şansı yüksek olup geç kalınan olgularda süpürasyon ve cerrahi müdahale gereksinimi artmakta, buna bağlı klinik yanıt da gecikebilmektedir. Bu nedenle prognozu iyileştirmede tanıda farkındalığı artırarak tedaviye erken ulaşımı sağlayacak stratejilerin geliştirilmesi ve ayırıcı tanıda tüberkülozu göz önünde bulundurmak önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: tularemi, LAP, abse



S49

Oküler Tutulum İle Prezente Bir Nörobruselloz Olgusu

Ayşe Nur Soykuvvat¹, Nesibe Korkmaz¹, Gönül Çiçek Şentürk¹, Büşra Tükenmez¹, Gülnur Kul¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Amaç: Bruselloz gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı problemidir. Multisistemik bir hastalık olup etkenleri birçok organ ve sistemi etkileyebilmektedir. En sık tutulum kemik eklem tutulumu olup yaklaşık %10 olguda nörolojik tutulum meydana gelir; menenjit, ensefalit, beyin apsesi, miyelit, radikülit, nörit şeklinde prezente olabilmektedir.

Yöntem: Bu olguda endemik bölgelerde nörolojik semptomlarla başvuran hastalarda nadir görülüyor olsa da nörobrusellozun ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği ve tedavi süresinin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

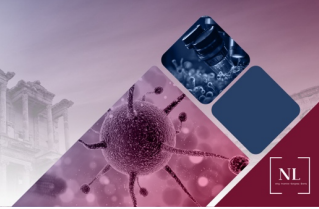
Bulgular: Bilinen hastalığı olmayan 20 yaş kadın hasta iki haftadır olan baş ağrısı, gözde kızarıklık, kusma şikayetiyle hastaneye başvurmuş. Presenkop gelişmesi nedeniyle acil servise getirilmiş. Ateşsiz, normotansif seyirliymiş. Bulanık görme, fotofobi mevcutmuş. Fizik muayenede; bilinç açık oryante koopere, sağa bakışta göz ağrısı artmakta ama kısıtlılık yok, binoküler diplopi mevcut, ense sertliği saptanmamış. Tetkiklerinde wbc 7340 hücre/mm³, proc 0.003 mg/l, crp 3.13 mg/l olarak saptanmış. Nörolojik bulguların ön planda olması nedeniyle nöroloji servisine interne edilmiş. Lomber ponksiyon (LP) yapılmış. Beyin omurilik sıvısı (BOS) boyasız direkt bakıda mm³'te 430 lökosit, 10 eritrosit görülmüş. BOS biyokimyasında glukoz 15 mg/dl, total protein 898 mg/l olarak saptanmış. BOS kültüründe üreme olmamış, BOS PCR'da pozitiflik saptanmamış. Tarafımıza konsülte edilen hastanın Ankara Boyalık köyünde yaşadığı, küçükbaş hayvancılıkla uğraştığı öğrenildi. Santral sinir sistemi(SSS) enfeksiyonuna yönelik vankomisin 2x1 g, seftriakson 2x2 g, asiklovir 3x10 mg/kg intravenöz(iv) başlandı. Brucella rose bengal ve tüp aglütinasyonu negatif, brucella coombslu tüp aglütinasyonu 1/320 titrede pozitif olarak sonuçlandı. Brusella menenjit ön tanısıyla vankomisin, asiklovir kesildi. Seftriakson tedavisine doksisisiklin 2x100 mg, rifampisin 1x600 mg eklendi. BOS brucella aglütinasyon çalışılması için LP yapıldı. Hastanın takibindeki BOS tetkikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastanın yatışı boyunca ateşi olmadı. Semptomları geriledi. Gelişinde saptanan gözde grade 2 papil ödem takibinde geriledi. Tedavinin birinci ayında taburcu edildi. Tedavi uyumsuzluğu nedeniyle şikayetleri tekrarlayan hasta üç ay sonra enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Yatış verildi. LP yapıldı. BOS direkt bakıda mm³'te 10 lökosit, 10 eritrosit görüldü. BOS biyokimyasında glukoz 24.8 mg/dl, total protein 286 mg/l olarak saptandı.

Tablo 1: Tedavi Günü ve BOS Bulguları

Tedavi günü	BOS direkt bakı hücre sayımı, mm ³ 'te	BOS brucella coombslu tüp aglütinasyonu, titre
1	20 lökosit, 10 eritrosit	1/80
19	250 lökosit, 62080 eritrosit	1/80
29	70 lökosit	Negatif

Sonuç: Brusellozun endemik olduğu bölgelerde açıklanamayan nörolojik bulguları olan hastalarda nörobruselloz akla gelmelidir. Klasik menenjit üçlüsü (ateş, ense sertliği, bilinç kaybı) nörobrusellozda nadiren görülür. BOS'a iyi geçen ajanlarla uzun süreli tedavi planlanmalıdır. Olgumuzda doksisisiklin, rifampisin, seftriakson rejimi tercih edilmiştir, rutin tetkiklerle klinik ve laboratuvar yanıt alındığı görülmüştür. Takip ve tedavi uyumsuzluğu hastalığın tekrarlamasına yol açmıştır.

Anahtar Kelimeler: brucella, nörobruselloz, menenjit



S50

Multipl Sklerozu Taklit Eden Nörobruselloz Olgusu

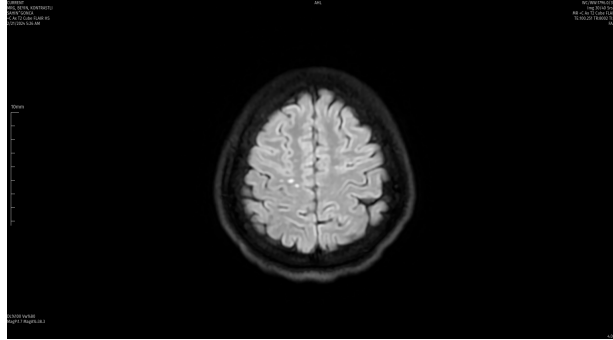
Ongay Külirkin Kara¹, Semanur Kuzi¹, Sabahat Çeken¹, Eda Çolak¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Etlik Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: Bruselloz multisistemik tutulum yapabilen ve çeşitli klinik prezentasyonlarla kendini gösterebilen zoonotik bir hastalıktır. Dünyada en sık görülen zoonoz olan brusellozun prevalansı Akdeniz havzası, Orta Doğu, Orta ve Güneydoğu Asya'da daha yüksektir. Bulaşın en sık nedenleri enfekte hayvansal ürünlerinin tüketilmesi ve enfekte hayvan dokularıyla direkt temastır. Bu olguda Multipl Skleroz ön tanısıyla izlenirken; nörobruselloz tanısı alan bir olgu sunulacaktır.

Yöntem: Bilinen kronik hastalığı olmayan 31 yaşında kadın hasta, bir yıldır ara ara olan baş dönmesi ve unutkanlık, son beş aydır sol kolda uyuşma şikayetleriyle dış merkez nöroloji polikliniğine başvurmuş. Hastadan istenen kontrastlı beyin Manyetik Rezonans görüntülemesinde supra/periventriküler beyaz cevherde, korpus kallozuma dik yerleşimli T2A FLAIR nodüler hiperintensiteler izlenmiş (Görsel 1) ve demyelinizan hastalık lehine yorumlanmış. Bir ay süreyle 1x32 mg metilprednisolon kullanan fakat fayda görmediğini düşünen hasta, hastanemiz nöroloji kliniğine başvurmuş. Ayırıcı tanı amacıyla tarafımıza konsülte edilen hastanın, Çankırı'nın bir merkez köyünde büyükbaş hayvancılık yaptığı, iki sene önce bruselloz nedeniyle iki ay Rifampin+Doksisisiklin kullanımı olduğu öğrenildi. Anamnezde son üç ay içerisinde gece terlemesi ve kilo kaybı tarifleyen hastanın bilinç bulanıklığı yoktu. Tetkiklerde Rose-Bengal testi pozitif, tüp aglütinasyon testi 1/320, Coombs'lu tüp aglütinasyon testi 1/1280 titre gelmesi üzerine hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Alınan beyin omurilik sıvısında (BOS) 10 lökosit/mm³, glukoz seviyesi normal ve protein 517 mg/L (referans değer 150-450) idi. BOS numunesiyle çalışılan Brusella tüp aglütinasyon ve Coombs'lu tüp aglütinasyon testleri negatif olan hastanın, BOS Brusella PCR testinin pozitif gelmesi üzerine nörobruselloz tanısı konularak hastaya Seftriakson (2x2gr), Rifampin (1x600mg) ve Doksisisiklin (2x100mg) başlandı. Hastanın enfeksiyon hastalıkları ve nöroloji tarafından takipleri devam etmektedir.

görsel 1



supra/periventriküler beyaz cevherde korpus kallozuma dik yerleşimli T2A FLAIR nodüler hiperintensiteler

Bulgular: Bruselloz, genitoüriner tutulumdan artrite, enfektif endokarditten üveite kadar çok farklı sistemlerin tutulumuyla prezente olabilir. Bruselloz vakaları içinde nörobrusellozun prevalansının %4 olduğu tahmin edilmektedir ve nadir de olsa MS'i taklit eden görüntüleme bulgularıyla gelen vakalar olduğu bildirilmiştir. Bu olguda nörolojik yakınmalarla hastaneye başvuran, görüntüleme ile değerlendirilip tedavi başlanan hastanın anamnezi detaylandırıldığında tanı ve tedavi yaklaşımı tamamen değişmiştir.

Sonuç: Hasta muayene ederken detaylı anamnez almak, epidemiyolojik özellikleri ve hastalık geçmişi sorgulamak, doğru tanı koymak için hayati öneme sahiptir. Çeşitli klinik belirti ve bulgularla farklı branşlara başvuran, bruselloz açısından risk grubunda olan hastalar değerlendirilirken; brusellozun nadir tutulumları akılda tutulmalı ve araştırma yaparken modern çağın avantajlarından olan moleküler tanı yöntemleri de gereğinde kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, Nörobruselloz, Multipl Skleroz



S51 Botulizmin İki Yüzü

Ahmet Demirci¹, Sibel Bolukçu¹, Ayşe Alga Batırel¹

¹Kartal Dr. Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi

Amaç: Botulizm, Clostridium Botulinum'un ısıya duyarlı toksininin etkisiyle oluşan nörolojik belirti ve bulgularla seyreden bir hastalıktır. Ateşi olmayan, bilinci açık hastalarda nörolojik bulgular ve şüpheli besin tüketimi öyküsü varlığında botulizm akla gelmelidir. Bu bildiride ev yapımı domates konservesi tüketimi sonrasında aynı aileden üç kişide ortaya çıkan botulizm olguları ve ek olarak iyatrojenik bir botulizm olgusu sunulmuştur.

Yöntem: Kliniğimizde takip edilen iki ayrı botulizm olgusu

Olgu 1: Bilinen hastalık öyküsü ve düzenli ilaç kullanımı olmayan 29 yaşında kadın hasta acil servise diplopi ve disfaji şikâyetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede üst ekstremitelerde 4/5 motor güç kaybı saptandı. Görme muayenesinde sola ve dışa bakış kısıtlılığı mevcuttu. Hastanın teyzesinin benzer belirtiler ile dış merkez sağlık kuruluşuna başvurduğu ve serebrovasküler olay ön tanısı ile takip edildiği öğrenildi. Hastanın başvurusuyla birlikte teyzesinin eşinin de benzer belirtiler ile acil servise başvurusu oldu. Anamnez derinleştirildiğinde, tarif edilen üç kişinin de aynı evde yaşadığı ve beş gün önce ev yapımı domates konservesi tükettiği öğrenildi. Hasta ve yakınlarına yoğun bakım ünitesi şartlarında botulizm antitoksini ve metronidazol tedavisi başlandı. Hasta antitoksin tedavisi sonrası servis takibine alındı, yatışının yedinci gününde yutma güçlüğü ve bakış kısıtlılığı gerileyen hasta taburcu edildi. Etkilenen diğer aile üyeleri de benzer şekilde tedavi yanıtıyla izlemde ek patoloji olmayarak taburcu edildi. Aynı besini tüketen diğer beş aile üyesinde herhangi bir belirti gözlenmediği öğrenildi.

Olgu 2: Bilinen hastalık öyküsü ve düzenli ilaç kullanımı olmayan 26 yaşında kadın hasta acil servise halsizlik, baş dönmesi, ellerde uyuşukluk, pitozis ve disfaji ile başvurdu. Acil serviste beyin tomografisi ve difüzyon manyetik rezonans görüntülemeleri yapılarak nörolojik değerlendirme sonrasında akut vasküler patoloji düşünülmemiş. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde başvurudan dokuz gün önce özel bir merkezde hiperhidrozis tanısı ile bilateral koltuk altına ve avuç içlerine botoks uygulaması yaptırdığı öğrenildi. İyatrojenik botulizm düşünülen hastaya EMG yapıldı. EMG bulguları nöromüsküler kavşakta presinaptik bölgede fonksiyon bozukluğu olarak görüldü ve botulizm ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta iyatrojenik botulizm ön tanısı ile servisimize interne edildi ve botulizm antitoksini uygulandı ve metronidazol tedavisi başlandı. Hasta yatışının 5.gününde semptomları büyük oranda gerilemiş halde taburculuğu yapıldı ve yakın poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Botulizm tanısı için hastalıktan şüphe önemli olup, öykü ve klinik bulgular tanı için daha anlamlı olmaktadır. Farklı merkezlere, benzer şikâyetlerle başvuran ve ortak besin tüketimi olan olguların arasındaki ilişkinin saptanması önemlidir. Günümüzde tedavi ve kozmetik amaçlı botulizm toksini kullanımı artmış olup buna bağlı iyatrojenik botulizm varlığı uygun anamnezi olan olgularda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Botulizm, Flask Paralizi, Botoks, Anti-Toksin



S52

DÖRDÜNCÜ KEZ TEKRARLAYAN BİR VİSSERAL LEYİŞMANYOZ OLGUSU

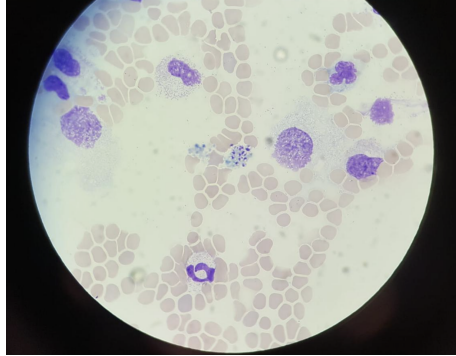
Ümmü Kübra Öztürk¹, Eda Alp Göker¹, Meliha Meriç Koç¹, Özlem Altuntaş Aydın¹

¹sağlık bilimleri üniversitesi, Başakşehir çam ve Sakura şehir SUAM

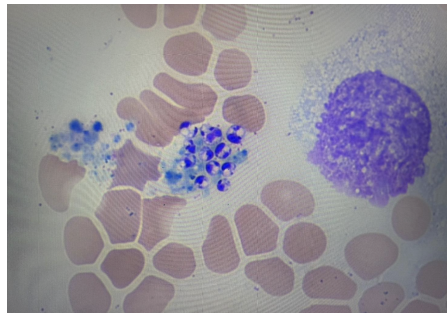
Amaç: Leyişmanyoz, protozoa grubunda yer alan Leishmania parazitinin sebep olduğu ve enfekte dişi kum sineklerinin ısırığı ile bulaşan bir hastalıktır. Hastalık asemptomatik seyredebileceği gibi viseral leyişmanyoz(VL) kadar ilerleyebilir.İmmünsupresyonun ve HIV enfeksiyonunun VL için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir.Bu bildiride bilinen kanıtlanmış immunosüpresif hastalığı olmayan, uygun tedaviye rağmen tekrarlayan bir VL olgusu sunulmuştur.

Yöntem: 45 yaşında Karabük'te yaşayan erkek hasta ishal, kusma, ateş şikayetleri ile hastanemize başvurdu.Hastanın hikayesinde 2021 yılında benzer şikayetlerle başvurduğu hastanede pansitopeni saptanması nedeniyle yapılan kemik iliği(Kİ) biyopsisinde Leishmania amastigotlarının görülmesi üzerine VL tanısı konulduğu, 14 gün lipozomal amfoterisin-B (L-amb) tedavisi aldığı ve şifa ile taburcu edildiği öğrenildi.Hastanın 2021-2024 yılları arasında hastaneye 3 kez daha yatırıldığı,Kİ ve duodenum biyopsilerinde amastigotların görüldüğü ve her defasında L-amb tedavisi aldığı öğrenildi.Hastanın özgeçmişinde ayrıca Ocak 2023'te protenüri saptanması nedeniyle yapılan böbrek biyopsisinde glomerüler immün kompleksler görülmesi sonucu sistemik lupus eritematozus(SLE) tanısı konulduğu, prednizolon ve mikofenolik asit tedavisi başlandığı öğrenildi.Hasta anamnezinde 2021 yılından bu yana 15 kilo kaybettiğini, ciddi beslenme problemleri yaşadığını ve yemek sonrası kusmalarının olduğunu ifade etti.Muayenesinde genel durumu düşük, kaşektikti. BMI:11.8 kg/m2 idi. Vücut sıcaklığı:36°C Nabız:72 Tansiyon:122/62 saptandı.Tetkiklerinde Anti-HIV testi negatif saptandı.Wbc:2950 mCL, Neu:2410 mCL, Lym:360 mCL, Hgb:9.9 gr/dL, Plt:86000 µL idi.Kİ yaymasında Leishmania amastigotları görüldü (Resim1-2). L-amB (5mg/kg/gün) başlandı.Romatolojiye SLE açısından yeniden danışıldı. ANA,ENA negatif olması, klinik olarak SLE düşünülmemesi nedeniyle immunosüpresif tedavileri kesildi. Altta yatan diğer immunsupresif hastalıklar açısından istenen CD4+ T lenfosit düzeyi 83 saptandı.CD4 düşüklüğünün immunsupresif tedavi ya da malnutrisyon ile ilişkili olabileceği düşünüldü.Tekrarlayan VL olgularının tedavisiyle ilgili literatürde farklı yaklaşımlar olup daha yüksek dozda ve uzun süreli L-amb tedavisi ve sekonder profilaksi yaklaşımları söz konusudur.

Resim 1-2



Resim 1-2





SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



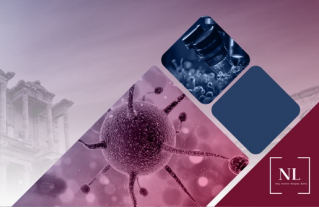
20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



Sonuç: L-AmB, günümüzde VL için tedavide ilk seçenektir. Yaklaşık 1 aylık süre içinde bölünmüş dozlarda toplam 40mg/kg L-amb uygulaması VL tedavisi için yeterlidir. Fakat bağışıklığı baskılanmış hastalarda Leishmania parazitleri tedavinin ardından on yıllarca kalabilir ya da immünosupresyon durumu olduğunda reaktivasyon da gelişebilir. Burada sunduğumuz olguda 4. kez tekrarlayan VL atağı olmasına rağmen henüz kesin bir immünosüpresif hastalık tanısı mevcut değildir. Bununla birlikte hastalık sürecinde ortaya çıkan malnutrisyon da VL tekrarlamasına sebep olmuş olabilir. Bu nedenle hastaların beslenmelerine dikkat edilmesi ve malnütrisyonun ortadan kaldırılması oldukça önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: visceral leishmania, immunkompetan



S53

Prokalsitonin Yüksekliği ile Seyreden Nedeni Bilinmeyen Ateş Tablosu

Arife Mavi¹, Semiha Çelik Ekinci¹, Aziz Ahmad Hamidi¹, Ercan Yenilmez¹

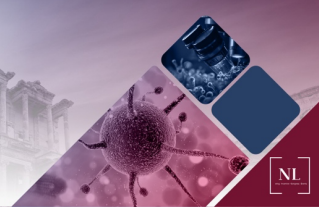
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Nedeni bilinmeyen ateş(NBA), üç haftadan uzun süren araştırma ile odak bulunamayan 38,3°C'den yüksek ateştir. En sık neden (%34-39) infeksiyöz nedenler ve romatolojik nedenlerdir (%20-23). Bu çalışmada prokalsitonin(PCT) yüksekliği ile gelen NBA olgusunu sunduk.

Bulgular: 24 yaş kadın hasta, 15 gündür olan ateş, halsizlik ve öksürük şikayeti ile başvurdu. 2 hafta önce dış merkeze 5 gündür olan vücut ve boğaz ağrısıyla başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde: PCT:314,55 ng/mL Sedim:68mm/sa, CRP:330 mg/L ve D-dimer:1100 gelen hastaya ampirik antibiyotik başlanmış. Kültürlerinde üreme olmamış. USG'de sağ alt kadranda 6 cm boyutunda lezyon? sebebi ile üst abdomen BT; D-dimer 11290 emboli? sebebi ile BT anjiyografi ve BT enterografi yapılmış. Patoloji saptanmamış. Batın BT: sağ overde kist+batın içi peritonda kirlenme, kadın doğum PID düşünmemiş. Çekilen EKO'da vejetasyon saptanmamış. Tiroid USG'de gland boyutlarında artma ve KBB muayenesinde tiroid palpasyonla ağrı sebebi ile hastada KBB tarafından akut tiroidit düşünülmüş, NSAİİ verilmiş. CMV IgM, EBV-VCA IgM ve Parvovirus B-19 IgM pozitif gelmiş. Çekilen boyun USG'de BL jugulodigastrik alanda sağda 24x6.5 mm ve solda 22x5.3 mm, juguler zincirde boyutunda 23x5.5 mm boyutunda oval yapıda kalın korteksli reaktif lenf nodu? lenfadenit? saptanmış. Kendi isteği ile taburcu olmuş, hasta iki hastaneye daha başvurmuş, PCT:566, CRP:339, WBC:39330, ferritin:7167, ALT:277, AST:475 olan hasta kliniğimize yatırıldı.Fizik muayenesinde, sol submandibular LAP ve karaciğerde 2 cm matitte vardı ve traube kapalıydı. Hastanın sırt ve periumblikal bölgesinde eritemli, döküntüleri mevcuttu. WBC:17700, sedimentasyon:139, CRP:156.97, LDH:475, PCT:1.53 saptandı. Anti HCV, Anti HIV, Anti-HAV IgG/IgM: negatif, HBsAg: negatif. Toxoplazma IgG/IgM: negatif sonuçlandı. EKO'da vejetasyon saptanmadı. Kan kültürlerinde üreme olmadı.Periferik yaymasında eritrositleri hipokrom mikrositer, myeloid seride sola kayma yok, hipersegmente nötrofil izlendi, atipik lenfosit yoktu, trombositleri yeterliydi. Boyun USG, tiroid fonksiyon testleri, anti TPO, antiroglubilin, TRAB antikorları ile birlikte endokrinoloji tarafından değerlendirildi ve subakut tiroidit ve diğer tiroid patolojileri ekarte edildi. Kontrol boyun USG'de lenf nodlarının boyutları küçülmüştü. El ve ayak distal interfalangial eklemlerinde ağrı ve şişlik gelişen hastadan romatoloji tarafından ANA, RF ve antitrioid antikorları istendi. PET-CT istendi ve hasta romatoloji kliniği olan üst kuruma sevk edildi. İstenen PET CT "lenfoproliferatif hastalık?" "hipermetabolik lenf nodlarına yönelik histopatolojik inceleme yapılması" önerildi. KI-bx: normal, LN-bx: reaktif LN çıkmış. Döküntüler ESH'da tanımlanmış olan flajellata tip döküntü ile uyumlu bulunmuş ve biyopsi yapılmış. Lezyon histomorfolojik olarak ESH ile uyumlu bulunmuş. PET-CT ile malignite dışlanan hastaya ESH tanısı ile steroid ve metotreksat başlanmış.

Resim 1. Lezyonların 1.günü





Resim 2. Lezyonların 5.günü



Resim 3. Lezyonların 12.günü



Sonuç: NBA tanısı birçok branşın birlikte değerlendirdiği multidisliner bir yaklaşım gerektirir.

Anahtar Kelimeler: NBA, erişkin still hastalığı



S54

Görme Kaybı ile Başvuran ve HIV Tanısı Alan Bir Nörosifiliz Olgusu

Özlem Öztekin¹, Şerife Altun Demircan¹, Gülten Sungur², Serhat Basut¹, Sami Kınıklı¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara

Amaç: HIV ile sifiliz enfeksiyonu birlikteliği sık görülmektedir. Görme kaybı ile başvuran oküler sifiliz olarak değerlendirilen nörosifiliz tanısı alan HIV ile yaşayan bir olgu sunulacaktır.

Bulgular: İki yıldır metamfetamin bağımlılığı olan 32 yaşında kadın hasta iki ay önce sağ gözünde başlayan görme bulanıklığı sonrası tam görme kaybı ve sol gözünde görme bulanıklığı ile göz hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Sağ gözde panüveit ve tama yakın görme kaybı, sol gözde optik disk ödemi ve papillit saptanan hastanın yapılan tetkiklerde Anti-HIV pozitif, sifiliz ELISA (IgM+IgG) pozitif, VDRL >1 /256, TPHA >1/2560 olması üzerine servisimize yatırıldı. Nörosifiliz ön tanısı ile lomber ponksiyon yapıldı. BOS wbc 27/μl (%92 MN), BOS rbc 1/μl, BOS glukoz 50 mg/dL (eş zamanlı kan şekeri 117 mg/dL), BOS protein 361 mg/L, BOS VDRL ½ olarak saptandı. Hastaya kristalize penisilin G 6x4 milyon ünite başlandı. HIV RNA 43040 IU/mL, CD4 yüzdesi 21 ve sayısı 250 saptandı. Fizik muayenede yaygın lenfadenopatileri olan hastaya yapılan yüzeysel ultrasonografide her iki servikal zincir, aksiller ve inguinal bölgede reaktif görünümde lenf nodları saptandı. Serum Lyme IgM ve IgG negatif, Bartonella henselae IgG 1/256 titrede pozitif saptandı. Sol gözde Bartonella enfeksiyonuna bağlı tutulumu olmayan ancak sağ gözde fundus değerlendirilmesi yapılamayan, yaygın lenfadenopatileri olan hastanın Bartonella enfeksiyonu ekarte edilemediği için servikal bölgeden yapılan lenf nodu biyopsisi sonrası kristalize penisilin tedavisinin yedinci gününde ilaç-ilaç etkileşimleri dikkate alınarak dolutegravir 2x50 mg, lamivudin 1x300 mg ve Bartonella göz tutulumu ekarte edilemediği için azitromisin 1x250 mg, rifampisin 2x300 mg başlandı. Kristalize penisilin tedavisi 14 güne tamamlanan hastanın Bartonella göz tutulumu değerlendirilemediği için başlanan azitromisin tedavisi yedinci gününde kesilip doksisisikline geçildi. Hasta dolutegravir 2x50 mg, lamivudin 1x300 mg, doksisisiklin 2x100 mg, rifampisin 2x300 mg reçete edilerek taburcu edildi. Lenf nodu biyopsisi tanısal olmayan sitoloji şeklinde raporlandı. Biyopsiden gönderilen Bartonella henselae kültür ve PCR negatif, Lyme PCR negatif, ARB boyama negatif, tüberküloz PCR negatif saptandı. M.tuberculosis kompleks kültürü MGIT üreme olmadı. Tekrarlanan Bartonella henselae IgG serolojisi negatif saptandı. Takiplerinde sağ gözdeki üveitte gerileme ve sol gözde optik disk ödeminde azalma vardı. Haftalık poliklinik kontrollerinde lenfadenopatilerin gerileme eğiliminde olduğu görüldü. Doksisisiklin ve rifampisin tedavisi altı haftaya tamamlanıp kesildi. Antiretroviral tedavinin ikinci ayında olan hastanın göz hastalıkları tarafından takibi devam etmekte olup sol gözdeki görme kaybı tama yakın düzeldi, sağ gözdeki görme kaybında ise gerileme mevcuttur.

Sonuç: Nörosifiliz hastaları geç başvuru sonucu görme kaybı ile gelebilmektedir. HIV ve sifiliz koenfeksiyonu sık olup sifiliz ile başvuran her hastada HIV araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV seropozitifliği, sifiliz, nörosifiliz



S55

Otosifiliz Tanısı Konulan Sekonder Sifiliz Ve HIV Ko-enfeksiyonu Olgusu

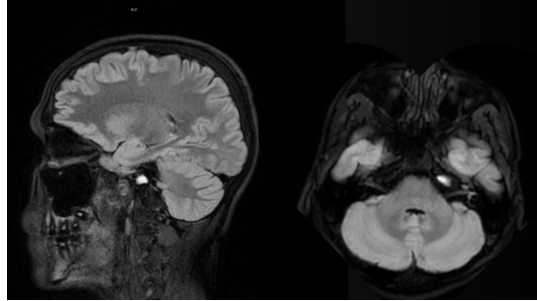
Nurhayat Yılmaz¹, Dilek Bulut¹, Aslı Haykır Solay¹, Abide Akbayrak¹, Semanur Kuzi¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Etlik Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: Sifiliz multisistemik tutulum yapabilen ve hastalığın evresine bağlı olarak çok farklı klinik prezentasyonlarla tanı alabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Prevelansı HIV pozitif bireylerde daha yüksektir ve sifilizin otosifiliz gibi nadir görülen formlarına daha sık rastlanmaktadır. Bu olguda işitme kaybı ile gelen, eş zamanlı HIV ve sifiliz tanısı konulan otosifiliz hastası tartışılacaktır

Yöntem: Bilinen hastalığı olmayan 24 yaşındaki erkek hasta acil servise baş dönmesi, işitme kaybı, kulakta çınlama şikayetleri ile başvurmuş. İstenilen tahlillerinde CRP yüksekliği olan hasta polikliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın poliklinikte yapılan fizik muayenesinde avuç içi ve ayak tabanında pigmente maküler döküntüleri mevcuttu. Hastanın öyküsünde biseksüel olduğu ve altı ay öncesinde MSM şüpheli cinsel temasının olduğu öğrenildi. Anti-HIV doğrulaması pozitif gelen hastadanın sistem sorgusunda 10 gündür olan görmede bulanıklık ve işitme kaybı da olması nedeni ile ileri tetkik için servis yatırıldı. Yatışı esnasında yapılan kontrastlı manyetik rezonans görüntülemesinde solda petrozit ile uyumlu alan görüldü (görsel1). Takipleri sırasında VDRL1/128 titrede pozitif gelmesi üzerine otosifiliz ön tanısı ile hastaya lomber ponksiyon yapıldı. BOS(beyin omurilik sıvısı)'ta hücre görülmedi. BOS proteini normaldi, BOS VDRL ve TPHA sonucu negatif geldi. Hastanın döküntüleri sifiliz 2.dönem lezyonları ile uyumlu bulundu(görsel2). Eş zamanlı olarak yapılan odyolojik değerlendirmede hastanın sol kulağında sensörinöral işitme kaybı saptanması üzerine hastaya otosifiliz tanısı ile 24 milyon IU Penisilin ve 60 mg prednol tedavisi başlandı. Takiplerinde hastaya antiretroviral tedavi başlandı. Birinci haftada yapılan kontrol odyometrik değerlendirmede hastanın işitme kaybının gerilediği görüldü. Hasta toplamda 14gün penisilin ve prednol tedavisi aldı ve şifa ile taburcu edildi.

Görsel 1

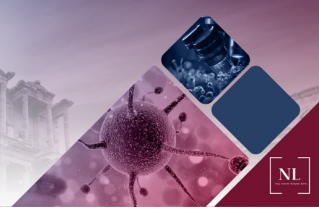


Kontrastlı Manyetik Rezonans görüntülemesinde petrozit ile uyumlu alan

Görsel 2



Sifiliz ikinci dönem lezyonları ile uyumlu döküntü



Bulgular: Sifiliz cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon hastalığıdır. Prevelansı ve bulaş riski HIV pozitif nüfusta daha fazladır ve özellikle MSM bireyler en yüksek bulaş riskine sahiptir. Olgumuz da belirtilen risk grubundadır. Otosifiliz, sifilizin daha az tanınan bir komplikasyonudur ve geri dönüşümsüz işitme kaybına yol açabilir. Bizim olgumuzda hastanın işitme kaybı geri dönüşlü olmuştur. Otosifiliz hastalığının herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir ancak en sık erken evrelerde tanımlanır. Olgumuz sifilizin sekonder evresinde iken tanı almıştır. Otosifiliz'i teşhis etmek için odyolojinin dışında görüntüleme yöntemlerinin tanısal değeri kısıtlıdır. Mevcut olgumuzun MRG görüntüleri petrozit ile uyumlu bulunmuştur.

Sonuç: Özellikle HIV ile enfekte bireylerde sifiliz varlığında detaylı bir semptom sorgusu ve fizik muayene nadir görülen bu prezentasyonların atlanmaması açısından önem arz etmektedir. Otosifiliz, antibiyotik tedavisiyle iyileşebilen ve potansiyel olarak tedavi edilebilen az sayıdaki işitme kaybı türlerinden biridir. Bu nedenle işitme kaybı gibi yeni gelişen semptomları olan özellikle HIV pozitif bireylerde akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, Sfiliz, Otosifiliz, İşitme Kaybı



S56

Serebral Sıtma Olgusu

Burcu Balta¹, Buse Koç¹, Tuba Özgümüş¹, Gamze Durmaz¹, Ayşe İnci¹, Nagehan Didem Sarı¹

¹SBÜ İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi ,Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

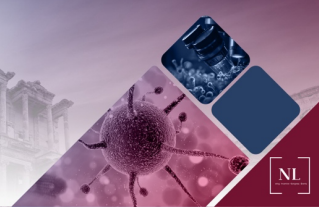
Amaç: Serebral sıtma klinik seyir

Yöntem: Yüksek ateş ve bilinç bulanıklığı klinik semptomlarıyla başvuran yurtdışı kaynaklı serebral sıtma vakası değerlendirilmiştir.

Bulgular: 47 yaşında edinsel immun yetmezlik tanısı olan erkek hasta yüksek ateş ve bilinç bulanıklığı ile acil servise başvurdu.Hasta Güney Afrika uyruklu ve 18 gün önce Gabondan Türkiye'ye gelmiş.Geliş vitalleri ; ateş 38,9°C, nabız 102/dk, kan basıncı 133/70 mmHg, solunum 25/dk. Nörolojik muayanesinde GKS 10,ense sertliği yok, Kerning ve Brudzinski bulguları negatif.Acil serviste ilk bakılan kan tetkiklerinde WBC: 8,8 M/uL HGB: 16,2 g/dl PLT: 60 M/uL üre:70,9 mg/dl kreatinin: 2.2 mg/dl AST: 82,7 U/L ALT:104,8 U/L CRP:116 mg/L prokalsitonin:12,1 ng/mL INR:1,7 PTZ: 22,3 sn olarak saptandı.Beyin BT ve DWI MR de özellik yoktu, PAAC grafisi normaldi.Ateş yüksekliği ve bilinç bulanıklığı olan hastaya menenjit ön tanısı ile LP yapılması planlandı ancak INR 1.7 olduğu için yapılamadı. Akut bakteriyel menenjit ekarte edilemediği için seftriakson 2x2 gr iv+vankomisin 2x1 gr iv tedavisi başlandı.Afrika'da bulunma öyküsü olan hastada sıtma için kalın damla, ince yayma ve hızlı antijen testleri yapıldı.Tetkiklerin sonucunda P. Falciparum saptandı. Hastaya serebral sıtma tanısı ile 2,4 mg/kg IV artesunat tedavisi başlandı.Tedavinin 2.gününde hastada ateş yanıtı alındı ve bilinci açıldı.Tedavinin3.gününde parazit yoğunluğu %1 ve oral tedaviyi tolere edebilmesi üzerine artemeter lumafantrin tedavisine geçildi.5.günde kreatinin değeri yükselen Kre:10.4 görülen hastaya nefroloji önerisiyle acil hemodiyaliz planlandı.Hastanın yatışının 15.gününde hemoglobin düşüşü izlendi.LDH ve bilirubin yüksekliği olduğu görüldü,haptoglobin düşük görüldü.Periferik yayma yapıldı hemoliz bulgusu görülmedi. İlaç sonrası olması sebebi ile G6PD gönderildi, sonucu normal geldi.Hemoglobin düşüşü artesunatla ilişkili geç başlangıçlı anemi olarak değerlendirildi.

Sonuç: Endemik bölgelere seyahat öyküsü olan hastalarda ateşle birlikte bilinç bulanıklığı olduğunda sıtma akılda tutulması gerekir.Serebral sıtma (SS); P. falciparum sıtmasının ciddi bir nörolojik komplikasyonudur ve hamilelerde,splenektomililerde ve immunsuprese kişilerde risk daha fazladır.Tedavi kararı hastalığın ciddiyetine, klorokin-dirençli P.Falciparum olup olmamasına göre belirlenir.Artesunat tedavisini takiben aneminin gecikmiş başlangıcı tarif edilmiştir.Bu sebeple intravenöz artesunat ile tedavi edilen hastaların tedaviden 7,14 ve 30 gün sonra tekrar hemogram kontrolü yapılarak gecikmiş hemolitik anemi açısından izlenmesi tavsiye edilir.Bizim olgumuzda 15.gününde hemoglobin düşüşü tespit edilmiş, anemi etiyolojisine yönelik yapılan tetkikler sonrasında artesunat ilişkili olduğu düşünülmüştür.Şiddetli sıtmada, serebral sıtmanın yanında anemi,koagülopati,hipoglisemi ve akut böbrek hasarı görülebilir.Akut böbrek hasarının patogenezinde intravasküler hemolize bağlı yüksek hücre dışı hemoglobin konsantrasyonunun oksidatif renal tübüler hasarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: serebral sıtma, P. falciparum, artesunat, hemolitik anemi



S57

Bakteriyemi ile Seyreden ve Kompartman Sendromuna Yol Açan Deri Şarbonunun Yönetimi

Büşra YÜCE ÖZTÜRK¹, Aliye BAŞTUĞ¹, Hilal YALÇIN¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Amaç: Şarbon, *Bacillus anthracis*'in etken olduğu, esas olarak koyun, keçi, sığır gibi otçul hayvanlarda görülen zoonotik bir enfeksiyondur. *B. anthracis* gram-pozitif, endospor oluşturan bir basildir. İnsanlara, enfekte hayvanların derisi, eti ve yünüyle temas, enfekte etlerin yenmesi veya sporların inhale edilmesi sonucu bulaşır. Bakterinin vücuda giriş yerine göre deri, solunum, gastrointestinal sistem ve enjeksiyon şarbonu şeklinde görülebilmektedir. Deri şarbonu, olguların %95'ini oluşturmaktadır. Olgumuzda kompartman sendromuna giden ve bakteriyemi ile seyreden komplike deri şarbonunun yönetiminde önemli noktaları vurgulamayı amaçladık.

Yöntem: Veriler HICAMP sisteminden incelenmiştir

Bulgular: Bilinen FMF tanılı, Bala/Ankara'da yaşayan ve hayvancılıkla uğraşan 38 yaş kadın hasta acil servisimize kolda yara şikayeti ile başvurdu. Anamnezinden koyun kestikten 4 gün sonra sağ ön kolda kaşıntılı yara geliştiği, sonrasında ateş, üşüme titreme ve halsizlik eklendiği öğrenildi. Ayrıntılı sorgulandığında hastanın yaşadığı köyde şarbon ile enfekte hayvan vakalarının olduğu, eşinin de 10 yıl önce şarbon tanısı ile tedavi aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; sağ ön kolda bileğin proksimalinde bir adet 3 cm çapında ekimotik ülsere lezyon ve kolda yaygın ödem olduğu görüldü. Hasta acil servisten şarbon tanısı ile doksisisiklin reçete edilerek taburcu edildikten 3 gün sonra lezyonlarda artış, eşlik eden ateş nedeni ile tekrar acil servise başvurdu. Bu süreçte doksisisiklin tedavisini 1 gün kullandığı öğrenildi ve hastanın enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Fizik muayenesinde; ateş 38°C, sağ ön kolda yaygın ödem, kızarıklık, yeni gelişen ikinci bir ekimotik lezyon ve 2 adet bül saptandı. Hastaya penisilin G ve antitoksin amaçlı klindamisin tedavisi başlandı. Tedavinin birinci gününde hastanın ödem ve ağrı şikayetlerinin artması, büllöz lezyonlarının çoğalması ve nabızların alınamaması üzerine Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi'ye danışıldı. Hastaya kompartman sendromu açısından fasiyotomi önerildi. Hasta tüm riskleri kabul ederek operasyonu istemediğini beyan etti. Takibinde hastaya 4x1 NSAID ve 1 mg/kg IV prednol başlandı. Elevasyon, soğuk uygulama yapıldı. Hastanın yaklaşık 8 saat sonra ödem ve ağrı şikayetleri azaldı. Takibinde kan kültüründe iki şişede de *B. cereus* üredi. Mikrobiyoloji laboratuvarı ile görüşüldü ve şarbon şüphesi belirtilerek örnek Maldi-TOF'ta tekrar çalışıldığında *Bacillus anthracis* olarak tiplendirildi. Penisilin G ve klindamisin tedavisi 14 güne tamamlandı. Prednol tedavisi de 3 gün verildi. Takiplerinde semptomlarının ve kolundaki ödemin gerilemesi üzerine hasta şifa ile taburcu edildi.

Yatışının 1. günü



Sağ ön kolda lezyonlarda artış ve yeni gelişen bül ile acil servise ikinci başvurusu

Yatışının 2. günü



Hastaya başlanan tedavinin 1. gününde kolda ödem artışı ve kompartman sendromu

Yatışının 2. günü



Kolda gelişen ödem, kompartman sendromu şüphesi



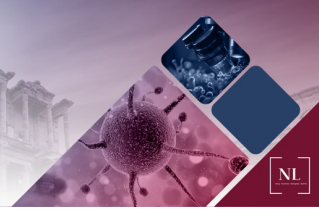
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



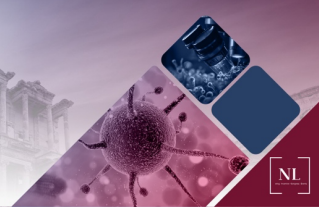
20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



Sonuç: Sonuç olarak ülkemizde endemik olan deri şarbonu nadir de olsa bakteriyemi ile seyredabilmekte ve ayrıca yaygın ödemle kompartman sendromuna gidebilmektedir. Rutin olarak önerilmemekle birlikte bu olgularda steroid tedavisinden yarar görülebileceği ve antitoksin etkisi nedeniyle bakteriyostatik bir ajan olan klindamisin tedaviye eklenebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Şarbon, kompartman sendromu, Bakteremi



S58

Ürolojik Girişim Sonrası Gelişen Candida tropicalise Bağlı Bir İnfektif Endokarditi Olgusu

Sena İstanbullu¹, Şerife Altun Demircan¹, Duygu Uskan¹, Sami Kınıklı¹, Salih Cesur¹

¹S.B.Ü. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Ankara

Amaç: Ürolojik girişim öncesi idrar kültürü yapılması genel bir yaklaşım olmakla birlikte asemptomatik bakteriürisi olan kişilerde etkene yönelik profilaksi altında girişim ya da tedavi verilip kontrol idrar kültüründe üreme olmadığı görüldükten sonra girişim yapılması tartışmalı bir konudur. Ürolojik girişim öncesi kandidüri için profilaksi ya da tedavi almamış, aort ve mitral kapak replasmanı olan bir hastada gelişen bir candida endokarditi olgusu sunulacaktır.

Bulgular: Sistolitotropi ve TUR-P operasyonu geçiren 68 yaşında hasta acil servise ateş ve genel durum bozukluğu şikayeti ile başvurmuş. Acil serviste kan ve idrar kültürü alınıp sefiksime tablet ve fosfomisin şaşe reçete edilerek taburcu edilmiş. Evde ateş yüksekliği devam eden hasta iki gün sonra polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde diabetes mellitus, aort ve mitral kapak replasmanı öyküsü mevcut olan hastanın acil serviste alınmış olan idrar kültüründe 10³-4 Candida tropicalis, kan kültüründe flukonazol duyarlı C. tropicalis üremesi üzerine kandidemi tanısı ile servisine yatırılıp anidulafungin tedavisi başlandı. Hastanın takiplerinde bakılan kan sonuçları tablo 1. de gösterilmiştir. Ürolojide bir ay önce pre-operatif alınan idrar kültüründe 10³-4 C. tropicalis ürettiği görüldü. Yatışında yapılan transtorasik ekokardiyografide vejetasyon saptanmadı. Bir gün sonra yapılan transözefageal ekokardiyografide (TEE) mitral kapak üzerinde hareketli 1,2x1,2 cm çapında vejetasyon izlendi. Göz dibi muayenesinde özellik olmayıp tedavisinin ikinci gününden itibaren günlük kontrol kan kültürleri alındı. Anidulafungin tedavisinin ikinci gününde ilaç temin edilemediği için flukonazole geçildi ve toplam tedavinin 10. gününe kadar C. tropicalis üremeye devam etti (tablo 2.) ancak üçüncü gününden itibaren ateş yüksekliği olmadı. Tedavinin yedinci gününde yakınlarını tanıyamama ve davranış değişikliği nedeni ile çekilen beyin bilgisayarlı tomografide sol parietal ve oksipital bölgede hipodens parankim alanları kaydedildi. Yapay kapaklarının magnetik rezonans görüntüleme (MRG) uyumluluğu bilinmediği için difüzyon MRG çekilemedi. Nöroloji tarafından septik emboliye bağlı serebrovasküler olay ön tanısı ile antikoagülan tedavi başlandı ve yoğun bakım takibi önerildi. Hasta toplam tedavinin yedinci gününde yoğun bakım ünitesine devredildi. Tedavinin 14. gününde yapılan kontrol TEE'de hareketli 1,2x1,2 cm çapında vejetasyon devam etmesi üzerine hastaya operasyon planlanarak kalp damar cerrahisine devri planlandı. Yapay kalp kapağı nedeni ile takipli olduğu merkeze opere olmak üzere tedavinin 14. gününde sevk edildi.

Tablo 1. Hastanın takiplerinde bakılan kan sonuçları

Lab./Tarih	05/04/23	07/04/23	15/04/23	19/04/23	22/04/23	23/04/23
HGB (g/dl)	10,7	10,9	10,1	9,6	10,2	9,1
WBC (10 ⁹ /L)	11900	14070	11170	10480	10430	11370
CRP (mg/dl)	171	-	96	113,5	115,8	112
Proc. (µg/dl)	0,218	-	0,204	0,306	0,230	0,190
Kreatinin (mg/dl)	1,1	1,0	1,14	1,07	0,98	0,95
GFR (ml/dk)	67,1	77	66	71	79	82
AST (U/L)	32	24	21	18	19	26
ALT (U/L)	63	48	28	20	13	19
INR	-	1,9	5,8	2,3	2,86	3,07



Tablo 2. Hastanın kültür sonuçları

12/03/23	idrar kx:	C. tropicalis (10 ³⁻⁴)
05/04/23	kan kx:	C. tropicalis (Flukanazol S)
05/04/23	idrar kx:	C. tropicalis (10 ³⁻⁴)
10/04/23	kan kx:	C. tropicalis (Flukanazol S)
12/04/23	kan kx:	C. tropicalis (Flukanazol S)
14/04/23	kan kx:	C. tropicalis (Flukanazol S)
16/04/23	kan kx:	C. tropicalis (Flukanazol S)
18/04/23	kan kx:	C. tropicalis (Flukanazol S)
20/04/23	kan kx:	üreme yok
22/04/23	kan kx:	üreme yok

Sonuç: Ürolojik girişimsel işlemler öncesinde asemptomatik kişilerde de idrar kültürü istenmesi, kültür sonucuna göre profilaksi veya tedavi verilmesi gereklidir. Aksi takdirde bakteremi ve kandidemi riski mevcuttur. Protez kapak ise endokardit gelişimi için kolaylaştırıcı bir faktör olup bakteremi ve kandidemi sırasında bu hastalarda doğal kapaklara göre endokardit gelişme olasılığı daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: endokardit, kandidemi, ürolojik cerrahi prosedürler, kandidüri



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi

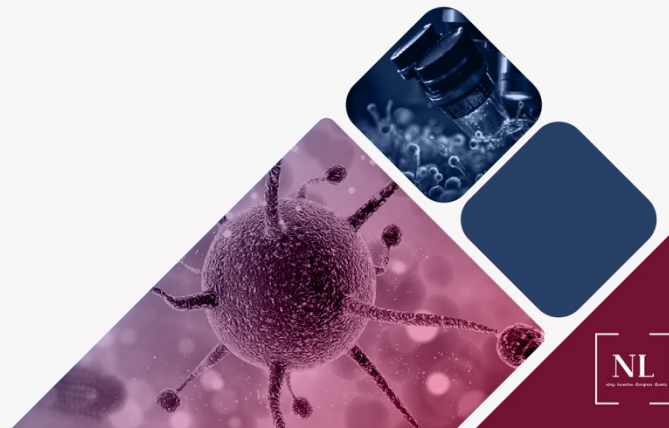


POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ

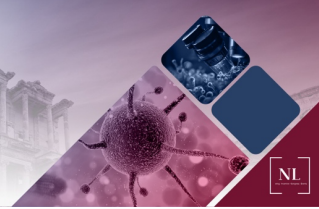
www.asistankongresi.com

20-22 NİSAN 2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - *İzmir*



NL



P1

Sağlık Bakım İlişkili Enfeksiyon Etkeni Bakterilerin Direnç Oranlarının Yıllara Göre Değişimi, Tek Merkez Deneyimi

As. Dr. Fatma Nur Gezer¹, As. Dr. Hilal Baş¹, As. Dr. Selçuk Kavak¹, As. Dr. Sümeyye Taşdöken¹, Doç. Dr. Alpay Arı¹

S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sağlık bakım ilişkili enfeksiyon etkeni mikroorganizmaların direnç özelliklerinin yıllara göre değişiminin araştırılması

Yöntem: Sağlık bakım ilişkili enfeksiyon etkeni olarak saptanmış gram negatif bakterilerin genişletilmiş spektrumlu betalaktamaz (GSBL), karbapenemaz direnç oranları, Staphylococcus aureus'ların metisilin direnç oranları ve Enterokokların vankomisin direnç oranları 2016 -2023 yıllarındaki enfeksiyon kontrol komitesi sürveyans verilerinden taranmıştır.

Bulgular: Genişletilmiş spektrumlu betalaktamaz oranları Klebsiella pneumonia bakterilerinde %52'den %92 ye belirgin biçimde artış gösterirken, Escherichia coli bakterilerin de %83 den %69 'a gerileme gözlenmiştir. Karbapenem direnç oranları en yüksek Acinetobacter türlerinde saptanmakta olup genellikle %90 üzerindedir. Karbapenem dirençli Klebsiella pneumoniae bakterilerinin oranı %45 'den %85' e çıkmıştır. E.coli bakterilerinde karbapenem direnci 2016-2017 de neredeyse saptanmazken 2023 senesinde %19 gibi yüksek oranlar gözlenmiştir. Pseudomonas aeruginosa bakterilerinde gözlenen karbapenem direnç oranları genel olarak yatay bir seyir izlemiş ve %30-50 bandında seyretmiştir. Staphylococcus aureus türlerindeki metisilin direnç oranları dalgalı biçimde seyretmiş en yüksek değerler (%50) 2017 ve 2020 senelerinde gözlenmiştir. Enterokok bakterilerindeki vankomisin direnç oranları 2020 senesinde %19 gibi yüksek değerlere ulaşmış fakat daha sonra düşüş göstermiştir.

Sağlık Bakım İlişkili Enfeksiyon Etkeni Bakterilerin yıllar içerisinde görülen direnç oranları

Yıllar	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
S.aureus MRSA	%0	%50	%38	%14	%20	%33	%50	%20
Enterokok VRE	%0	%0	%0	%5	%19	%6	%9	%0
Klebsiella GSBL (+)	%52,5	%59	%75	%84	%80	%85	%95	%92
Klebsiella spp Karbapenem Dirençli	%45	%44	%51	%47	%77	%76	%88	%85
E.coli GSBL (+)	%83	%82	%52	%65	%53	%64	%66	%69
E.coli Karbapenem Dirençli	%0	%0,05	%9	%2	%6	%2	%17	%19
Pseudomonas aeruginosa Karbapenem Dirençli	%37,5	%56	%51	%62	%49	%66	%60	%40
Acinetobacter Karbapenem Dirençli	%96	%96	%92	%90	%85	%92	%98	%86



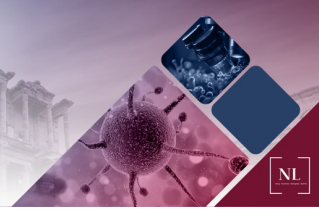
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



Sonuç: Hastanelerde sağık bakım ilişkili enfeksiyon etkenlerinde görülen direnç oranlarının izlemi özellikle ampirik tedavi seçiminde ve izolasyon önlemlerinin alınmasında yol gösterici olmaktadır. Direnç özellikleri incelendiğinde karbapenem direncinin yıllar içerisinde giderek arttığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: antibiyotik direnci, gram negatif bakteri, gram pozitif bakteri, sağık bakım ilişkili enfeksiyon



P2

Seftazidim/Avibaktam ile Tedavi Edilen Hastaların Klinik ve Mikrobiyolojik Özellikleri ve Prognozlarının Araştırılması

As. Dr. Selçuk Kavak¹, As. Dr. Sümeyye Taşdöken¹, As. Dr. A.Petek Kapçak¹, As. Dr. Fatma Nur Gezer¹, As. Dr. Hilal Baş¹, As. Dr. Feden Şimşek¹, Doç. Dr. Alpay Arı¹

S.B.Ü. İzmir Bozyaka EAH

Amaç: Sağlık uygulama tebliğinde belirtilen kurallar çerçevesinde kısıtlı kullanımı olan seftazidim/avibaktam ile tedavi edilen hastaların klinik ve mikrobiyolojik özelliklerinin ve tedavi sonrası prognozlarının araştırılması amaçlanmıştır

Yöntem: Hastane eczanesindeki kayıtlardan seftazidim/avibaktam (SEF/AVİ) kullanılan hastalar tespit edilmiştir. Tespit edilen hastaların demografik özellikleri (yaş cins ve hastanede yatış süresi), laboratuvar özellikler (etken mikroorganizmaları ve saptandıkları kültür örnekleri, enfeksiyon türü, CRP, beyaz küre sayısı), klinik özellikleri (kültür alınma tarihi ile antibiyotik başlama tarihi arasındaki süre, öncesinde kullanılan antibiyotik rejimleri, eşlik eden hipertansiyon, diabetes mellitus koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, KOAH, akut/kronik böbrek yetmezliği, hematolojik malignite, solid organ tümörü varlığı; sepsis varlığı) ve prognoz özellikler (tedavi sırasında, tedavi sonrası 15 günde ve tedavi sonrası 30 günlük mortalite) hastane bilişim sistemi kayıtlarından retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: İncelenen 57 hastanın (41 erkek) yaş ortalamaları 59 ± 20 idi. Tedavi edilen mikroorganizmaların 51 tanesi Klebsiella pneumonia, 7 tanesi Pseudomonas aeruginosa (bir hastada iki etken saptanmıştı) idi. Hastaları 32'i solunum sistemi enfeksiyonu, 18'i kan dolaşım sistemi enfeksiyonu, beşi yara yeri enfeksiyonu biri idrar yolu enfeksiyonu ve biri de santral sinir sistemi enfeksiyonu nedeniyle SEF/AVİ kullanmıştı. Hastaların 17 si 14 günlük tedavi sırasında, beşi tedavi sonrası 14 günlük dönemde beşi tedavi sonrasındaki 30 günlük dönemde kaybedildi. Hastalara SEF/AVİ tedavisinin kültür alındıktan sonra ortalama $5,7 \pm 5,7$ gün sonra tedavi başlanabildiği saptandı. Hastaların SEF/AVİ tedavisi öncesinde 11'inin karbapenem (KAR), 29'unun KAR+kolistin ve yedisinin KAR+tigesiklin/amikasin tedavisi almakta olduğu görüldü. Hastaların incelenen özelliklerinden sepsis ve akut böbrek yetmezliğinin istatistiksel anlamı olmasa da sayısal olarak 30 günlük mortaliteyi etkilediği gözlemlendi.

Sonuç: Çalışmamızda SEF/AVİ tedavisi verilen hastaların yaklaşık yüzde 52 sinde 30 günlük sağ kalımın sağlandığı görülmüştür. Hastalarda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da başlangıçta sepsis ve akut böbrek yetmezliği bulunmasının 30 günlük sağ kalımı etkilediği gözlenmiştir. Hastaların kültürlerinin sonuçlanma ve tedavi başlama süreleri sef/avi tedavisinin başarısını artırabilir. Daha yüksek hasta sayıları ile yapılacak çalışmaların gerekli olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: seftazidim avibaktam, yoğun bakım, klebsiella pneumonia, dirençli gram negatif, sepsis



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi

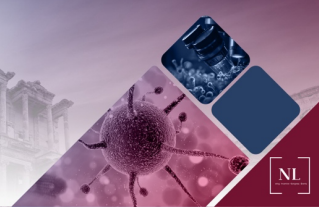


20-22
NİSAN
2024
Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - *İzmir*



P3

Bildiri geri çekilmiştir.



P4

Aşılama Öyküsü Bilinmeyen Bir Yetişkin Kızamık Olgusu

İrem Aşkın Yılmaz¹, Selma Tosun¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: Kızamık, ateş, halsizlik, döküntü, öksürük, burun akıntısı ve konjonktivit ile karakterize oldukça bulaşıcı bir viral hastalıktır. Kızamıktan korunmanın en etkin yolu aşılama'dır. 1960'lı yıllardan itibaren kızamık aşısının kullanıma sunulması hastalığın görülme sıklığını azaltmıştır. Eksik aşıli kişiler enfeksiyona duyarlı olma durumlarını sürdürdükleri için, daha geç ya da erişkin yaşta salgınlar görülebilmektedir. Bu yazıda aşılanma durumu bilinmeyen yetişkin olgumuzda kızamığın klinik seyrini inceleyeceğiz.

Bulgular: 18 yaşında ek hastalığı olmayan kadın olgu döküntü, ateş ve öksürük şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurmuştur. Anamneze göre döküntülerden 2 gün önce ateş yüksekliği, kırgınlık ve öksürük şikayeti başlamış. Ateş sonrasında döküntüleri saçlı deriden başlayan ve gövdeye yayılan kaşıntısız makülopapüler görünümdeydi. Hastanın Suriye kökenli olduğu aşı öyküsünü bilmediği ayrıca döküntülü hastalık geçiren bir kişiyle temas, seyahat, ilaç kullanım, böcek ısırma, şüpheli cinsel temas öyküsü olmadığı öğrenildi. Fiziki bakıda genel durumu iyi, bilinci açık, oryante koopere, aksiller vücut ısı: 36,8°, arteriyel kan basıncı: 120/60 mmHg, nabız: 87/dakika, solunum sayısı: 21/dakika idi. Orofarenks muayenesi hiperemik idi. Koplik lekesi yoktu. Yüzünde, gövdesinde ve üst ekstremitelerde belirgin olmak üzere basmakla solmayan makülopapüler döküntüleri vardı. Laboratuvar incelemesinde; kan beyaz küresi: 5.09 x10³/µL (%65,4 nötrofil), hemoglobin: 14.2 g/dL, trombosit: 317x10³/µL, sedimentasyon: 16 mm/saat C reaktif protein: 32.2mg/L, AST: 56 U/L, ALT: 40 U/L idi. Hasta kızamık ön tanısı ile servisimize yatırıldı. Standart önlemler ve solunum izolasyon önlemleri alındı. Halk sağlığına bildirim yapıldı ve örnek gönderildi. Ayırıcı tanılar açısından sifiliz, HIV, parvovirus B19 ve varisella tetkikleri istenildi. Klinik takiplerinde ateş yüksekliği gelişmeyen ek şikayeti olmayan hastanın hastanemizde bakılan kızamık IgM ve IgG pozitif saptandı. Halk sağlığı laboratuvarından da kızamık PCR sonucunun pozitif olduğu öğrenildi. Temaslı ve aşılaması olmayan yakınlarına bağışıklanma önerildi. Yatışının 5. gününde döküntüleri geriledi. Takiplerinde komplikasyon görülmeyen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Kızamık aşı ile önlenabilir bir hastalık olmasına rağmen, tüm dünyada hala önemli bir sağlık problemidir. Aşılanma programlarının uygulanması ve kapsayıcılığın giderek artmasıyla salgın insidansları düşmüş ve salgınlar arası dönemler uzamıştır. Bununla birlikte Covid19 pandemisi sırasında dünya genelinde çocukluk çağı aşılarında aksamalar olması, kızamığa duyarlı havuzun artışı, aşı karşıtlığı ve göçmenlerin aşılarının aksamış olması gibi nedenlerle kızamık vakalarında artış gözlenmektedir. Eliminasyon hedeflenirken bir vaka dahi görülmesi "salgın" olarak kabul edilmelidir. Prodromal dönemde klinik ile tanı koymak zor olabilir. Ülkemizde son yıllarda vaka sayısı artmakta olup makülopapüler döküntüsü olan hastalar olası vaka olarak değerlendirilip ayırıcı tanıda mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: kızamık, aşı, bağışıklama, izolasyon



P5

{Desulfovibrio Desulfuricans}'a Bağlı Bir Karaciğer Apsesi Olgusu

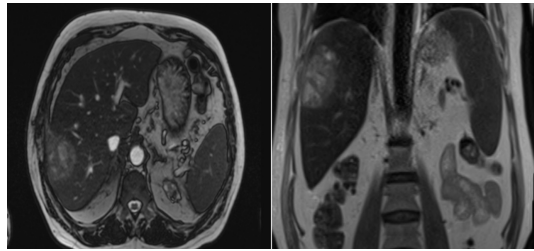
Kader AKPUNAR¹, Çiğdem ATAMAN HATİPOĞLU¹, Serife ALTUN DEMİRCAN¹

¹SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

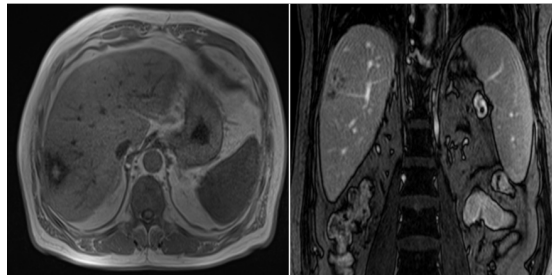
Amaç: Piyojenik karaciğer apselerinde anaerob etkenlerin kültürde saptanmaları ve identifiye edilmeleri zordur. İnsanda nadir olarak enfeksiyon yapabilen gram negatif anaerob bir bakteri olan Desulfovibrio desulfuricans' ın izole edildiği bir karaciğer apsesi olgusu sunulacaktır.

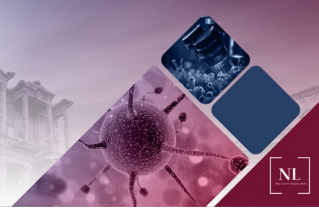
Bulgular: Diyabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği tanıları olan ve fistülden hemodiyalize giren 70 yaş erkek hasta üç gündür olan ateş, ishal ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Akut gastroenterit ön tanısı ile kliniğimize yatırılıp gaita mikroskopisinde bol lökosit olması nedeni ile seftriakson başlandı ve abdomen ultrasonografi (USG) planlandı. Tedavisinin 3. gününde ateşinin devam etmesi nedeni ile seftriakson kesilip ampirik olarak piperasilin tazobaktam tedavisine geçildi. Abdomen USG' de, karaciğerde kistik-nekrotik alanlar bulunan hipoekoik solid nodül görülmesi üzerine tümör markerları, Brucella serolojisi, ekinokok İHA istendi. Tümör markerları, Brusella serolojisi ve ekinokok İHA negatif saptandı. Gaitada cryptosporidium, giardia, Entamoeba histolyca antijeni negatif idi. Tüberkülin deri testi anerjikti. Kan kültürlerinde gram pozitif sinyal olması ve hastanın ateşinin de devam etmesi üzerine piperasilin tazobaktam tedavisine teikoplanin eklendi. Ateş odağı araştırmak için eko yapıldı, vejetasyon saptanmadı. Çekilen kontrastlı abdomen BT'de, karaciğerde septalı multiloküle kitle lezyonu saptanıp pankreas başı dolgun ve distal kesimi izlenmedi şeklinde raporlandı. Girişimsel radyoloji tarafından lezyona yapılacak biyopsi sırasında lezyonun apse olarak değerlendirilmesi üzerine örnekleme yapılarak dren takıldı. Pürülan materyalden gram boyama, aerob ve anaerob kültür, tüberküloz için ARB, PCR ve kültür gönderildi. Piperasilin tazobaktam 6. gününde teikoplanin 3. gününde olan hastanın ateşinin devam etmesi üzerine piperasilin tazobaktam tedavisi kesilerek meropenem'e geçildi. Alınan sekiz set kan kültüründe (ikisi aerob-anaerob) üreme olmadı. Teikoplanin tedavisi ilk gram pozitif kok sinyalinin kontaminasyon olarak raporlanması üzerine 10. günde kesildi. Örnekten gönderilen anaerob kültürde Desulfovibrio desulfuricans üremesi saptandı. Tüberküloz için gönderilen örneklerde ARB negatif olup üreme olmadı. Hastanın ara ateşinin devam etmesi üzerine etkenin direnç durumu bilinmediği ve total antibiyoterapinin 21. gününde apse boyutunda anlamlı küçülme olmadığı için meropenem tedavisine metronidazol eklendi. İntravenöz tedavinin 28. günü metronidazol tedavisinin 17. gününde, ateşi tamamen gerileyen, USG'de apse boyutları belirgin gerilemiş olan hasta moksifloksasin tedavisine geçilerek taburcu edildi. Toplam tedavi 6 haftaya tamamlandı. Tedavi sonunda çekilen abdomen USG'de lezyon tamamen kayboldu.

Şekil 1: Tedavi öncesi karaciğer apsесinin MR görüntüleri, 40*58*60 mm (AP*TR*KK) boyutlarında septa içeren multiloküle kitle lezyonu



Şekil 2: Drenaj ve antibiyotik tedavisi sonrası karaciğer apsесinin MR görüntüleri, 32*21*30 mm (AP*TR*KK)





Laboratuvar parametrelerinin takibi

	crp mg/l	sedim mm/h	wbc 10 ⁹ /l	procalsitonin mikrogram/l	üre mg/dl	ürikasit mg/dl	kreatinin mg/dl	gfr ml/dk/1.7	ast u/l	alt u/l	ggt u/l	t.bilirubin mg/dl
yatış	290		9,3	61.76	146	7,2	9,7	5	45	62	54	0,42
piperasilin tazobaktam tedavisi başlangıcı	200	89	10,2	81,51	178	7,7	9,9	5				
meropenem tedavisine metronidazol eklendikten 48 saat sonra	61	112	5,9		105	6,0	6,4	8	12	16	109	0,28
taburculuk	8	75	4,8	0.48	102	6,23	6,2	8	16	8	50	0,26

Sonuç: {Desulfovibrio desulfuricans}, insanlarda nadiren enfeksiyona neden olan ve karaciğer apsesi de yapabilen anaerob bir gram negatif bir basildir. İntraabdominal kaynaklı olan bu etken immunsupresif hastalarda da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: desulfovibrio desulfiricans, karaciğer apsesi, intraabdominal enfeksiyon



P6

Yaşlı Hastalarda Nadir Görülen Bir Erişkin Still Hastalığı Olgusu

Enes Topcu¹, Fatma Bayrak Erdem¹, Habip Gedik¹

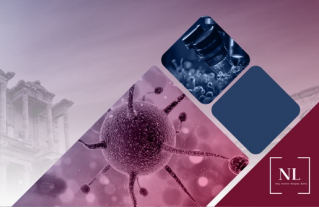
¹Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Erişkin Still Hastalığı (ESH) genellikle genç erişkinlerde görülen, etiyolojisi net olarak aydınlatılmamış sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Tanısı büyük çoğunlukla klinik bulgulara dayanılarak konulmakla birlikte hastalık bir ekartasyon tanısıdır. Ateş, döküntü, artralji gibi bulgularla giden diğer enfeksiyonlar, romatizmal ve malign hastalıkların dışlanması önemlidir. Bu olguda 71 yaşında ateş tetkik nedeniyle yatırılan ve ESH tanısı konan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Bulgular: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 71 yaş erkek hasta 2 haftadır olan ateş, halsizlik ile yatırıldı. Fizik muayenesinde patoloji saptanmadı. Takiplerinde ateşi tipik olarak özellikle akşamları 39°C'ye kadar yükseldi. Laboratuvar değerleri; lökosit:21500/mm³, ESH: 120 mm/saat, CRP: 326 mg/L, PCT: 2.35 ng/mL, Hb:10.4 g/dL, TİT: 3 lökosit, Ferritin:2539 µg/L, RF, ANA, Anti-ds DNA, SMA, AMA, negatif sonuçlandı. Toraks ve tüm batin tomografisinde, her iki akciğer parankiminde yer yer hafif peribronkovasküler yoğunluk artışı, sol böbrekte büyüğü 9 mm boyutunda bir iki adet kalkül saptandı. Pnömoni ön tanısıyla yatışında piperasilin tazobaktam ve klaritromisin başlandı. Transtorasik ve transözefageal EKO'da enfektif endokardit lehine patoloji saptanmadı. 39°C ateş ve AFR yüksekliği devam etmesi üzerine piperasilin tazobaktam ve klaritromisin 7. günde kesilerek meropenem başlandı. Meropenem 3. gününde 38°C ateş olması üzerine tedaviye vankomisin eklendi. Hastaya çekilen servikal, aksiller ve yüzeysel USG'de en büyüğü sağ inguinal bölgede 27.5 mm reaktif vasıfta LAP saptandı. Baş ağrısı gelişen hastada USG ile temporal arterit dışlandı. Anemisi ve sedimentasyon yüksekliği olan hastaya endoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Sonucunda anlamlı patoloji saptanmadı. Hemogramda monositozu olan hastaya periferik yayma ve kemik iliği biyopsisi yapıldı. Toksik granülasyon saptandı. Takibinin 19. gününde halen enfektif odak saptanmaması üzerine meropenem ve vankomisin tedavisi kesildi. PET-BT çekildi: Her iki femoral arter ve tibial arter trasesinde artmış FDG tutulumu izlenmiştir şeklinde raporlandı. Ateşli dönemlerde alınan toplam 10 set kan kültüründe üreme olmadı. Takibinin 17. gününde, 39°C'ye varan ateşlerini ve AFR yüksekliğini açıklayacak organik patoloji saptanamayan hasta Romatoloji'ye konsülte edildi. Ateşi, lökositozu olan, ANA ve RF negatif saptanan hastaya Erişkin Başlangıçlı Still hastalığı(ESH) ön tanısı ile 4 gün boyunca 60 mg Metilprednisolon başlandı. Metilprednisolon altında ateşi olmadı ve dördüncü günün sonunda CRP, lökositoz, prokalsitonin geriledi. 48 mg Metilprednisolon ile Romatoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Erişkin Still Hastalığı, klinik olarak birçok enfeksiyon hastalığına benzeyebilir. Ayırıcı tanıda enfeksiyon, malignite ve diğer romatolojik hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle genç erişkinlerde görülen ESH'nin, olgumuzda olduğu gibi nadiren de olsa yaşlı bireylerde gözükebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin Still Hastalığı, Ateş, Nedeni Bilinmeyen Ateş



P7

**Ateş Yüksekliği, Lenfadenopati ve Pansitopeni ile Başvuran Hemofagositik
Lenfohistiyoitoz Olgusu**

Ayşenur Akbay¹, Esra Gündüz¹, Keziban Semiz Kırmızı¹, Aliye Baştuğ²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Amaç: Hemofagositik lenfohistiyoitoz(HLH) T lenfosit, natural killer(NK) hücreleri, makrofaj fonksiyonlarında bozulma, pro-inflamatuar sitokinlerin aşırı üretimi ve hemofagositoz sonucu ateş, hepatosplenomegali ve sitopeninin ön planda olduğu bir sendromdur. En sık tetikleyicisi enfeksiyonlardır. Bunu maligniteler ve otoimmün hastalıklar izler. Bu raporda, ateş ve multisistemik tutulumla gelen enfeksiyona sekonder bir HLH olgusu sunulmaktadır.

Yöntem: Veriler HICAMP sisteminden retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Bolu/Gerede’de yaşayan, 3 haftadır boyunda ağırlı şişlik, ateş, öksürük ve balgam şikayetleri ile dış merkez KBB’ye başvuran 22 yaş kadın hastaya sefdinir reçete edildiği öğrenildi. Bilinen hastalığı veya sürekli kullandığı ilaç yoktu. Şikayetlerinde gerileme olmaması nedeniyle tekrar başvurusunda, pansitopeni saptanan hastanın lenfoproliferatif hastalık düşünülerek yatırıldığı hematoloji servisinde, nötropenik ateş ön tanısıyla iv antibiyotik kullanma öyküsü mevcuttu. Ateş yüksekliğinin devamı nedeniyle kendi isteğiyle dış merkezden ayrılarak tarafımıza başvurdu. Anamnezde sadece kaynak suyu tüketimi mevcuttu. Genel durumu düşkün, ateş: 37,8°C, diğer vital bulguları stabildi. Bilateral servikal ve submandibular ağırlı LAP, bilateral bazallerde ral ve hepatomegali saptandı. Laboratuvarıda; KCFT, LDH, ferritin, trigliserid, CRP, PCT yüksekliği ve pansitopeni saptandı. Yakın zamanlı ÜSYE öyküsü, ateş, pansitopeni, hiperferritinemi ve hipertrigliseridemi saptanan hasta, HLH ve lenfoproliferatif hastalık açısından hematolojiye danışıldı. Kemik iliği biyopsisi yapıldı. Toraks BT’de buzlu cam, bilateral plevral efüzyon, multiple heterojen 1 cm’den büyük LAP, abdomen BT’de hepatomegali ve serbest mayi saptandı. Ampirik seftriakson ve doksisisiklin başlanan hastada tedavi 2. gününde ateş ve akut faz yanıtı alındı. Sol supraklavikular LAP sebebiyle GİS maligniteleri açısından yapılan endoskopide patoloji saptanmadı. Nedeni bilinmeyen ateşe yönelik tetkikleri negatif sonuçlandı. LAP biyopsisi ‘lenfoid hücrelerin komşuluğunda histiyositik hücreler ve bir kısmının ortasında nekroz’ olarak raporlandı, Kikuchi hastalığı düşünülse de doku küçük olduğundan net yorum yapılamadı. Kemik iliği aspirasyon sonucu eritro-trombo-hemofagositoz içeren kemik iliği örneği olarak değerlendirilen hastaya deksametazon başlandı. Takibinde klinik ve laboratuvar değerlerinde belirgin düzelme görülen hasta doksisisiklin 14 güne tamamlanması önerilerek taburcu edildi. Ampirik antibiyoterapisini tamamlayan ve deksametazon dozu kademeli olarak azaltılan hastamızın hematoloji takibi devam etmektedir.

Hastanın geliş, antibiyoterapi ve steroid sonrası laboratuvar parametreleri

Laboratuvar Parametreleri/Gün	Geliş	Yatışının 2. günü, ampirik tedavinin 2. günü	Yatışının 5. günü, steroid 1.günü	Taburculuk öncesi steroid 5. günü
AST	699 U/L	411 U/L	36 U/L	20 U/L
ALT	361 U/L	293 U/L	131 U/L	92 U/L
LDH	2256 U/L	1314 U/L	639 U/L	278 U/L
WBC	1740 x 10 ⁶ /L	1260 x 10 ⁶ /L	4000 x 10 ⁶ /L	9480 x 10 ⁶ /L
HGB	10.3 g/dL	9,3 g/dL	9,4 g/dL	8,2 g/dL
PLT	84.000 x 10 ⁶ /L	102.000 x 10 ⁶ /L	188.000 x 10 ⁶ /L	479.000 x 10 ⁶ /L
CRP	79 mg/L	20 mg/L	13 mg/L	3 mg/L



PCT	7,6 µg/L	1,9 µg/L	0,28 µg/L	0,06 µg/L
Ferritin		6474 µg/L	3417 µg/L	343 µg/L
Trigliserid		311 mg/dL	318 mg/dL	91 mg/L

Ampirik antibiyoterapi sonrası akut faz yanıt alındı, steroid tedavisi başlandıktan sonra ferritin anlamlı olarak geriledi ve sitopeni tablosu düzeldi.

Ateş etyoloji açısından istenen tetkikler

Anti HAV IgM: Negatif	Haptoglobulin: Negatif	Legionella pneumophila Antijeni, Spot İdrar: Negatif	Kırım Kongo (CCHFV) PCR: Negatif
HBsag: Negatif	% Retikülosit: Normal	Leptospira DNA PCR, Tam Kan: Negatif	Anti Toksoplazma IgM: Negatif
Anti HBs: Pozitif	IGRA: Negatif	Borrelia burgdorferi IgM, IgG: Negatif	Anti Toksoplazma IgG: Negatif
Anti HIV: Negatif	Brusella Rose Bengal: Negatif	Rickettsia conori IgG IFA: Negatif	Anti Rubella IgM: Negatif
RPR: Negatif	Brusella Coombs agglütinasyon: <1/160	Coxiella Burnetii Ifa Igg (Faz II), İFA: Negatif	Anti Rubella IgG: Pozitif
ESR: 25 mm/saat	Franciella Tularensis Agglütinasyon Testi: Negatif	Anti dsDNA: Negatif Anti-CCP: Negatif	Anti CMV IgM: Negatif
Vitamin B12: 444	EBV VCA IgM: Negatif	ANA, ASMA, LKM: Negatif	Anti CMV IgG: Pozitif
Folat: 9	Parvovirüs B19 DNA PCR, Tam Kan: Negatif	C3, C4: Normal RF: Normal	HSV 1 IgM: Negatif HSV 1 IgG: Pozitif
Direkt-indirekt coombs: Negatif	Periferik yayma: Atipik hücre yok, normokrom normositer plt: 100 bin uyumlu	Kırım - Kongo Kanamalı Ateş IFA IgM: Negatif	HSV 2 IgM: Negatif HSV 2 IgG: Negatif

Sonuç: HLH-2024 Tanı Kriterleri'ne göre ateş, splenomegali, sitopeni, hiperferritinemi, hipertrigliseridemi, kemik iliği-dalاک-lenf nodunda hemofagositoz, düşük NK aktivitesi, sCD25 artışı şeklindeki 8 kriterden 5'nin olması HLH için tanı koydurucudur. Etkene yönelik tedavi ve kliniğe göre deksametazon/etoposid kullanılabilir. Ateş yüksekliği ve pansitopeni ile başvuran hastalarda HLH akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ateş, pansitopeni, lenfadenopati, hemofagositoz, hemofagositik lenfositik lenfositik



P8

MENENJİTTEN MALİGNİTEYE GİDEN BİR ATEŞ SERÜVENİ

Elmas Emsal Aydoğdu¹, Merve Bozdağ¹, Aysun Yalçı¹, Gülden Yılmaz Tehli¹, Cemal Bulut¹

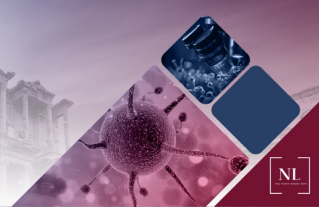
¹Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Nedeni bilinmeyen ateş önemli tanısal zorluk teşkil eden ve 200'den fazla potansiyel hastalığın tanımlandığı klinik bir sendromdur. Kapsamlı bir öykü, fizik muayene ve standart laboratuvar testleri, nedeni bilinmeyen ateş ile gelen hastanın ilk değerlendirmesinin temeli olmaya devam etmektedir. Biz de bu olgumuzda nedeni bilinmeyen ateşli bir hastaya yaklaşımımızı göstermeye çalıştık.

Bulgular: Werner sendromlu 41 yaş erkek hasta, 10 gündür olan bulantı-kusma ve ateş şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Hastanın bilinç bulanıklığı, saldırgan davranışları ve 1 haftadır devam eden idrar-gayta inkontinansı varmış. Hastanın ateş şikayeti ile mükerrer acil başvuruları olmuş, yapılan tetkiklerde akut faz reaktanları yüksek saptanmış. Hasta menenjit olarak değerlendirilerek dış merkezden nakil alındı. İlk muayenesinde genel durumu orta-kötü, bilinci bulanık, yer-kışı oryantasyonu tam, zaman oryantasyonu yoktu. Ateş: 38,5 dereceydi, ense sertliği ve meninks irritasyon bulgusu saptanmadı. 2 aydır devam eden öksürük şikayeti mevcuttu ancak oksijen ihtiyacı yoktu. Karın ağrısı tarifleyen hastada ishal, kabızlık, dizüri yoktu; muayenede defans, rebound, hassasiyet saptanmadı. 2 ayda 10 kg kaybı mevcuttu ancak gece terlemesi yoktu. Hastanın hayvancılık, çiğ süt ve taze köy peynir tüketimi yoktu. Seyahat öyküsü, böcek-kene, kedi-köpek teması, tüberküloz geçmişi yoktu. Yatışındaki kan tetkiklerinde crp: 243 mg/L, prokalsitonin: 0,4 ng/mL, wbc: 6590 cells/uL, neu%: 75 saptandı, tam idrar tetkikinde pyüri görülmedi, kan-idrar kültürü alındı. Kranial BT çekildikten sonra hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Bos berrak renksiz, pandy negatif, direkt bakısında hücre görülmedi. Bos protein: 40 mg/dL, glukoz: 50 mg/dL idi. Bos kültüründe bakteri izole edilmedi, Bos tüberküloz pcr, aarb boyama negatifti. Hastaya piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. Fizik muayenede sol supraklavikular bölgede sert fiks 3cm LAP palpe edildi. Viral, brusella, sifiliz testleri negatifti. Kan ve idrar kültürlerinde bakteri izole edilmedi. Hastaya yapılan boyun, aksillar, inguinal ve abdomen USG'de dalak parankiminde çok sayıda hipoekoik alanlar, abdominal ve bilateral inguinal bölgede patolojik lenf nodları ve sol supraklaviküler bölgede 36*25 mm LAP görüldü. Periferik yaymada eritrositer seri hipokrom mikrositer, anizositoz, poikilositoz görüldü. Atipi displazi izlenmedi. Hastanın supraklavikular lenf nodu biyopsisi hodgkin lenfoma ile uyumlu gelmesi üzerine hematolojiye nakledildi.

Sonuç: Werner sendromu (WS) skleroderma benzeri deri değişiklikleri, alopesi, kısa boy, katarakt, erken ateroskleroz ve malignitelere yatkınlıkla karakterize nadir görülen bir erken yaşlanma sendromudur. WS'lu hastalar genellikle aterosklerotik komplikasyonlar ve malign tümörler nedeniyle 40-50'li yaşlarda kaybedilmektedir. Bizim hastamızın öyküsü ve klinik bulguları da maligniteyi desteklemekteydi. Ateşli hastaya yaklaşımda komorbid hastalıkları göz önünde bulundurarak, ayrıntılı anamnez almak ve detaylı fizik muayene yapmak tanıya ulaşma sürecini hızlandırılan altın anahtarlar olacaktır.

Anahtar Kelimeler: ateş, lenfadenopati, malignite, werner sendromu



P9

Piperasilin Tazobaktam İlişkili DRESS Sendromu Gelişen Bir Olgu Sunumu

Elif Subaşı Sayın¹, Sude Soğancı¹

¹SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Piperasilin tazobaktam(PT) beta laktam grubu bir antibiyotiktir. Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms(DRESS) sendromu ateş, deri döküntüleri, lenfadenomegali ve iç organ tutulumuyla karakterize, ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Olgumuzda deri yumuşak doku enfeksiyonu nedeniyle PT almakta olan takibinde ateşinin ve döküntüsünün olması üzerine yapılan tetkiklerinde eozinofili, nötropeni, trombositopeni, transaminaz ve C reaktif proteinde (CRP) yükselme saptanan, PT tedavisinin kesilmesiyle semptomlarında gerileme olan PT ilişkili DRESS sunulacaktır.

Yöntem: Bilinen ek hastalığı olmayan 40 yaşında erkek hasta bir haftadır sağ bacakta kızarıklık, şişlik, ısı artışı şikayetleriyle acil servise başvurusu sonrasında deri yumuşak doku enfeksiyonu tanısıyla servisimize yatırıldı. Genel durumu iyi vital bulguları stabildi. Fizik bakısında tibia ön yüzünde lokalize böcek ısırması sonrası kaşımayla oluştuğu saptanan 1x2 cm açık yarası ve sağ bacakta dize kadar uzanan kızarıklık mevcuttu. Laboratuvar bulguları lökosit:13.300/mm³ (%70 nötrofil) , eozinofil %5,2, hemogloblin : 11.3 g/dl, hematokrit %33.6 trombosit sayısı 488.000/mm³, CRP 214mg/L, ALT:35 IU/L AST:22IU/L ,kreatinin:0,48mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 93 mm/saat,HbA1c:% 6,1 idi. Vücut kitle indeksi :58kg/m² hesaplandı.

Bulgular: Hastaya ampirik olarak PT 4x4,5 g iv ve teikoplanin 1x800 mg iv tedavisi başlandı. Deri yumuşak doku enfeksiyonu tanısıyla takip edilen hastanın lezyonlarında iyileşme,CRPsinde gerileme mevcuttu. Tedavinin 9.gününde ateş (38.1°C), halsizlik, yaygın vücut ağrısı gelişti. Fizik bakısında bilateral, ağrısız, mobil servikal lenfadenopati ve göğüs ön kısmında basmakla solan, kaşıntısız makulopapüler döküntü saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 2900/mm³, eozinofil %11,hemogloblin 12.6 g/dL,trombosit 134.000/mm³, CRP 100mg/L, AST:49IU/L, ALT:41 IU/L, LDH:404 U/L idi. Takibinde ortaya çıkan ateşin nedenini araştırmak için solunum yolu virüs paneli,tiroid ultrasonografisi (USG) , batin USG, transtorasik ekokardiyografi planlandı. Tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Ateşli dönemlerinde alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Periferik yayması incelenerek psödotrombositopeni dışlandı. Trombositopenisi ve ateşi olan hastada PT'a bağlı kemik iliği supresyonu geliştiği düşünüldü, PT tedavisi kesildi. Karaciğer fonksiyon testlerinde artış olması, eozinofil düzeyinin %24 saptanması ve boyun kısmında döküntülü lezyonların saptanmasıyla DRESS sendromu düşünüldü. Antibiyotiksiz takibinde ateşi olmayan, döküntülerinde gerileme olan, trombosit sayısı ve CRP'si normale dönen hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

TABLO 1

	OLGU	OLGUMUZ
1)Tedavi kesilmesine karşın sebat eden klinik bulgular	1 HAFTA	3 GÜN
2)Ateş	+	+
3)Lökosit değerlerinde anomaliler	+	+
4)Karaciğer enzim yüksekliği	+	+
5)Lenfadenopati	+	+
6)Tedavinin üç hafta sonrasında makulopapüler raş	+	+
7)2-3 hafta içinde gelişen HHV-6 reaktivasyonu	+	-

JAPON KONSENSUS GRUBU KRİTERLERİNE GÖRE OLGUMUZUN KARŞILAŞTIRMALI SUNUMU



TABLO 2:Avrupa RegiSCAR skorumaya kriterlerine göre olgumuzun değeriendirilmesi

	-1	0	1	2	OLGUMUZ
ATEŞ 38.5 °C ve üstü	H/B				0 PUAN
LENFADENOMEGALİ		H/B	E		1 PUAN
EOZİNOFİLİ EOZİNOFİL (/μL)		H/B	700- 1499	1500	1 PUAN
LÖKOSİT<4000/μL İSE,EOZİNOFİL(%)			>%10-%19.9	%20	1 PUAN
ATİPİK LENFOSİT		H/B	E		0 PUAN
DERİ TUTULUMU YAYGIN TUTULUM(%VÜCUT YÜZEY ALANI)		H/B	% >50		0 PUAN
DRESS İLİŞKİLİ BİYOPSİ		H	E/B		1 PUAN
ORGAN TUTULUMU KARACİĞER		H/B	E		1PUAN
BÖBREK		H/B	E		0PUAN
KAS/KALP			E	H/B	2PUAN
PANKREAS		H/B	E		0PUAN
DİĞER		H/B	E		0PUAN
DÜZELME SÜRESİ >15 GÜN	H/B	E			-1 PUAN
DİĞER NEDENLERİN DIŞLANMASI ANA KAN KÜLTÜRÜ HAV/HBV/HCV SEROLOJİSİ KLAMİDYA/MİKOPLAZMA YUKARIDAKİLERİN ÜÇ VE FAZLASININ NEGATİFLİĞİ			E		1PUAN

H:HAYIR E:EVET B:BİLİNMIYER HAV:HEPATİT A VİRÜSÜ HBV:HEPATİT B VİRÜSÜ HCV:HEPATİT C VİRÜSÜ TOPLAM
SKOR :<2 ANLAMLI DEĞİL;2-3 DÜŞÜK OLASILIKLA;4-5 YÜKSEK OLASILIKLI; >5 KEŞİN

Sonuç: DRESS olguları çoğunlukla antikonvülzan ilaç kullanımı sonrasında bildirilmesine rağmen antibiyotiklerle ilişkisi iyi tanımlanmış ciddi bir hastalıktır. Sulfonamid, PT, vankomisin,nitrofurontain,minosiklin vb antibiyotiklerin kullanımını takip eden 1-6.haftalarda döküntü, lenfadenopati,trombositopeni gelişen olgularda DRESS sendromunu ayırıcı tanıda düşünölmelidir.

Anahtar Kelimeler: piperasilin tazobaktam, DRESS, deri yumuşak doku enfeksiyonu, döküntü, trombositopeni



P10

Klima Tesisatında Çalışan Bir Hastada Legionella Pnömonisi Olgusu

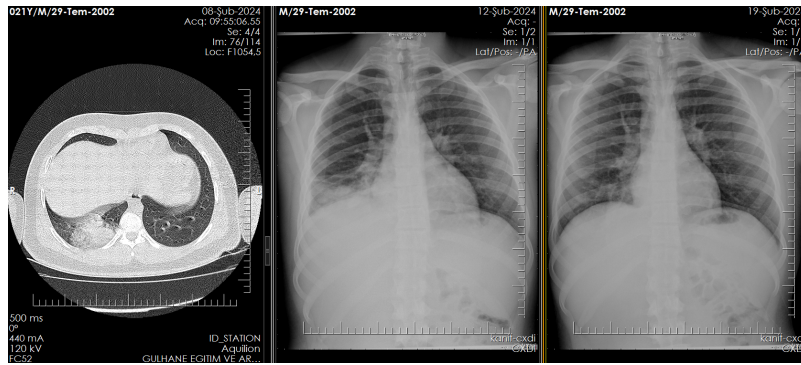
Kübra Dede¹, Sena Tunçer¹, Ümit Savaşçı¹, Cemal Bulut¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Legionella pneumophila, hafif seyirli bir klinik tablodan ağır seyirli, çoklu organ yetmezliğine kadar ilerleyebilen, geniş bir klinik spektrum gösterebilen toplum ve hastane kökenli pnömoni etkenlerinden biridir. Özellikle su sistemlerinde kolonize olarak, otel ve hastane gibi ortamlarda aerosol yoluyla bulaşarak salgınlara neden olabilir. Bu yazıda Legionella pnömonisi ile takip ettiğimiz klima tesisatında çalışmakta olan hastamızı inceledik.

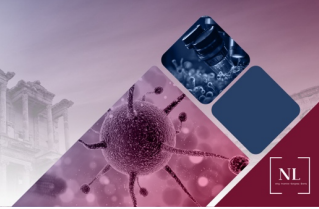
Bulgular: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 21 Y erkek hasta, yüksek ateş, halsizlik ve öksürük şikayetleri ile başvurmuştu. Fizik muayenesinde; ateş 38 derece, nabızı 110/dakika, kan basıncı 120/75 mm/Hg, solunum sayısı 26/ dakika, Oksijen saturasyonu %95 idi. Genel durumu iyi, bilinci açık ve oryante idi. Akciğer muayenesinde bilateral solunum seslerinde kabalaşma ve sağ akciğer bazalinde kaba raller mevcuttu. Akciğer yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografisinde sağ alt lobda, geniş konsolidasyon alanı çevresinde buzlu cam opasiteleri olan hastamız lobar pnömoni tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Hastaya levofloksasin 1x750 mg intravenöz tedavisi başlandı. Tedavinin 3. Gününde hastanın 39 derece ateşi devam etmekteydi. Laboratuvar bulguları; Hb: 16.7 g/dL, lökosit sayısı: 3.800/mm³, trombosit sayısı: 69.000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı: 22 mm/saat, glukoz: 120 mg/dL, üre: 17 mg/dL, kreatinin: 0.92 mg/dL, Na: 134 mEq/L, K: 4.1 mEq/L, SGOT: 60 U/L, SGPT: 50 U/L, C-reaktif protein: 209 mg/dL şeklinde idi. Hastada henüz herhangi bir etken izole edilemediği için levofloksasin stoplanarak ampirik meropenem 3x1 gr intravenöz, klaritromisin 2x500 mg peroral tedavileri başlandı, 2 gün sonra hastanın ateşi normale döndü. Anamnezi derinleştirildiğinde klima tesisatında çalışmakta olduğu öğrenilen hastadan serumda Legionella pneumophila IgM, Legionella pneumophila IgG, idrarda Legionella antijeni testleri istendi. Legionella pneumophila IgM pozitif bulundu. İdrarda Legionella antijeni negatif geldi. Balgam kültüründe ise üreme olmadı. Hastanın intravenöz antibiyoterapisi 10 güne tamamlandıktan sonra klaritromisin 2x500 mg oral tedavi ile taburcu edildi. Çekilen Posterior-anterior akciğer (PA AC) grafisinde sağ akciğerdeki konsolide alanın gerilediği görüldü.

Hastanın sırasıyla 8 şubat yüksek rezolüsyonlu akciğer bilgisayarlı tomografisi, 12 şubat ve 19 şubat posteroanterior akciğer grafisi görüntüleri



Sonuç: Olgumuzda olduğu gibi uygun anamnez varlığında, klima ve havalandırma tesisatı maruziyeti durumunda Legionella pneumophila akla getirilmelidir. Hastadan tekrarlayan ve derin anamnez alınmalıdır; risk faktörleri, çalışma koşulları ve seyahat öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Atipik pnömonilerin de lobar tutulumla uyumlu radyolojik bulguları olabileceği gözardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Legionella, Lobar pnömoni, Klima, Ateş



P11

Pnömonokok Menenjitine Bağlı Serebrovasküler Komplikasyonla Seyreden Bir Olgu

Semiha Sema Nur Karanlık¹, Esra Zerdali¹, Gönül Şengöz¹, Filiz Pehlivanoglu¹, Mustafa Yıldırım¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Streptococcus pneumoniae her yaşta ve yenidoğanlar hariç tüm hasta gruplarında bakteriyel menenjitin en yaygın nedeni olmaya devam etmektedir. Menenjitli hastalarda en yüksek komplikasyon oranı pnömokokal menenjitlilerde görülür. Erken tanı ve tedaviyle mortalite ve komplikasyon oranlarını azaltmak mümkündür.

Yöntem: Bu olgu sunumunda pnömokok menenjitine bağlı serebrovasküler komplikasyon gelişen bir olgu incelenmiştir.

Bulgular: Talasemi taşıyıcısı olan 35 yaş kadın hasta ateş ve bilinç bozukluğu nedeniyle acil servise getirildi. Bir ay önce sağ kulak ağrısı şikayetiyle değerlendirildiğinde otit tanısı aldığı ancak verilen antibiyoterapiyi kullanmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde bilinci uykuya meyilli, nonoryante-nonkoopereydi. Ekstremitelerde istemsiz çekilmeleri ve ense sertliği mevcuttu. Acil serviste vücut sıcaklığı 38,2°C ölçüldü. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Tetkiklerinde lökosit:30600/m³, nötrofil:%92, C-reaktif protein 24 kat artmıştı. INR yüksekliği nedeniyle lomber ponksiyon(LP) yapılamayan hastaya ampirik seftriakson, vankomisin, asiklovir başlandı. Hasta glaskow koma skalası(GKS) düşüklüğü nedeniyle yoğun bakım ünitesine(YBÜ) interne edildi. Takiplerinde INR gerileyen hastaya yatışının 2.gününde LP yapıldı. Beyin omurilik sıvısı(BOS) bulanık geldi, hücre sayımında 1200/mm³ lökosit, 120/mm³ eritrosit görüldü. BOS biyokimyasında: glukoz 61 mg/dl (eş zamanlı serum glukoz:149 mg/dl) protein:3284 mg/dl saptandı. Gram boyamasında az sayıda gram pozitif kok görüldü. BOS kültüründe üreme olmadı. BOS menenjit panelinde S.pneumoniae PCR pozitif saptandı. Asiklovir kesildi. Takiplerinde GKS'si düzelen hipotansiyonu gerileyen hasta yatışının 9.günü enfeksiyon servisine devralındı. Hastaya YBÜ'de deksametazon tedavisinin verilmediği görüldü. Vankomisin ve seftriakson tedavisine devam edildi. Ağrı kesiciye yanıtız baş ağrısı nedeniyle çekilen beyin manyetik rezonans(MR) görüntülemelerinde daha önceki görüntülemelerde saptanmayan sağ mastoid sellülerden orta kulağa uzanan T2AG görüntülerinde sıvı sinyali ve sağ sigmoid-transvers sinüs bileşkesinde parsiyel dolum defekti (parsiyel trombüs) saptandı. Nörolojiye konsulte edilen hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin ve varfarin başlandı. Tabuculuğunda 6 ay oral antikoagülanla devam etmesi önerildi. Takiplerinde seftriakson vankomisin tedavisi 21 güne tamamlanan, kliniği düzelen hastaya pnömokok aşısı önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Glukokortikoidlerin erken intravenöz uygulaması, bakteriyel menenjitli seçilmiş hastalarda komplikasyonların yanı sıra mortalite oranını azaltmak amacıyla adjuvan tedavi olarak değerlendirilmiştir. Bakteriyel menenjit şüphesi olan ve organizmanın henüz bilinmediği yetişkinler için deksametazon uygulanması önerilmekte olup deksametazona yalnızca BOS Gram boyaması ve/veya BOS veya kan kültürlerinde S.pneumoniae saptanırsa devam edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Komplikasyon, Menenjit, Pnömonokok



P12

İmmunkompetan Erişkin Bir Olguda Döküntüsüz Meningokok Menenjit

Zeynep Bilgin¹, Fatma Bayrak Erdem¹, Kadriye Kart Yaşar¹

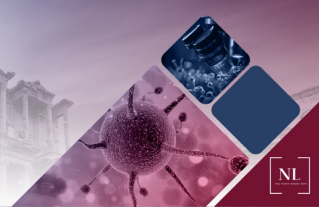
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Neisseria meningitidis genellikle 2 yaş altındaki çocuklarda akut bakteriyel menenjitin en sık sebepleri arasında yer alan ancak erişkinleri de etkileyebilen bir patojendir. Yüksek oranda mortalite ve morbidite ile seyreden meningokok menenjitli olguların %25-64'ünde peteşi veya purpura tarzında döküntü görülür. Bu çalışmada erişkin yaşta, ateşi ve döküntüsü olmayan meningokok menenjitli erkek olgu sunulmuştur.

Bulgular: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan, ailesiyle İstanbul'da yaşayan, moto-kuryelik yapan 22 yaşında erkek hasta; 2 gündür olan baş ağrısı, yaygın vücut ağrısı, ajitasyon şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde bilinci açık, koopere ve oryante olup ense sertliği mevcuttu. Kernig ve Brudzinski bulguları negatif olan olgunun diğer sistem muayeneleri normaldi. LP yapılan hastanın BOS incelemesinde mm³'te PNL hâkimiyetinde 1048 lökosit/mm³ saptandı. BOS glukoza 22 mg/dl (eş zamanlı kan şekeri 124 mg/dl) ve BOS proteini 400 mg/dl idi. Akut bakteriyel menenjit ön tanısı ile seftriakson, vankomisin ve deksametazon tedavisi başlandı. BOS kültüründe üreme olmayan olgunun BOS'unda multipleks PCR ile Neisseria meningitidis DNA'sı pozitif olarak saptanması üzerine vankomisin tedavisi kesildi. Klinik takiplerinde genel durumu düzelen ve baş ağrısı gerileyen hasta, antibiyotik tedavisi yedi güne tamamlanarak poliklinikten takip edilmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Meningokok menenjit, çocuklar dışında erişkinlerde de akut bakteriyel menenjitin en sık ikinci sebebidir. Altta yatan hastalığı olmayan ve riski bulunmayan immunkompetan erişkinlerde de döküntü olmadan meningokok menenjit görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, meningokok, Neisseria meningitidis



P13

Klinik ve BOS Laboratuvar Yanıtı Geç Elde Edilen Bir Menenjit Olgusu

Ayşe Nur Şahin¹, Emine Çelik Tellioglu¹, Ercan Yenilmez¹, Aziz Ahmad Hamidi¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Menenjit tanısıyla takip edilen olguda ampirik tedavi sonrası kısmi klinik yanıt alınmasına rağmen BOS bulgularında düzelme olmaması nedeniyle tanı ve tedavide yaşadığımız güçlükleri sunmayı amaçladık.

Bulgular: 31 yaşında erkek hasta 3 gündür olan baş ağrısı, bulantı şikayetiyle acil servise başvurdu. Ölçülmüş yüksek ateşi olmayan hastanın başvurusundan önce bayılma ve bilinçte kapanma mevcuttu. İlaç-madde kullanımı, seyahat, korunmasız cinsel temas, travma öyküsü yoktu. 1 gün öncesinde menenjit tanısı ile seftriakson 2 g uygulandığı öğrenildi. Vital bulguları stabil, Fm’de bilinç açık fakat uykuya meyilli sesli uyarılarla anlamlı verbal yanıt ve göz açma yanıtı mevcut, oryante koopere idi. Işık refleksi bilateral pozitif, pupiller izokorik olan hastanın ense sertliği pozitif, kernig ve brudzinski negatif olup fokal nörolojik bulgu saptanmadı. Hastanın acil serviste yapılan kontrastsız kranial BT’sinde paranazal sinüslerde mukozal kalınlaşmalar dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvarında WBC: 21.000/mm³ % 88 pnl, CRP: 116 mg/L. LP ile BOS incelemesi yapıldı. BOS direk mikroskobisi:1499 lökosit/mm³ giemsa inceleme ile PNL:%86 BOS glukoz:70 mg/dl eş zamanlı kan şekeri: 147 mg/dl BOS protein: 1,02 g/Lolarak görüldü, kontrol inceleme sonuçları ile tablo 1’de verildi. Hasta akut bakteriyel menenjit ön tanısı ile yatırıldı. Tedavisi kan kültürü de alınarak seftriakson 2x2 g, vankomisin 3x1 g ve deksametazon 4x10 mg olarak düzenlendi. Göz dibinde papil ödem saptanmadı. Tedavinin 3. gününde baş ağrısı devam eden hasta KİBAS, kavernoöz sinüs trombozu, menenjit komplikasyon ve predispozan açısından diffüzyon ve kontrastlı kranial MR, MR venografi yapılan hastada patolojik bulgu saptanmadı. BOS kültüründe üreme olmadı. BOS menenjit paneli negatif sonuçlandı. Steroid tedavisi 4. günde kesildi. Baş ağrısı devam eden hastada tedavinin 4. 10. ve 21. gün BOS incelemesi tekrarlandı ve Tablo 1’de sunuldu. 4. gün kontrolünde pleositozda yaklaşık %50 gerileme mevcut iken 10. günde artmış olarak görüldü. Yapılan mikrobiyolojik ve moleküler inceleme, görüntüleme ve konsültasyonlarda mevcut durumu açıklayacak enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz ek patoloji saptanmadı. Ayırıcı tanıda otoimmün hastalık, nörobeçet, romatolojik tutulum, malignite açısından ilgili branş görüşleri de alınarak ileri tetkikleri yapıldı. Takibinde baş ağrısı gerilen ve yapılan 21. gün kontrol BOS incelemesinde pleositoz gerileyen hasta geç klinik yanıtı akut bakteriyel menenjit olarak değerlendirildi. Seftriakson 21, vankomisin 14 güne tamamlanıp hasta taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde klinik ve laboratuvar patoloji görülmüdü.

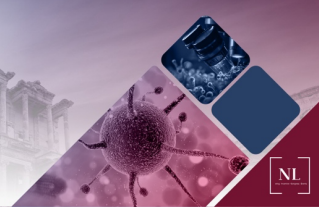
Tablo 1

BOS Bulguları	1. gün lomber ponksiyon sonuçları	4. gün lomber ponksiyon sonuçları	10. gün lomber ponksiyon sonuçları	21. gün lomber ponksiyon sonuçları
BOS hücre sayısı	1499 lökosit/mm ³ PNL:%86	760 lökosit/mm ³ PNL:%95 616 eritrosit/mm	858 lökosit/mm ³ PNL:%70	69 lökosit/mm ³ %80 lenfosit 1000 eritrosit/mm ³
BOS kültürü	Üreme olmadı	Üreme olmadı	Üreme olmadı	Üreme olmadı
Eş zamanlı kan glukozu	147 mg/dl	165 mg/dl	123 mg/dl	118 mg/dl
BOS glukozu:	70 mg/dl	98 mg/dl	48,6 mg/dl	48,4 mg/dl
BOS sodyum:	148 mEq/L	151 mEq/L	142 mEq/L	148 mEq/L
BOS potasyum	2,74 mEq/L	2,58 mEq/L	2,62mEq/L	3,07 mEq/L
BOS LDH:	43 U/L	93 U/L	34 U/L	19 U/L
BOS klor:	125,5 mEq/L	119 mEq/L	119 mEq/L	129,6 mEq/L
BOS mikroprotein	1,02 g/L	0,207 g/L	0,359 g/L	0,402 g/L

Hastanın yapılan lomber ponksiyonlarında saptanan BOS bulguları

Sonuç: Menenjit tanılı olgumuzda yetersiz BOS laboratuvar yanıtı yönetiminde tedavide spektrumun eksikliği mi, olası direnç mi, non-enfeksiyöz etyolojiler mi vardı gibi sorular aklımıza geldi. Fakat sonuçta herhangi ek tanımız olmadı ve 21. günde hastanın BOS bulgularında gerileme saptandı. Menenjit tedavisi ile birlikte pleositozda gecikmiş gerilemenin olabileceğini göstermiş olduk.

Anahtar Kelimeler: menenjit, BOS, geç klinik yanıt, pleosito



P14

Nedeni Bilinmeyen Ateşin Nadir Nedeni: Erişkin Still Hastalığı

Çiğdem Yücel¹, Ceyda Geyiktepe-Güçlü¹, Seher Arık¹, Canan Cengiz¹, Kadir Görkem Güçlü¹, Gönül Şengöz¹,
Filiz Pehlivanoglu¹, Mustafa Yıldırım¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Nedeni bilinmeyen ateşin (NBA) etyolojisi ve sıklığı yaşa göre değişkenlik göstermektedir. Enfeksiyonlar, neoplazmlar, kollajenöz ve vasküler hastalıklar NBA'ya neden olabilir. Aşağıda nadir görülen ve bir dışlama tanısı olan Erişkin Still Hastalığı olgusu sunulmuştur.

Yöntem: NBA tanısı yaklaşımı irdelenmiştir.

Bulgular: Bilinen kronik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olmayan 27 yaş erkek hasta, yaklaşık üç haftadır süren ve ayaktan çoklu antibiyotik kullanımına rağmen 40 °C'yi bulan üşüme-titrelemeyle yükselen ateş, boğaz ve eklem ağrısı yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Ateşin yükselmesiyle birlikte vücudunda yaygın makülopapüler döküntülerin geliştiği ve ateşin gerilemesiyle döküntülerin kaybolduğu öğrenildi. Seyahat öyküsü, hayvan teması, çiğ süt ve süt ürünü tüketim öyküsü yoktu. Geçirilmiş tüberküloz öyküsü ve tüberküloz teması yoktu. Fizik bakısı döküntü ve ateş yüksekliği dışında doğaldı. Toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografi (BT)'de patolojik bulgu saptanmadı. Hasta NBA ön tanısı ile Enfeksiyon Hastalıkları servisimize interne edildi. Bakılan tahlillerinde; lökosit sayısı: 14000/µl, nötrofil: 12000/µl, trombosit sayısı: 290000/µl, hemoglobin: 11.6 g/dl, C-reaktif protein (CRP): 263 mg/l, prokalsitonin: 0.23 mcg/l, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 91 mm/saat, albumin: 36 g/l, globulin: 28 g/l, AST: 106 U/l, ALT: 174 U/l, ferritin: 7533 ug/L, böbrek fonksiyon testleri normal saptandı. HBsAg, anti-HIV, anti-HCV, rose bengal, VDRL, Toksoplazma IgM ve IgG negatif, Rubella IgG, Rubeola IgG, Anti-CMV IgG, EBV EBNA IgG pozitif saptandı. Hastadan yarım saat arayla alınan üç set kan kültüründe üreme olmadı. Transtorasik ekokardiyografisinde kitle-vegetasyon saptanmadı. Yapılan boyun ultrasonografisinde bilateral servikal bölgede büyüğü sağda 21x11 mm boyutlarında olmak üzere ekojen hilusundan kanlandığı izlenen ve solda bazılarının hilusu silikleşmiş olmak üzere ovoid şekilli lenf nodları izlendi. Bunun üzerine çekilen kontrastlı boyun manyetik rezonans görüntülemesinde patolojik özellikli LAP görüldü. Eklem ağrısı, ateş, somon renginde makülopapüler döküntü, ESH ve CRP yüksekliği olan ve enfeksiyon odağı saptanamayan hastanın istenen romatolojik tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Hematolojik maligniteler açısından yapılan kemik iliği biyopsisi normaldi, çekilen PET-CT'de patolojik bulgu saptanmadı. Yamaguchi ve ark. Erişkin Still Hastalığı kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Kriterlerin tamamını karşılayan, enfeksiyöz ve inflamatuvar hastalıklarla maligniteler dışlanan hastaya Romatoloji tarafından Erişkin Still Hastalığı tanısı koyuldu. Hastaya başlanan metilprednisolon ve metotreksat tedavisiyle yakınmaları tamamen düzeldi.

Tablo 1: Erişkin Still Hastalığı Kriterleri

Yamaguchi ve ark. Erişkin Still Hastalığı Kriterleri
Major Kriterler
En az bir hafta süren, en az 39°C ateş
İki hafta veya daha uzun süren artralji veya artrit
Ateşli ataklar sırasında genellikle gövde veya ekstremitelerde görülen, somon renginde, kaşıntısız maküler ve makülopapüler karakterde döküntü
En az %80 granülosit içeren lökositoz (10.000 microL veya daha fazla)
Minör Kriterler
Boğaz ağrısı
Lenfadenopati



Hepatomegali veya splenomegali
Anormal karaciğer fonksiyon sonuçları, özellikle aspartat ve alanin aminotransferaz ve laktat dehidrojenaz konsantrasyonlarında artışlar
Antinükleer antikor (ANA) ve romatoid faktör (RF) için negatif testler
Dışlama Kriterleri
Enfeksiyon bulunmaması
Malignite bulunmaması
Romatizmal hastalık bulunmaması

Sonuç: NBA'nın nadir nedenlerinden olan Erişkin Still Hastalığı bir dışlama tanısı olup özgül klinik ve laboratuvar bulguları olmadığından tanısını koymak zordur. Özellikle ateş, döküntü, artraljiyle başvuran ve nötrofilik lokositozu bulunan hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: nedeni bilinmeyen ateş, artralji, döküntü, lenfadenopati, erişkin still hastalığı



P15

Rekürren Aktinomikoz Olgusu- Tekrarlayan Apseye Yaklaşım

Feyza İslamoğlu¹, Ayşe Nur Şahin¹, Semiha Çelik Ekinci¹

¹Fatih sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Aktinomyces, insanda aktinomikozlar olarak bilinen enfeksiyonlara neden olabilen gram pozitif, anaerobik, filamentöz yapıda mikroorganizmadır. Aktinomikoz, endojen kaynaklıdır. Etken, insan ağız, gastrointestinal ve üriner sisteminde kolonizedir. Aktinomikoz genellikle granülomatöz, süpüratif, sinüs traktları oluşturan çok sayıda apse ile seyredir. Teşhis zorluğu nedeniyle genellikle kronik döneme kadar tanı konulamaz. (1). Bu olgu sunumuyla özellikle ampirik tedavi ile geçici iyileşme gösteren, tekrarlayan apse olgularında aktinomikozun ayırıcı tanılara eklenmesi gerektiğini vurgulamaktayız.

Bulgular: 37 yaşında kadın hasta, enfeksiyon hastalıkları polikliniğine 6 yıldır tekrarlayan, bilateral aksillar bölgede çok sayıda apse şikayetiyle başvurdu. Apse alevlenme dönemlerinde kullanılmış olan amoksisilin-klavulonik asit ve seftriakson-doksisisiklin tedavisine yanıt alınmış fakat apseler tekrarlamış. Apse materyali 5 sene ve 3 sene önce drene edilmiş, kültürde üreme olmamış. Tekrarlayan apseye yönelik apse drenajı tekrarlandı. Materyal, kültüre ekildi ve patolojiye gönderildi. Kültüründe Actinomyces europaeus izole edildi. Kısa süreli amoksisilin-klavulonik asit tedavisine yanıt alamamış olguda, 6 haftalık amoksisilin-klavulonik asit tedavisi planlandı. Takibinde antibiyoterapinin 6. Haftasında lezyonlarda küçülme izlenen ama ultrasonografi ile çoklu apse formasyonları devam eden hastanın tedavisi önce 12 sonrasında 16 haftaya uzatıldı. Takip ve tedavisine devam ediliyor.

Sonuç: Tekrarlayan apse yaklaşımında, ilk ataklarda apsenin antibiyoterapiye yanıtını değerlendirmek gerektiği gibi, bölgede yabancı cisim varlığı, hidradenitis süpürativa gibi alternatif etyolojilerin de değerlendirilmesi gerekir. Her apse atağında debridman ve aspirasyon açısından değerlendirme yapılmalıdır. (2) Antimikrobiyal tedavi öyküsü, taşıma ve kültür sırasında anaerobik ortamı korumadaki zorluk, kültür inkübasyon sürelerinin kısa tutulması gibi nedenlerle olguların %50'sinde kültür pozitifliği sağlanamaktadır. (3). Bu gibi nedenlerle tekrarlayan apse olgularında aktinomikoz tanısını koymak klinisyenler için zor olabilir. Tekrarlayan apselerde aspirat materyalinden tekrarlayan kültürler alınması gerekliliğini ve anaerob etkenlerin de göz önünde bulundurularak anaerob kültür istemlerinin atlanmaması gerektiğini vurgulamaktayız.

Anahtar Kelimeler: Aktinomiçes, apse



P16

2023-2024 Yılları Arasında Kliniğimizde Takip Edilen Kateter İlişkili Kan Dolaşımı
Enfeksiyonlarının Değerlendirilmesi

Melike Dilmen Tekin¹, Şenay Elbasan Omar¹, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Derya Öztürk Engin¹

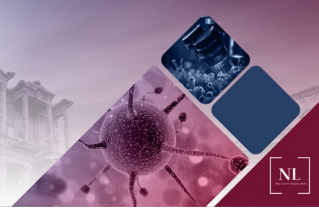
¹Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Kateter ile ilişkili kan dolaşım enfeksiyonları, kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarında morbidite, mortalite ve maliyetin önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Çalışmamızda kliniğimizde kateter ile ilişkili bakteriyemi nedeniyle takip edilen hastaların özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır

Yöntem: Bu çalışma Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi 26 yataklı Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinde Ocak2023- Şubat 2024 yılları arasında yatan hastalarda retrospektif olarak yapılmıştır. Katater enfeksiyonu tanısı alan 17 hastaya ait veriler hasta dosyaları ve bilgisayar sisteminden elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya kliniğimizde kateter ile ilişkili bakteriyemi nedeniyle takip edilen 17 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan hastaların %88'i kadındı ve yaş ortalaması 62±17 idi. Hastaların en sık şikayeti diyaliz sonrası ateş, halsizlik, üşüme-titremler olup, en sık üreyen etken metisilin duyarlı Staphylococcus aureus idi. Olgulardan 3 tanesinde endokardit komplikasyon gelişti. Hastaların ortalama antimikrobiyal tedavi süresi 23 (±14) olup, yatış süresi ortalama 23 (±14) gündü. Hastaların 1 tanesi kaybedildi. Hasta özellikleri Tablo 1'de gösterildi

2023-2024 Yılları Arasında Kliniğimizde Takip Edilen Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonlarının
Değerlendirilmesi



Özellikler	Sayı	%
Yaş (SD)	62 (±17)	
Cinsiyet		
Kadın	15	88
Erkek	2	12
Altta Yatan Hastalıklar		
Kronik Böbrek Yetmezliği	16	94
Hipertansiyon	11	65
Diyabetes Mellitus	9	53
Koroner Arter Hastalığı	5	29
Malignite	2	12
Wegener	1	6
Astım-KOAH	1	6
SVO	1	6
Mitral Valv Replasmanı	1	6
İmmüsupresyon Durumu		
Hayır	15	88
Biyolojik Ajan Tedavisi	1	6
Steroid	1	6
Kataterin Durumu		
Geçici	3	18
Juguler	2	67
Subklavian	0	0
Femoral	1	33
Kalıcı	13	76
Juguler	6	46
Subklavian	7	54
Femoral	0	0
Bilinmiyor	1	6
Daha Önce Geçirilmiş Katater Enfeksiyonu Var mı?		
Evet	3	18
Geçici	0	0
Kalıcı	3	100
Hayır	14	82
Geliş Şikayetleri		
Ateş	16	94
Üşüme-titre	15	88
Halsizlik	14	82
Baş Dönmesi	3	18
Katater Yerinde Kızarıklık	1	6
Katater Yerinde Akıntı	1	6
Komplikasyonlar		
Endokardit	3	
Osteomyelit	0	
Septik Artrit	0	
Etkin Mikroorganizma		
MSSA*	4	24
MRKNS**	2	12
MRSA***	2	12
Pseudomonas spp	2	12
Corynebacterium spp	1	6
K. Pneumonia	1	6
Diğer	5	29
Tanı Anında Laboratuvar Değerleri		
Lökosit	13.011 (±4.992)	
Hemoglobin	10 (±2)	
Platelet	192.588 (±84.926)	
CRP	186 (±129)	
Prokalsitonin	35 (±41)	
Katater Değişiklik	16	94
Mortalite	1	6
Tedavi Süresi	23 (±14)	

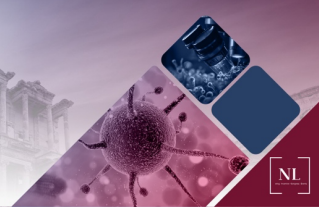
*Metisilin duyarlı staphylococcus aureus

**Metisilin dirençli koagülaz negatif staphylococcus aureus

***Metisilin dirençli staphylococcus aureus

Sonuç: Kateter ile ilişkili kan dolaşım enfeksiyonları hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sık görülen nozokomiyal enfeksiyonlardan biridir. Bu enfeksiyonların hızlı ve başarılı tedavisi için risk faktörlerinin, izole edilen mikroorganizmaların dağılımının ve antibiyotik duyarlılıklarının bilinmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: kateter enfeksiyonları, kronik böbrek yetmezliği, Staphylococcus aureus



P17

Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonlarında Serum Vankomisin Düzeyinin Ölçümünün Önemi

İlgaz Tuana Gürsel¹, Hayriye Ahsen Güler¹, Onur Özalp¹, Meliha Meriç Koç¹, Özlem Altuntaş Aydın¹

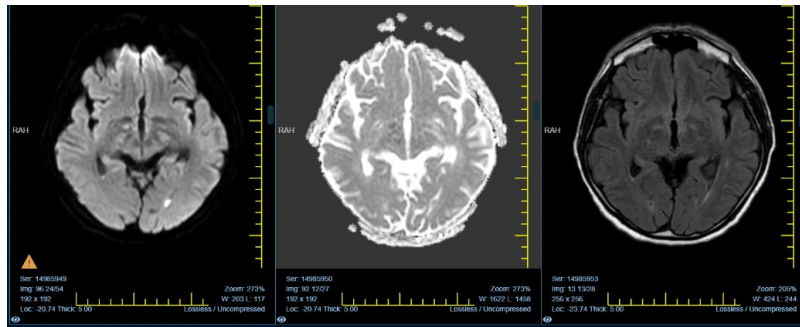
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM

Amaç: Ventrikülit serebral ventriküllerin endodimal tabakasını tutan, menenjit tedavisini takiben gelişebilen inatçı ve mortal bir enfeksiyondur. Vankomisin santral sinir sistemi enfeksiyonu ampirik ve etkene yönelik tedavilerinde kullanılan primer ajanlardan biridir. Bu bildiride menenjit tedavisi altında ventrikülit gelişen olguda serum vankomisin düzeyi ölçümünün öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

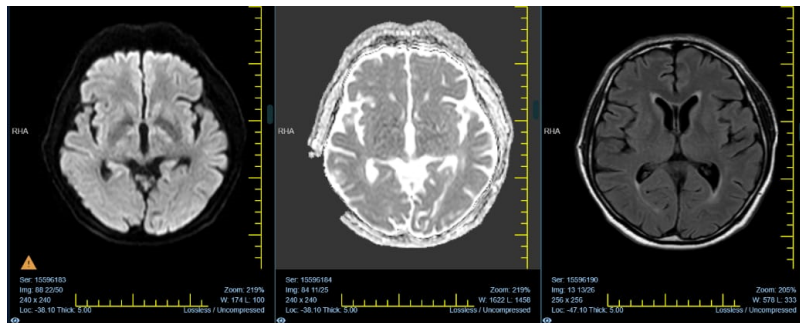
Yöntem: Hasta dosyası ve hastane bilgi yönetim sistemi kayıtları incelenmiştir.

Bulgular: Bilinen diyabetes mellitus tanısı olan 58 yaşında erkek hasta dış merkezde septik artrit nedeniyle opere edilip taburcu edildikten sonra aynı gün konuşmada bozukluk, uyarılara tepkisizlik, çift görme ve üşüme-titreme şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Hastanın epikrizinde eklem sıvısı kültüründe Streptococcus pneumoniae üremesi olduğu görüldü. Eklem sıvı kültüründe etken Seftriakson duyarlı idi. Fizik muayenesinde menengial irritasyon bulguları olan hastaya lomber ponksiyon işlemi uygulandı. Beyin omurilik sıvısında (BOS) lökosit sayısı $20.995 \times 10^3/\mu\text{L}$ (PMN: %65), glukoz 3.3 mg/dL, protein 4711 mg/dL olarak sonuçlanması ile bakteriyel menenjit tanısıyla kliniğimize yatırışı yapıldı. Tedavi olarak intravenöz (iv) seftriakson 2x2 gr ve iv yavaş infüzyon vankomisin 2x1 gr başlandı. Hastaya dört günlük iv deksametazon 4x8 mg tedavisi uygulandı. BOS multipleks PCR panelinde S. pneumoniae pozitif şeklinde sonuçlandı. BOS kültüründe üreme olmadı. Tedavinin yedinci gününde artan yutkunamama, yürüyememe ve yakınlarını tanıyamama semptomları başlayan hastaya nörolojiye danışılarak kraniyal MRG ve EEG yapıldı. Kraniyal MRG "Sol ventrikül okspital hornunda diffüzyon kısıtlayan seviyelenme izlendi, ventrikülit" olarak raporlandı. Vankomisin 2x1 gr iv tedavisi altında enfeksiyonu progrese olan hastada serum vankomisin düzeyi ölçüldü; 6.7 ug/mL olarak saptandı. Hastanın vankomisin tedavisi 3x1 gr iv'ye çıkarıldı, doz yükseltilmesi ile klinik ve laboratuvar yanıt alındı, kontrol serum vankomisin düzeyi 12.6 ug/mL tespit edildi. Hastanın toplam tedavisi 56, yüksek doz vankomisin tedavisi 30 güne tamamlandı ve kontrol görüntüleme yapıldı. Beyin MRG'de ventrikülit tutulumun regrese olduğu görüldü. Hasta kür ile taburcu edildi.

Ventrikülit raporlu görüntü-04.01.2024



Kontrol görüntü-12.02.2024





SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



Sonuç: Santral sinir sistemi enfeksiyonu ile izlenen hastalarda bilinç yakın takip edilmeli ve bozulma durumunda ventrikülit ayırıcı tanıda yer almalıdır. Klinikte bozulma durumunda verilen tedavi ve doz yeniden değerlendirilmelidir. Vankomisin tedavisi alan kritik enfeksiyonu olan hastalarda serum vankomisin düzeyi takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ventrikülit, menenjit, septik artrit, serum vankomisin düzeyi, santral sinir sistemi enfeksiyonu



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



P18

Bildiri geri çekilmiştir.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



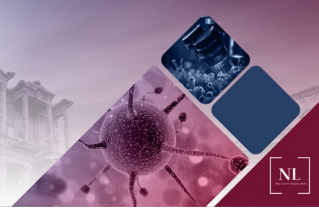
20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



P19

Bildiri geri çekilmiştir.



P20

Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine Konsülte Edilen Hematoloji Hastaları: Hangi Nedenlerle Konsültasyon İsteniyor?

Halime Araz¹, Setenay Nisa Baygüneş¹, Sevede Gül Fındık Balbay¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Amaç: Hematoloji hastaları Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğine sıkça danışılmaktadır. Bu hastalar immünsüpresif olmaları nedeniyle özellikli hasta grubundadırlar. Hastanemizde, KİT ünitesi dahil olmak üzere Hematoloji Kliniğine ait 62 yatak mevcut olup bölgemizdeki en büyük hematoloji kliniklerinden biridir. Bu çalışmada, Enfeksiyon Hastalıkları Konsültasyon Polikliniğine ayaktan gönderilen hematoloji hastalarının danışılma nedenleri irdelenerek, bu hastalara yaklaşım konusunda Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği asistanlarına bir bakış açısı kazandırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: 2023 Eylül ayında Enfeksiyon Hastalıkları Konsültasyon Polikliniğine Hematoloji Kliniğince danışılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hasta bilgilerine hastane bilgi sistemi üzerinden ulaşıldı. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulguları; danışılma nedenleri; önerilen aşı, kemoprofilaksi ve antibiyotik tedavileri kaydedildi.

Bulgular: Bir aylık çalışma periyodunda polikliniğe başvuran 660 hasta arasında Hematoloji Kliniğinden konsülte edilen hasta sayısı 82 bulundu. 47'si (%57,3) kadın, ortalama yaş 53,8±17.0 (19-90) idi. 31'i mevcut enfeksiyon tedavisi için konsülte edilirken, 25'i enfeksiyon odağı araştırılması amacıyla danışıldı (Tablo 1). Enfeksiyon odağı araştırılması için gönderilen hastaların tümü CRP yüksekliği nedeniyle konsülte edilmekteydi. Bunların altında enfeksiyon odağı bulundu (3 ÜSE, 2 pnömoni, 1 kolesistit). Semptomlara göre en sık danışılma nedeni boğaz ağrısı ve dizüri idi. Ateş iki hastada mevcuttu. Enfeksiyon tedavisi için konsülte edilen hastaların çoğu ÜSE ve ÜSYE nedeniyle danışıldı (Tablo 2). Aşılama ve kemoprofilaksi amacıyla 21 hasta konsülte edildi ve bunların 15'ine (%71,4) aşı/kemoprofilaksi önerildi. Önerilen aşılarda canlı aşı saptanmadı. 11 hasta kemoterapi onayı için danışıldı. 34 hastaya (%60.7) antibiyotik tedavisi başlanırken, 22'sine (%39.3) antibiyotik verilmedi. Danışılan hastaların konsültasyon sırasında mevcut laboratuvar sonuçları Tablo 3'te gösterildi.

Konsültasyonların danışılma nedenine göre dağılımı

Danışılma Nedeni	Sayı
Mevcut Enfeksiyonun Tedavisi	34
Enfeksiyon Odağı Araştırılması	21
Aşı/*Kemoprofilaksi Açısından Değerlendirme	21
Kemoterapi/İmmünsüpresif Tedaviye Başlama Onayı	11

*Kemoprofilaksi: Hepatit B profilaksisi, posakonazol profilaksisi

Tedavi Edilmesi İçin Danışılan Enfeksiyonlar

Enfeksiyon	Sayı
Üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE)	12
Üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE)	8
Selülit	5
Kateter enfeksiyonu	3
Anal apse	2
Gastroenterit	2



Bruselloz	1
Zona	1

Danışılan hastaların konsültasyon sırasında mevcut laboratuvar sonuçları

TETKİK	SAYI
<u>Solunum yolu viral paneli</u>	<u>16</u>
Negatif	14
COVID-19 (+)	2
<u>Akciğer grafisi</u>	<u>10</u>
İnfiltrasyon yok	8
İnfiltrasyon var	2
<u>Kan kültürü</u>	<u>15</u>
Üreme yok	13
<i>S. hominis</i>	1
<i>S. marcescens</i>	1
<u>İdrar kültürü</u>	<u>28</u>
Üreme yok	18
Kontaminasyon	1
<i>S. agalactiae</i>	1
<i>E. coli</i>	8
* CRP (mg/dl), medyan (min.-maks.)	23,0 (1,0-222,0)
**WBC (/mm ³), medyan (min.-maks.)	5000 (300-66.000)
Nötrofil (%), medyan (min.-maks.)	66 (9-85)
Lenfopeni (lenfosit sayısı <1100x10 ⁹ /L)	16

*CRP: C-reaktif protein, **WBC (White blood cell): Beyaz kan hücreleri

Sonuç: Günümüzde multidisipliner yaklaşımda Enfeksiyon Hastalıkları uzmanları önemli yer tutmaktadır. Sadece bir ayda 82 hematoloji hastasının ayaktan konsülte edilmesi dikkat çekicidir. Hematoloji Kliniğinde yatan hastalar çoğunlukla ateş nedeniyle danışılırken, ayaktan hastaların konsülte edilme nedenleri farklılık göstermektedir. Ağırlıklı olarak, CRP yüksekliği nedeniyle enfeksiyon hastalıklarının ekarte edilmesi, profilaksi verilmesi ve kemoterapi öncesi enfeksiyon odağı değerlendirilmesi açısından konsültasyon yapılmaktadır. Çoğu immünsüpresif olan bu hasta grubunun poliklinik şartlarında kan kültürleri dahil ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir. Diğer bir önemli konu ise, enfeksiyon şüphesi olan bir hastada kemoterapiyi durdurma/başlatma kararının verilmesidir. Bütün bunların üstesinden gelinmesi ve bu hasta grubunu doğru yönetilmesi için Enfeksiyon Hastalıkları hekiminin yeterince donanımlı olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: hematoloji, poliklinik, immünsüpresif, aşı, odak



P21

Santral Venöz Kateteri Olan Hemodiyaliz Hastasında Gentamisine Yüksek Düzey Direnç Gösteren {Enterococcus faecalis'e } Bağlı Gelişen Bir Infektif Endokardit Olgusu

Melek Sena ALTUN¹, Şerife ALTUN DEMİRCAN¹, Merve BALCI², Zeynep ULUŞAN ÖZCAN³, Sami Kınıklı¹

¹SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, ANKARA

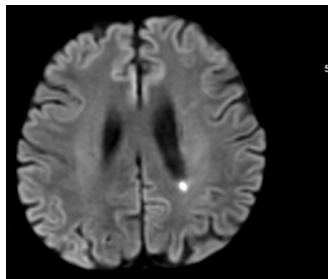
²SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği, ANKARA

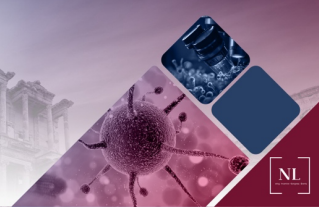
³SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği, ANKARA

Amaç: Kronik böbrek hastalığında infektif endokardit kardiyak ve enfeksiyöz bir komplikasyon olarak sık görülür, morbidite ve mortalite yükünü artırır. Kronik böbrek yetmezliğinde infektif endokardit insidansı genel popülasyondaki insidanstan 50-200 kat daha yüksektir. Enterokoklar infektif endokarditin sık karşılaşılan etkenlerinden olup yaklaşık %90'ı Enterococcus faecalis kaynaklıdır. Burada santral venöz kateteri olan bir hemodiyaliz hastasında gentamisine yüksek düzey direnç gösteren Enterococcus faecalis'e bağlı gelişen bir infektif endokardit olgusu sunulacaktır.

Bulgular: İki yıldır santral venöz kateterden hemodiyalize giren 68 yaşında erkek hasta bir aydır ara ara olan üşüme, titreme şikayeti ile nefroloji polikliniğine başvurmuş, akut faz reaktanları da yüksek olan hastaya amoksisilin-klavulonik asit reçete edilmiş ve beş gün kullanmış. Şikayetleri gerilemeyen hasta nefroloji polikliniğine tekrar başvurduğunda kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu ön tanısı ile nefroloji servisine yatırılıp tarafımıza konsülte edildi. Ateşi olmayan hastanın fizik muayenesinde bir özellik saptanmadı. Laboratuvar testlerinde; C-reaktif protein 144 mg/dl (0-5), prokalsitonin: 3,39 µg/L (0-0,5) idi (Tablo). Hastanın idrar, kan ve kateter kültürleri alınıp kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu ön tanısı ile ampirik olarak ampicilin- sulbaktam (SAM) 1x3 gr intravenöz (iv) tedavisi başlandı. Yatışının ikinci gününde baş dönmesi ve denge kaybı olması üzerine çekilen difüzyon magnetik rezonans görüntülemeye solda korona radiata, sol parietalde periventriküler ve subkortikal beyaz cevherde (Resim 1) sol oksipital ve sağ serebellar hemisferde akut /subakut enfarkt (Resim 2) lehine difüzyon kısıtlaması saptanması üzerine hastaya kardiyembolik olay değerlendirilmesi için transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Mitral kapakta 1,8 x1,1 cm boyutunda hareketli vejetasyon saptandı. Ekokardiyografide vejetasyon saptanması, kan ve kateter kültüründe Enterococcus faecalis üremesinin mikrobiyoloji tarafından bildirilmesi üzerine SAM tedavisinin yedinci gününde hasta tarafımıza konsülte edildi ve mevcut tedavisine gentamisin 1x 80 mg (iv) eklendi. Ancak bu sırada antibiyotik duyarlılık testi sonucu henüz raporlanmamıştı. Yatışının 10. gününde ve tedavisine gentamisin eklenmesinin üçüncü gününde hastanın ateş, üşüme ve titreme şikayetinin devam etmesi nedeni ile tekrar konsülte edilen hastada üreyen enterokokun antibiyotik duyarlılık testinde yüksek düzey gentamisin direnci raporlandığı görüldü. Tedavisi ampicilin 2x2 gr ve seftriakson 2x2 gr olarak düzenlendi ve kateter değiştirildi. Mitral kapaktaki vejetasyon cerrahi olarak çıkartılıp mitral valv replasmanı yapıldı. İntraoperatif alınan kapak örneği patolojisi fibrin, eksüda ve nekroz ile karakterli fibröz doku olarak raporlandı ancak önerilmesine rağmen kardiyovasküler cerrahi servisinde yatışı sırasında kapaktan doku kültürü gönderilmedi. SAM tedavisi başladıktan sonra alınan dört kontrol kan kültüründe üreme saptanmadı. Birinci ay kontrol transtorasik ekokardiyografisinde vejetasyon saptanmayan hastanın antibiyoterapisi operasyon sonrası altı haftaya tamamlanıp taburcu edildi.

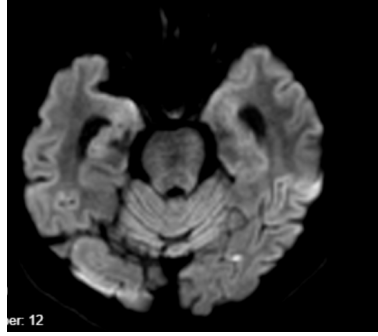
RESİM 1





RESİM 1: Sol korona radiatada akut/subakutenfarkt lehine difüzyon kısıtlaması

RESİM 2



RESİM 2:Sol oksipital akut/subakut enfarkt lehine difüzyon kısıtlaması

Tablo.Takipteki laboratuvar parametreleri

	TEDAVİ ÖNCESİ	YATIŞININ 10. GÜNÜ	TABURCULUK
WBC($10^9/L$)	9830	8670	4700
HB (g/dl)	8	7,8	6,9
CRP(mg/L)	144,9	265	72
Sedimantasyon (mm/h)	59	67	79
Prokalsitonin ($\mu g/L$)	3,39	43	5
Kreatinin (mg/dl)	6	8,94	7
GFR (ml/dk)	9	10	12

Sonuç: Santral venöz kateterden hemodiyalize giren hastalarda bakteremi sıklığı azımsanmayacak sıklıkta olup infektif endokardit tanısı her zaman akılda tutulmalıdır. Enterokoklara bağlı endokarditlerde gentamisin kombinasyon tedavisinde yer almakla beraber suşun gentamisine yüksek düzey direnç göstermesi halinde tedavi tekrar düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Endokardit, hemodiyaliz, Enterococcus faecalis, yüksek düzey gentamisin direnci



P22

Lenfadenopati tetkik: Sifilizden Lenfomaya...

Selen Aksu¹, Hindirin Takak¹, Esra Zerdali¹, İnci Yılmaz Nakir¹

¹Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

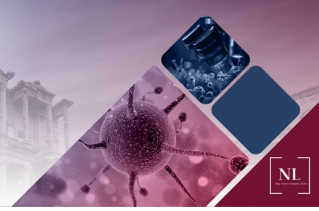
Amaç: Lenfadenopati (LAP) lenf bezlerinde herhangi bir nedenle meydana gelen, sayı, boyut ve şekil değişikliklerine verilen genel addır. Büyümüş lenf nodunun bazı özellikleri ile patolojik olup olmadığı konusunda ön fikir edinilebilir. Lastik kıvamlı, sert, yapışık (dokuya fikse), kitle yapan, ağrısız büyümeler daha çok malignensiye akla getirirken tümör içi kanama, hızlı büyüme, nekroz ve enfeksiyon geliştirse ağrılı olabileceği unutulmamalıdır.

Yöntem: Bu çalışmada sifiliz nedeniyle tedavi edilirken lenfoma tanısı alan hastamızı sunmayı amaçladık.

Bulgular: Kronik hastalığı olmayan 44 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize 15 gündür sağ inguinal bölgede ele gelen, ağrılı LAP şikayetiyle başvurdu. Sistemik fizik muayenesinde bilateral ağrılı inguinal LAP ve sağ inguinal bölgede herni dışında özellik yoktu. Cinsel olarak aktif olan hastanın genital bölgede lezyonu yoktu. Hastanın soygeçmişinde babasında mide ilişkili malignite öyküsü dışında özellik yoktu. Hastanın tetkikleri istendi, amoksisilin klavulonat ve doksisislin reçete edildi. İki gün sonra kontrole gelen hastanın tetkiklerinde VDRL (+), TPHA (+) saptandı. Depo penisilin reçete edilen hasta anemi ve sedimentasyon yüksekliği nedeniyle dahiliyeye yönlendirildi. Dahiliye polikliniğinde 20 kilo kaybı olduğunu belirten hastaya PET (pozitif emisyon tomografisi) istenmiş ve hematolojiye yönlendirilmiş. Bu süreçte sağ inguinal bölgedeki LAP kendiliğinden drene oldu, genel cerrahi tarafından debritleman yapıldı. Sol inguinal bölgedeki LAP da hemen sonrasında spontan drene oldu. PET raporunda özellikle inguinal alanlarda belirgin, ayrıca bilateral eksternal iliak alanda da izlenen düzensiz sınırlı lezyonlar görülmüş. Bu lezyonlara eşlik eden artmış yoğun hipermetabolik tutulum malign lenfoproliferatif hastalığın tutulumu açısından şüphe oluşturmuş ve biyopsi önerilmiş. Hastaya genel cerrahi tarafından LAP eksizyonu yapıldı. Girişimsel radyoloji tarafından sağ lenf nodlarının komşuluğunda izlenen loküle sıvıdan örnek alındı. Alınan numunenin gram boyamasında; polimorf nüveli lökosit, mikroorganizma görülmedi. Kültüründe üreme olmadı, ARB (aside dirençli basil)negatifti. Tüberküloz kültürü 30. gününde negatif devam ediyor. Hastanın patoloji raporu; lenfoproliferatif hastalık, hemopatolog tarafından değerlendirilecek bir merkeze sevki önerilir, olarak raporlanmış olup takibi devam etmektedir.

Sonuç: Lenfadenopati ile başvuran hastaların atipik bulgularla da başvurabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Enfektif tablonun ön planda olduğu düşünülen hastalarda altta yatan nonenfektif özellikle malign süreçlerin akla gelmesi, tetkiklerin devam etmesi ve tanının gecikmemesi için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: lenfadenopati, sifiliz, lenfoma



P23

**Kliniğimizde 2021-2024 Yılları Arasında Merkezi Sinir Sistemi Enfeksiyonu Tanısıyla
Takip Edilen Olguların İrdelenmesi**

Feyza Üstüner Akkaya¹, Sevgi Özer¹, Yıldız Olçar¹, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Derya Öztürk Engin¹

¹Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonları farklı birçok mikroorganizma ile gelişebilen, beynin meninks ve parankiminin enflamasyonu ile karakterize, tedavisi için hızlı müdahale gerektiren hastalıklardır. Bu çalışmada, kliniğimizde Haziran 2021 ile Şubat 2024 tarihleri arasında MSS enfeksiyonu tanısıyla takip edilen olguların özelliklerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Sancaktepe Şehit Prof.Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde Haziran 2021 ile Şubat 2024 tarihleri arasında MSS enfeksiyonu nedeniyle takip edilen 25 hastanın verileri retrospektif olarak, hasta dosyaları ve bilgisayar sisteminden değerlendirilmiştir.

Bulgular: MSS enfeksiyonu tanısı konan 25 hastanın 17 (%68)'si erkek, yaş ortalaması 50.68±17.63 idi. Hastaların dokuzunda (%36) akut bakteriyel menenjit, 11 (%44)'inde viral meningo-ensefalit, ikisinde (%8) tüberküloz menenjit, ikisinde (%8) nörobruselloz, birinde de (%4) kriptokok menenjit düşünüldü. Akut bakteriyel menenjitli hastalardan üçünde (%33) S. pneumoniae, birinde (%11) N. meningitidis, birinde L. monocytogenes (%11) ve birinde de H. influenzae (%11) izole edildi. Beyin omurilik sıvısının (BOS) PCR sonuçlarına göre viral meningo/ensefalit olarak değerlendirilen grubun ikisinde (%18) varisella zoster virüs (VZV), birinde (%9) herpes simpleks virüs (HSV) tip 1, HIV enfekte bir olguda (%9) ise HHV-6 saptandı. TBC menenjit ön tanısıyla tedavi verilen bir hasta dışında, hastaların tümü şifa ile taburcu edildi. Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de verildi.

Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri- Tablo 1

	Akut Bakteriyel menenjit n=9 n, %36	Viral meningoensefalit n= 11 n, %44	Diğer* n=5 n, %20
Predispozan faktörler			
Parameningeal odak	4	-	-
İmmünoşüpresyon	3	1	1
Travma	2	-	-
Semptomların süresi	3.75 ± 1.66	4.5 ± 2.22	24.6 ± 34.82
Semptom ve Bulgular			
Ateş	7	1	3
Baş ağrısı	7	1	1
Bulantı-kusma	7	4	1
Şuur değişikliği	4	10	1
Ense sertliği	6	1	1
Kernig-brudzinski	2	-	1
Laboratuvar sonuçları			
**Lökosit (/mm ³)	11575 ± 5483	10095 ± 3267	7592 ± 2847
**CRP (mg/l)	203 ± 104	33 ± 39	32 ± 37.3
**Prokalsitonin (µg/l)	5.54 ± 8	0.13 ± 0.1	0.26 ± 0.21
BOS sonucu			
**Hücre sayısı (mm ³)	1798 ± 1827	64.8 ± 133	31 ± 53
** Protein (g/l)	2 ± 1.5	0.72 ± 0.42	0.73 ± 0.39
** Glukoz	15.5 ± 15.1	86.6 ± 40.9	44 ± 13.5
**Toplam tedavi süresi (gün)	18.77 ± 9.29	14 ± 5.21	40.8 ± 44.5
**Yatış süresi (gün)	20.1 ± 7.6	17.4 ± 9.6	20 ± 12.3

*Diğer: (TBC menenjit 2 olgu, nörobruselloz 2 olgu, kriptokok menenjit 1 olgu)

Sonuç: MSS enfeksiyonlarının erken tanı ve tedavisi mortalitede azalma sağlamaktadır. Bu yüzden acil servise getirilen hastalarda ateş yüksekliği, baş ağrısı, şuur değişikliği ve meninks iritasyon bulgularının dikkatli değerlendirilmesi hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, Akut bakteriyel menenjit, Tüberküloz menenjit, Nörobruselloz, Viral meningo-ensefalit



P24

Yabancı Cisim Kaynaklı Paraspinal Apse ve Meningoensefalit Gelişen Bir Olgu

Gözde Kuran¹, Esin Nagihan Benlice¹, Nazife Duygu Demirbaş¹, Özlem Gül¹, Banu Çiçek Aktaş¹, Okan Derin¹, Ahsen Öncül¹, Dilek Yıldız Sevgi¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

Amaç: Santral sinir sistemi enfeksiyonları erken tanı ve hızlı tedavi gerektiren enfeksiyon acillerindendir. Bu çalışmada yabancı cisim kaynaklı paraspinal apse ve meningoensefalit ile takip ettiğimiz, antibiyoterapi sonrası DRESS gelişen bir vaka sunduk.

Bulgular: Diyabetes mellitus, hipertansiyon, hipotiroidi tanıları olan 64 yaşında kadın hasta, acil servise 40°C ölçülü ateş yüksekliği, bilinç bulanıklığı, kusma, ishal ve idrar miktarında azalma şikayetleriyle başvurdu. Acil servisteki tetkikleri WBC=19.780 109/L , nötrofil=18.74 109/L, CRP=440.11 mg/L Kreatinin=2.42 mg/dl Prokalsitonin=51.49 ug/L olarak sonuçlandı. Hastaya menenjit ön tanısı ile lomber ponksiyon (LP) yapıldı, BOS hücre sayımında lökosit: 130/mm³ (%80 MNL, %20 PNL), eritrosit: 14/mm³, BOS glukoz: 71 mg/dl, BOS protein: 2765 mg/dl olarak sonuçlandı. LP öncesi hastaya acil serviste seftriakson 1x2 g I.V. yapıldığı öğrenildi. Hastadan 2 set kan kültürü alınıp meningoensefalit ön tanısıyla meropenem 3x2 g I.V., vankomisin 2x1 g I.V. ve asiklovir 3x750 mg I.V. başlandı. Menenjit multipleks paneli, HSV-1 RT PCR, mikobakteri PCR negatif sonuçlandı. BOS kültüründe üreme olmadı, EZN boyamada asidorezistan basil görülmedi. İnotrop ihtiyacı olan hastanın yoğun bakıma yatırışı yapıldı. Lomber bölgede akıntılı lezyonu olan hastanın anamnezinde bir yıl önce spinal anestezi ile diz operasyonu geçirdiği öğrenildi. Lomber spondilodiskit, paraspinal apse açısından kontrastlı lomber vertebral MR çekildi, spondilodiskit veya apse izlenmedi. Yoğun bakım endikasyonu kalkan hasta YBÜ yatışının 8. Gününde meningoensefalit ve spondilodiskit ön tanılarıyla servisimize devir alındı. Asiklovir 3x750 mg tedavisi 6. gününde kesildi. Meropenem ve vankomisin tedavisi 21. gününde kesildi. Kontrol kontrastlı kranial ve lomber MR'da L3 ve altında dura-meningeal kontrastlanma artışı, 3x1,5 cm paraspinal apse görüldü, diskit düşünülmedi. Beyin ve sinir cerrahisine danışılan hasta için cerrahi kliniğince drenaj düşünülmedi. Paraspinal apseye yönelik teikoplanin tedavisi düzenlendi, antibiyoterapi sonrası basmakla solan makülopapüler döküntü gelişti. Dermatoloji kliniği önerisiyle antihistaminik ve lokal tedavi uygulandı. Hastada periorbital ödem, ateş yüksekliği, sitopeni ve ilaç ilişkili döküntü gelişmesi üzerine ön planda DRESS düşünülürdü. Dermatoloji kliniği önerisiyle steroid tedavisi başlandı, teikoplanin tedavisi 8.gününde kesildi. Hastanın takibinde şikayetleri belirgin geriledi, poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi. Hasta kontrol muayenesinde lomber bölgeden dışarı uzanan katater ucu gördüğünü belirtti. Öncesinde geçirilmiş cerrahi operasyon sırasında spinal anestezi işleminden kalan katater olduğu anlaşıldı. Hastanın katateri beyin cerrahi kliniği tarafından çıkartıldı.

Sonuç: Geçirilmiş invaziv girişim ve operasyon öyküsü olan hastaları, tıbbi işlemlerin komplikasyonları açısından değerlendirmek ve dikkatli takip etmek önemlidir. Görüntüleme yöntemlerinde yabancı cisimlerin atlanabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: paraspinal apse, meningoensefalit, yabancı cisim, DRESS



P25

Akut Hepatit/Kronik Hepatit Akut Alevlenme Ayırımı Yapılamayan Bir Olgu Sunumu

Merve Aydın¹, Esra Zerdali¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi. İstanbul Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Amaç: Akut hepatit B enfeksiyonu semptomatik veya asemptomatik olabilir. Kronik hepatit b (KHB) seyri sırasında akut alevlenme tablosu sık görülen bir durumdur. Akut alevlenme de asemptomatik veya semptomatik olabilir. Serum Alanin Transaminaz(ALT) ve HBV-DNA seviyeleri yükselebilir. Bu durum, HBeAg pozitiflerde daha fazla olmakla birlikte anti-HBe pozitiflerde, izole anti-HBc IgG pozitifliği ve anti-HBs pozitifliği olanlarda da görülebilir. KHB akut alevlenme ile akut hepatit B enfeksiyonu karışabilir. Takip ve tedavi yaklaşımları farklı olduğundan iki tabloyu ayırt etmek önemlidir. Yüksek anti-HBc IgM titresi akut B hepatitini düşündürürken, yüksek HBV DNA düzeyi daha çok kronik HBV enfeksiyonunun akut alevlenmesinde görülür. Akut hepatit tablosu ile gelen hastalarda akut hepatit B ile kronik hepatit B'nin akut alevlenmesi arasında tedavi yaklaşımları farklı olması nedeniyle ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Yöntem: Akut hepatit/ kronik hepatit akut alevlenme ayırımı yapılamayan bir hasta irdelenmiştir.

Bulgular: Konjestif kalp yetmezliği, diabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği tanıları olan 75 yaşında erkek hasta enfeksiyon hastalıkları polikliniğine akut hepatit b enfeksiyonu şüphesiyle yönlendirilmiş. Hastanın halsizlik şikayeti mevcuttu. Fizik muayenesinde ikterik görünüm, assit,flapping tremor, spider angioma yoktu. Tetkiklerinde Anti-HbclgM, Anti-HbclgG ve HBsAg pozitif, Anti Hbs ve HBeAg Negatif , ALT: 218 U/L Aspartat Aminotransferaz(AST):103 U/L Total Bilirubin:1.3 mg/dL, International Normalized Ratio (INR): 1.4 ve HBVDNA:247000000 IU/mL olarak saptandı. 2021 yılında HBsAg negatifliği olduğu görüldü. KHB Akut alevlenme/ Akut hepatit B ayırıcı tanısının yapılması amacıyla anamnez detaylandırıldı. Hastanın 6 ay önce diz eklemine plateletten zengin plazma işlemi yaptırdığı, bir sene önce koroner angiografi olduğu öğrenildi. Aile taramasında KHB tespit edilmedi. INR yüksekliği düzenli rivoraksaban kullanımına bağlı olabileceği için tedavisi oksapar ile değiştirildi. Değişiklik sonrası INR:1,0 saptandı. Hastanın 2 aylık takibi sonrasında ALT,AST değerleri normale döndü. HbsAg pozitifliği halen devam etmektedir. Hasta takiplerinde düzenli olarak gelmektedir.

Sonuç: Akut hepatit tablosu ile gelen hastalarda fizik muayene ve laboratuvar tetkikleriyle beraber ayrıntılı anamnez de çok önemlidir. Geçmişte KHB öyküsü olması, aile öyküsünün olması kronik enfeksiyonu düşündürürken; yakın zamanda kan transfuzyonu, yaralanma, invaziv girişim öyküsü olması akut enfeksiyon lehine düşündürücü bulgudur. Hastalarda tam ayırım yapılamasa da önemli olan hastaların takipte kalması ve tedavi kararının doğru zamanda verilmesidir.

Anahtar Kelimeler: akut hepatit, kronik hepatit, akut alevlenme



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - *İzmir*



P26

Bildiri geri çekilmiştir.



P27

İmmünsüpresif Tedavi Sonrası Hepatit B Reaktivasyonu Olgusu

Berna Yoldaş¹, Selma Tosun¹

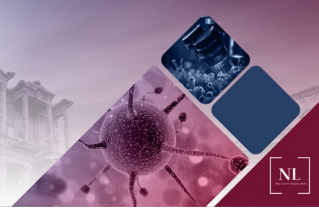
¹İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: İmmünsüpresif tedavi ile hepatit B reaktivasyon riski alınan tedaviye göre değişmektedir. Birçok uluslararası rehberde göre B lenfosit depresyonu yapan ajanlar yüksek riskli kabul edilmekte olup rituximab ve ofatumumab bu ajanların başında gelmektedir. Oral antiviral profilaksinin immünsüpresif tedavi süresince kullanılması tedavi bittikten sonra da en az 12ay daha devam edilmesi önerilmektedir; bu süre rituximab ve benzeri ilaçlar için 18 ay veyagerekirse daha uzun tutulmalıdır. Olgumuzda rituximab içeren immünsüpresif tedavi bittikten sonra 12 ay daha antiviral tedavi almasına rağmen oral antiviral kesildikten 11 ay sonra akut hepatit B alevlenmesi görülmüştür.

Bulgular: Olgu: Bilinen ht,kah,romatoid artrit tanıları olan 63 yaşında kadın hasta ocak 2020 tarihinde kl tanısı almış. Kasım ayında immünsüpresif tedavisi düzenlenmiş. 6 kür r-benda(rituximab-bendamustin) rejimi planlanan hastaya kemoterapi ile eş zamanlı profilaktik antiviral tedavi olarak entekavir 0.5 mg başlanmış. Nisan 2021 de immünsüpresif tedavisi tamamlanmış. Antiviral tedavisi immünsüpresif sonlanımından sonra 12 ay kullanılıp nisan 2022 tarihinde kesilmiş. O tarihte bakılan tetkiklerinde izole antiHBc-ıgG pozitifliği mevcut. 31 Mart 2023 te hastane başvurusunda ALT 47 ınr:1.33 HBsAg ve HBeAg pozitif, HBV DNA 1.000.000.000 IU/ml saptandı. Hastanın fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Hasta kronik hepatit B akut alevlenme düşünülerek servis yatışı yapıldı , hastaya Entekavir 0.5 mg başlandı. Yapılan abdomen USG’de parankim kaba granüler saptandı. Hastanın karaciğer fonksiyonlarında gerileme ve fizik muayenesinde ek bulgu olmaması üzerine oral antiviral ile taburcu edildi. Hastanın entekavir tedavisine bir yıldır devam ediliyor. İlaç uyumu iyiydi. Hastanın bu süreçte DNA değeri regrese oldu fakat negatiflik sağlanamadı. Şubat 2024 tarihli HBV DNA 24.500 IU/ml, AST ALT normal saptandı. İlaç etkileşimleri değerlendirildi. Diğer ilaçlar düzenlenerek hasta aylık takibe çağırıldı. Bir sonraki gelişinde DNA yüksekliği devam ediyorsa ilaç direnç testi için yönlendirilecek.

Sonuç: İmmünsüpresif hastalarda hepatit B reaktivasyon riski oldukça büyük bir sorun. Karaciğer fonksiyon bozukluğundan fulminan karaciğer yetmezliğine kadar giden tabloda karşımıza çıkabilir. Hastaların almakta olduğu immünsüpresif ajan değerlendirilip uygun sürede antiviral profilaksi verilmesi önerilir. B hücre depresyonu yapan ajanlarda immünitinin sağlanması daha uzun süreler almaktadır. İmmünsüpresif kesildikten sonra 12 aydan uzun mümkünse 18 ay süren antiviral profilaksi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: hepatit b, immünsüpresif, reaktivasyon, rituximab



P28

Renal Transplantasyon Yapılan ve İzole Anti HBc IgG Pozitifliği Olan Hastada Hepatit B Reaktivasyonu

Melisa Uyan Torun¹, Bengü Gireniz Tatar¹, Selma Tosun¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

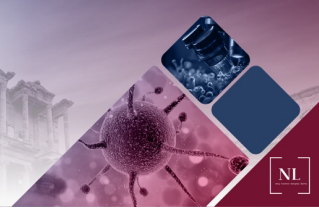
Amaç: Giriş: Hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonu, özellikle gelişmiş ülkelerde azalan oranlarına rağmen hem diyaliz hastaları hem de renal transplantasyon alıcıları için önemli bir sorun oluşturmaya devam etmektedir. En iyi korunma yöntemi aşıdır.

Yöntem: Olgu: Bilinen hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği tanılı, daha önce diyaliz merkezi tarafından HBV aşısı yapıldığı bilinen, 2017 yılında canlı vericiden renal transplantasyon öyküsü olan 58 yaşında erkek hastanın HBsAg non-reaktif, Anti HBS 98 mIU/ml, Anti HBc IgG reaktif saptandığı, reaktivasyon açısından düşük riskli kabul edildiği ve altı ayda bir HBsAg, ALT ve HBV DNA düzeyinin takibi için kontrole çağırılarak izlendiği öğrenilmiştir.

Bulgular: Hastaya nakil sonrası organ nakli birimi tarafından günde 5 mg prednizolon, günde iki kez 360mg mikofenolat sodyum ve takrolimus başlanmıştır. Şubat 2022'de karaciğer fonksiyon testlerinde artış saptanması üzerine hastadan istenen tetkiklerde ALT:98 U/L, AST:67 U/L , Total Bilirubin: 4,65 mg/dL , HBsAg reaktif, Anti HBs 814 mIU/ml , Anti HBc IgG reaktif, HBV DNA 107.000.000 IU/mL olarak saptanmıştır. Takibinde sekiz ay süreyle ALT ve HBV DNA yüksekliği devam eden hastaya reaktivasyon tanısı ile 28.04.2023 tarihinde Entekavir 0,5mg günde bir kez olacak şekilde başlanmıştır. Hastanın üç ay süreyle tedaviyi kullandığı ancak daha sonra şiddetli baş ağrısı nedeni ile kendi isteği ile antiviral tedavisini kestiği öğrenilmiştir. İlacı kestikten üç ay sonra kontrole gelen hastada ALT normal değerler aralığında saptanırken HBV DNA düzeyinde tekrar yükselme, eş zamanlı alınan Kreatinin: 1,63 mg/dL ve GFR: 43 mL/dk/1,73 m² olduğu görülmüş ve Entekavir'e yan etki gözlemlendiği , Tenofovir Disoproksil Fumarat içeriğinin böbrek fonksiyonlarına etkisi göz önüne alınarak hastaya Tenofovir Alafenamid Fumarat tedavisine geçilmiştir. Takiplerinde HBV DNA düzeyinin gerilediği saptanmıştır. Hastaya immünsüpresif tedavi süresi ve kesilmesi halinde on iki ay daha oral antiviral verilmesi planlanmıştır.

Sonuç: Sonuç: Kronik HBV replikasyonunun zararlı hepatik ve ekstra hepatik etkilerinden kaçınmak için HBsAg reaktif renal transplantasyon alıcılarına antiviral tedavi rutin olarak önerilmektedir. HBsAg non-reaktif, Anti HBc IgG reaktif olan alıcıların transplant sonrası HBV reaktivasyonu açısından yakın izlenilmesi önerilmektedir. Renal transplantasyon yapılan hastalarda kullanılan immünsüpresif tedaviler HBV reaktivasyonuna neden olabileceğinden hastaların risk düzeyleri mutlaka belirlenmeli ve gerektiğinde antiviral profilaksi başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hepatit b, reaktivasyon, renal transplantasyon



P29

Kronik Hepatit B'li Hastada Ekstrahepatik Tutulum

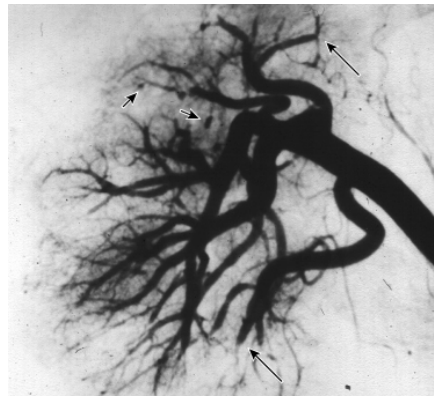
Beyza Elif Dağlar¹

¹Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Hepatit B ile gözlenen PAN olgusunun sunumu

Bulgular: Hepatit B enfeksiyonunda en sık görülen ekstrahepatik bulgular; deri döküntüleri, artrit/artralji, glomerulonefrit ve nörit olup, bu bulgular Poliarteritis Nodosa(PAN) için karakteristiktir. PAN tedavisinde immünsüpresif ilaçlar verilmelidir. OLGU Bilinen kronik hepatit B enfeksiyonu öyküsü olan ama takipsiz olan 41 yaş erkek hasta 2 aydır olan karın ağrısı, mide bulantısı, iştahsızlık ve ateş şikayetleriyle acil servise başvuruyor. Hastanın yapılan tetkiklerinde karaciğer fonksiyon testleri yüksekliği ve HBsAg pozitif olması üzerine kliniğimize yatırıldı. Kan tetkiklerinde: HBsAg:+ Anti HBcIgM:+ Anti HBcIgG:+ HBeAg:+ Anti HBe:- HBV DNA:74.900.000 IU/ml sedimentasyon:81 mm/saat CRP:119 mg/dl Anti HCV:- cK:25 U/l kreatinin:0.68mg/dl üre:52 mg/dl Hastaya yapılan tüm batın USG'sinde patoloji saptanmadı. Şikayetleri devam eden ve hipertansif seyreden hastada ateş, sedimentasyon, crp yüksekliği olması üzerine hastadan otoimmün markerlar istendi. İstenen otoimmün markerlar (ana, asma, lkm, c-anca, p-anca) negatif olarak sonuçlandı. c3 ve c4 düzeyleri normal sonuçlandı. Şikayetleri gerilemeyen hastaya kontrastlı batın bt planlandı. Çekilen tüm batın BT'de her iki böbrek korteksinde multifokal yerleşimli, 1cm yi geçmeyen kontrast tutmayan hipodens alanlar izlendi. Hastaya renal+mezenter arter anjiyografi planlandı. Anjiyografide Her iki renal arterde özellikle interlobar ve arkuat arterler düzeyinde daha belirgin olmak üzere kısmen segmental dallarında izlenen yaygın milimetrik - subsantimetrik boyutlu kontrast dolum fazlalıkları izlendi. Ön tanısı PAN olan olguda görünüm özellikleri PAN da izlenen psödoanevrizmatik dolum fazlalıkları lehine yorumlandı. Mevcut tetkik bu anlamda pozitif olarak değerlendirildi. Sonrasında süperior mezenterin uç dalları düzeyinde şüpheli olarak gözlenen psödoanevrizmatik milimetrik-subsantimetrik boyutlu dolum fazlalıkları gözlemlendi. Bu bulgu tanı açısından yeterli görülerek biyopsi yapılmadı. Hastanın tedavisi romatoloji kliniğince:60 mg/gün Deltacortil tablet Ayda bir 1 g intravenöz Siklofosamid olarak düzenlendi. Hastaya kronik hepatit B enfeksiyonu zemininde ekstrahepatik tutulum olması üzerine tenofovir disoproksil fumarat(TDF) başlandı. Hastanın şikayetlerinin gerilemesi, yapılan kan tetkiklerinde crp:1mg/dl sedimentasyon:13 mm/saat cK:37 U/l kreatinin:0.82 mg/dl üre:27 mg/dl olması üzerine hasta taburcu edildi. Hastanın poliklinik kontrolünde yapılan tetkiklerinde HBV DNA :- sonuçlandı.

Poliarteritis nodosa renal arter anjiyografisinde mikroanevrizmatik tutulum görüntüsü



Sonuç: PAN, Hepatit B ile takipli hastalarda görülebilen bir ekstrahepatik tutulumdur. PAN için doğrulanmış tanı kriterleri oluşturulana kadar, PAN tanısı ACR(The American College of Rheumatology) ve CHCC(Chapel Hill Consensus Conference) yaklaşımlarıyla konulur. Hastamız ACR kriterlerine göre dördünü (anjiyografik bulgu, HBV taşıyıcılığı, yeni başlangıçlı diastolik kan basıncının 90mmHg'dan yüksek olması, miyalji) karşılamakta olup; tedavi ile klinik yanıt alınan hastanın PAN tanısı kesinleştirildi.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B poliarteritis Nodosa



P30

Kronik Myeloid Lösemi Nedeniyle Imatinib Kullanan Hastada Kalıcı Anti HbcigG Kaybı

As. Dr. Selçuk Kavak¹, As. Dr. Sümeyye Taşdöken¹, Prof. Dr. Selma Tosun¹, Doç. Dr. Alpay Arı¹

¹S.B.Ü. İzmir Bozyaka EAH

Amaç: İmmünmodülatör tedavi alan hastalar geçirilmiş hepatit B (HBV) aktivasyon riski yanında atipik serolojik profiller gözlenebilmektedir. Bu çalışmada geçirilmiş HBV enfeksiyonu olup immünmodülatör tedavi almakta iken antiHBc IgG kaybı gözlenen hasta incelenmiştir.

Yöntem: Hastanın primer hastalığı, immünmodülatör tedavisi ve HBV enfeksiyonuna ait verileri hastane bilişim sistemi kayıtlarından elde edilmiştir.

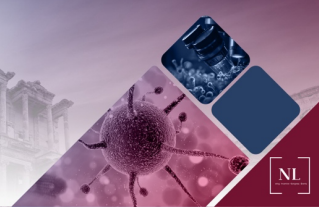
Bulgular: 65 yaşında kadın, bilinen diabetes mellitus ve hipertansiyonu olan hastaya 27/04/2015 tarihinde kronik myeloid lösemi (kml) tanısı ile imatinib tedavisi başlanmıştır. Yaklaşık 3 yıl bu tedavi altında izlenen hastanın 19/06/2018 tarihinde bakılan hepatit göstergelerinde HBSAG(-), anti HBS (-), anti HBc IgG (+) saptanması üzerine tarafımıza HBV reaktivasyon riski açısından yönlendirilmiş. Alevlenme riski açısından orta riskli olarak değerlendirilen hastaya tarafımızca lamivudin tedavisi başlanmıştır ve hastadan HBV DNA düzeyi istenmiştir. 24/07/2018 tarihinde hastanın HBV DNA düzeyi negatif olarak saptanmıştır. Hasta sonrasında düzenli takibe alınmıştır. Hastanın kontrolleri sırasında ocak 2019 da bakılan HBV DNA düzeyi 336.136 IU/ml gelmesi üzerine hastanın antiviral tedavisi entekavir 0,5 mg ile değiştirilmiştir. Hepatit serolojisinde anti delta pozitifliği görülen hastanın HDV RNA tetkiğinde virüs saptanmamıştır. Hastanın izleminde entekavir tedavisinin ikinci ayında HBV DNA negatif olarak saptanmış ve daha sonraki bakılarda negatiflik devam etmiştir. Daha sonraki izlemlerde ilk kez ağustos 2021 de hepatit serolojisinde AntiHBcIgG değeri negatifleşmiştir. İzlemlerde Anti HBc IgG değeri sürekli biçimde negatif saptanmıştır. Tüm izlem sürecinde hastada karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme saptanmamıştır.

Tablo 1. Hastanın laboratuvar bulguları

TARİH	HBsAg	ANTIHBs	ANTIHBcIgM	HBEAG	ANTIHBc	ANTIHBcIgG	HBV DNA IU/ML	ALT U/L	AST U/L	DELTA ANTİKORU	HDV RNA
04.2015								26	20		
06.2018	negatif	negatif	negatif			pozitif	negatif	18	15		
02.2019	negatif		negatif	negatif	negatif		336136	18	22	pozitif	
03.2019							617				
04.2019							negatif	22	27	pozitif	
09.2019	negatif				negatif	pozitif		17	22		
12.2019								15	20		negatif
08.2021				negatif	negatif		negatif	17	12		
12.2021	negatif						negatif	13	18		
09.2022	negatif					negatif	negatif	13	18		
01.2023	negatif	negatif		negatif	negatif	negatif	negatif	13	14	pozitif	negatif
08.2023	negatif			negatif	negatif	negatif	negatif	15	19		
02.2024	negatif				negatif	negatif	negatif	11	16		

Sonuç: Geçirilmiş hepatit B hastalarında özellikle immünsüpresif/immünmodülatör tedavi sonucunda atipik serolojik profiller gözlenebilmektedir. Bu nedenle hastanın laboratuvar geçmişi ile birlikte değerlendirilmesi ve atipik serolojik profillere dikkat edilmesi konusu vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: hepatit b, antiviral, hepatit serolojisi, immünsuprasyon, anti hbc IgG



P31

ALT Yüksekliği Olan Kronik Hepatit B Olgusu

Merve Yumrutaş¹, Esra Zerdali¹

¹SBÜ İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

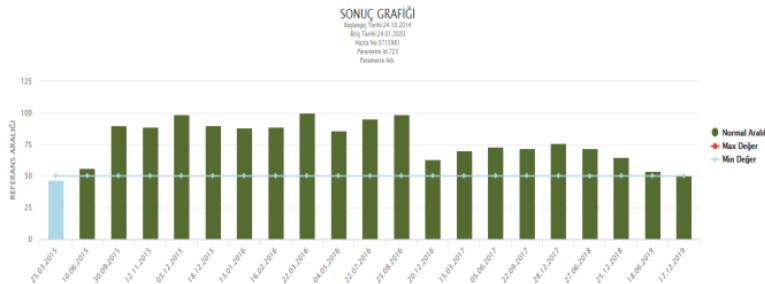
Amaç: Alanin Transaminaz (ALT) esas olarak karaciğerde bulunan bir enzimdir. Karaciğer yıkımının artması ile hücre zarı dışına çıkar ve serum düzeyleri yükselir. Erkeklerde 29-30 U/L, kadınlarda 19-25 U/L normal değeri olarak Kabul edilmektedir. ALT yüksekliğinin hepatitler(viral/otoimmün), hemakromatozis, alkolik karaciğer hastalığı, Çölyak hastalığı, Wilson hastalığı gibi birçok sebebi bulunmaktadır.Kronik Hepatit B(KHB) tedavisinde hedeflerden biri de hastalarda ALT normalizasyonunu sağlamaktır.Tedaviye rağmen ALT normalizasyonu sağlanamayan bir olgu sunulmuştur.

Yöntem: Tedaviye rağmen ALT normalizasyonu sağlanamayan bir hasta incelenmiştir.

Bulgular: Ailesinde KHB nedeniyle polikliniğimize yönlendirilen onsekiz yaşındaki erkek hastanın tetkiklerinde ALT: 156 U/L, HBsAg(+), HBeAg (-), HBV DNA: 3225230 IU/mL saptandı. Biyopsisinde HAI: 8/18, fibrozis: 3/6 olarak sonuçlandı. Hastaya tenofovir disproksil fumarat(TDF) başlandı. Takibin 1. senesinde HBV DNA negatifliği sağlandı. Aspartat aminotransferaz (AST) dalgalı seyrediyordu ancak genelde normal sınırlar içerisindeydi. ALP, GGT, bilirubinler normal değerinde idi. ALT değeri gerilemekle birlikte normal değerine ulaşmadı(ALT: 90 U/L). ALT yüksekliği ayırıcı tanısı için yapılan tetkiklerinde hastada başka bir viral etkenle olabilecek akut/kronik hepatitler için yapılan tetkikler negatif sonuçlandı. Anti-LKM, ANA ve ASMA negatif idi, otoimmün hepatit düşünülmedi. Hemakromatozis, çölyak hastalığı açısından yapılan tetkiklerde bu hastalıklar açısından bir bulgu yoktu. Alfa-1 antripsin bakıldı, eksikliği saptanmadı. Hemoliz yapacak bir hastalığı yoktu. Tiroid hastalığı saptanmadı. Hasta alkol, ilaç(TDF harici), keyif verici madde kullanımıyordtu. Aşırı egzersiz yapmıyordu.Hastaya yapılan ultrason görüntülemeye karaciğer boyutları ve parenkim yapısı doğal saptandı. Hepatosteatoz saptanmadı.5 yıl TDF kullanan hastanın ALT yüksekliğinin sebebi TDF kullanımına sekonder olduğu düşünöldü. 5 yılın sonunda tedavisi entekavir olarak değıştirildi. Tedavi değışikliği sonrası ALT değerinde normalizasyon sağlandı. Şu an hasta entekavir tedavisinin 6. yılında ve takiplerinde ALT değeri normal seyretmedir.

Sonuç: KHB hastalarını hastalığının ilerlemesini ve HCC gelişimini durdurmak için tedavi etmekteyiz. Tedavide asıl hedefimiz HBV DNA negatifleşmesi olmkala birlikte yapılan çalışmalar ALT normalizasyonu sağlanan hastalarda hepatosellöler karsinom gelişiminde azalma olduğunu göstermiştir. Bu yüzden tedavide ALT normalizasyonunu sağlamak da önemlidir. ALT yüksekliği yapan sebepleri tetkik ederken kullandığımız ilaçların da yapabileceğini unutmamalıyız.

Yıllar içerisinde ALT değışimi



Anahtar Kelimeler: entekavir



P32

Rituksimab Tedavisi ile Hepatit B Virüs Reaktivasyonu Oluşan Vakadan Lanset Kullanımıyla Eşine Bulaş Sonucu Gelişen Akut Viral Hepatit B Olgusu ve Antiviral Profilaksinin Önemi

Berk Leon Horasan¹, Selma Tosun¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

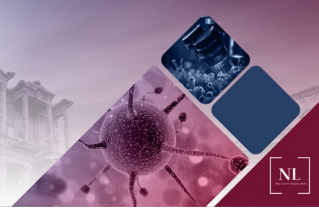
Amaç: Hepatit B virüsü (HBV) ile enfekte olan bireyler iyileşse bile virüsün nükleusa entegre olması nedeniyle virüs ömür boyu vücutta kalmaya devam etmektedir. Bu durum, immünsüpresif durumların varlığında akut alevlenmeye yol açabilmektedir. Son yıllarda birçok hastalığın tedavisinde immünsüpresif tedavilerin kullanımı oldukça yaygınlaşmıştır ve bu durum hastalar için ek bir risk yaratabilmektedir. Burada hematolojik hastalığı nedeniyle rituksimab kullanımına bağlı olarak HBV reaktivasyonu gelişen bir hastanın eşine ortak lanset kullanımı sonrası gelişen akut hepatit B olgusu sunulmuştur.

Yöntem: Altmış yedi yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan kadın hasta, 26.12.2023 tarihinde hastanemizin acil servisine karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle başvurmuş olup fizik muayenesi sağ üst kadranda hassasiyeti dışında olağan saptanmış; yapılan tetkiklerinde AST: 917 u/l, ALT: 798 u/l, total bilirubin: 5.12 mg/dl, INR: 1.12 saptanarak İç Hastalıkları Kliniğine karaciğer enzim yüksekliği nedeniyle yatırılmıştır. Ertesi gün yapılan tetkiklerinde HBsAg pozitif, anti-HBc total pozitif, anti-HBc IgM pozitif, HBeAg pozitif, HBVDNA: 2 290 000 kopya/ml olarak saptanınca kliniğimize akut hepatit B enfeksiyonu tanısıyla devir alınmıştır. Hastanın olası bulaş yolları sorgulanmış; ameliyat, kan transfüzyonu, dövme, piercing, intravenöz madde kullanımı, şüpheli cinsel temas öyküsü olmadığı öğrenilmiştir. Eşinin hastanemizin hematoloji kliniğinde 3 yıldır kronik lenfoblastik lösemi (KLL) tanısı ile takipli olduğu, rituksimab tedavisi aldığı öğrenilmiştir. Eşinin kemoterapi öncesi bakılan tetkiklerinde HBsAg negatif, anti-HBc total pozitif, anti-HBs pozitif olduğu ve antiviral profilaksi almadığı tespit edilmiştir. Eşinin tetkikleri incelendiğinde daha önce negatif olan HBsAg tetkikinin ve HBV DNA'nın 1.09.2023 tarihinde pozitifleştiği belirlenmiş ve immünsüpresif tedavi sonrası hepatit B reaktivasyonu olarak değerlendirilmiştir. Öykü derinleştirildiğinde ortak lanset kullanımı sonrası perkütan yolla eşine HBV bulaşı olduğu saptanmıştır.

Bulgular: Akut HBV enfeksiyonu olgumuzda yatışının 14. gününde AST: 1000 u/l, ALT: 875 u/l, total bilirubin: 15 mg/dl, INR: 1.23, platelet: 200 000, HBV DNA: 2 290 000 kopya/ml saptanmış olup klinik olarak uykuya eğilim olması üzerine hastaya entekavir 1x1 mg/gün başlanmıştır; genel durumunun toparlamaması nedeniyle EÜTF Gastroenteroloji Kliniğine nakledilen hasta burada 14 gün yattıktan sonra taburcu edilmiştir.

Sonuç: İmmünsüpresif tedavi planlanan tüm hastalar HBV enfeksiyonu açısından mutlaka taranmalı, seronegatif hastalar aşılmalı; antiHBcIgG pozitifliği olanlar mutlaka risk açısından değerlendirilip özellikle rituksimab gibi yüksek riskli ilaçlar kullanılıyorsa profilaksi başlanmalıdır. HBV ile karşılaşmış olan HBsAg pozitif ve anti-HBc total pozitif hastaların yakınları da taranmalı ve seronegatif kişilere bulaşı önlemek amacıyla aşı yapılmalı; ayrıca kişiler HBV bulaş yolları açısından bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Rituksimab, Hepatit B virüs reaktivasyonu, Akut Hepatit B



P33

Akut Hepatit B ve HIV Koenfeksiyonu

İrem Çiftçi¹, Selma Tosun¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: Ortak bulaş yolları nedeniyle İnsan bağışık yetmezlik virüsü/ Hepatit B virüsü (HIV/HBV) koenfeksiyonlarına sık rastlanmaktadır. Dünyada HIV ile enfekte bireylerin %5-10'unda HBV, yaklaşık %25-30 'unda HCV koenfeksiyonu gözlenmektedir.

Yöntem: Bilinen ek hastalığı olmayan , Akut Hepatit B virüs enfeksiyonu semptomlarıyla gelen ve aynı zamanda HIV ile de enfekte olduğu saptanarak izlenen olgunun klinik seyri ve bulaş özellikleri paylaşılmıştır.

Bulgular: Bilinen ek hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olmayan 33 yaş erkek hasta 1 gündür olan vücudunda ve skleralarda sararma yakınması ile 14.12.2023 tarihinde 3. Basamak bir hastanenin acil servisine başvurmuştur. Halsizlik, sararma ve idrar renginde koyulaşma dışında bir ek yakınması olmayan hasta Makedonya göçmeni, üniversite mezunu, memur, heteroseksüel, evli, 1 çocuk babası olup sigara, alkol, madde kullanım öyküsü yoktur. Başvurudan bir ay önce appendektomi öyküsü mevcuttur. Yapılan tetkiklerde eşinin HBV açısından aşı ile bağışık olduğu saptanmıştır. Ailede HCC/ Siroz öyküsü yoktur. Fizik muayenesinde bilinç açık, oryante koopere, genel durumu iyi olup skleralar ve cildin ikterik olması dışında patoloji saptanmamıştır. Biyokimya tetkiklerinde AST: 649 U/l ALT:1249 U/l T.bil:5,96 mg/dl ve serolojik tetkiklerinde de HBsAg pozitif, Anti-HBs negatif, Anti-HBc Ig M pozitif saptanması üzerine akut HBV ön tanısıyla yatırılmıştır. Geçmiş ELISA tetkiklerinde HAV Ig G pozitif, HBsAg , Anti-HBs ve AntiHBc Ig G negatif ve Anti HIV negatif olduğu saptanan hastada yatış tetkiklerinde anti HIV pozitifliği saptandığı için doğrulama ve HIV RNA tetkiki de istenmiş ve HIV doğrulama sonucu pozitif gelmiş, HIV RNA :388 cp/ml ; HBV DNA :25 500 000 IU/ml olarak saptanmıştır. Öyküsü derinleştirildiğinde 2 ay önce şüpheli cinsel teması olduğu öğrenilmiştir.CD4 :%32 , HLA B5701 negatif saptanan hastaya tedavi olarak Tenofovir disoproksil fumarat, Emtrisitabin ve Dolutegravir tedavisi 26/12/2023 tarihinde başlanmıştır. Servisteki takibi sırasında yatışın 17.gününde AST :275 U/l ALT: 757 U/l T.bil :3,42 mg/dl şeklinde gerilemiş olup ikter dışında aktif yakınması olmamıştır.HIV RNA viral yükü tedavinin 15.gününde negatifleşmiş , HBV DNA ise tedavinin 15.gününde 29250 IU/ml 30.gününde 442 IU/ml , 2.ayında ise 25 IU/ml olarak saptanmıştır.

Sonuç: Ülkemizde HIV ile enfekte bireylerin %40'ının HBV ile karşılaştığı, yalnızca %4'ünün kronik HBV enfeksiyonu olduğu görülmüş olup bu oran genel toplumdakine benzerdir. Primer HBV enfeksiyonunun ardından immünitesi sağlam kişilerde %2-5 kronik hepatit gelişirken, HIV ile enfekte bireylerde bu oran beş kat daha fazladır.HIV, hepatit B enfeksiyonunun seyrini olumsuz etkilemektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalık vakaları günden güne artmakta olup başka enfeksiyonların da eşlik etmesi yaygınlaşmıştır.Etkili bağışıklama ve korunma yöntemleri üzerinde durulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut Hepatit B, HIV, ortak bulaş yolları, Tenofovir



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



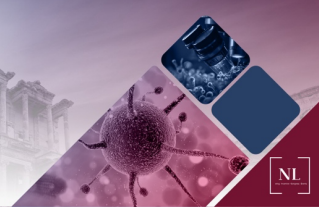
20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



P34

Bildiri geri çekilmiştir.



P35

Gebelik Sonrası Okült Hepatit B Reaktivasyonu

Doktor Adem Tunc¹, Doktor Ömer Kaplan¹, Doçent Doktor Nagehan Didem Sarı¹, Doçent Doktor Abdurrahman Kaya¹, Doktor Sibel Yıldız Kaya², Profesör Doktor Ali Mert³

¹*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

²*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi*

³*İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Amaç: Hepatit B virus enfeksiyonu kronik zeminde akut alevlenmeler gösterebilir. Bu durum spontane gelişebildiği gibi çoğu zaman bir immünsüpresyon sonrasında ortaya çıkar. Gebeliğe bağlı intrapartum veya postpartum dönemde de reaktivasyonun gelişebildiği gösterilmiştir. Kronik hepatit b virus enfeksiyonunun bir formu olan okült hepatitte de reaktivasyon görülür. Hemen her zaman immünsüpresyona bağlı olarak meydana gelir. Gebelik sonrasında okült hepatit b zemininde gelişen bir reaktivasyon olgusu sunulacaktır.

Yöntem: ALT, AST, Total Bilirubin: ,GGT, ALP,INR, AFP, HBeAG, Anti HCV, HBsAg, Anti HBs:40, Anti HBC IGM, Anti HAV IGM, Anti HBC IGG. Batın ultrason normal. Kontrol ve ileri tetkiklerinde Anti HBs, HBsAg, Anti HBC IGM, Anti HBC IGG,ANA İFA , ASMA, Anti-LKM,AMA, HBV DNA, kontrol AFP, Batın MRG

Bulgular: 31 yaşında kadın hasta, acile karın ağrısı gözlerde sararma idrar renginde koyulaşma şikayetiyle başvurdu. Hastanın tetkiklerinde karaciğer enzim testlerinde yükseklik saptanıyor. Bilinen bir hastalığı ve kullandığı ilacı yok. İki vajinal doğum öyküsü mevcut, en son 10 ay önce vajinal doğum öyküsü mevcut. Laktasyona devam etmekte. Alkol kullanımı yok. Hastanın özgeçmişinde ilk gebelik ve ikinci gebeliğinde bakılan HBsAg negatif. Hastaneye başvurusunda ilk kan tetkiklerinde ALT: 609 U/L, AST:86 U/L, Total Bilirubin: 11,5 mg/dl, GGT:370 U/L, ALP: 209 U/L, INR:1,2, AFP:2037µg/L, HBeAG(-), Anti HCV(-), HBsAg(-), Anti HBs:40 IU/L, Anti HBC IGM: Pozitif (35,5 COI), Anti HAV IGM (-), Anti HBC IGG(+). Batın ultrason normal olarak raporlandı. Kontrol ve ileri tetkiklerinde Anti HBs(-), HBsAg(-), Anti HBC IGM(+), Anti HBC IGG(+). ANA İFA (+), ASMA(-), Anti-LKM(-), AMA(-), HBV DNA: 249 IU/L, kontrol AFP: 810µg/L bulundu. Batın MRG ve kadın doğum muayenesinde patoloji saptanmadı. Tüm bulgular değerlendirildiğinde hasta okült hepatit b reaktivasyonu olarak kabul edildi. Gebeliğin bu durumu tetiklediği düşünüldü.

Sonuç: Hastamızda başvuru esnasında karaciğer enzimlerinin akut hepatitlerde olduğu gibi çok yüksek olmaması ve yine akut hepaititlerde Alfa Fetöproteininin yüksekliği beklenmiyor olması akut hepatitten ayırıcı özelliğidir. Mevzu bahis iki durumda reaktivasyon hepatitinde görülmesi beklenir. Hastanın hepatit yüzey antijeninin negatifliğiyle beraber HBV DNA'nın saptanmış olması da okült hepatit b lehinedir. Olgumuz okült hepatit b reaktivasyonu olarak değerlendirildi bu durum gebelik sonrasıyla ilişkilendirildi. Gebelikte hepatit b reaktivasyonu bilinen bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Kronik HBV, Reaktivasyon, Okült Hepatit B, Gebelik



P36

İmmünsüpresif Tedavi Alan Hastalarda Hepatit B Virüs Taranma Oranı

Gizem Çal¹, Nazife Duygu Demirbaş¹, Esin Nagihan Benlice¹, Özlem Gül¹, Ceren Atasoy Tahtasakal¹, Okan Derin¹, Dilek Yıldız Sevgi¹, İlyas Dökmetaş¹

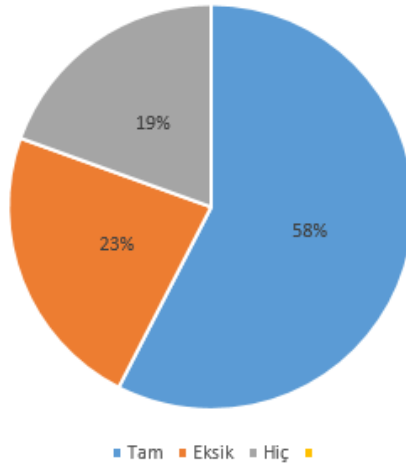
¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

Amaç: Hepatit B virüsü (HBV) tüm dünyada yaygın olarak görülmektedir. İmmünsüpresif tedavi alanlarda HBV reaktivasyonu görülebilmekte, asemptomatik seyirden fulminan hepatite uzanan geniş klinik spektrum ile hastalarda morbidite ve mortalite nedeni olmaktadır. Çalışmamızda, hastanemizde immünsüpresif tedavi nedeni ile takipli hastalarda tedavi öncesi tarama ve tedavilere yönlendirilme sıklıkları konusunda gerçek yaşam verilerini sunmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda Kasım 2023 - Ocak 2024 tarihleri arasında rituksimab, biyolojik ajan veya sitotoksik kemoterapi alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Tedavi öncesi dönemde veya tedavi sırasında HBsAg, antiHBs ve anti-HBc IgG açısından yapılan incelemeler tarama olarak kabul edildi. İmmünsüpresif tedavi öncesi her üç parametrenin bakıldığı hastalar tam taranmış, üç parametreden en az biri bakılmayan hastalar eksik taranmış, üç parametrenin de bakılmadığı hastalar ise hiç taranmamış olarak kabul edildi.

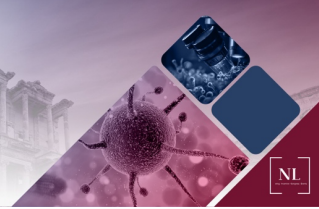
Bulgular: Çalışmaya alınan 431 hastanın 98'inin sitotoksik kemoterapi, 298'inin monoklonal antikor tedavisi, 35'inin rituksimab tedavisi aldığı saptandı. Hastaların 84'ünün (%19.5) hepatit açısından hiç taranmadığı, 99'unun (%23) eksik tarandığı (HBsAg veya anti HBc IgG bakılmamış); 248'inin (%57.5) (HBsAg, anti-HBc IgG ve antiHBs) ise tam olarak tarandığı saptandı. (Grafik 1) Sitotoksik kemoterapi tedavisi alan 89 (%91) hasta ideal olarak tam taranmıştı. Monoklonal antikor tedavisi alan 179 (%60) hasta, rituksimab tedavisi alan 30 (%85.7) hasta ideal olarak tam taranmıştı.

Grafik 1: Hepatit B Virüs Taranma Oranı



Sonuç: Çalışmamızda kemoterapi ve biyolojik ajan tedavisi alan hastalarda ideal tarama oranları düşük çıkmıştır. İmmünsüpresif tedavi başlanan hastalar tedavi öncesinde HBV taraması açısından mutlaka değerlendirilmelidir. Kemoterapi ve biyolojik tedavi uygulayan kliniklerle yakın işbirliği ile ortak eğitim toplantıları düzenlenmeli ve bu programlarla HBV konusunda farkındalık sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: immünsüpresif tedavi, hepatit B



P37

Ülkemizde Hepatit C Eliminasyonu için Yapılabileceklerle Örnek Bir Öncül Çalışma

Çağla Aydın Aslan¹, Serap Demir Tekol¹, Aydan Doğan¹, Ayşe Batırel¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Amaç: Hepatit C virüsü (HCV), karaciğer ile ilişkili morbidite ve mortalitenin en önde gelen nedenlerinden olup küresel boyutlarda halk sağlığı sorunu oluşturan bir virüstür. Akut veya kronik HCV enfeksiyonundan kuşkulandığında, ulusal ve uluslararası kılavuzlar ilk olarak anti-HCV tarama testini önermektedir. HCV-RNA testi ise, viral RNA'yı doğrudan saptayarak, aktif ve eski HCV enfeksiyonunu ayırma ve anti-HCV pozitifliğini doğrulama avantajına sahiptir. Çalışmamızın amacı, Anti-HCV pozitifliği saptanan serum örneklerinde HCV-RNA pozitiflik oranlarının belirlenmesi, HCV-RNA test istem oranları, istemi yapan birimlerin değerlendirilmesi, hastanın tedavi açısından değerlendirilmesi, tedaviye uygun görülenlerin hastaneye çağırılması, uygun direkt etkili antiviral tedavinin başlanması, 1. ve 2. ayda yanıtların değerlendirilmesidir.

Yöntem: 01.03.2022 ve 31.12.2023 tarihleri arasında Anti-HCV test istemi ile Mikrobiyoloji Laboratuvarına serumu gönderilen ve test sonuçları pozitif çıkan hastalar geriye dönük olarak incelenmiştir. Anti-HCV testi sonuçları Sample/Cut-off (S/Co) indeks değeri üzerinden değerlendirilmiştir. Hastaların HCV-RNA testi istem durumu ve Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne başvurma durumu değerlendirilmiştir.

Bulgular: 01.03.22 ve 31.12.2023 tarihleri arasında Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na çeşitli birimlerden gönderilen Anti-HCV testi pozitif olan 133 hasta dâhil edilmiştir. Anti-HCV testi pozitif saptanan 133 hastanın 99(%74,43)'undan HCV-RNA test istemi yapılmıştır. HCV-RNA test istemi yapılan hastaların 79'unda (%79,79) negatiflik saptanmış, 34 (%20,21) hastada viral yük pozitif olarak bulunmuştur. Bu hastaların 4'ü exitus, 1(%2,94)'i mahkum hasta, 4(%11,76)'ü ücretli hasta, 6(%17,64)'sı mahkum, 3(%8,82)'ü IV ilaç bağımlısı hasta olması nedeniyle tedavi alamamıştır. HCV-RNA istemi yapılmamış olan hastaların anti-HCV istemlerinin yapıldığı birimler değerlendirildiğinde, 21'inin (%65,62) Cerrahi birimler, 11'inin (%34,38) Dahili birimler tarafından istendiği saptanmıştır.

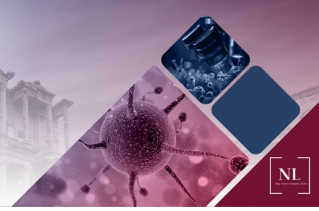
Tetkik isteme nedeni arasında preop istemin önemi	
Tetkik isteme nedeni	Preop istem
Evet	74
Hayır	58
Toplam	132

Sonuç: Sebep olacağı mortalite ve morbiditelerin önlenmesi açısından kronik hepatit C enfeksiyonu tanısı konulması oldukça önem arz etmektedir. Yaptığımız çalışma sonucunda Anti-HCV tarama testinin en sık pre-op tetkik istemi sırasında istendiği görülmüş olup hastaların çoğunluğu bu şekilde tanı almıştır. 8 hasta bu sayede tedavi şansına ve küre ulaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen Hepatit C eliminasyon hedeflerine ulaşabilmek için yeni ve daha kapsamlı çalışmaların geliştirilmesi ve yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Başlanan tedaviler

	Tedavi		
	Glekaprevir+Pibrentasvir	Sofosbuvir+velpatasvir+voksilaprevir	Toplam
HCV-RNA+	5	3	8

Anahtar Kelimeler: Hepatit C, Anti-HCV, HCV-RNA, Eliminasyon, Direkt etkili antiviraller



P38

Hiv Ve Hbv ile Koenfekte, Tüberküloz Menenjit ve Kaposi Sarkomu Nedeniyle Takip Edilen Olgu

Büşra Nur Göklü¹, Fatma Bayrak Erdem¹, Kadriye Kart Yaşar¹

¹Dr. Sadi Konuk EAH

Amaç: Göçmenlerin HIV tedavi ve bakım hizmetlerine erişim sorunları, damgalanma endişesiyle HIV ilişkili bilgi ve destek konularında yardım isteyememeleri sonucunda sekonder enfeksiyonlar ve diğer komplikasyonların sıklığı artmakta, yönetimi zorlaşmaktadır. Bu vakada hiv ve hbv ile koenfekte olup takipsiz kaldığı süreçte kaposi sarkomu ve tüberküloz menenjit gelişen olguyu derledik.

Yöntem: 34 yaş erkek hasta sokakta bilinci bulanık, yatar vaziyette bulunulması üzerine acil servise getirilmiş. Anamnez alınamayan hasta kaşektik görünümde, sağ bacadaki yaygın maküler lezyon ve ağız içi mukozada yaygın kandidal plak görüldü. Suprapubik hassasiyeti ve kvah pozitifliği mevcuttu. Bilinci konfü hastanın ense sertliği pozitif olup yapılan lpsinde bosta mm3 'de 371 lökosit(%80 lenfosit) 782 eritrosit, bos glukoza 20, ekş 98, bos proteini 298 izlenmesi üzerine interne edilerek tüberküloz menenjit ön tanısı ile 4'lü antitüberküloz, 4x8 mg Dekametazon, idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle Seftriakson, kandidal özofajit nedeniyle flukonazol başlandı. Hastaya yapılan yüzeysel usgde bilateral servikalde ve inguinalde büyüğü 26x11 mm olan kalın korteksli lenfadenopatiler izlendi. Dermatoloji tarafından sağ bacadaki lezyona yönelik punch biyopsi yapıldı. Kaposi sarkomu ile uyumlu saptandı. Kranyal mrda kronik iskemik değişiklikler saptandı. Femoral doppler usgde kronik dvt saptanması üzerine enoksaparin başlandı. Yapılan tetkiklerinde HIV RNA:113 CD4:824 %16 HBV DNA 24100 delta neg, vdrl ve tpha pozitif saptandı. Seftriakson ve Flukonazol 14 güne tamamlanarak kesildi. Dekametazon kademeli olarak azaltıldı. Hastaya bal yapıldı. bal arb negatif, bal kültüründe üreme olmadı. Antitüberkülozun 21. gününde TDF/FTC 1X1+DTG 2X1 başlandı. Gastroskopi ve kolonoskopi yapıldı. Gastroskopiye antral gastrit, kolonoskopiye yaygın hemoroid pakeleri görüldü. Pet çekildi. Hastanın genel durumunun iyi vitallerinin stabil seyretmesi üzerine yakın zamanlı onkoloji, enfeksiyon, nöroloji, kalp damar cerrahisi poliklinik kontrolü planlanarak taburcu edildi.

Bulgular: Hasta 3 ay sonra acil servise nefes darlığı nedeniyle başvurdu. Genel durumu kötü, desatüre, dinlemekle bilateral yaygın ral duyulmaktaydı. Hastanın 3 haftadır antiretroviral tedavi almadığı, önerilen poliklinik kontrollerine gidemediği öğrenildi. Hasta interne edildi. 4'lü antitbc'yi 4 aydır kullandığı öğrenildi, 2'li tedaviye geçildi. Art başlandı. Toraks btde yaygın infiltrasyonları olması nedeniyle Pip/Taz, profilaksi dozundan tmp/smx başlandı. Pet raporuyla tıbbi onkoloji kliniğine danışıldı, ecog skoru düşük olması nedeniyle kemoterapi önerilmedi. Takibinin 5. gününde bilincinin konfü olması, 15 l/dk rezervuarlı oksijen maskesiyle desatüre seyretmesi üzerine orotrakeal entübe edildi. Yoğun bakımda izole oda bulunmaması nedeniyle serviste entübe takibinin 4. gününde arrest oldu. 45 dk cpr sonrası hasta exitus kabul edildi.

kaposi



Hastanın uylukta maküler plak ve nodüler lezyonlara ek inguinal bölgede cilt kalınlaşması ve belirgin ödemi mevcuttu

Sonuç: Hiv ile yaşayan göçmen bireylerde tedaviye ulaşım, hastalık takibinde ve komplikasyonları önlemede tem

Anahtar Kelimeler: hiv



P39

HIV İle Yaşayan Bir Kişide Nörosifiliz Ve Streptococcus Agalactiae Menenjit Koenfeksiyonu

Mine Karzaoğlu¹, Muhammet Salih Tarhan¹, Fatma Bayrak Erdem¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Nörosifiliz, Treponema pallidum ile enfekte olan olguların yaklaşık %5'inde gelişmektedir. Nörosifiliz, hastalığın merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumu ile giden klinik bir formudur. Sifilitik menenjit, meningovaskülit ve parankimal nörosifiliz gibi tablolarla karşımıza çıkabilir. B grubu streptokok menenjitleri tüm bakteriyel menenjitlerin %4'ünü oluşturur. Streptococcus agalactiae menenjit yetiştirilmede nadirdir ve predispozan faktörü (diyabet, karaciğer yetmezliği, alkolizm, demans, serebrovasküler bozukluklar, malignite, HIV enfeksiyonu, steroid kullanımı ve splenektomi) olan hastalarda görülebilmektedir. Bu vakada nörosifiliz ile birlikte S. agalactiae menenjit tanısı konulan HIV ile yaşayan bir hasta sunulmuştur.

Bulgular: Bilinen koroner arter hastalığı tanısı olan 54 yaşında erkek hasta acil servise baş ağrısı ve baş dönmesi şikayetleriyle başvurmuş. Çekilen kontrastlı kranial MR'da leptomeningeal tutulum görülmesi üzerine dış merkez nöroloji servisine interne edilmiş. Takiplerinde baş ağrısı devam etmesi ve 2 gün boyunca subfebril ateşleri olması üzerine lomber ponksiyon (LP) yapılmış. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde protein: 124 mg/dl, BOS glukoz: 46 mg/dl, eş zamanlı kan şekeri: 134 mg/dl saptanmış. BOS mikroskopisinde 6000/mm³ eritrosit, 120/mm³ lenfosit görülmüş. Sonuçlanan tetkiklerinde anti-HIV pozitif saptanması üzerine hasta, ileri tetkik amaçlı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları kliniğine kabul edildi. Hastaya bakteriyel menenjit ön tanısıyla seftriakson 2x2 gr IV başlandı. HIV-RNA: 390000 CP/mL, CD4+ T lenfosit sayısı: 701 hücre/μl (% 34), serum VDRL-RPR: 1/4 pozitif, TPHA pozitif olarak sonuçlandı. Göz muayenesinde vaskülit saptanmadı. Nöroloji tarafından intrakranial hipotansiyon düşünüldü ve 100 cc/saatten IV hidrasyon önerildi. Dış merkezde yapılan ve gönderilmeyen eksik tetkiklerin gönderilmesi amacıyla hastaya tekrar LP yapıldı. BOS protein: 101 mg/dl, BOS glukoz: 48,5 mg/dl, eş zamanlı kan şekeri: 102 mg/dl, hücre sayımında 150/mm³ lökosit (%70 PNL) görüldü. BOS kültüründe üreme olmadı, BOS'ta ARB görülmedi, BOS-VDRL negatif, BOS FTA-ABS IgG: pozitif ve multipleks menenjit panelinde S. agalactiae PCR pozitif sonuçlandı. Hastaya tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin ve dolutegravir başlandı. FTA-ABS IgG sonucu çıktığında hasta 10 gündür seftriakson 2x2 gr IV aldığından tedavisine devam edildi. Takiplerinde baş ağrısı ve baş dönmesi gerileyen hastanın seftriakson tedavisi 14 güne tamamlanıp taburcu edildi.

Menenjit Paneli

Parametre Adı	Sonuc	Birim	Normal Değerler	Önceki Sonuc
Herpes simplex virus 1	NEGATIF			Grafik
Herpes simplex virus 2	NEGATIF			Grafik
Human herpesvirus 6	NEGATIF			Grafik
Human parechovirus	NEGATIF			Grafik
Neisseria meningitidis	NEGATIF			Grafik
Streptococcus agalactiae	POZITIF			Grafik
Varicella zoster virus	NEGATIF			Grafik
Streptococcus pneumoniae	NEGATIF			Grafik
Listeria monocytogenes	NEGATIF			Grafik
Menenjit paneli (BOS)	ÇALIŞILDI			Grafik
Herpes PCR(Her bin) 1	ÇALIŞILDI			Grafik
Herpes PCR(Her bin) 2	ÇALIŞILDI			Grafik
Herpes PCR(Her bin) 3	ÇALIŞILDI			Grafik
Herpes PCR(Her bin) 4	ÇALIŞILDI			Grafik
Realtime PCR 1-5 çift	ÇALIŞILDI			Grafik
Cryptococcus neoformans/gattii	NEGATIF			Grafik
Cytomegalovirus	NEGATIF			Grafik
Enterovirus	NEGATIF			Grafik
Escherichia coli K1	NEGATIF			Grafik
Haemophilus influenzae	NEGATIF			Grafik

BOS'ndan gönderilen Menenjit Paneli sonucu

BOS-VDRL

Parametre Adı	Sonuc	Birim	Normal Değerler	Önceki Sonuc
VDRL BOS	NEGATIF	Seroloji Manuel		Grafik.

BOS'ndan gönderilen VDRL sonucu



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



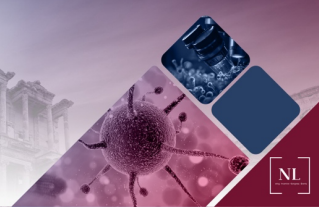
20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



Sonuç: HIV enfeksiyonu immun sistemde oluşturduğu yetmezlik nedeniyle birçok fırsatçı enfeksiyona zemin oluşturmaktadır. Yetişkin HIV pozitif hastalarda *S. agalactiae* menenjit nadir görülmektedir. Nörosifiliz ile HIV birlikteliği ise daha sık görülmektedir. Buna ek olarak geç dönem olgularda yanıt kötüdür ve hastalık sekeller bırakabilir. Baş ağrısı ve baş dönmesi gibi nörolojik şikayetleri olan ve anti-HIV pozitif saptanan hastalar mutlaka sifiliz açısından taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nörosifiliz, Menenjit, Leptomeningeal Tutulum



P40

HIV ile Yaşayan Bireyde Uyuz ile Karışan Sekonder Sifiliz Olgusu

Esra Zerdali¹, Merve Yumrutaş¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sifiliz, Treponema pallidum isimli spiroketin neden olduğu cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır. Bu hastalığın belirtileri çok değişkendir ve tedavi edilmeyen enfeksiyonda zaman içinde farklı aşamalar ortaya çıkar. Hastalar primer, sekonder veya tersiyer sifilizin bulguları ile başvurabilir. Sekonder sifilizde ki bulgular her türlü deri hastalığını taklit edebilir.

Yöntem: Sifilize ait döküntülerin uyuz ile karıştırılması sonucu sifiliz tedavisi geciken bir HIV ile yaşayan olgu anlatılmıştır.

Bulgular: Kırkdokuz yaşındayken edinsel immun yetmezlik tanısı alarak polikliniğimizden takip ve tedavisine başlayan hasta takibinin 4. yılında erken latent sifiliz tanısı aldı. Üç doz deposilin tedavisi sonrası VDRL testi negatifleşti. Takibinin 7.senesinde kollarında ve gövdesinde kaşıntılı, ciltten kabarık, kırmızı, maküler döküntüler ile aile sağlığı merkezine başvurmuş. Hastaya scabiyez ön tanısı ile permetrin losyon başlanıp önerilerde bulunulmuş. Hasta losyonu düzgün kullanmış, kişisel hijyen önerilerine düzenli uyum sağlamış fakat lezyonlarında gerileme olmamış. Hasta 1 ay sonra polikliniğimize rutin takip amaçlı başvurdu ve tarafımızca değerlendirilen hastanın döküntüleri sifiliz ile uyumlu düşünüldü. Hastanın anamnezinde şankr öyküsü yoktu. Hastadan tetkikleri istendi. VDRL ½ + olarak sonuçlandı. Hastaya depo penisilin reçete edildi ve hasta kontrole çağrıldı. İlk doz depo penisilin sonrası döküntüleri geriledi. 3 doz depopenisilin tedavisi sonrasında lezyonlar tamamen kayboldu.Kontrol tetkiklerinde VDRL negatif sonuçlandı.

Mürakat sırasındaki döküntülerin görüntüsü



Mürakat sırasındaki döküntülerin görüntüsü





Müracat sırasındaki döküntülerin görüntüsü



Sonuç: Tüm dünyada ve ülkemizde 2016 yılından sonra sifiliz insidansında özellikle HIV ile yaşayan bireylerde önemli derecede artış izlenmiştir. Belirlenemeyen=Bulaştırmayan yaklaşımı özellikle erkeklerle seks yapan HIV ile yaşayan erkek bireyler arasında korunma yöntemlerinin arka plana atılmasına sebep olarak sifilizde artışa neden olmuştur. Sifilizin büyük taklitçi olduğu, döküntü ile başvuran HIV ile yaşayan bireylerde akla gelmesi gerektiği unutulmamalıdır. Tüm bireylerde ve özellikle risk grubundaki HIV ile yaşayan bireylerde diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından kondom kullanımının önemi ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, sifiliz, uyuz, döküntü



P41

Kilo Kaybı ve Döküntü ile Başvuran Yeni Tanılı HIV enfeksiyonu ve Sifiliz Olgusu

İrem Ataöv¹, Duygu Mert¹, Semra Tunçbilek¹, Mustafa Ertek¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: HIV ile karşılaştıktan sonra 2-4 hafta içerisinde grip benzeri ve HIV enfeksiyonuna özgü olmayan kimi belirtiler görülebilir. Yüksek ateş, lenf bezlerinde büyüme, farenjit, deri döküntüleri, kas veya eklem ağrıları, baş ağrısı gibi belirtiler kimi zaman birkaç haftaya kadar uzayabilir. HIV sadece belirtiler üzerinden veya klinik muayene ile anlaşılabilen bir enfeksiyon olmadığından, HIV enfeksiyonunu tespit edebilmenin tek yolu HIV testi yapmaktır.

Bulgular: Demans, kronik obstruktif akciğer hastalığı tanıları olan 70 yaşındaki erkek hasta halsizlik, iştahsızlık, yaklaşık 1,5 aydır olan istemsiz 11 kilo kaybı ve kas ağrıları şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, sol boyunda lastik kıvamlı ve sağ boyun arkasında da sert kıvamlı lenfadenopatisi vardı. Oral monializis saptandı. Sırtta ve ön gövdeye yayılan basmakla solan makulo papüller döküntüleri mevcuttu. Solunum seslerinde sol akciğer bazalinde ralleri vardı. Laboratuvar tetkiklerinde; CD4 190/μL, anti-HIV: pozitif, HIV RNA: 199.000 IU/ml, hemoglobin: 10,8 g/dL, platelet: 182.000 cells/ μL, beyaz küre: 3530 cells/μL, nötrofil: 2210 cells/μL lenfosit: 830 cells/μL, CRP: 16 mg/L, LDH :187 U/L, sedimantasyon :78 mm/saat, anti-HCV: negatif, HBs Ag: negatif, anti HBs: pozitif, anti HBc IgG: negatif, antiCMV IgG: pozitif, herpes simpleks tip 1 IgG: pozitif, herpes simpleks tip2 IgG: pozitif, anti rubella IgG: negatif, anti toksoplazma IgG: negatif, kızamık IgG: negatif. Edinsel immun yetmezlik tedavisi olarak dolutegravir+tenofovir disoproksil fumarat+ emtrisitabin başlandı. Pneumocystis jirovecii pnömonisi için profilaktik olarak trimetoprim-sulfametoksazol başlandı. Hastanın servis takiplerinde dolutegravir+ tenofovir disoproksil fumarat+ emtrisitabin kullanımı altında kreatinin değerlerinde artış olması nedeniyle biktgravir sodyum+ emtrisitabin+ tenofovir alafenamid fumarat tedavisine geçildi. Bilgisayarlı toraks tomografisi; "Sol akciğer alt lob posterobazal segmentte hava bronkogramları, buzlu cam dansiteleri ve peribronşial kalınlaşmalar içeren pnömonik konsolidasyon alanı izlenmektedir. Sağ akciğer alt lob posterobazal segment subplevral alanda hafif buzlu cam dansiteleri ve retiküler dansite artımları izlenmektedir" şeklinde raporlandı. Göğüs Hastalıkları tarafından bronkoalveolar lavaj (BAL) yapıldı. BAL ARB: negatif, mikobakteri PCR: negatif idi. Mikobakteri kültüründe üreme olmadı. BAL Pneumocystis spp, PCR : NEGATİF, BAL CMV DNA:11 IU/ml, BAL galaktomannan antijeni :0,64, eş zamanlı kan galaktomannan antijeni : 0, 62 olarak sonuçlandı. VDRL-RPR :pozitif TPHA: 1/1280 olarak saptandı. Hastaya tek doz depo penisilin 1x2.4 milyon ünite intramusküler yapıldı.



Makulo papüller döküntü



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



Sonuç: HIV/AIDS, ilk olarak tanımlandığı 1981 yılından beri üzerinde en fazla çalışılan enfeksiyon hastalıklarından biri olmuştur ve tüm dünyanın odak noktası durumuna gelmiştir. Bu nedenle her yaş grubunda pek çok hastalığın ayırıcı tanısında bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, AIDS, DÖKÜNTÜ, CD4



P42

Kronik Hepatit B+HCV Süperenfeksiyonu Zemininde Gelişen HIV Enfeksiyonu

Atiye Nur Akoğlu¹, Funda Şimşek¹

¹İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: HBV ve HCV koenfeksiyonu virüslerin eş zamanlı olarak alınabileceği gibi önceden var olan HBV/HCV ile kronik enfekte bir hastaya HBV ya da HCV'nin akut bulaşıyla olabilir. Genellikle virüslerden biri diğeri üzerinde dominant rol oynar. Ayrıca her iki virüs birbirlerinin serokonversiyonunu indükleyebilir. HBV ve HCV ile enfekte bireylerde HIV enfeksiyonu gelişmesi, komplikasyon riskinin artmasına neden olmaktadır.

Bulgular: Bilinen hastalık öyküsü olmayan 23 yaş erkek hasta yorgunluk şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Tetkiklerde Anti HCV: +, HBsAg: +, Anti HIV: -, ALT-AST yüksek saptanan hasta enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Tetkiklerde HbeAg: -, Anti HBe: +, Anti HBc IgM: -, Anti HBc IgG: +, Anti Delta: -. HCV Genotip 3 saptandı. Hastanın ultrasonografi görüntülemesinde hepatosplenomegali gözlemlendi. Karaciğer biyopsisi planlandı. Karaciğer biyopsisi HAI(Hepatik Aktivite İndeksi): 8/18, Fibrozis: 2/6 olarak sonuçlandı. Hastaya Sofosbuvir ve Ribavirin tedavisine ek eş zamanlı Tenofovir Disoproksil Fumarat başlandı. Hastanın Hepatit C tedavisi 6 aya tamamlandıktan sonra TDF profilaksisine 3 ay daha devam edilmesine karar verildi. (Tablo1) Düzenli takiplerini aksatan hastanın dış merkezde tekrarlanan karaciğer biyopsisi HAI: 4/18, Fibrozis: 1/6 olarak sonuçlandı. HBV ve HCV'ye yönelik tedavisi tamamlanan hastanın takiplerinin 6.yılında dış merkezde Anti HIV: Reaktif sonuçlanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Yapılan tetkiklerinde CD4:163 mm³,CD8:481 mm³, HIV PCR:162,000, HCV RNA: Negatif, HBV DNA: 18.300 Kopya/ml sonuçlandı. Hastanın Karaciğer fonksiyon testleri, hemogramı ve böbrek fonksiyon testleri normal aralıkta gözlenmesi üzerine Emtrisitabin + Tenofovir Disoproksil+ Dolutegravir+ TMP-SMX başlandı.

TABLO 1

	BAŞLANGIÇ	HCV TD 3.AY	HCV TD 6.AY	HCV TS 3.AY	HCV TS 6.AY	2018-2023	MAYIS 2023	HAZİRAN 2023
HCV RNA	6.220.000 IU/mL	3200 IU/mL	SAPTANMADI	SAPTANMADI	SAPTANMADI	-	SAPTANMADI	SAPTANMADI
HBV DNA	SAPTANMADI	709 IU/ml	212.000 IU/ml	72 IU/ml	SAPTANMADI	-	18.300 IU/ml	25.3 IU/ml
ALT	187 IU/L	82 IU/L	96 IU/L	60 IU/L	38 IU/L		41 IU/L	39 IU/L
AST	115 IU/L	72 IU/L	68 IU/L	40 IU/L	28 IU/L	-	33 IU/L	28 IU/L
ANTI HIV	NEGATİF		NEGATİF		NEGATİF	NEGATİF	HIV RNA: 162.000 Kopya/mL	HIV RNA: 201 Kopya/mL
CD4/ CD8						-	163/481	287/392

Sonuç: HIV ile enfekte hastalarda ortak bulaş yollarının olması nedeniyle HBV ve HCV ile koenfeksiyon sık görülmektedir. Günümüzdeki tedavi kılavuzlarına göre koenfekte olan hastalar enfeksiyonun tedavisi için değerlendirilmeli; tedavinin amacı baskın virüsün bakılanması ve karaciğer hasarının yavaşlatılması olmalıdır. Tedavi sırasında ve bitiminde HCV ile koenfekte bireylerde HBV enfeksiyonu yakın takip edilmeli, gereğinde nükleosid analogları ile tedavi planlanmalı, reaktivasyona dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HBV, HCV, HIV



P43

HIV Pozitif Bir Olguda Atipik Seyirli Kedi Tırmığı Hastalığı

İpek Kuzucuoğlu¹, Serpil Erol¹, Seniha Şenbayrak¹, Nurgül Ceran¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Kedi tırmığı hastalığı, Bartonella henselae ve nadiren de B.quintana'nın neden olduğu, genellikle etkenin giriş bölgesindeki lenf nodlarında kronik inflamasyonla seyreden bir enfeksiyondur. Kedi ısırığı ya da tırmalaması sonrası bulaşır. İmmun sistemi normal kişilerde kendini sınırlar ve bölgesel lenfadenopatiye (LAP) neden olur. İmmüpresif kişilerde ise nedeni bilinmeyen ateş, ensefalit, nöroretinit, hepatosplenik tutulum gibi atipik tablolar görülebilir. Bu yazıda HIV+ bir hastada atipik bir tabloya neden olan B.henselae enfeksiyonu sunulmaktadır.

Bulgular: 25 yaşında kadın hasta, 4 gündür olan 40°C bulan ateş, üşüme, titreme ve sol kasıkta ağrılı şişlik ile acil servise başvurdu. 1 ay önce dış merkezde edinmiş immün yetmezlik tanısı almış. Tanı anında HIV-RNA: 6.900.000 CD4: 46 hücre/mm³ PPD: 10mm. Biktgravir/emtricitabin/tenofovirafenamid, TMP-SMX ve izoniazid profilaksisi başlanmış. Hasta ateş etiyolojisinin araştırılması amacıyla servise yatırıldı. Fizik muayenede ateş: 38°C, nabız: 125/dk, TA: 120/70mmHg, SPO2: %99 (oda havasında) idi. Bilinci açık, oryante, koopereydi, meninks irritasyon bulgusu yoktu. Kardiyak ve solunum sistemi muayenesi doğaldı. Batın muayenesinde splenomegali, sol inguinal bölgede 1 adet, 2-3 cm çapta, ağrılı, alttaki dokuya fikse, sert LAP saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde, beyaz küre: 5930/μL (nötrofil %57, lenfosit: %37) periferik yaymada atipik hücreye rastlanmadı, hg: 9.1g/dl, platelet: 168.000/μL, CRP: 65mg/dL, prokalsitonin: 0.73ng/mL, kre: 0.72mg/dl, AST: 38 IU/L, ALT: 36 IU/L, sedimentasyon: 51mm/h idi. Batın ve toraks BT'lerinde patolojiye rastlanmadı. Hastanın kültürleri alınarak, ampirik olarak seftriakson 2gr başlandı. USG'de sol inguinal bölgede konglomere, yağlı hilusu izlenmeyen 4x2mm boyutlarında LAP izlendi. Firstaçı enfeksiyonlar açısından göz muayenesi normaldi. Anamnez derinleştirildiğinde hastanın evinde kedi beslediği öğrenildi. Halk sağlığına B. henselae IgG testi için serum örneği gönderildi. Sol inguinaldeki LAP'dan eksizyonel biyopsi esnasında lenf nodunun çevre dokulara yapışık olduğu ve pürülan materyal içerdiği bildirildi. Bu materyalin direk bakışında mikroorganizma görülmedi, kültürde piyogenik bakteri üremedi. ARB negatif, mikobakteri PCR negatif, mikobakteri kültüründe üreme olmadı. Kan kültüründe üreme olmadı. Lenf bezinin histopatolojik incelemesinde abse odaklarının eşlik ettiği akut ve kronik iltihabi bulgular görülürken malign hücreye rastlanmadı. Doku örneğinde B.henselae PCR pozitif saptandı. Serumda B. henselae IgG 1/512 titrede pozitif geldi. Seftriakson tedavisi stoplandı, doksisisiklin 2*100 ve rifampisin 1*600 mg başlandı. İlaç etkileşimi nedeniyle ART'si tenofoviridisoprosil /emtricitabin+ dolutegravir (2*1) olarak değiştirildi. Bu tedavinin 7. gününden sonra hastanın ateşi düştü ve tedavinin 3 aya tamamlanması planlandı

Sonuç: Bu olguda başka bir nedenle açıklanamayan uzun süreli ateşi olan HIV+ hastalarda, anamnezde mutlaka kedi temasının sorgulanması ve ayırıcı tanıda bartonella enfeksiyonunun düşünülmesinin önemi vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kedi Tırmığı Hastalığı, Bartonella henselae, Nedeni bilinmeyen ateş



P44

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2.Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde HIV Seropozitif Olguların 01 Ocak 2022-31 Aralık 2023 Tarihli Epidemiyolojik Verileri

Esma Öksüz¹, Ayşe İnci¹, Esra Doğan Çetin¹, Sinem Akkaya Işık¹, Burak Sarıkaya¹, Derya Özyiğitoğlu¹, Ayça Aydın¹, Birol Balçın¹, Deniz Kakalıçoğlu¹, Elif Sofuoğlu¹, Hakan Sakin¹, Elif Dilan Dağ¹, Sena Buse Beydilli¹, İdris Çağrı Kaygısız¹, İrem Demiralp¹, Duygu Özakınsel¹, Levent Görenek¹

¹SBÜ Sultan 2.Abdülhamid Han EAH, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, İstanbul

Amaç: HIV/AIDS, ilk olarak tanımlandığı 1981 yılından beri üzerinde en fazla çalışılan enfeksiyon hastalıklarından biri olmuştur (1). Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı (UNAIDS)'in 2023 tarihinde yayımladığı küresel HIV ve AIDS istatistikleri raporuna göre; Dünya genelinde 39 milyon kişi HIV ile yaşıyor ve günde yaklaşık 3600 kişiye HIV enfeksiyonu teşhisi konuluyor(2). Bu sayılar HIV tanı, tedavi ve farkındalığının anlaşılması açısından oldukça dikkat çekicidir. Bu nedenle hasta takip eden merkezlerin olgularını paylaşması ve hasta profilinin belirlenmesi önemlidir. Kliniğimiz, ülkemizde HIV/AIDS takip eden merkezlerden biri olup bu çalışmada 01 Ocak 2022-31 Aralık 2023 tarihleri arasında merkezimize başvuran anti-HIV testi tekrarlayan reaktif saptanmış ve doğrulanmış tedavi naif olguların verilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 01 Ocak 2022 – 31 Aralık 2023 tarihleri arasında mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilen serum örneklerinin sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Olgular yaş, cinsiyet, uyruk, CD4+ T lenfosit sayıları ve viral yükleri değerlendirilerek kaydedilmiştir.

Bulgular: 2 yıllık süreçte toplam 107 hastanın anti-HIV reaktifliği doğrulanmıştır. 2022 yılında 54, 2023 yılında ise 53 hasta pozitif saptanmıştır. Bu hastaların %54.3'ü 18-34, %20.5'i 35-49, %20.5'i 50-65 ve %4.7'si 65 yaş üzeri saptanmış olup yaş ortalaması 37.8'dir (Tablo1). Hastaların %92.5'i erkek ve %93.5'i Türk vatandaşlarıdır (Grafik 1 ve 2). Toplamda 107 olgumuzdan 13'ünün CD4+ T lenfosit sayıları değerlendirilememiştir. Değerlendirilebilen 94 olgunun %14.9'unda CD4+ T lenfosit sayısı 200 hücre/mm³'ün altında, %85.1'inde 200 hücre/mm³'ün üzerinde saptanmıştır. 2022 yılında CD4+ T lenfosit ortalaması 524, 2023 yılında ise 369'dur. Toplamda 107 olgumuzdan 3'ünde viral yük değerlendirilememiştir. 104 olgumuzun ise HIV PCR değerlerine bakıldığında %69.2'sinde 500.000 kopya/ml'nin altında, %30.8'inde 500.000 kopya/ml'nin üstünde olduğu görüldü. (Tablo 2)

Grafik 1.

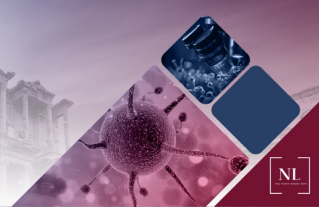


2022-2023 Yılları Doğrulama Pozitif Olguların Cinsiyete Göre Dağılım Yüzdeleri

Grafik 2.



2022-2023 Yılları Doğrulama Pozitif Olguların Uyruklara Göre Dağılım Yüzdeleri



Tablo 1.

	2022		2023		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
18-34	26	48.2	32	60.5	58	54.3
35-49	13	24	9	16.9	22	20.5
50-65	13	24	9	16.9	22	20.5
65+	2	3.8	3	5.7	5	4.7
	54	100	53	100	107	100

Doğrulama Pozitif Olguların Yaş Gruplarına ve Yıllara Göre Dağılımı

Tablo 2.

	2022		2023		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
CD4+ T LENFOSİT SAYISI (hücre/mm3)						
<200	3	6.7	11	22.5	14	14.9
>200	42	93.3	38	77.5	80	85.1
	45	100	49	100	94	100
VİRAL YÜK (kopya/ml)						
<500.000	39	75	33	63.5	72	69.2
>500.000	13	25	19	36.5	32	30.8
	52	100	52	100	104	100

Olgularımızda CD4+ T Lenfosit ve Viral Yük Sayıları Tespit Edilebilir Vakaların Yıllara Göre Dağılımı

Sonuç: UNAIDS'in 2023'te yayımladığı küresel HIV ve AIDS istatistikleri raporuna göre; Dünya genelinde 2022 yılı itibarıyla bulunan 39 milyon HIV pozitif bireyin 28.1 milyonu (%72) 15-49, 9.4 milyonu (%24.1) ise 50 yaş ve üzeri olgulardan oluşmaktadır (2). Yine aynı rapora bakıldığında 2022 yılında günde yaklaşık 3600 kişi yeni tanı almakta. Bunların yaklaşık 3200'ü 15 yaş ve üstü vakalardan oluşmakta. Bu olguların da %46'sı kadınlardan, %30'u 15-24 yaş aralığından oluşmakta. Olgularımızdaki 18-49 yaş aralığına bakıldığında %74.8'lik oranın Dünya verileriyle benzer olduğu görülmüştür. Cinsiyet dağılımına bakıldığında ise kadın olgularımızın %7.5 ile daha az oranda olduğu görülmekte. Olgularımızdaki 200 hücre/mm3'ün üstündeki CD4+ T lenfosit oranının %85.1 olması hastaların bilinçli olduğu ve erken dönemde kliniğimize başvurduğunu düşündürmektedir. Aynı zamanda bu oran fırsatçı enfeksiyonların ve immün rekonstitüsyon inflamatuvar sendrom (IRIS) ihtimalinin daha düşük olduğu beklentisini oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV, epidemiyoloji, AIDS



P45

Antiretroviral Tedavi Kullanımını Bırakan, AIDS Tablosuyla Gelip PCP Pnömonisi, CMV Pnömonisi ve Kaposi Sarkomu Tanısı Alan HIV ile Yaşayan Olgu

Ufuk Urtimur¹, Zeynep Seri¹, Çiğdem Ataman Hatipoğlu¹, Fatma Şebnem Erdiç¹, Günay Tuncer Ertem¹, Salih Cesur¹, Esra Kaya Kılıç¹, Şerife Altun Demircan¹, Sami Kınıklı¹

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: HIV ile yaşayan bireylerde antiretroviral tedaviyi (ART) düzensiz kullanmaya/bırakmaya bağlı olarak fırsatçı enfeksiyonlar gelişmesi sık görülmektedir. ART kullanımını bırakan ve Kaposi sarkomu, PCP pnömonisi ve CMV pnömonisi gelişen olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: 44 yaş erkek hasta, 6 aydır süren öksürük, paslı balgam, 1 haftadır artan nefes darlığı ve ateş şikayetleriyle başvurdu. Belirgin kilo kaybı ve gece terlemesi yoktu. 2010'da HIV enfeksiyonu tanısı konulmuş, TDF/FTC ve EFV tedavisi başlanmıştı. HLA-B*5701 testi negatif olan hastanın tedavisi 2017 yılında hastanın tek tablet ilaç isteği nedeniyle ABC/3TC/DTG olarak değiştirilmişti. Son 3 yıldır ART tedavisini almamış ve takibe gelmemişti. Fizik muayenesinde ateşi 37°C, SO₂ 95 idi. Solunum sisteminde bilateral orta ve alt zonlarda yaygın ronküs duyuldu. Göğüs bölgesinde 7, karında 1, sol kolda 2 adet mor, papüler, basmakla solmayan lezyonları mevcuttu (Resim 1). HIV-RNA 69170 IU/mL, CD4 T lenfosit %1, CD4 sayısı 11, CD4/CD8 oranı 0,01 olarak saptandı. Hasta PCP pnömonisi, akciğer tüberkülozu, Kaposi Sarkomu ön tanılarıyla yatırıldı.

Resim 1



Hastanın Kaposi sarkomu lezyonları

Bulgular: COVID-19 ve solunum yolu multipleks PCR, balgam ARB ve mikobakteri PCR negatif sonuçlandı. Balgam kültüründe H. influenzae üredi. Toraks BT PCP pnömonisi uyumlu idi (Resim 2). Hastaya dış merkezde BAL yapıldı. Ampirik olarak piperasilin- tazobaktam, klaritromisin, PCP pnömonisi ön tanısıyla TMP-SXT ve metilprednisolon tedavisi başlandı. Takibinde hipoksisi olmadı. ART olarak ABC/3TC/DTG tedavisine tekrar başlandı. Antibiyotik tedavileri 7 güne tamamlanıp kesildi. Cilt biyopsisinde mikobakteri PCR, ARB ve HHV8 boyama negatif bulundu. Kapiller proliferasyon ve subepitelyal hiperemiyle uyumlu saptandı. BAL materyalinde PCP PCR 4069 kopya/ml, CMV PCR 68000 IU/ml olarak saptandı. Mikobakteri PCR ve ARB negatifti. Serum CMV PCR 3944 IU/ml idi. CMV pnömonisi ekarte edilemeyen hastanın tedavisine iv gansiklovir eklendi. Kaposi sarkomu şüphesi yüksek olan hastanın cilt biyopsi materyali tekrar incelenmek üzere dış merkeze yönlendirildi. TMP-SMX tedavisi 21, gansiklovir tedavisi 14 güne tamamlanan hasta taburcu edilip TMP-SMX profilaksisi ve valgansiklovir verildi. Patoloji sonucu erken dönem Kaposi Sarkomu ile uyumlu olan ve medikal onkoloji merkezine başvuran hastaya immunsupresif ajan verilmediği ve takibe alındığı öğrenildi. ART tedavisinin 1. ay kontrolünde HIV RNA 183 IU/mL, CD4 T lenfosit %1, CD4 sayısı 4 idi. Valgansiklovir ve TMP-SXT profilaksilerine devam edilmesi planlandı. Son poliklinik başvurusu olan 6. ay kontrolünde HIV RNA negatif, serum CMV PCR negatif, CD4 T lenfosit %5, CD4 sayısı 57 olarak tespit edildi. Lezyonları sayı ve boyut olarak arttığından dolayı dış merkezde radyoterapi planı olduğu öğrenildi (Resim 3). Hasta, TMP-SXT ve valgansiklovir profilaksilerine devam etmekte ve takibe düzenli olarak gelmektedir.



Resim 2



Hastanın toraks BT görünümü

Resim 3



Lezyonların son hali

Hastanın Laboratuvar Değerleri

	Tedavi Öncesi	TMP-SXT 0. gün	TMP-SXT 7. gün	TMP-SXT 14. gün	TMP-SXT 21. gün	ART 1. Ay Kontrolü	ART 3. Ay Kontrolü	ART 6. Ay Kontrolü
Üre (mg/dL)	23	24	34	30	28	32	19	20
Kreatinin (mg/dL)	0,72	0,84	0,63	0,74	0,68	0,73	0,76	0,72
GFR(ml/dk/1.7)	113	106	119	112	116	112	111	112
AST(U/L)	46	129	29	67	22	19	23	31
ALT(U/L)	26	51	36	100	40	28	10	14
CRP(mg/L)	33,1	91	7,9	18	15,9	32	5,9	5,9
WBC(10^6/L)	7300	5110	5230	6890	4650	2650	4150	4540
Nötrofil(10^6/L)	5390	4580	4390	5780	3600	1850	2450	2580
LDH (U/L)	294	593	312	349	296	250	231	180
CD4 T Lenfosit Sayısı/ Oranı	11/%1					4/%1	30/%3	57/%5
CD4/CD8 Oranı	0,01					0,002	0,04	0,07
HIV-RNA(IU/mL)	69170					183	<50 Negatif	<50 Negatif

Sonuç: HIV'le yaşayan bireylerde ART'nin sürekliliği ve tedaviye uyumu fırsatçı enfeksiyon gelişmesini önlemek açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kaposi Sarkomu, Pneumocystis Jirovecii, CMV, AIDS, Pnömoni



P46

HIV ile Enfekte Takip Edilen Bir Hastada Nadir Görülen Kutanöz CMV Enfeksiyonu ve Pneumocystis Jiroveci Pnömonisi

Ahmet Güloğlu¹, Nesibe Korkmaz¹, Semanur Kuzi¹, Asli Haykir Solay¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Amaç: HIV, immün sistem hücrelerini hedef alan, CD4 T lenfosit sayısında kademeli düşüşe yol açan bir retrovirüstür. HIV (+) hastada CD4 T lenfosit sayısının 200 hücre/ μ L altında olması veya tanımlayıcı bir fırsatçı enfeksiyonun olması durumu da AIDS olarak tanımlanmaktadır. CMV enfeksiyonu HIV (+) hastalarda en yaygın viral fırsatçı enfeksiyon olarak bildirilmektedir. Genellikle özellikle akciğer, beyin, göz ve gastrointestinal sistem olmak üzere iç organ belirtileriyle ortaya çıkar. Bununla birlikte, kutanöz CMV enfeksiyonu, bağışıklığı baskılanmış hastalarda nispeten nadirdir. Kutanöz CMV enfeksiyonu değişken klinik ve histolojik bulgulara sahip olabilir ve bu nedenle kolayca gözden kaçabilir. Pneumocystis jiroveci, immün sistemi baskılanmış hastalarda akciğer tutulumu ile seyreden oportünistik bir patojendir ve sık rastlanan bir fırsatçı enfeksiyondur ve bu hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

Yöntem: Bu olguda, kliniğimizde pnömoni tanısıyla yatışı yapılan, rektal cilt lezyonları olan yeni tanı HIV ile enfekte bir olgu tartışılacaktır.

Bulgular: Bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 63 yaşında erkek hasta 09.08.2023 tarihinde hemoroidektomi operasyonu öncesi alınan testlerde HIV pozitifliği saptanmış. Hasta 40 gündür olan nefes darlığı, kilo kaybı, gece terlemesi ve rektal bölgeden akıntı şikâyetleriyle hastanemiz acil servisine başvurmuş. Oksijen ihtiyacı ve inotrop ihtiyacı nedeniyle 2 gün yoğun bakım ünitesinde takip edildikten sonra servisimize devir alındı. Toraks BT' de her iki akciğerde yaygın buzlu cam atenüasyon artışı mozaik patern görünüm olması üzerine Pnömocystis Jiroveci pnömonisi (PJP), bakteriyel pnömoni ön tanılarıyla trimethoprim-sulfametaksazol(TMP-SXT) 4x3 ampül ve piperasilin-tazobaktam 3x4.5 gr iv tedavileri başlandı. Takipleri sırasında CD4 T Lenfosit: 13 hücre/ μ L HIV RNA 2200000 gelen hastaya antiretroviral tedavi başlandı. Balgamda PJP PCR (+) olarak geldi. Fizik muayenede rektal bölgede cilt lezyonu olan hastaya çekilen Rektal MR da 20x11 mm boyutunda apse ile uyumlu hava değerleri içeren koleksiyon alanı saptandı. Rektal bölgede 6x6 cmlik cilt lezyonu olan hastadan dermatoloji önerileriyle cilt biyopsisi alındı. Alınan biyopsi materyali mikroskopisinde papiller dermiste intranükleer eozinofilik inklüzyon içeren dev hücreler izlenmiştir ve bu dev hücrelerde CMV ile nükleer boyanma izlenmiştir olarak raporlandı. Patoloji sonucu CMV ile uyumlu gelen hastaya, valgansiklovir tedavisi başlandı. Pnömocystis jiroveci nedeniyle verilen TMP-SXT tedavisi 21 güne tamamlandı, oral valgansiklovir tedavisi ile hasta takibe alındı.

HIV (+) CMV Cilt Tutulumu



Sonuç: HIV ile enfekte bireyler de birden fazla fırsatçı enfeksiyon bir arada bulunabilir. Bizim olgumuzda PCP ve CMV enfeksiyonunun nadir görülen bir formu olan cilt tutulumundan bahsedilmiştir. CMV enfeksiyonunun cilt tutulumu çok çeşitli formlar ile karşımıza çıkabilir bu yüzden klinik şüphe halinde patolojik tanı önemlidir. Solunum sıkıntısı ile gelen HIV ile enfekte bireylerde PCP'de her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, CMV, Pneumocystis jiroveci



P47

HIV ile Enfekte Kişi ve Partnerinde Orofarengeal Sürüntüde Qpcr ile Treponema Pallidum Tespiti ve Revers Algoritma ile Tanının Doğrulanması

Melike Kaya Kaptan¹, Selda Kömeç², Nuran Karabulut³, Özlem Altuntaş Aydın¹

¹Bağışkehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

²Bağışkehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji

³Bağışkehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Tıbbi Viroloji

Amaç: Sifiliz insidansı, ortak bulaş yolları ve benzer epidemiyolojik özellikleri nedeniyle HIV ile enfekte kişilerde yüksektir. Sifilizin etiyolojik ajanı olan Treponema pallidum'un in vitro ortamda kültürü yapılamaması nedeniyle tanısında mikroskopik ve serolojik testler kullanılmaktadır. HIV nedeni ile oluşan immün baskılanma serolojik testlerde yanlış pozitiflik veya negatifliğe yol açabilmektedir. HIV ile enfekte kişilerde, sifilize özgü serolojik testler pozitifleşmeden önce, T. pallidum DNA'sının mukozal bölgelerden alınan örneklerde PCR ile saptanabileceği gösterilmiştir. Çalışmamızda, HIV ile enfekte kişinin partnerinden alınan orofarengeal sürüntüde T.pallidum saptadığımız ve reverse algoritma ile sifiliz tanısını doğruladığımız bir olguyu sunmayı, sifiliz tanı algoritmalarını gözden geçirmeyi amaçladık.

Bulgular: Yaklaşık 1 aydır halsizlik, boğaz ağrısı şikayetleri ile başvuran 49 yaşında kadın hastanın tetkiklerinde Anti-HIV pozitif saptanması üzerine ileri incelemeler istendi. Hastamızın partnerinin HIV ile enfekte olduğu ancak tedavi almadığı öğrenildi. Olgumuzdan, ulusal ve uluslararası rehberlerin önerdiği tetkikler (RPR, TPHA dahil) istendi. Ayrıca, olgumuzun kendisinden ve partnerinden orofarengeal sürüntü örnekleri alınarak T. pallidum qPCR ile çalışıldı ve partnerinden alınan örnekte T. pallidum saptanırken hastamızda negatif bulundu. Hastamızın ve partnerinin serum örneklerinde, reverse tanı algoritmasına uygun olarak, önce kemilüminesans immunoassay yöntemi ile T. pallidum total antikoru bakıldı ve pozitif bulundu. Ardından non-treponemal testlerden RPR çalışıldı. Hastamızın partnerinde RPR titresi 1/32 pozitif iken hastamızda negatif saptandı. Bunun üzerine hastamızın anamnezi derinleştirildiğinde 1 ay önce genital bölgesinde ülsere lezyonlar olup geçtiği öğrenildi. Anamnez bulguları ve T. pallidum total antikoru pozitif olan olgunun primer sifiliz döneminde ve henüz VDRL testinin pozitifleşmediği düşünüldü. Bir ay sonra yapılan RPR testinin pozitif olduğu görüldü.

Sonuç: Sifiliz tanısında non-treponemal testler, özellikle serolojik testlerin negatif olduğu pencere dönemindeki ve latent dönemdeki kişilerden oluşan büyük bir hasta grubunu tespit edememektedir. Yapılan çalışmalarda, yüksek riskli hastalarda reverse algoritma ile daha yüksek oranlarda sifiliz vakalarının tespit edildiği, buna ek olarak PCR testlerinin tanıyı daha da arttırdığı görülmüştür. Bu durum özellikle HIV ile enfekte kişilerde sifiliz tanısında rekombinant antijen bazlı immunolojik testler ve PCR gibi daha duyarlı araçlara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Orofarengeal sürüntü gibi noninvaziv yöntemlerin kolay uygulanabilirliği ve artan PCR erişilebilirliği sifiliz tanı testlerini iyileştirme fırsatları sunmaktadır. Ancak tedavi takibi açısından başlangıçta sifiliz serolojisine mutlaka bakılması gerektiğinden PCR halen serolojik testlere ek olarak uygulanabilmekte ve ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, sifiliz, qPCR



P48

Üç Olgu Nedeniyle Akut Retroviral Sendrom Artışının Gözden Geçirilmesi

Sevim Selen Karabulut¹, Seda Büyükçam Alkan¹, Melda Türken¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: İnsan immün yetmezlik (HIV) virüsünün bulaşı sonrası birkaç hafta (sıklıkla 2-4 hafta) içerisinde çeşitli semptomlarla seyreden “akut retroviral sendrom” olarak da isimlendirilen, anormal laboratuvar bulgularının da eşlik ettiği geçici hastalık tablosu görülebilir. Son yıllarda ülkemizde HIV ile enfekte olgu sayısında ciddi bir artış söz konusudur. Bu olgu serisinde akut retroviral sendrom tanısı koyulan hastaların klinik, laboratuvar bulgularının ve tedavisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: İzmir Şehir hastanesine son iki ay içinde başvuran üç akut retroviral sendrom olgusu retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Olgu 1: Crohn hastalığı ve siroz (otoimmün hepatit) tanılı 42 yaşında kadın hasta ishal, öksürük, balgam ve yaygın kaşıntı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede batında hassasiyet, distandü görünüm, oksipital ve aksiller bölgede ele gelen lenfadenopati mevcuttu. Peritonit ön tanısı ile yatırılan hastanın tetkiklerinde HIV pozitifliği saptandı. Laboratuvar tetkikleri platelet 253 bin, INR 1.2, AST 58 U/L, ALT 28 U/L, HIV RNA 1.670.000 cp/ml, CD4 T hücre sayısı 421 (%5.4) idi. Hasta Child-Pugh evre B olarak değerlendirildi. Biktgravir-emtrisitabin-tenofovir alafenamid fumarat (BTG/FTC/TAF) tedavisi ve trimetoprim-sülfametoksazol profilaksisi başlandı. Birinci ay kontrolünde viral yükü 480 cp/ml (CD4 %39) şeklindeydi. Olgu 2: 23 yaşında bilinen komorbiditesi olmayan erkek hasta idrar yanması ve penil akıntı şikayetiyle başvurdu. Üç hafta önce HIV pozitif kişiyle cinsel temas hikayesi olan hastanın fizik muayenesi sol inguinal bölgede lenfadenopati ve penil akıntı harici olağandı. Laboratuvar testlerinde anti HIV pozitif, doğrulama testi ara değer saptandı. HIV RNA 151.000 cp/ml, CD4 T+hücre sayısı 640 (%32), sifilis testleri negatifti. Seftriakson, doksisisiklin ve BTG/FTC/TAF başlandı. İlk ay kontrolünde viral yükü 54 cp/ml şeklindeydi. Olgu 3: Bilinen ek hastalığı olmayan 34 yaşında erkek hasta acil servise gözlerde ve ciltte sararma yakınması ile başvurdu. Hikayesinde bir ay önce apendektomi ve şüpheli cinsel temas mevcuttu. Fizik muayenesi sklera ve ciltte ikter dışında olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde AST 659 U/L, ALT 872 U/L, total bilirubin 5,96 mg/dl, HBsAg pozitif, anti HBc IgM pozitif, HBe Ag pozitif, anti HBe negatif, Anti HIV pozitif saptanması üzerine akut hepatit B ve HIV koenfeksiyonu tanısıyla takip ve tedavi edildi. HBV DNA 25500000 cp/ml, HIV RNA 388 cp/ml, CD4 T+hücre sayısı 1590 (CD4 %32) saptandı. Hastaya emtrisitabin-tenofovir disoproksil fumarat-dolutegravir tedavisi başlandı. Tedavinin birinci ayında HIV RNA, ikinci ayında HBV DNA negatifleşmesi görüldü.

Sonuç: Akut HIV enfeksiyonu, HIV gösterge hastalıklarla, koenfeksiyonlarla ortaya çıkabileceği gibi hali hazırda immünsuprese durumu olan hastalarda hızlı bir seyirle karşımıza çıkabilmektedir. Primer HIV enfeksiyonu olan hastalarda viral yükün erken dönemde baskılanması için hızlı ve yüksek direnç bariyerine sahip ilaçlarla etkili tedavi başlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Hepatit B, Akut retroviral sendrom



P49

Akut Hepatit B Virüs Enfeksiyonu ve Akut Retroviral Sendrom Koenfeksiyonu

Nurbay Fatih Kaya¹, Selma Tosun¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: Gerek HBV gerekse HIV enfeksiyonu olguları erişkin yaş grubunda günümüzde sorun olmaya devam etmektedir. Akut hepatit B virüs (HBV) ve akut HIV koenfeksiyonu nadir görülmektedir. İki virüs arasındaki etkileşimler, ilaç başlama zamanı ve ilacın iki hastalık üzerine de etkisi, bu hastalıklarla ilgili mortalite ve morbidite sebebiyle akut HBV ve akut HIV koenfeksiyonunun yönetimi zorlaşmaktadır. Bu sunumda akut HBV+ akut HIV koenfeksiyonu, tanısıyla izlediğimiz olgunun verileri paylaşılmıştır

Bulgular: Bilinen tanılı hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan 33 yaşında homoseksüel erkek hasta 10 gündür olan üşüme, titreme, kas ağrısı şikayeti ile 2022 ocak ayında acil servise başvurmuştur. Dış merkez tetkiklerinde HBsAg pozitif saptanmış olup öyküsünde 1 ay içerisinde çoklu partnerli korunmasız ilişkisi olduğu öğrenilmiştir. Fizik muayenesi normal olan olguda AST: 2230, ALT: 3634 Total bilirubin 10.0 mg/dl. antiHBc IgM pozitif , anti HIV pozitif , HBeAg pozitif , HBV DNA 4 600 000 IU/ml olarak saptandı. AntiHCV negatif saptandı. Western blot doğrulama testinde intermediate sonuçlandı, hastanın aynı gün alınan HIV RNA 2 900 000 kopya/ml saptandı. Periferik kanda CD4+ T-hücre sayısı 609/ul (dolaşımdaki lenfositlerin %15'i) CD4/CD8 T-hücre oranı 0,24 saptandı. Hastada aynı zamanda sifiliz antikoru da pozitif saptandı, VDRL 1/32 idi. Yatırıldıktan 1 hafta sonra biktgravir, emtrisitabin, tenofovir alefenamid kombinasyonlu anti retroviral tedavi başlandı. Tedavinin 8. gününde karaciğer fonksiyon testleri normale döndü (AST: 179, ALT 559 T.bil:3.39). Hasta yatışından 1 hafta sonra haliyle taburcu edildi. 1 ay sonra antiretroviral tedaviyle plazma HIV RNA düzeyi 87 kopya /ml olarak saptandı. CD4+ T hücre sayısı 611 (%26) saptandı. İki ay sonra HBsAg kaybı ve HBV DNA negatifliği oluştu, antiHBs negatif saptandı.

Sonuç: HIV, hepatit B enfeksiyonunun seyrini olumsuz etkilemektedir. HIV ve HBV replikasyonu, immün düzensizlikler ve immün aracılı hepatosellüler hasar arasındaki kombinasyon, mono enfeksiyonların her birine kıyasla daha şiddetli bir hasara yol açmaktadır. HIV'in hepatit B enfeksiyonunun hızlı ilerlemesine yol açması ve siroz gelişme riskini artırması nedeniyle HIV/HBV koenfeksiyonunda tedaviye erken başlanmalıdır. Hepatit B virüsünün erişkinlerde özellikle cinsel yolla bulaş olasılığı çok yüksek olduğu için erişkinlerde ve riskli cinsel davranış eğilimi olanlarda HBV aşılması ihmal edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: hbv, hiv, koenfeksiyon



P50

HIV Enfeksiyonunda Başvuru ve Takipte CD4+ T Hücre Sayısının Önemi

Süleyman Kılınç¹, Zeliha Arslan¹, Mustafa Ertek¹

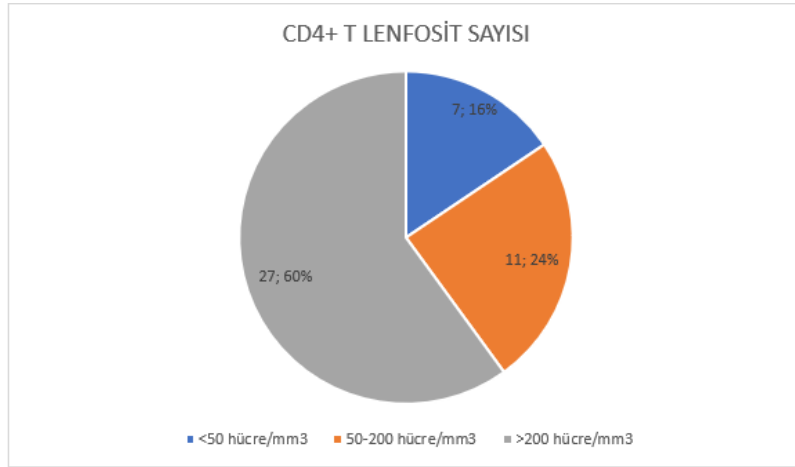
¹Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji EAH

Amaç: HIV+ saptanan hastalarda tanı anındaki CD4+ T lenfosit hücre sayısını değerlendirmek ve tedavinin 3. ayında hücre sayısındaki artış oranına bakarak tedaviye cevabı ve profilaksi süresinin belirlenmesi konusunda bilgi sahibi olmayı amaçladık.

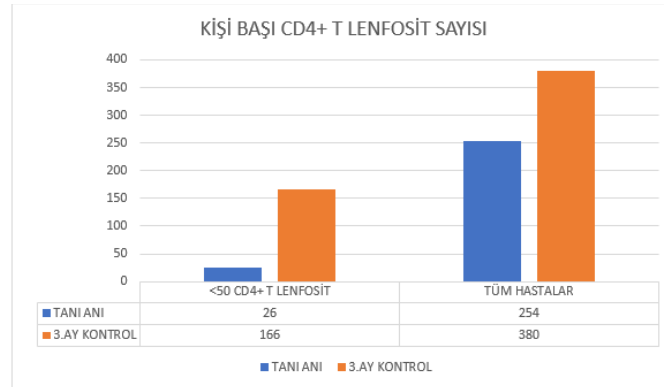
Yöntem: Ocak 2016-Şubat 2024 tarihleri arasında hastanemizde HIV enfeksiyonu ile takip edilen hastaların Beckman Coulter Navios Ex Flow Cytometer Cihazı ile tespit edilen CD4+ T lenfosit hücre sayısı ve Roche Molecular Systems RT-PCR cihazı ile tespit edilen HIV-RNA düzeyleri hastanemiz ve halk sağlığı laboratuvar bilgi yönetim sistemi aracılığı ile tarandı.

Bulgular: Çalışmamızda HIV enfeksiyonu tanısı ile takibe başlanan 45 hastanın ilk muayenesinde 7(%16) hastanın CD4+ T lenfosit hücre sayısı 50hücre/mm3 altında izlenirken, 11(%24) hastanın 50-200hücre/mm3 izlenmiştir. 27 (%60) hastanın CD4+ T lenfosit hücre sayısı da 200hücre/mm3 üzerinde izlenmiştir. 3.ay kontrolünde 25 hastada CD4+ T lenfosit hücre sayısı için test edilmiş. Bu 25 hastanın 6'sı ilk muayenede 50 hücre/mm3 altında CD4+ hücresi olanlardı. Tedavisinin 3.ay kontrolünde 50 hücre/mm3 altında hasta izlenmezken 6(%24) hasta 50-200 hücre/mm3, 19(%76) hasta 200 hücre/mm3 üzerinde izlenmiştir. Tedavi başlangıcına göre 3.ay sonunda 25 hastanın CD4+T hücre sayısı ortalama kişi başına 126 hücre/mm3 artış göstermiştir. Hücre sayısı 50 altında olan hastalarda ise ortalama kişi başına 140 hücre/mm3 artış göstermiştir.

CD4+ T LENFOSİT HÜCRE SAYISI



CD4+ T LENFOSİTLERİ ARTIŞ MİKTARI



TANI VE 3.AY KONTROLÜNDE CD4+T LENFOSİT VE HIV RNA KARŞILAŞTIRILMASI



	TANI ANI	TEDAVİNİN 3.AYI	TANI ANI		TEDAVİNİN 3.AYI	
CD4+ T LENFOSİT SAYISI	HASTA SAYISI		VİRAL YÜK (IU/ml)	HASTA SAYISI	VİRAL YÜK (IU/ml)	HASTA SAYISI
<50	7	0	<100000	23	NEGATİF	28
50-200	11	6	100000-1000000	20	<200	8
>200	27	19	>1000000	8	>200	4
TOPLAM	45	25		51		40

Sonuç: HIV enfeksiyonunun gerek klinik evrelemesinde gerekse prognozun belirlenmesinde en önemli gösterge CD4+ T lenfosit sayısıdır. Akut enfeksiyon fazında viral yükün yüksek olması ile birlikte CD4+ T lenfosit sayısı da hızla düşer ve hastalık kronik evreye geçtikten sonra düşüş hızı azalarak 8-10 yıl içinde 200/mm³ ün altına düşer. Bu süre hastanın genetik durumuna ve virüs yüküne bağlı değişir. Çalışmamızda yer alan hastaların %40 CD4+ T lenfosit hücre sayısı 200 altında olması nedeni ile geç başvuru olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda tanıda gecikme olmaması adına riskli gruplarının taranmasının önem arz ettiği anlaşılmıştır. Antiretroviral tedavi ile beklenen CD4 hücre yanıtı, bir yılda yaklaşık 50-150 hücre/mm³'lik bir artıştır. Bir yıl sonrasında ise kararlı durum seviyesine kadar yılda 50-100 hücre/mm³ ile daha yavaş artışlar olur. Çalışmamızda da gösteriyor ki etkin antiretroviral tedavi alan 25 hastanın CD4+ T lenfosit hücre sayıları beklenen şekilde artış göstermiştir. Bu da hastalarımızın tamamının tedaviye cevabının beklenen düzeyde olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, CD4+ T LENFOSİT, HIV



P51

AIDS İlişkili Fırsatçı Enfeksiyonlar ve HIV-Koenfeksiyonlar ile Takip Ettiğimiz Hastaların Demografik Özellikleri

Ahmet Güloğlu¹, Nesibe Korkmaz¹, Semanur Kuzi¹, Asli Haykır Solay¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

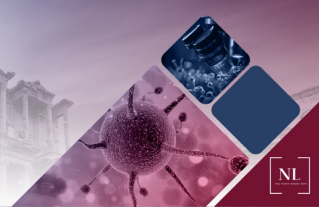
Amaç: HIV, vücuttaki immün sistem hücrelerini hedef alan CD4 T lenfosit sayısında kademeli düşüşe yol açan bir retrovirüstür. HIV (+) bireylerde normal popülasyona göre fırsatçı enfeksiyonların ve koenfeksiyonların görülme oranı yüksektir. AIDS ise HIV (+) hastada CD4 T lenfosit sayısının 200 hücre /mikrolitre altında olması veya AIDS tanımlayıcı bir fırsatçı enfeksiyonun olmasıdır. Bu çalışmada, hastanemizdeki son bir yılda takip edilen HIV ile enfekte bireylerdeki fırsatçı enfeksiyonlar, koenfeksiyonlar ve mortalite oranları ile demografik verilerin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ekim 2022 ve Şubat 2024 tarihleri arasında Etlik Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji kliniğine başvuran, 18 yaş ve üzeri, yeni tanı 178 HIV ile enfekte hastanın dosyası retrospektif olarak tarandı. Fırsatçı enfeksiyon nedeniyle yatarak izlenen hastalara ait yaş, cinsiyet, fırsatçı enfeksiyonun adı, CD4 sayıları, HIV RNA, eşlik eden koenfeksiyon ve mortalite varlığı kayıt altına alındı.

Bulgular: HIV ile enfekte takip edilen 178 hastadan 17(%85)'i herhangi bir veya daha fazla fırsatçı enfeksiyon ile takip edildi. Hastalara ait koenfeksiyonlar da Tablo 1'de özetlenmiştir. Fırsatçı enfeksiyon ile takip edilen hastaların ortalama yaşı 44.93(24-76) ve 16 (%88)'sı erkek cinsiyetti. AIDS ve koenfeksiyonla takip edilen hastaların 16 (%80)'inin CD4 T Lenfosit sayısı 200 hücre/µL altındaydı. Fırsatçı enfeksiyonla takip edilenlerin ortalama CD4 T lenfosit sayısı 100 hücre/µL idi. Yoğun bakım ünitesinde takibi olan 7 hasta mevcuttu ve 4 hasta exitus ile sonuçlandı.

Tablo 1: AIDS ve Koenfeksiyonla Takip Edilen Hastalara Ait Demografik Veriler

Hasta Adı	Yaş	Cinsiyet	CD4 T Lenfosit Sayısı(hücre/µL)	HIV RNA	Fırsatçı Enfeksiyon	Koenfeksiyon	Mortalite
Y.A	56	E	5	15550932	Akciğer Tüberkülozu		Var
O.E	76	34	1700000	Pnömocystis Jiroveci Pnömonisi, Candida özefajit	HCV	Var	
C.S.T	36	E	14	474000	Pnömocystis Jiroveci Pnömonisi		Yok
Y.Ö	51	E	54	105000	Progresif Multifokal Lökoensefalopati, Candida Özefajit		Yok
V.G	53	E	50	5130000	Candida Özefajit	Gram negatif septisemi	Yok
B.K	63	E	13	2200000	Pnömocystis Jiroveci Pnömonisi, CMV Kolit		Yok
O.A	42	E	43	4370000	CMV Ensefalit	Nörosfiliz	Var
A.K	35	E	123	4780000	CMV Retinitisi		Yok



H.G	48	E	24	1920000	Miliyer Tüberküloz, CMV Ensefalit		Yok
N.M	24	E	243	221000		Otosfiliz	Yok
M.A	45	E	8	843000	Pnömocystis Jiroveci Pnömonisi, SSS lenfoması?	HBV	Yok
F.F	26	K	2	56751006	Pnömocystis Jiroveci Pnömonisi		Yok
B.G	56	E	510	0	CMV Kolit		Yok
M.M	55	E	451	451	Serebral Tokso plazma		Yok
H.Ç	43	E	250	818	Progresif Multifokal Lökoensefalopati		Yok
İ.T	47	E	385	1810000		HBV, Sfiliz	Yok
B.K	52	E	75		Oral Candida Plakları		Yok
E.A	33	E	0	35387	Progresif Multifokal Lökoensefalopati		Var
İ.K	36	E	49	499222	Miliyer Tüberküloz		Yok
E.A	33	E	26	2490000		İnfektif Endokardit	Var

Sonuç: Tedavi edilmeyen HIV enfeksiyonu, hücre aracılı bağışıklıkta ilerleyici bir azalma ile ilişkilidir. Etkili antiretroviral tedavinin kullanılmaya başlanmasıyla birlikte fırsatçı enfeksiyonların HIV ile enfekte bireylerde her ne kadar görülme sıklığı azalsa da morbidite ve mortalitenin temel nedenlerindendir. Fırsatçı enfeksiyonların çeşitliliği CD4 T lenfosit sayısı azaldıkça artmaktadır. Tarama ve doğru tedavi ile mortalitenin azalması mümkündür. Ancak mortalitenin azalması için büyük merkezlerde multidisipliner bir takip gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: AIDS, CD4 T lenfosit, Fırsatçı enfeksiyon, HIV



P52

Yeni Tanılı Hiv ile Yaşayan Bireylerde Eşlik Eden Ko-enfeksiyonların Birinci Vizitte Değerlendirilmesi

Elif Dilan Dağ¹, Ayşe İnci¹, Burak Sarıkaya¹, Sinem Akkaya Işık¹, Derya Özyiğitoğlu¹, Ayça Aydın¹, Yasin Tiryaki², Birol Balçın¹, Deniz Kakaliçoğlu¹, Elif Sofuoğlu¹, Hakan Sakin¹, Sena Buse Beydilli¹, İdris Çağrı Kaygısız¹, Esmâ Öksüz¹, Levent Görenek¹

¹Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

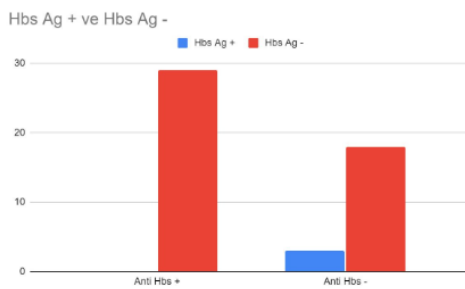
²Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji

Amaç: HIV ile yaşayan bireylerde HIV enfeksiyonuna eşlik eden başka bulaşıcı hastalıklar bulunabilir. Bu hastalıkların eş zamanlı tedavi edilmemesi, HIV enfeksiyonunun seyrini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca ko-enfeksiyonlar antiretroviral tedavi seçimini ve zamanını belirleyen önemli faktörlerden biridir. Bu nedenle HIV tanısı alan tüm bireylerde, Türk HIV/AIDS Platformunun HIV/AIDS Tanı, İzlem ve Tedavi El Kitabında da belirtilen tarama testlerinin ilk vizitte yapılması önem arz etmektedir. Tarama testlerinde elde edilen sonuçlara göre, gerekli görüldüğü takdirde HIV ile yaşayan bireyin bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama önerilir. Yaptığımız çalışmanın amacı da bu doğrultuda 2023 yılı içerisinde yeni tanı alan HIV pozitif bireylerde ilk vizitte ko-enfeksiyonların araştırılması olmuştur.

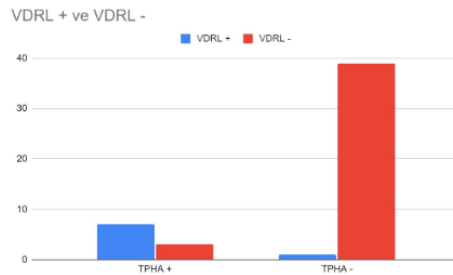
Yöntem: Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 01.01.2023- 31.12.2023 tarihleri arasında Halk Sağlığı 3 Nolu Laboratuvara yönlendirilen ve doğrulama test sonucu pozitif gelen 53 vaka değerlendirildi. Bu vakalardan kontrol vizite gelmeyen 3 vaka çıkarılarak toplam 50 vaka çalışmaya dahil edildi ve ilk vizitte HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV, VDRL ve TPHA taranarak ko-enfeksiyonlar araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 50 vakanın 3 (%6)'ünde HBV ile ko-enfeksiyon saptandı. HBsAg negatif olan 47 hastanın ise 18'inde Anti-HBs negatif bulundu (Tablo 1 ve 2), bu kişiler HBV açısından aşılama programına uygun görülerek aşı programına dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen 50 hastanın tamamında Anti-HCV nonreaktif tespit edildi ve HCV ile ko-enfeksiyon saptanmadı. Çalışmaya dahil edilen 50 hastanın 7 (%14)'sinde VDRL ve TPHA pozitifliği ile sifiliz ko-enfeksiyonu saptandı. Bu hastalara benzatin penisilin G tedavisi başlandı. Elde ettiğimiz verilerde VDRL negatif ve TPHA pozitif 3 (%6) vakanın olduğu görüldü (Tablo 3 ve 4). Bu hastaların anamnezinde daha önce sifiliz tedavisi aldığı öğrenildi. VDRL pozitif ve TPHA negatif gelen 1 hastada yalnızca pozitiflik düşünüldü.

Tablo 2



Tablo 4





Tablo 1

	HBsAg +	HBsAg -
Anti-HBs +	0	29
Anti-HBs -	3	18

Tablo 3

	VDRL +	VDRL -
TPHA +	7	3
TPHA -	1	39

Sonuç: Çalışma verilerine göre HIV ile yaşayan bireylerde sfiliz ko-enfeksiyonu 10 (%20) kişide görüldüğü, hem bulaş yolları benzerlikleri nedeni ile hem de sifilize bağlı genital ülserlerin HIV bulaş riskini arttırması nedeni ile bu verinin önemli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: HIV, HBV, HCV, ko-enfeksiyon, sifiliz



P53

HIV Tanısında Taramaların Önemi

Doktor Adem Tunç¹, Doktor Buse Koç¹, Doktor Gülhan Eren¹, Doçent Doktor Nagehan Didem Sarı¹

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Giriş: İlk tanımlandığı tarihten itibaren HIV tanı algoritması uygulanmakta olup, kişisel özgürlük ve mahremiyet uygulamaları tarama yapılması açısından tartışmalara yol açmaktadır. Bu nedenle hastanemizde 01/01/2023-31/01/2024 tarihleri arasında yeni tanı alan HIV'le yaşayan bireylerin başvurularını değerlendirdik.

Yöntem: Materyal-metod: 01/01/2023-31/01/2024 tarihleri arasında polikliniğimden ICD10: B24-B22 kodu ile tanı alan hastalar hastane Bilgi Sistemi (HBYS) üzerinden tarandı. Hastaların demografik(yaş,cinsiyet), başvuru yakınmaları, başvuru esnasında CD4 sayıları çalışma dosyasına kaydedildi. İstatistikler % olarak yansıtıldı.

Bulgular: Bulgular: Toplam 108 olgunun yeni tanı aldığı. % 12 kadın, % 88 erkek , Yaş ortalaması 38,4Hastalarımızın % 49 bir yakınma nedeniyle hastane başvurusu olanlarken %51 yakınması olmadan başvuranlardı. Hastaların her hangi bir yakınması olmadan tetkik yaptırılanların dağılımı tablo-1'de gösterilmektedir. Tablo – 1Tablo-2 Şikayetleri nedeniyle başvuran hastaların CD4, HIV RNA dağılımlarıTablo-3 herhangi bir şikayet ile hastaneye gelip preop tetkiklerde bakılan hastalar Tablo-1YAKINMASI OLAN HASTALAR

Sütun1	Sütun2	Başvurulan	Klinikler	Hasta sayısı	Ortalama	CD4 sayısı	Enfeksiyon
hastalıkları	17(%15,7)	245	Dahiliye	8(7,4)	299	Genel	Cerrahi2(%1,8)227
Cildiye	14(%12,9)	349	Kulak	Burun	Boğaz1(%0,9)336	Hematoloji3(%2,7)280	Diğer8(%7,4)328
Toplam	53(%49)	300	Tablo-2YAKINMASI OLMAYAN HASTALAR	Hasta sayısı	Ortalama	CD4 sayısı	Kan bağışı sırasında 8(%7,4)644
Enfeksiyon	hastalıkları-Tarama8(5%7,4)235	Sağlık ocağı- Tarama2(%1,8)631	Tarama-Kendi isteği ile test17(%17)564	Tarama- İşe giriş3(%2,7)334	Tarama -Evlilik3(%2,7)250	Tarama diğer2(%1,8)244	Preop taramada bakılan hastalar13(%12)381
Toplam	56(%51)445	Tablo-3Preop taramada bakılan hastalar	Hasta sayısı	Ortalama	CD4 sayısı	Genel	Cerrahi6(%5,5)298,4
Kulak	Burun Boğaz6(%5,5)442	Üroloji1(%0,9)512	Toplam	13(%12)381,3			

Sonuç: Taramalar neticesinde hastaların erken tanı konulabildiği, böylece tedavinin erken başlanmasıyla hastaların toplumda bulaşıcılıklarının azalması ve yaşam konfor ve sürelerinin arttırabileceğimizi düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: HIV Tanı, Tarama, Yakınmalı Yakınmasız



P54

HIV Enfekte Üç Hastada Kaposi Sarkomu

Merve Türkmen¹, Özge Çaydaşı¹, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Derya Öztürk Engin¹

¹Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

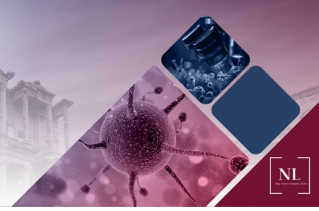
Amaç: Kaposi sarkomu (KS), insan herpes virüsü 8 (HHV-8) ile ilişkili anjiyoproliferatif bir hastalıktır. Klinik tablo rastlantısal bir bulgu olarak karşımıza çıkabileceği, spesifik tutulum gösteren ve hızla ilerleyen neoplazmaya kadar değişkenlik gösterebilir. Bu çalışmada farklı klinik özelliklere sahip üç kaposi sarkomu olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Kliniği'mizde takip edilen 3 HIV enfekte olgu dahil edildi.

Bulgular: 1. Olgu 40 yaş erkek hasta 3 aydır devam eden ateş, halsizlik ve kırılganlık şikayetiyle başvurdu. Anti-HIV testi (+) olan hasta kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde uyku apnesi vardı. Fizik muayenesinde ayak bileği üzerinde morumsu papül ve plaklar görüldü. Laboratuvar sonuçlarında wbc 6950/ mm³, hgb 9,5 g/dL, CD4 + T lenfosit sayısı 328 hücre/mm³, HIV PCR 18.321 IU/mL olarak saptandı. Anemi nedeniyle endoskopisi yapıldı, antral gastrit saptandı. Sağ aksillada büyüğü 33x14 mm yağlı hilusu izlenen, heterojen kalın korteksli, bazıları kısmen ovoid formunu kaybetmiş multipl LAP'lar olması nedeniyle, lenf nodu biyopsisi alındı. Sifiliz serolojisi (+) gelen hastaya birer hafta ara ile 3 doz penisilin yapıldı. B/FTC/TAF başlandı. Lenf nodu biyopsi sonucu kaposi sarkomu ile uyumlu geldi. Onkoloji uzmanına yönlendirildi. KT önerilmedi. Antiviral tedavi ile takip önerildi. 2. Olgu Acil servise bir hafta önce başlayan ateş yüksekliği, halsizlik, öksürük şikayeti ile getirilen 55 yaş erkek hasta, nefes darlığı şikâyetinin eforla birlikte arttığını belirtmekteydi. 5 ay önce döküntüsünün başladığını ve giderek arttığını ifade etmekteydi. Anti-HIV testi (+) saptanan hasta servisimize yatırıldı. Fizik muayenesinde bilateral akciğer sesleri kabaydı. Sirtında ve bacaklarında en büyüğü 4 cm çapında ciltten kabarık mor-menekşe renkli döküntüleri vardı. Yapılan tetkiklerde HIV PCR 5483800 IU/mL, CD4 + T lenfosit sayısı 21 hücre/mm³, HBs Ag (+) HBe Ag (+) HBV PCR >20000000 IU/ML saptandı. VDRL ve TPHA (+) saptanan hastaya penisilin tedavisi verildi. CD4 sayısı düşük olması nedeniyle profilaktik TMP-SMX başlandı. Yüzeysel USG inguinal bölgede solda 15X6 mm, sol aksiller bölgede 13X6 mm korteksleri kalınlaşmış LAP'lar belirlendi ve eksizyonel biyopsi alındı. Kaposi sarkomu ön tanısıyla ciltten ve endoskopik inceleme ile bulbus ve duodenumdan biyopsi örnekleri alındı. B/FTC/TAF tedavisi başlandı. Biyopsi sonucu kaposi sarkomu ile uyumlu geldi. KT önerilmedi. Antiviral ile polikliniğimize takip edilmekte. 3. Olgu Öksürük, kilo kaybı, döküntü yakınması ile polikliniğimize başvuran 34 yaş erkek, şikâyetleri 3 ay önce başlamıştı. Fizik muayenesinde tüm vücutta yaygın, çapı 1-3 cm değişen mor renkli lezyonlar saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde HIV RNA PCR 4125022 IU/mL, CD4 + T lenfosit sayısı 126 hücre/mm³ saptandı. VDRL ve TPHA (+) saptanan hastaya penisilin tedavisi verildi. LAP'den eksizyonel biyopsi yapıldı. CD4 sayısı düşük olması nedeniyle profilaktik TMP-SMX, başlandı. Cilt lezyonları ve endoskopik örneklerin patoloji sonucu kaposi sarkomu ile uyumlu geldi. B/FTC/TAF olarak antiviral tedavisi başlandı. Takiplerinde progresyon olması nedeniyle onkoloj hekimisi tarafından Doksorubisin tedavisi başlandı.

Sonuç: Kaposi sarkomu HIV enfekte bireylerde morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. Bu hastalığın tedavisi için multidisipliner bir yaklaşımın belirlenmesi klinik sonuçları olumlu yönde etkileyecektir.

Anahtar Kelimeler: HIV PCR, CD4, Lap, VDRL, Kaposi Sarkomu



P55

Toplumdan Edinilmiş Spingomonas paucimobilis Kaynaklı Beyin Absesi Olgusu

Kadir Bilgi¹, Hacer Çimen¹, Funda Şimşek¹

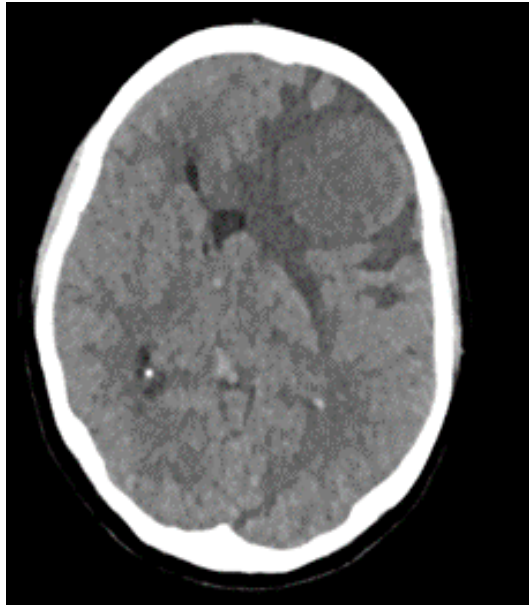
¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Spingomonas paucimobilis giderek daha sıklıkla görülen toplum kaynaklı olabildiği gibi sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlara da neden olabilen bir gram negatif basil türüdür. Genellikle iyi prognoz gösteren bu patojenin birçok farklı klinik tabloya neden olabildiği bilinmekle birlikte literatürde bildirilmiş bir beyin absesi vakası bulunmamaktadır. Biz toplum kaynaklı bir S. paucimobilis beyin absesi sunmak istedik.

Yöntem: Hasta yatışı boyunca hastanemizde takip edildi. Abseden elde edilen materyal kültür için koyun kanlı ve McConkey agara ekildi. Üreyen koloniler kütle spektrometri ile tanımlandı.

Bulgular: 48 yaş kadın hasta, acil servise 15 gündür olan baş ağrısı, bulantı, kusma gibi şikayetlerinin yanında anlamsız konuşmaları olması üzerine başvurmuş. Gelişinde CRP 0.6 mg/L, Prokalsitonini 0.02 ug/L, Beyaz küre mutlak sayısı 11050/uL, Nötrofil mutlak sayısı 7950/uL. İlk yapılan Kraniyel BT görüntülemesinde sol frontoparietal alanda beyin orta hattında kaymaya neden olan yaklaşık 6 cm ebatlı sıvı koleksiyon alanı gözlenmesi üzerine hasta beyin ve sinir cerrahisi tarafından acil şartlarda operasyona alınarak drenaj yapıldı ve pürülan mai elde edildi. Hastaya yatışında antibiyoterapi olarak seftriakson 2x2 gram IV ve metronidazol 4x500 mg IV, antiödem tedavi olarak mannitol ve antiepileptik olarak levetirasetam başlandı. Postop 4. Günde hastanın abse kültüründe Spingomonas paucimobilis izole edildi. Antibiyogramında meropenem duyarlı olarak raporlandı ve seftriakson tedavisi kesilerek yerine meropenem 3x2 gram başlandı. Hastanın postop 7. Günde baş ağrısında şiddetlenme konuşmada duraksama ve kısa süreli amnezi şikayetleri olması üzerine kontrol Kraniyel BT görüntülemesi ile beyin ve sinir cerrahisi görüşü alındı. Görüntülemesinde rekoleksiyon alanı görülmesi üzerine yeniden drenaj uygulandı ve deksametazon mg başlandı. Hasta postop kısmi oryante seyretti. Hastanın yatışında alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. İkinci abse drenajı sonrası kontrol için çekilen kontrastlı Kraniyel BT görüntülemesinde sol frontal lob parankiminde geniş parankimal ödem alanı içinde postop kavite görünümü ve hava dansiteleri izlendi. Söz konusu lezyonun halen orta hatta kaymaya neden olduğu görüldüğü için beyin ve sinir cerrahisi tarafından çevre dokunun eksizyonuna karar verildi. İkinci drenajda alınan abse materyalinin kültüründe üreme olmadı. Hastanın çekilen Toraks BT görüntülemesinde 2 cm boyutlu kitle lezyonu görülmesi üzerine göğüs hastalıkları görüşü üzerine malignite tetkik için PET-CT planlandı. Hasta yatışının 18. gününde antibiyoterapisi kesilerek taburcu edildi.

İlk başvuru BT görüntüsü



Sol frontoparietal alanda beyin orta hattında kaymaya neden olan yaklaşık 6 cm ebatlı sıvı koleksiyon alanı mevcut

7. gün BT görüntüsü



Sol frontoparietal alanda beyin orta hattında kaymaya neden olan rekoleksiyon alanı mevcut

8. gün BT görüntüsü



Sol frontoparietal alanda halen beyin orta hattında kaymaya neden olan geniş parankimal ödem alanı içinde postop kavite görünümü ve hava dansiteleri mevcut

Sonuç: Sonuç olarak *S. paucimobilis* insanlarda nadir bir enfeksiyon etkeni olarak akılda tutulmalı. Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlara neden olabildiği gibi toplum kaynaklı enfeksiyon etkeni de olabileceği unutulmamalıdır. Tedavi antibiyotik duyarlılığına göre düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: *Spingomonas paucimobilis*, Gram negatif, Beyin absesi



P56

Kafa Travması Sonrası Gelişen Pnömokoksik Menenjit Olgusu

Esra Doğan Çetin¹, Ayşe İnci¹, Sinem Akkaya Işık¹, Burak Sarıkaya¹, Derya Özyiğitoğlu¹, Ayça Aydın¹, Birol Balçın¹, Deniz Kakaliçoğlu¹, Elif Sofuoğlu¹, Hakan Sakin¹, Elif Dilan Dağ¹, Sena Buse Beydilli¹, İdris Çağrı Kaygısız¹, İrem Demiralp¹, Esmâ Öksüz¹, Duygu Özakınsel¹, Levent Görenek¹

¹Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bakteriyel menenjit Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes gibi bakterilerin rol oynadığı tıbbi bir acil durumdur ve nedeni belirleyip etkili tedaviyi başlatmak için hızlı hareket edilmelidir. Bakteriyel menenjitli hemen hemen tüm hastalarda ateş, ense sertliği ve bilinç değişikliğinden oluşan bulgulardan en az biri vardır. Bu olgu sunumunda kafa travması öyküsü olan bir hastada gelişen pnömokoksik menenjitin klinik seyrini ve tedavisini inceledik.

Bulgular: Bilinen Hashimoto tiroiditi, Meniere tanıları olan hasta 64 yaşında kadın hasta 3 gündür ağrı kesici tedaviye rağmen geçmeyen baş ağrısı, 38 derece ateş, bulantı ve kusma şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Dış merkezde beyin görüntüleme yapılmış akut patoloji saptanmamış. Daha sonra şikayetlerinin devam etmesi üzerine hastanemiz acil servisine başvurmuş. Kranial görüntülemeleri yapılmış, patoloji saptanmamış. Ateşinin düşmemesi, ajite halinin devamı üzerine menenjit ? ensefalit ? ön tanılarıyla lomber ponksiyon (LP) yapıldı. Yapılan LP sıvısı boz bulanık renkli, basıncı artmıştı. Hücre sayısı 648 hücre/mm³ %97,9'u PMNL idi. Öyküsünde 2010'da düşme sonrası çene travması, 2017'de araç içi trafik kazası mevcuttu. Hastanın bilinci açık ancak ajitasyon nedeniyle oryante koopere değildi. Ekstremitelerde istemsiz hareketleri mevcuttu. Ense sertliği, Kernig, Brudzinski bulguları pozitif. Vücudunda döküntüsü yoktu. Hastaya seftriakson 2*2 gr, vankomisin 3*1 gr, Ampisilin 6*2 gr ve Dekstametazon 4*8mg iv tedavi başlandı. Gönderilen bos kültüründe gram pozitif kok üreme sinyali alındı. Menenjit pcr panelinde Streptococcus Pneumoniae pozitif olarak saptandı. L. monocytogenes dışlandı. İçin Ampisilin tedavisi kesildi. Hastanın sonrasında glaskow koma skorunun 8'e gerilemesiyle birlikte anesteziye danışıldı. Hastanın yoğun bakım şartlarında takibi uygun görüldü. Dokuz günlük yoğun bakım takibi sonrasında genel durumu düzelen hasta servisimize alındı. BOS kültüründe üreyen Streptococcus Pneumoniae'nin antibiyogramında Penisilin MİK değeri >0,12 mcg/ml olduğu ve üçüncü kuşak sefalosporin MİK değeri <1 mcg/ml olduğu için Vankomisin tedavisi 10.gününde kesildi. Tedaviye Seftriakson 2*2 gr iv olarak devam edildi. Hastanın takip ve tedavisiyle birlikte bilinci normale döndü, tekrar ateşi olmadı. Genel durumu düzelen ve Seftriakson 14 günlük tedavisini tamamlayan hasta pnömokok aşı programı başlatıldıktan sonra taburcu edildi.

Sonuç: Akut başlangıçlı düşmeyen ateş, baş ağrısı ve bilinç değişikliği olan öyküsünde kafa travması olan hastalarda pnömokokal menenjit ön planda düşünülmelidir. Pnömokok menenjit tedavisinde penisilinler, 3. kuşak sefalosporinler (seftriakson, sefotaksim gibi) ve vankomisin kullanılabilir. Hangisinin tedavide ampirik olarak kullanılacağı o toplumdaki ya da merkezdeki Penisilin MİK değerine bağlıdır. Yüksek MİK değeri düşünülüyorsa başlangıçta Vankomisin başlanarak daha sonra olgumuzda olduğu gibi deeskalasyon yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, Pnömokok, Kafa travması



P57

İmmünkompetan Bir Hastada İnhalen Kortikosteroid Kullanımına Bağlı Bir Kandida Özefajiti Olgusu

Zehra Çotur¹, Şerife Altun Demircan¹, Salih Cesur¹, Özlem Akdoğan², Ahmet Yozgat², Sami Kınıklı¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

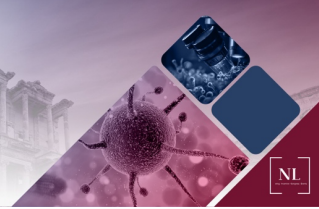
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Kandida özefajiti etiyolojisinde en sık neden immün yetmezliktir. İmmün yetmezliği olmayan hastalarda kandida özefajiti etiyolojisinde inhale kortikosterooid kullanımı atlanmamalıdır. İnhalen kortikosteroid kullanan bir hastada gelişen kandida özefajiti olgusu sunulacaktır.

Bulgular: Astım harici bilinen hastalığı olmayan ve on yıldır inhale kortikosteroid kullanan 69 yaş erkek hasta, son beş yıldır ara ara olan yutma güçlüğü, mide yanması ve kusma şikayetleri ile pek çok kez gastroenteroloji, iç hastalıkları ve göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Bu başvurularında semptomatik tedavi ve antibakteriyel tedavi verilmiş. Şikayetleri tekrar başlayan hastanın en son gastroenteroloji poliklinik başvurusunda endoskopi yapılmış ve çoklu kandida plakları saptanmış. Kandida özefajiti tanısı ile polikliniğimize yönlendirilen hastanın laboratuvar bulgularında anti-HIV negatif, anti-HCV negatif, CRP:28,2 mg/L (<5 mg/L), Prokalsitonin: 0,05µg/L (0-0,5µg/L), ESR:23 mm/h (0-15 mm/h), WBC:6270x10¹²/L(4-15,4x10¹²/L) bulundu. Karaciğer fonksiyon testleri normal olup PA akciğer grafisinde özellik yoktu. Öyküsünde immün sistem baskılayıcı bir durum saptanmadı. Astım hastalığı için on yıldır günde bir kez inhale kortikosteroid (flutikazon + vilanterol + umeklidinyum bromid) harici düzenli kullandığı ilaç yoktu. Periferik yayma ile hematolojiye danışılan hastada anormal bulgu saptanmadı. Tarafımızca poliklinikten 2x200mg oral flukonazol tedavisi başlandı. Yedi gün oral flukonazol ile şikayetleri gerilemeyen hastanın servisimize yatırılı yapıldı. 1x400mg intravenöz flukonazol, 3x1 oral mikostatin gargara ve 2x1 oral mide koruyucu tedavisi başlandı. Astım için kullandığı inhale kortikosteroidi uyguladıktan sonra su ile ağzını çalkalaması ve yutmaması söylendi. Yedi günlük intravenöz tedavi sonunda yapılan kontrol endoskopide özefagusta kandida plakları saptanmadı. Şikayetleri gerileyen ve toplamda on dört gün antifungal tedavi alan hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Kandida, sağlıklı kişilerde gastrointestinal sistem ve ürogenital sistemin mikrobiyasında bulunan maya türüdür. Lokal veya sistemik immün baskılanma durumunda aşırı çoğalarak fırsatçı enfeksiyonlara sebep olur. Kandida özefajiti için başlıca risk faktörleri immün baskılanmaya sebep olacak durumlar(HIV enfeksiyonu, malignite vb), inhale veya sistemik kortikosteroid kullanımı, gastrik asit salgılanmasını bozacak durumlar(PPI, H2 reseptör kullanımı, mide operasyonları vb), özefagus motilite bozuklukları, diabetes mellitus ve sirozdur. İmmün yetmezliği olmayan hastalarda gelişen kandida özefajiti etiyolojisinde inhale kortikosteroid kullanımı akılda tutulmalıdır. İnhalen kortikosteroid kullanan hastalara ilacı kullanma talimatları uygun şekilde anlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: flukonazol, inhale kortikosteroid, kandida özefajiti



P58

Kodamaea Ohmeri} Fungemisi Ile Takip Edilen Bir Olgu

Fatma Bolat¹, Ayça Nur Dalkıran Baydar¹, Melike Hallemoğlu Topçu¹, Fatma Eser², Barış Güntekin¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Amaç: Pichia ohmeri olarak bilinen Kodamaea ohmeri Saccharomycetaceae familyasına ait, sıklıkla aynı aileye ait olan Candida türleri ile karıştırılabilen bir mantardır. Genellikle çevreden izole edilen ve gıda bakım endüstrisinde fermantasyon amacıyla yaygın olarak kullanılan bu mantarın neden olduğu invaziv enfeksiyonlarda %50'ye varan mortalite oranları rapor edilmiştir. İnsan patojeni olarak giderek artan rolüne rağmen, Kodamaea ohmeri enfeksiyonunun klinik ve epidemiyolojik özellikleri tam olarak anlaşılamamıştır. Burada nadir görülen Kodamaea ohmeri'nin neden olduğu bir fungemi olgusu sunulmuş ve tedavi yönetimine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Veriler hastanemiz HICAMP sisteminden retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Bilinen diabetes mellitus, konjestif kalp yetmezliği, son dönem böbrek yetmezliği tanıları olan 57 yaş erkek hasta hemodiyaliz sırasında üşüme, titreme, ateş şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesi ve vital bulguları normal sınırlarda olan hastanın hemodiyaliz kateteri giriş yerinde kızarıklık, ısı artışı, akıntı bulguları yoktu. Başvurusunda alınan kateter - perifer kan kültürlerinde gram negatif basil üremesi olması üzerine kateter ilişkili kan dolaşım enfeksiyonu tanısı ile meropenem tedavisi başlandı. Tedavinin 1.gününde ateşli dönemde tekrarlanan kateter – perifer kan kültüründe sırasıyla 16, 29. saatlerde maya üremesi oldu. Tedavisine anidulafungin eklendi. Alınan kültürler sırasıyla ESBL pozitif E.coli ve Kodomea ohmeri olarak tiplendirildi. Kateteri çekildi ve gönderilen kateter ucu kültüründe etken Kodomea ohmeri olarak sonuçlandı. Meropenem 9, anidulafungin tedavisinin 8.günü itibari ile ateş yüksekliği ve kan kültüründe maya üremesi devam etmekteydi. Antifungal tedavisi amfoterisin-b olarak revize edildi. Amfoterisin-b tedavisinin 2. günü itibari ile ateş yüksekliği tekrarlamadı, kan kültürü negatifliği sağlandı. Yapılan transtorasik ekokardiyografi ve transözofageal ekokardiyografilerde infektif endokardit lehine bulgusu saptanmadı. Fungal endoftalmit açısından bakılan göz dibi muayenesi normal olarak değerlendirildi. Abdomen görüntülemesinde patolojik bulgu saptanmadı. Meropenem tedavisi 14 güne, amfoterisin-b tedavisi negatif kan kültürü sonrası 14 güne tamamlandı.

Kan kültürü üreme sonucu

KÜLTÜR LABORATUVARI			
Kan Kültürü - Aerob 2	Tetik İsten Zamanı	: 24.01.2023 14:52	Numune Kabul Zamanı : 24.01.2023 16:44:48
Tetik İsteyen:	Numune Alma Zamanı	: 24.01.2023 15:05:58	Uzman Onay Zamanı : 28.01.2023 23:14:53
Enfeksiyon Hastalıkları 13	Numune Türü	: Kan	
	Sonuç	: Kodamaea ohmeri ÜREDİ	
Laboratuvar Ruhsat No: 576-1			
Numune Bilgileri	Tanı : Z00.8 Genel muayenede diğer		
ANTİBİYOGRAF	Antibiyotik Adı	Durum	
		Duyarlı/Orta Duyarlı/Dirençli	MİK (mg/L) / Zon çapı (mm)
Tıbbi Laboratuvar Yorum :			
Açıklama	: Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı Uluslararası Dış Kalite Değerlendirme programlarına üyedir ve Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartlarına göre değerlendirilmektedir.		

Tab. Uzman Onay

Sonuç: Kodamaea ohmeri fungemi, peritonit, endokardit gibi invaziv enfeksiyonlara neden olduğu bilinen bir mayadır. Bildirilen vakalar çoğunlukla hematolojik veya solid organ maligniteli, immünsüpresif tedavi altında, DM veya KBY tanısı olan hastalardır. Enfeksiyon odağı sıklıkla kateterle ilişkili kan dolaşım enfeksiyonu olarak rapor edilmiş ve kateterin çıkarılması önerilmiştir. Kodomea ohmeri genellikle flukonazole dirençli, amfoterisin-b ve ekinokandinlere duyarlıdır. Merkezimiz laboratuvarında mevcut Kodamaea ohmeri için antifungal duyarlılık çalışılamaması nedeniyle olgumuzda in-vitro duyarlılıkları saptayamadık. Kodamaea ohmeri fungemisi durumunda duyarlılık çalışılamadığında amfoterisin-b uygun ve etkili bir tedavi olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: fungemi, kodomea ohmeri



P59

İmmünesupresif Hastada Gelişen Rinoserebral Mukormikoz Olgusu

Fatma Ertaş Tunc¹, Seher Arık¹, Çiğdem Yücel¹, Ceyda Geyiktepe Güçlü¹, Esra Zerdali¹, Gönül Şengöz¹, Filiz Pehlivanoglu¹, Mustafa Yıldırım¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

Amaç: Rinoserebral mukormikoz, özellikle immün sistemi baskılanmış hastalarda ortaya çıkan, fırsatçı, mortalitesi yüksek ve nadir görülen invazif bir mantar enfeksiyonudur. Sıklıkla diyabetik ketoasidoz, organ transplantasyonu, hematolojik malignite, hemodiyaliz ve steroid tedavisi alan hastalarda ortaya çıkar. İmmünesupresif bir hastada gelişen mukormikoz enfeksiyonu sunulmuştur.

Bulgular: Diyabetes mellitus tanısı ve siroz nedeniyle iki yıl önce karaciğer transplantasyon öyküsü olan 60 yaş kadın hasta bulantı, kusma yakınmaları ile acil servisimize başvurmuş. Hasta metabolik asidoz ve akut böbrek hasarı ön tanıları ile yoğun bakım ünitesine (YBÜ) interne edilmiş. Sorgulamada hastanın son altı ay içerisinde kan şekeri disregülasyonu nedeniyle dahiliye servisi ve YBÜ'ye yatış öyküleri olduğu öğrenildi. YBÜ takibinin ikinci gününde hastada periferik fasyal paralizi gelişmesi üzerine hastaya 80 mg metilprednizolon başlanmış. Yatışının beşinci günü Dahiliye servisine devredilmiş. Baş ağrısı ve uykuya meyilli olan hasta nöroloji tarafından değerlendirilmiş. İntranazal siyah krutlu lezyonu, sağ kulakta yeşil renkli akıntı, sağ gözde dışa bakış kısıtlılığı ve yukarı deviasyonu olan hastada altıncı kranial sinir felci düşünülerek çekilen kranial görüntülemelerde sağ sfenoid sinüs tabanında ve sağ petroz apekte defekt saptanmış olup hastada mukormikoz düşünülmüş. KBB tarafından yapılan nazal endoskopik muayenede nazofarenks ve sfenoid ağzında yeşil renkli, mukopürülan ve nekrotik akıntı saptanmış ve kültür alınmış, sfenoid sinüs debridmanı uygulanmış ve biyopsi alınmış. Nazofarenksten alınan kültür gram boyamasında polimorf nüveli lökosit (PNL) ve mantar hifleri görülmesi üzerine tarafımıza konsülte edilen hastaya meropenem 3x2 gr İV ve lipozomal amfoterisin B 1x5 mg/kg İV başlandı. Nazofarenks kültüründe Klebsiella pneumoniae üremesi oldu ve meropenem tedavisine devam edildi. Sfenoid sinüs debridmanı uygulan hastanın kültüründe hif görülmesi üzerine KBB tarafından hastaya sfenoid sinüzotomi yapıldı. Biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde geniş nekrotik debrisler arasında PNL'den oluşan fibrinöz eksuda ile birlikte çok sayıda septasız hifaları ve kistleri saptandı, bulgular mukormikoz ile uyumlu bulundu. Postoperatif stabil olan hasta rinoserebral mukormikoz tanısıyla servisimize devralındı. Oral alımı olmayan hasta nazogastrik sonda ile enteral beslenmeye başlandı. Hasta kustuktan sonra aspire etmesi üzerine solunumsal arrest gelişti. Hastaya 20 dk kardiyopulmoner resüsitasyon uygulandıktan sonra spontan dolaşım sağlanan hasta YBÜ'ye devredildi ve orotrakeal entübe takip edilen hasta beşinci gününde vefat etti.

Sonuç: Rinoserebral mukormikoz mortalitesi yüksek, hızlı ilerleyen, agresif cerrahi ve medikal tedavi gerektiren bir hastalıktır. Agresif tedavinin yanı sıra mukormikoz için risk oluşturan altta yatan hastalıklar da düzeltilmelidir. Ancak hızlı tanı ve tedaviye rağmen mortalite kaçılmaz olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: mukormikoz, immünesupresyon, disregüle diyabetes mellitus, transplantasyon, agresif tedavi



P60

Aml, Ara-c/daunorubisin ve Covid-19 İlişkili Nadir Bir Mandibular Mukormikoz Olgusu

Ali Gökhan AKÇAY¹, Egemen AKINCIOĞLU³, Tuba BULDUK², Gülden YILMAZ TEHLİ¹, Cemal BULUT¹, Elif DOĞAN¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

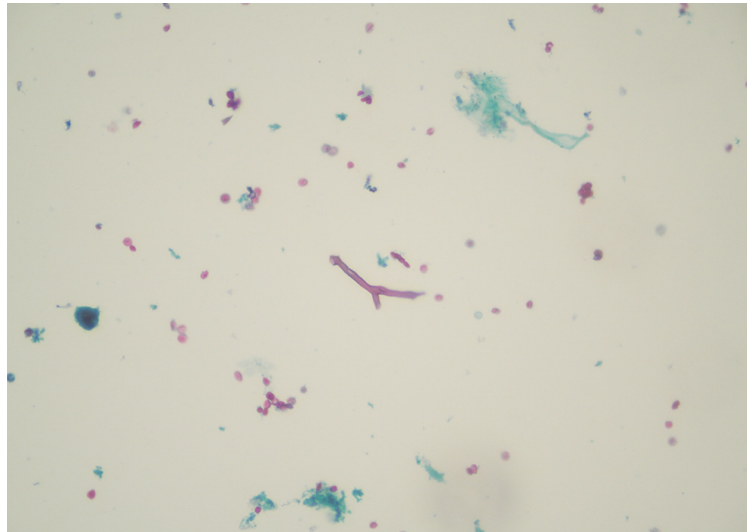
²Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Bilim Dalı

³Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

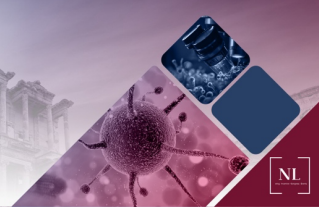
Amaç: Mukormikoz, sıklıkla rinocerebral bölgeyi tutan ve immünsüpresif bireyler ile diyabetik hastalarda ölümcül seyredebilen fungal bir enfeksiyondur. Bu olguda, akut miyeloid lösemi (AML) indüksiyon remisyon tedavisi için sitozin arabinozid (ara-c)/daunorubisin kullanılan hastada kemik iliği aplazisi ve eş zamanlı Covid-19 pnömonisi gelişmiştir. Hastamız, dünya çapında son 50 yılda raporlandırılmış, 24. mandibular mukormikoz vakasıdır.

Bulgular: Bilinen hastalık ve ilaç kullanım hikayesi olmayan hasta, son 3 haftadır giderek artan halsizlik yakınması nedeniyle başvurmuştu. Yapılan tetkikler sonucunda, AML tanısı alarak, hematoloji servisine yatırılıyordu. Vital bulguları stabil, ek yakınması yoktu. WBC 1900 hücre/ μ L NEU:100 hücre/ μ L, PLT:19000 hücre/ μ L, HGB:7,1 g/dl idi. Valasiklovir, trimetoprim/sulfametoksazol ve posakonazol profilaksileri altındayken, ara-c/daunorubisin indüksiyon kemoterapisi başlanmıştı. İndüksiyon tedavisinin 9.gününde ateş dışında ek şikayeti olmayan nötropenik hastaya piperasilin-tazobaktam başlanmıştı. Remisyon indüksiyon kemoterapisinin 14.gününde, ateş devam eden hastanın akciğer bazallerinde ince raller duyulması nedeniyle, akciğer hrct çekilmiş ve fungal odaklar olarak raporlanmıştı. Yüksek ateşin devam etmesi nedeniyle, posakonazol kesilerek, mikafungin başlanmıştı ve alınan nazofarengeal SARS-CoV-2 Pcr testi pozitif saptanması nedeniyle tedaviye molnupiravir de eklenmişti. 20 gün sonra, SARS-CoV-2 Pcr testi negatif saptanan hastanın, klinik/lab/görüntüleme bulgularının gerilemesi nedeniyle, geniş spektrumlu antibiyotikleri dahil, antimikrobiyal tedavileri kesilmişti. Kemoterapinin ilk gününden itibaren nötropenik olan hastanın yatışının 61.gününde, oral muayenede sağ mandibulada plak benzeri lezyon görülmesi nedeniyle ampirik kaspofungin başlandı. Kaspofunginin 8.gününde, sağ mandibula gövdesinde sert ve fiks şişlik gelişmeye başlamış, ateş yüksekliği devam etmesi üzerine kaspofungin kesilerek, ampirik amfoterisin b tedavisi başlandı. Amfoterisin B 'nin 2.gününde çekilen tomografide, sağ mandibular şişlikte azalma gözlenmekle birlikte kemikte erozyon raporlandı. İlgili bölgeye sitoloji örnekleme yapıldığında mukormikoz ile uyumlu hifalar görüldü. Mandibular şişliğin hızlı ilerlemesi üzerine, amfoterisin b'nin 15.gününde, tedaviye posakonazol eklendi. Yatışının 90.gününde, mandibular mukormikoz debridmanı yapılan hastada, postop 7. günde kardiyak arrest gelişti ve exitus kabul edildi.

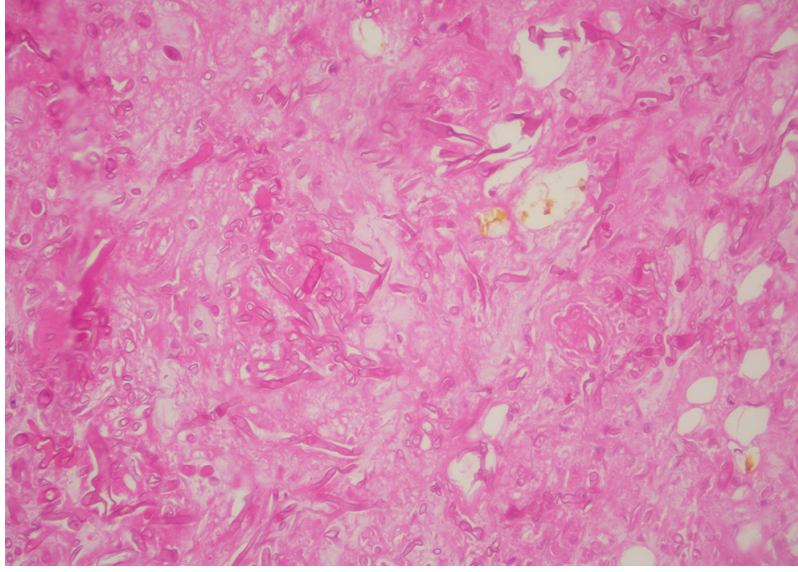
Sıvı Bazlı Sitoloji



Septasız, dik açılı hifalı mukormikoz



Hematoksilen-Eozin Boyama



Septasız, dik açılı hifalı mukormikoz

Sonuç: İmmünsüpresif bireylerde, mukormikoz riski artmış olup, tedavisiz sağ kalım %3, tek başına cerrahi tedavi ile %57, tek başına antifungal tedavi ile %61, kombine cerrahi ve medikal tedavi ile ancak %70'e ulaşabilmektedir. Hızlı seyirli, ölümcül, nadir bir klinik tablo olan mukormikozun her zaman akılda tutulması ve mandibular tutulumun göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: AML, ara-c/daunorubisin, covid-19, mukormikoz, nötropeni



P61

Tekrarlayan Direçli Candidal Stomatit

İrem Aykaç¹, Funda Şimşek¹

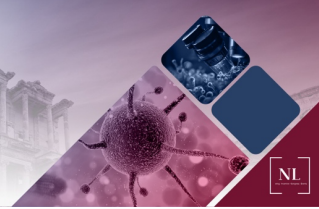
¹Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Candida türleri ile enfeksiyonun klinik belirtileri, lokal mukoza enfeksiyonlarından, çoklu sistem organ yetmezliğine kadar değişmektedir. Konağın immun sistemi, Candida'nın neden olduğu enfeksiyon tipinin önemli bir belirleyicisidir. Bu olgu sunumunda dirençli Candida enfeksiyonu ile takip edilen hastamızın incelenmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Bilinen DM (Diabetes Mellitus), HT (Hipertansiyon) tanılı 61 yaş kadın hasta boğaz ağrısı nedeni ile Amoksisilin-Klavunat kullanım öyküsü sonrası ağız içerisinde yaygın beyaz plaklar, oral alım bozukluğu ile polikliniğimize başvurdu. Hasta Candida stomatit ön tanısı ile yatırıldı. Hastaya ampirik Flukonazol tedavisi başlandı. Dil üzerindeki beyaz plaklardan mantar kültüründe Candida Inconspicua üremesi oldu. Flukonazol tedavisi 6. gününde kesilerek Kaspofungin tedavisi başlandı. Hastanın yapılan endoskopik incelemesinde Candida özofajiti saptanmadı. Serolojik tetkiklerinde aktif enfektif patoloji gözlenmedi. PPD (Purified Protein Derivative) testi negatif sonuçlandı. Romatolojik tetkiklerinde pozitiflik gözlenmedi. Takiplerinde şikayetleri azalan hasta poliklinik kontrolü ile taburcu edildi. Poliklinik takiplerinin 1. ayında tekrarlayan benzer şikayetler ve inguinal bölgede ülser lezyonu olması nedeni ile Candida Stomatiti ön tanısı ile tekrar yatırıldı. Hastaya tekrar Kaspofungin tedavisi başlandı. Alınan tümör markerlarından CA19-9: 89 kU/L ile yüksek gözlemlendi. Batın USG (Ultrasonografi), Tüm Batın BT (Bilgisayarlı Tomografi) ve Pap-Smear tetkiklerinde ve kolonoskopisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Inguinal Yüzeyel USG'de birkaç adet reaktif lenf nodu saptandı. Hastanın oral lezyonlarından biopsi alındı. Doku biopsi kültüründe, mantar kültüründe üreme olmadı. Biopsi patoloji sonucunda ülser zemini iltihabi granülasyon dokusu olarak raporlandı. CD4 sayısı ve IgG subtipleri normal, IgE (1529 kU/L) yüksek saptandı. 15 gün Kaspofungin tedavisi alan hasta semptomlarının gerilemesi üzerine poliklinik önerisi ile taburcu edildi. Hasta taburculuk sonrası poliklinik takiplerinin 1. ayında benzer şikayetlerle tekrar yatışı yapıldı. Hastaya oral posakonazol tedavisi başlandı. Servis takipleri sırasında tüm vücutta yaygın büllöz kaşıntılı lezyonlar, bilateral el parmaklarında paronişiler gelişti. Hasta 17 gün posakonazol tedavisi ile serviste takip edildi. Tüm vücutta kaşıntılı büllöz lezyonlar, paronişiler, tekrarlayan candidal stomatit, anti-desmoglein-3 IgG pozitifliği nedeni ile dermatoloji tarafından devir alındı. Ön planda Pemfigus Vulgaris düşünülen hastaya dermatoloji tarafından yapılan tetkiklerinin ardından immunsupresif tedavi başlandı. İmmunsupresif tedavi ile tüm vücutta döküntülerinde anlamlı yanıt alınan hastanın candida stomatiti 1 yıllık poliklinik takiplerinde tekrar gözlenmedi.

Sonuç: Candida stomatiti olguları genellikle immunsupresif bireylerde ortaya çıkan klinik bir tablodur. Özellikle dirençli ve tekrarlayıcı candidal mukozit olgularında altta yatan immunsupresif durumların araştırılması hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Pemfigus Vulgaris, Candida, Stomatit



P62

T Hücreli Lenfomalı Hastada Fusariosis

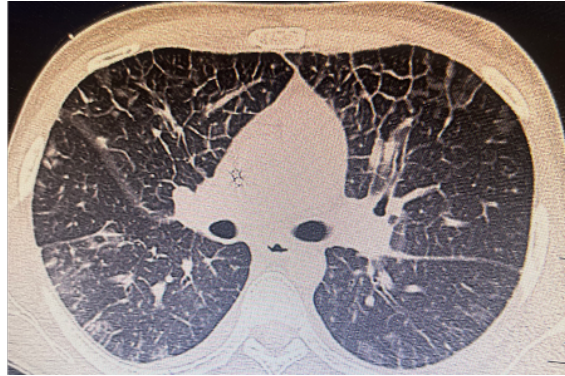
Refika Nur Kahraman¹, **Merve Bozdağ**¹, Gülden Yılmaz Tehli¹, Melih Ayberk Kapıcı¹, Haydar Zengin¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bağışıklık sistemi baskılanmış, uzun süreli ve derin nötropenisi olan hematolojik maligniteli hastalarda invaziv Fusarium enfeksiyonu görülebilmektedir. Bu grupta giderek artan bir oranda karşılaştığımız fusarium enfeksiyonları geliştiğinde, genellikle ölümcül seyreder. Burada invaziv Fusarium enfeksiyonu gelişen bir vaka sunulmuştur.

Bulgular: 23 yaşında T hücreli lenfoma tanılı hastanın, FLAG-İDA (Fludarabin, Sitarabin, İdarubisin) protokolüyle kemoterapi verilmesi planıyla yatışı yapıldı. FLAG-İDA tedavisinin 3. gününde ateş görüldü. Nötropeninin devam edeceği de öngörülerek hastaya meropenem tedavisi başlandı. Ateşi devam eden hastanın tedavisine ampirik olarak amikasin ve daptomisin tedavileri eklendi. Devam eden dirençli ateşleri olan hastanın Yüksek Rezolüsyonlu Akciğer Bilgisayarlı Tomografi (HRCT) görüntülemesi invaziv aspergilloz lehine değerlendirilerek tedaviye Vorikonazol eklendi. FLAG-İDA protokolü 15. günde üst ve alt ekstremitelerde 1 cm çapında hafif kızamık nodüller lezyonlar izlenmeye başladı. Kan kültüründe Fusarium izole edilen hastanın tedavisine Amfoterisin B eklendi. 3 günlük sistemik antifungal tedavi sonrası kan kültüründe üreme olmadı. Cilt lezyonlarından biyopsi ve kültür alındı. Cilt biyopsi kültüründe üreme görülmedi, patoloji sonuçlanmadı. Cilt lezyonlarının Fusarium deri tutulumu olabileceği düşünüldü. Göz dibi incelemesi önerilen hastada retinal hemoraji ve makula ödemi tespit edildi, Fusarium ile ilgili bulunmadı. Yapılan ekokardiyografide kardiyak tutulum görülmedi. Hastanın ateşinin devam etmesi üzerine pozitron emisyon sintigrafisi planlandı ancak klinik stabilizasyon sağlanamadığı için pozitron emisyon sintigrafisi görüntüleme yapılamadı. Oksijen ihtiyacı gelişen ,ateşi devam eden hastanın HRCT görüntülemesinde progresyon görüldü. Oksijen ihtiyacı giderek artan ve bilinç bulanıklığı gelişen hastanın yoğun bakıma nakli yapıldı. Yoğun bakımda entübe edilen hastanın inotrop ihtiyacı gelişti. 2 günlük yoğun bakım takibi sonrası hasta exitus oldu.

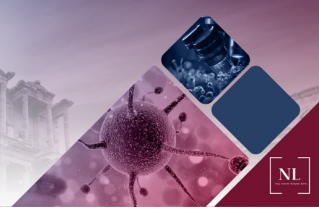
Akciğer Tomografi Görüntüsü



Cilt lezyonları



Cilt lezyonları



Sonuç: Fusarium nadir görülen bir fungemi etkeni olmakla birlikte bağışıklığı baskılanmış hastalarda gelişen enfeksiyonlarda akılda tutulmalı ve şüpheli bir durum varlığında uygun tedavi hızlıca başlanmalıdır. Fusarium türleri, çoğu antifungal ajana in vitro olarak nispeten dirençlidir. Vorikonazol ve Amfoterisin B kombinasyonu birinci basamak tedavide kullanılmaktadır. Prognozda öne çıkan faktörler ise altta yatan immunsupresyon, nötroopeninin düzeltilmesi ve etkilenmiş bölgeye cerrahi rezeksiyon uygulanmasıdır.

Anahtar Kelimeler: invaziv fungal enfeksiyon, fusarium, nötropeni, fusariosis



P63

İmmunkompetan Bireyde Trichosporon'un Neden Olduğu İdrar Yolu Enfeksiyonu

Arzu Yazıcı¹, Funda Şimşek¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

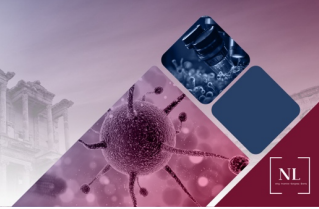
Amaç: Trichosporon türleri, doğada yaygın olarak bulunmakla birlikte insanlarda deri, solunum yolları, gastrointestinal ve genitoüriner sistemde kolonize olabilirler. Bu türler, insanlardaki invaziv enfeksiyonların nadir nedenlerindendir. Trichosporon asahii bu cinsin en yaygın patojenik mantarıdır ve son yıllarda görülme sıklığı önemli ölçüde artmıştır.

Yöntem: Hastanın nefrostomisinden ve üriner kateterinden alınan idrar örnekleri krom agarda çalışıldı.

Bulgular: Bilinen hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, nefrolitiazis tanıları olan 72 yaş erkek hasta bir buçuk aydır idrar yaparken yanma şikayetiyle enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hastadan 3 gün arayla alınan ardışık idrar kültürlerinin ilkinde 40.000 koloni, ikincisinde 80.000 koloni Trichosporon asahii üremesi olması nedeniyle komplike idrar yolu enfeksiyonu tanısı ile servise yatırıldı. Hastaya 1 ay önce üriner kateter ve tek taraflı nefrostomi takılmış. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyon öyküsü olmayan hastanın 15 gün öncesinde nefrolitiazis nedeniyle dış merkezde yatış öyküsü mevcut. Hasta son 1 ay içinde siprofloksasin, sefalekssin, seftriakson ve fosfomisin kullanmış. Yatışından 1 hafta önce çekilen üriner ultrasonografisinde bilateral kalkül görülmüş. Hastaya yatışında vorikonazol 2x250 mg iv başlandı. Üriner kateterinden ve nefrostomisinden ayrı ayrı ik (idrar kültürü) ve tit (tam idrar tetkiki) alındı. Kan tetkiklerinde crp:15 mg/dL , prokalsitonin:0.05 µg/dl olarak sonuçlandı. Üriner kateterinden alınan tit'inde lökosit esteraz(le):+++, lökosit: 504, eritrosit:361 ve nefrostomisinden alınan tit'inde le:+++, lökosit:107, eritrosit:113 olarak bulgulandı. Her iki kültürde de Trichosporon asahii üremesi olan hastanın, yatışının 12. gününde nefrostomisi değiştirildi. Değişim sonrası üriner kateter ve nefrostomiden kontrol tit ve ik alındı. Üriner kateterinden alınan kontrol tit'inde le:+++, lökosit:30, eritrosit:13 ve nefrostomisinden alınan kontrol tit'inde le:+++, lökosit: 118, eritrosit:95 olarak sonuçlandı. Kateterden alınan kontrol tit'inde piyürinin gerilediği görüldü. Nefrostomiden alınan kontrol tit'inde piyüri gerilemediği görüldü ancak nefrostominin yeni değiştirilmesine bağlı invaziv girişimin etkisi olabileceği düşünüldü. Alınan kontrol idrar kültürlerinde Trichosporon asahii üremesi olmayan ve yatışında olan dizüri şikayeti gerileyen hastaya taburculuk planlandı. Yatışı boyunca toplam 13 gün iv vorikonazol tedavisi alan hasta oral tedaviye geçilerek taburcu edildi. Hastanın poliklinik takibi devam etmektedir.

Sonuç: Trichosporon türleri çoğunlukla hematolojik maligniteleri ve solid organ tümörleri olan veya transplant alıcısı immünsuprese kişilerde, fırsatçı bir invaziv enfeksiyon ajanı olabilirken immünsuprese olmayan kişilerde genellikle yüzeysel deri enfeksiyonlarına neden olur. Hastamızın immünsuprese bir durumu olmamasına rağmen kültürlerinde Trichosporon asahii üremesine predispozan etkenler olarak geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, üriner kateter ve komorbid hastalıkların varlığı öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: idrar yolu enfeksiyonu, trichosporon asahii, vorikonazol



P64

İmmünkompetan Kişide Yoğun Kortikosteroid Tedavisi Sonrası Gelişen Fungal Spondilodiskit

Burak Kendir¹, Yusuf Yiğit¹, Yusuf Emre Özdemir¹, Özlem Gökçe¹, Meliha Meriç Koç¹, Özlem Altuntaş Aydın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM

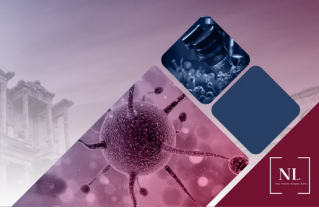
Amaç: İmmün yetmezliği olmayan hastalarda spinal mantar enfeksiyonları oldukça nadir görülmektedir. Burada, bilinen immünsupresyonu olmayan bir kişide COVID-19 pnömonisi nedeniyle yoğun steroid tedavisi uygulandıktan 2 yıl sonra gelişen fungal spondilodiskit olgusu sunulmuştur.

Yöntem: KOAH nedeniyle evinde oksijen tedavisi kullanan 67 yaşında erkek hasta 3 yıl önce Covid-19 pnömonisi nedeniyle yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yüksek dozda ve uzun süreli steroid tedavisi sonrası diyabet ve karaciğer sirozu tanıları almıştır. Hasta, taburculuğundan 2 yıl sonra başlayıp altı ay süren bel ağrısı ve karında şişkinlik şikayetleri ile yapılan vertebra MRI incelemesinin “T9,T10 vertebralar ile intervertebral diskinde ve L2,L3 vertebra end plateleri ile intervertebral diskinde sinyal artımları ve kontrast tutulumları dikkat çekmekte olup spondilodiskit düşündürmektedir” olarak yorumlanması üzerine, spondilodiskit ve asit tetkik amacıyla kliniğimize kabul edilmiştir (resim 1). Torakal vertebra kemik dokudan biyopsi örneği alınmış, “Hyalen kıkırdak dokuları infiltrate eden fungal hifa ve spor yapıları, histiosit ve lenfositlerden baskın iltihabi hücre infiltrasyonu görülmüştür” olarak değerlendirilmiş, vertebra doku biyopsi kültüründe de Candida tropicalis üremesi saptanmıştır. C. tropicalis sadece anidulafungine hassas olarak saptanıp tedavi başlanmıştır. Spondilodiskit etkenlerinin ayırıcı tanısında Brucella Coombs jel testi negatif, serum interferon gama salınım testi pozitif tespit edilmiştir. Periton sıvısı ve vertebra örneklerinden yapılan tüberküloz PCR testi negatif sonuçlanmış, periton sıvısında adenoazin deaminaz aktivitesi normal sınırlarda bulunmuş, mikobakteri ve mikobakteri dışı (mantar dahil) kültür incelemesinde üreme olmamıştır. Alınan kan kültürlerinde de üreme olmayıp ekokardiyografik incelemesinde patoloji saptanmayan hastada anidulafungin tedavisinin ilk 2 ayında belirgin klinik yanıt alınmıştır. Bu sırada bilateral alt ekstremitelerde ağrısız, kaşıntısız, purpurik lezyonlar(resim 2) ve akut böbrek yetmezliği gelişen hastadan deri punch biyopsisi yapılmış, lineer IgA ve lineer IgM birikimleri görülerek “Ig-A vaskülit ve bununla ilişkili Ig-A nefropatisi” olarak değerlendirilerek romatoloji kliniğinde takibe alınmıştır. Anidulafungin tedavisi devam ederken YBÜ ihtiyacı gelişen hastanın artan asit nedeniyle alınan periton kültüründe Acinetobacter baumannii ve kan kültüründe Burkholderia cepacia üremeleri olmuştur. Antibiyograma uygun tedavi altında klinik yanıt alınamayan hasta multiorgan yetmezliği nedeniyle kaybedilmiştir.

Resim1



MRI:Lumbal vertebralarda fungal spondilodiskit



Resim2



Bilateral purpural lezyonlar

Sonuç: Genellikle immunsupresif kişilerde görülen fungal enfeksiyonlar, bizim hastamızda olduğu gibi, yoğun ve uzun süreli steroid kullanımını takiben meydana gelebilmektedir.. Spondilodiskit olgularında, tüberküloz, bruselloz gibi etkenlerin yanı sıra özellikle immunsupresif ajanların kullanımının giderek yaygınlaşmasıyla fungal etkenler de karşımıza çıkabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: fungal, spondilodiskit, immünkompetan, steroid



P65

ANCA İlişkili Vaskülit Sonrası Gelişen Dissemine Nokardiyoz Olgusu

Sude Soğancı¹

¹SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Nokardiyoz, oldukça nadir görülen, özellikle immunsupresif olgularda ortaya çıkan fırsatçı bir enfeksiyondur. İnvaziv ve dissemine nokardiyoz genellikle immunsupreselerde görülür. Organizma kontamine tozların inhalasyonu yoluyla akciğerlere, oradan hematogen yolla diğer organlara yayılarak dissemine seyredebilir. Çalışmamızda P-ANCA pozitifliği olan immunsupresif hastada gelişen dissemine nokardiyoz olgusu sunulacaktır.

Yöntem: 50 yaşında erkek hasta, Nefroloji kliniğinde P-ANCA ilişkili vaskülit tanısıyla plazmaferez ve siklofosfamid tedavisi almaktayken vücudunda yaygın çoğul apse, kanlı balgam, göz etrafında kızarıklık ve şişlik, burun kanaması şikayetleriyle Enfeksiyon Hastalıkları'na konsülte edildi. Hastanın anamnezinde gübreli toprakla temas öyküsü vardı. Akciğer Bilgisayarlı Tomografisinde (BT) her iki akciğer parankiminde dağınık yerleşimli nodüler dansiteler saptandı, ampirik olarak piperasilin-tazobaktam ve moksifloksasin tedavisi başlandı. Cildindeki nodüler lezyonlardan alınan biyopsi septal pannikülit şeklinde sonuçlandı. Bir ay sonra çekilen kontrol akciğer BT'sinde infiltrasyonların progrese olduğu ve kaviteleştiği görüldü. Taburculuk sonrası sağ elinde apse ile tekrar hastaneye başvuran hastanın apsesi drene edilerek kültür gönderildi; gönderilen kültürde {Nocardia} spp. üremesi oldu. Hastaya imipenem ve trimetoprim-sulfametoksazol (TMP-SMX) iv tedavisi başlandı. Burnundan kanlı akıntı olması üzerine nazal kaviteden alınan burun kültüründe {Pseudomonas} ve {Nocardia} spp. üremesi saptandı.

Bulgular: TMP-SMX ile taburcu edilen hastanın kontrolünde vücudunda yaygın apseleri ve üç parmağında güçsüzlük şikayeti vardı, tarafımızca sistemik nokardiyoz tanısıyla servis takibine alındı. TMP-SMX, imipenem, linezolid iv tedavisi başlandı. Çekilen kontrastlı beyin BT'sinde sağ frontal bölgede çevresel kontrast tutulumu gösteren milimetrik ebatlı santrali kistik karakterde lobüle konturlu kitlesel bir oluşum izlenmiş olup nokardiyoz ile uyumlu bulundu. Bir ay sonra çekilen karşılaştırmalı toraks BT'sinde regresyon izlendi. Sağ testiste ağrı şikayeti olan ve apse saptanan hastaya orşiektomi yapıldı; ancak kültüründe üreme olmadı. Lezyonları gerileyen hasta poliklinik kontrolü ile TMP-SMX reçete edilerek taburcu edildi. Dış merkeze gönderilen apse örneğinden 16S rRna analiziyle türü {Nocardia farcinica} olarak belirlendi. Poliklinik kontrolü esnasında göbük ve sırt çevresinde apseleri olması nedeniyle servisimize tekrar yatırıldı. Meropenem, linezolid, TMP-SMX iv tedavileri başlandı. Kontrol amaçlı planlanan Kraniyal MR da patolojik bulguların devam ettiği ancak regresyon olduğu tespit edildi. Servisimizde takibi sırasında tedavisi devam ederken, kırkıncı günde kendi isteğiyle imza atarak hastanemizden ayrıldı, takibi bıraktı.

Sağ preseptal selülit ve sağ üst kol posteriorda multiple apse görünimleri



Vakada sağ preseptal selülit, akıntı ve sağ üst kol posteriorda fluktuasyon veren multiple apseler görünmektedir.

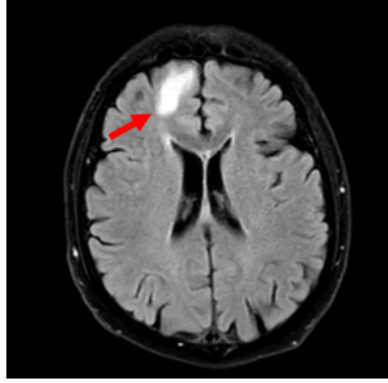
Sağ lateral tibiada ve medial malleoldeki apse görünimleri





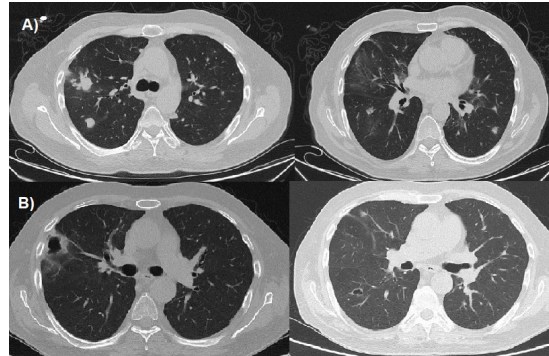
Görselde sağ lateral tibiada ve medial malleoldeki apseleri görünmektedir.

Dissemine Nokardiyozda Santral Sinir Sistemi Tutulumu



Çekilen kontrastlı beyin bilgisayarlı tomografisi sağ frontal bölgede 8x14mm ebatlarda lobüle konturlu çevresel kontrast tutulumu gösteren milimetrik ebatlı santral kistik karakterde lobüle konturlu kitlesel bir oluşum izlenmiştir. Nokardiyozis ile uyumludur. Bilateral ethmoid ve maksiller sinüslerde minimal mukozal kalınlaşma mevcuttur.

Dissemine nokardiyozda pulmoner tutulum



Kontrastlı Toraks Bt Görüntülemeleri A) Sağ akciğerde üst-orta zonda anterior lateral kesimde subplevral alana doğrudan devamlılığı izlenen 3,5x6 cm ebatlarda lobüle konturlu düzgün sınırlı asimetric bir dansite izlenmiştir. Ayrıca her iki akciğer parankiminde dağınık yerleşimli büyüğü solda üst lob apikal kesim posteriorda yaklaşık 2 cm çapta nodüler dansiteler izlenmiştir. B) Sağ AC üst lob subplevral alandaki konsolidasyon alanında kavite gelişmiştir

Sonuç: Genellikle immunsupresif hastalarda görülmekle birlikte, immün sistemi normal olsa bile nonspesifik antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen hastalarda SSS ve cilt tutulumu birlikte kaviteli pnömoni varlığında nokardiyoz akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: nokardiyoz, immunsupresyon, fırsatçı enfeksiyon, nocardia



P66

Nadir Görülen İnsan Herpes Virüsü-6 Ensefalitinde Gansiklovir Tedavisi Deneyimi

Selma Tosun¹, Ayşenur Ersoy¹

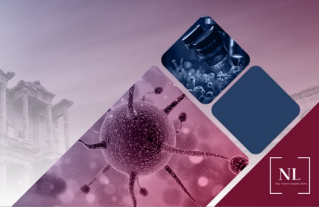
¹İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: Roseola infantuma neden olduğu bilinen insan herpes virüsü-6 (HHV6) pediatrik hastalarda ve daha az sıklıkla yetişkin hastalarda ensefalit ile ilişkilendirilmiştir. Hastanın yaşı ne olursa olsun HHV-6 enfeksiyonu nörolojik sekeller ile komplike olabilir. Bu olguda HHV-6 ensefalitine dikkat çekilmektedir.

Bulgular: Bilinen akciğer kanseri, diyabet ve kronik böbrek yetmezliği öyküleri olan 70 yaş erkek hasta 7/2/2024 tarihinde acil servise 10 gündür genel durum bozukluğu, ateş, yürüyememe şikayeti ile başvurmuş. Fizik muayenesinde bilinci konfüze, non oryante, non koopere, gözler spontan açık, ağrılı uyarana yüz buruşturma şeklinde yanıtı mevcut olup ense sertliği suboptimal (şüpheli) saptanmıştır. Hastanın dış merkezde çekilen kontrastlı kranial MR görüntülemesinde bilateral periventriküler derin beyaz cevherde T2A ve FLAIR hiperintens sinyal değişiklikleri, her iki frontal bölgede daha belirgin olmak üzere ekstraserebral BOS mesafelerinde artış, ayrıca her iki lateral ventrikülde ve 3. ventrikülde triventriküler hidrosefali ile uyumlu genişlemeler izlenmiştir. Yatışında çekilen difüzyonlu beyin MR görüntülemesinde supratentorial düzeyde atrofik patern ve kronik iskemik vasıflı sinyal değişiklikleri saptanmıştır. Tetkiklerinde lökosit $25,3 \times 10^3/\mu\text{L}$, C-reaktif protein 85,6 mg/L, procalcitonin 11 $\mu\text{g/L}$, BOS biyokimyasında protein 70 mg/dL, glukoz 148,5 mg/dL dışında patoloji saptanmamıştır. BOS hücre sayımında $0,026 \times 10^3/\mu\text{L}$ (%57,7 PNL) olup BOS kültüründe üreme olmamıştır. Menenjit paneli HHV-6 pozitif olarak sonuçlanmıştır. Hasta pnömosepsis olarak değerlendirilip entübe edilmiş, meropenem ve linezolid tedavisi başlanmış, takiplerinde derin trakeal aspirat kültürlerinde izole edilen gram negatif etkenler nedeniyle polimiksin B de eklenmiştir. Yatışı süresince nöbet geçirme öyküleri de olan hastanın menenjit panelinde HHV-6 pozitif sonuçlanması üzerine tedavisine gansiklovir eklenmiştir. Hasta gansiklovir tedavisinin 12. gününde ve halen entübe olarak takip edilmektedir.

Sonuç: HHV-6 ensefaliti, bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda ciddi bir komplikasyon olup klinik olarak nörolojik bozukluklarla kendini gösterir. Davranış bozuklukları, bilinçte bozulma, epileptik nöbetler, ensefalomyelit ya da ensefalitle seyredebilir. Hastalarda ayrıca kranial MR görüntülemesinde sinyal değişiklikleri de mevcut olabilir. BOS bulguları genellikle değişkendir, lenfositik pleositoz ve sonunda değişken yüksek protein ve düşük glikoz seviyeleri gösterir. Tedavi konusunda güncel bir fikir birliği yoktur. CDC klinik uygulama kılavuzları gansiklovir veya foskarnet'i önermektedir; her iki ilacın kombinasyon halinde uygulandığı vakalar yayınlanmıştır. Bu olgunun bildirilme amacı nadir görülen HHV-6 ensefaliti olması ve tedavi seçenekleri açısından güncel fikir birliği olmamasıydı. Tarafımızca gansiklovir tedavisi uygulanan hastanın entübe ve sedatize takip edilmesi bilinç durumu net değerlendirilememesine sebep olmuştur.

Anahtar Kelimeler: ensefalit, insan herpes virüsü-6 (hhv-6), nöbet



P67

Lemierre Sendromu Olgu Sunumu

Pelin Beyza Ünal¹, Doç.Dr Asli Haykir Solay¹, Doç.Dr Dilek Bulut¹, Doç.Dr Gönül Çiçek Şentürk¹

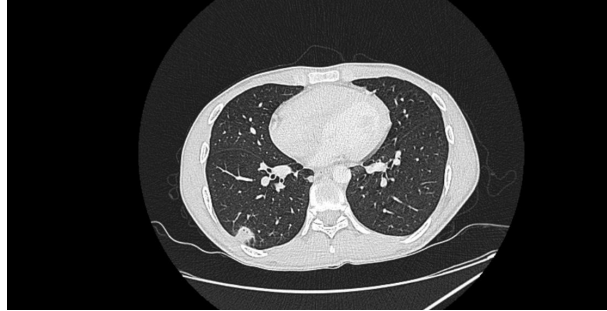
¹Etlik Şehir Hastanesi

Amaç: Lemierre sendromu(LS) internal juguler venin septik tromboflebitini ifade etmektedir. Orofarengeal enfeksiyonla başlar; lateral farengeal boşluğa bakterinin invazyonu ile damar duvarı içindeki inflamasyonu, lümen içindeki enfekte trombüs, çevredeki yumuşak doku inflamasyonu, kalıcı bakteriyemi ve septik emboli gelişir. Postaanginal sepsis ve nekrobasilloz olarak geçmektedir.Farklı kliniklerde seyredebilir. Akut gastroenterit ile acil başvurusuyla hospitalize edilerek tanı alan LS olgusu sunulacaktır.

Yöntem: Akut gastroenterit ile acil başvurusuyla hospitalize edilerek tanı alan LS olgusu sunulacaktır.

Bulgular: İshal, bulantı, kusma şikayetleri ile acile başvuran 20 yaşında erkek hasta orta dehidrasyonu olması ve oral alımının kötü olması nedeniyle servisimize yatırıldı. Öyküsünden bir hafta önce boğaz ağrısı ve ateş şikayetlerinin olduğu; klaritromisin başlandığı ve bu tedaviden fayda görmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde Bilinç açık, mukozalar kuru, batın rahat, TA:83/48 mm/Hg , KTA:78/dk, SS:20/dk olarak saptandı. Laboratuvarında: WBC:20.410/μl, PMNL: %91.6, CRP:197 mg/L, üre:39.8 mg/dl , kreatin:0.85 mg/dl, ALT:26 U/L , AST: 24 U/L olarak saptandı. Seftriakson 2x1 gr ve metronidazol 4x500 mg intravenöz tedavileri başlandı.Takibinde batında hassasiyet, defans olması nedeniyle çekilen direk grafide bağırsak anslarında dilatasyon görüldü; oral stoplandı, batın BT çekildi. Toksik megakolon dışlandı fakat BT'ye giren akciğer kesitlerinde septik emboli görülmesi, antibakteriyel tedavinin beşinci gününde ateşinin devam etmesi nedenleriyle tedavi meropenem 3x1 gr iv olarak düzenlendi. Kan kültüründe Fusobacterium necrophorum üremesi tespit edildi; boyun doppler USG sol eksternal juguler ven 1/3 proksimalinden distaline doğru trombüs ile uyumlu kollabe olmayan ekojenite gözlendi. Toraks BT'de tüm akciğerde yaygın septik emboliler görüldü. Kulak burun boğaz doktoru muayenesi ve boyun BT ile derin boyun enfeksiyonu ekarte edildi. LS tanısı alan hastaya subkutan DMAH 2x 0.6 (6000 IU/0.6 ml) ve klopidoğrel 75 mg 1x1 oral başlandı. Toplam tedavinin birinci haftada ateş yanıtı alındı. Üç hafta parenteral tedavi sonrasında kliniğinin düzelmesi, trombüste küçülme saptanması üzerine oral metronidazol 4x500 mg ve im seftriakson 1x2 gram bir haftalık tedavi ile taburcu edildi. Tedavi dört haftaya tamamlandı ve sekelsiz iyileşme görüldü.

Lemierre sendromu toraks tomografi görüntüsü



sağ akciğerde santrali kaviter formasyona geçen nodüler infiltrasyonlar

Sonuç: LS nadir görülür; multiorgan tutulumu ve nonspesifik semptomlarla seyretmesi nedeni ile teşhis koymak oldukça zordur. Sunduğumuz olgunun derin boyun enfeksiyonu olmaması, gastroenterit kliniği ile başvurusu nedenleri ile tanıda güçlük yaşanmıştır. Rastlantısal olarak saptanan septik emboli ipucu olmuştur. Septik tromboflebit görülen hastalarda LS akılda tutulmalıdır. Tedavisinde antibiyoterapi ile beraber tromboembolik olayların yönetimi de gerektiğinden mutisistemik yaklaşım gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: lemierre, nekrobasilloz, farenjit, juguler ven trombozu



P68

Clostridium Difficile Enterokolitine Sekonder Gelişen Toksik Megakolon, Olgu Sunumu

Zeliha Arslan¹, Çağla Sarpoğlu Aksunlar¹, Simge Yılmaz¹, Duygu Mert¹, Mustafa Ertek¹

¹SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Amaç: Toksik megakolon, sistemik toksisite bağlamında ortaya çıkan total veya segmental, obstrüktif olmayan kolonik dilatasyondur. İnflamatuar veya clostridium difficile enterokoliti gibi enfeksiyöz durumlar toksik dilatasyona yol açabilir. Hastanede yatan tüm hastaların yaklaşık % 1'inde semptomatik C. difficile enfeksiyonu gelişmektedir. C. difficile, anaerobik Gram-pozitif, spor oluşturan ve toksin üreten bir basildir. Sporlar ısıya, asitlere ve antibiyotiklere karşı dayanıklıdır. A ve B toksinlerini üreterek mukozal tahribata ve psödomembran oluşumuna neden olur. C. difficile, antibiyotikle ilişkili kolit vakalarının çoğunda etken olarak tanımlanmıştır, son zamanlarda standart tedavilere dirençli olup önceki yıllara göre nüks olasılığı daha yüksek hale gelmiştir.

Yöntem: Bu çalışmada C. difficile kolitine sekonder gelişen toksik megakolon olgusu sunulmuştur.

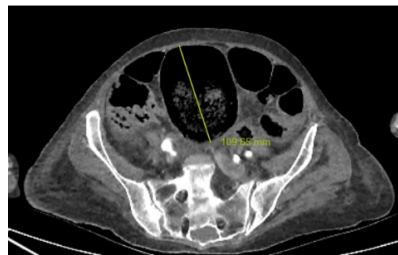
Bulgular: Bilinen hipertansiyon ve kronik bronşit tanıları olan 70 yaş kadın hasta, menenjiom nedeni ile beyin sinir cerrahisi tarafından opere edilmiş ve 15 gün hastanede yatışı olmuş. Taburculuktan 10 gün sonra ateş, nefes darlığı, oral alımda azalma şikayetleri ile tarafımıza başvuran hastaya çekilen ön-arka akciğer grafisinde pnömonik infiltrasyon saptanması nedeniyle pnömoni ön tanısı ile yatışı yapıldı. Piperasilin-tazobaktam 3*4,5 gr intravenöz (İV) ve klaritromisin 2*500 mg İV tedavisi başlandı. Antibiyotik tedavisinin 7.gününde genel durumunda ani bozulma ve günde 6 kez olan ishal şikayeti başladı. Hastanın mevcut antibiyotik tedavisi kesildi. İshal diyeti, hidrasyon başlandı. Gaita mikroskopisi, gaita kültürü ve gastrointestinal sistem paneli (PCR) istendi. Gaita mikroskopisinde blastokist izlendi, lökosit ve eritrosit görülmedi. Gastrointestinal sistem panelinde (PCR) C. difficile toksin A ve B pozitif gelen hastaya vankomisin 4*250 mg peroral ve metronidazol 4*500 mg İV başlandı. Takibinin 8. gününde batın distansiyonu gelişmesi üzerine kontrastlı batın tomografisi çekildi. İnen kolonda en geniş yerinde 10,9 cm, rektosigmoid bileşkede 15,3 cm dilatasyon izlendi. Genel cerrahiye danışıldı. Acil cerrahi girişim düşünülmeydi. Hastanın tedavisine Meropenem 3*1gr İV eklendi. Takibinin 9.gününde takipne ve hipotansiyon gelişmesi üzerine toksik megakolon ve septik şok ön tanıları ile yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatış endikasyonu koyuldu. İki gün sonra hastanın YBÜ'de eksitus olduğu öğrenildi.

Şekil-1



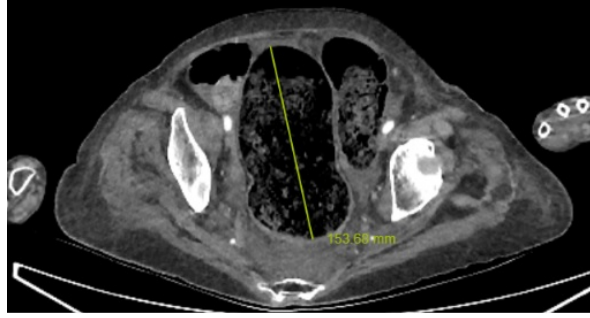
ADBG Görüntüsü

Şekil-2



inen kolonda en geniş yerinde 10.9 cm dilatasyon

Şekil-3



rektosigmoid bileşkede 15.3 cm dilatasyon

tablo-1

PARAMETRELER	YATIŞ	7.GÜN	9.GÜN
Beyaz küre sayısı	15.9	39.1	59.7
Hemoglobin	13	13.5	14
Nötrofil oranı(%)	95	96	96
BUN	25	24	44
Kreatinin (mg/dL)	0.4	0.3	0.8
Na (mmol/L)	139	131	131
K (mmol/L)	3.3	2.7	4.2
CRP (mg/L)	200	18	166
Prokalsitonin	0.6	0.1	4.9

Labaratuar parametreleri

Sonuç: Toksik megakolon, C. difficile kolit spektrumunun alışılmadık fakat iyi bilinen bir klinik durumudur. C. difficile kolitinin, sistemik toksisite belirtileriyle ilişkili olarak kolonun 6 cm'den daha büyük bir çapa kadar akut segmental veya total dilatasyonu ile karakterize, yaşamı tehdit eden bir komplikasyonudur . Sonuç olarak yaşlı hasta, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, uzun süreli hastane yatışı gibi risk faktörlerinin varlığında gelişen akut ishalde hastanın klinik durumu kötüleştiğinde toksik megakolon akla getirilerek hastanın dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: clostridium difficile, toksik megakolon, toksin A B



P69

{Klebsiella Pneumonia}'ye Bağlı Tekrarlayan Karaciğer Apsesi Olgusu

Esra Mine Aksoy¹, Selma Tosun¹, Berk Leon Horasan¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: Karaciğer absesi nadir görülen ama mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Uygun antibiyotik tedavisi ve apse drenajı ile mortalitesi azalır. Klinik bulguları yüksek ateş ve sağ üst kadranda hassasiyettir. Tanıda altın görüntüleme yöntemi kontrastlı BT'dir. İnsidansı 5/100.000 olarak bildirilmektedir. Çoğunlukla karaciğer sağ lobuna yerleşmektedir ve tektir. Escherichia coli ve Klebsiella pneumoniae en sık neden olan mikroorganizmalardır. Burada 58 yaşında, bilinen diyabet tanısı olan, özgeçmişinde Asya seyahat öyküsü ve karaciğer absesi öyküsü bulunan; apse kültüründe Klebsiella pneumoniae üremesi olan kadın olgu sunulmuştur

Yöntem: OLGU: Bilinen DM tanılı 58 yaşındaki kadın hasta beş gündür mevcut olan ateş yüksekliği ve karın ağrısı nedeniyle 3 Ocak 2024 tarihinde acil servise başvurmuştur. Öyküsünde 2 sene önce karaciğer absesi nedeniyle hastanede tedavi gördüğü, apse kültüründe K. pneumonia üremesi olduğu öğrenilmiştir. Hastanın 2000 yılında Çin'e seyahat öyküsü, bu yıl Malezya'dan getirilmiş olan Egg Yolk Pies isimli yumurta yeme öyküsü mevcuttur.

Bulgular: Acil servisteki fizik muayenesinde genel durum orta, vücut sıcaklığı 38°C, Karında sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Lökosit 11000, CRP 270, AST 21, ALT, γ-GGT 83, ALP 119, total bilirubin 0.55 mg/dl olarak saptandı. Kontrastlı abdomen BT çekildiğinde karaciğer segment 2-8-4 de en büyüğü 4cm'ye ulaşan silik sınırlı hipodens yamasal abse şeklinde raporlandı. Servis takibine alınan genel durumu orta olan ve geçmişte K.pneumonia üremesi olan hastaya ampirik meropenem 3*1 gr intravenöz başlandı. Perkütan apse drenajı gerçekleştirildi. Abse materyalinden mantar, abse ve tüberküloz kültürü, tüberküloz arb ve pcr çalışıldı, Aeorob ve anaerob kan kültürü şişelerine ekildi ve IFAT gönderildi. Abse kültürü sonucu K.pneumoniae olarak sonuçlandı. Diğerleri negatif olarak sonuçlandı. Hastanın tedavisi kültür antibiyogram sonuçlandığında meropenem 6. günde seftriakson olarak revize edildi. K. pneumoniae barsak kolonizasyonu için rektal sürüntü örneği alındı ve üreme olmadı, alt tip tayini için numune gönderildi. Hastaya septik tutulum açısından bakısı, kraniyal, servikal, torakal ve lomber MR çekildi. Septik odak lehine tutulum saptanmadı. 6 gün iv meropenem, 8 gün iv seftriakson alan hasta seftriakson IM ve metronidazol PO ile taburcu edildi. Hasta poliklinik kontrollerine devam etmektedir.

Sonuç: Diabetes mellitus, alkolizm, immün yetmezlik, malignensi ve karaciğer transplantasyonu karaciğer apseleri için risk faktörleridir. Tanıda BT altın standart yöntemdir. En etkin tedavi, uygun antibiyotik kullanımı ve apse drenajıdır. Yapılan çalışmalarda metastatik enfeksiyon sıklığı %9.9-13 arasında değişmekte olup en sık göz tutulumu izlenmektedir. Bu olgu sunumunda, karaciğer absesine neden olan K. pneumoniae suşlarının serotip tayini ve virulans analizlerinin yapılması, metastatik enfeksiyonlar açısından değerlendirilmesi, morbiditeyi azaltmak için erken tanıya gidilmesi ve erken tedavinin başlanması gerekliliğine dikkat çekilmiştir.

Anahtar Kelimeler: karaciğer absesi, klebsiella pneumoniae



P70

Septik Emboli Sonrası İnfektif Endokardit Tanısı: Olgu Sunumu

Cemre Kıyıkçı¹, Dilek Bulut¹, Nesibe Korkmaz¹, Başak Erarslan¹, Ediz Tütüncü¹, Gönül Çiçek Şentürk¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

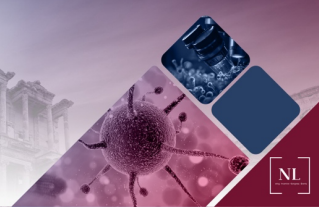
Amaç: İnfektif endokardit ekstrakardiyak yayılım ile ilişkili olarak geniş yelpazede semptom ve bulgularla prezente olmaktadır. Tanısal zorluklar ve farklı klinik prezentasyonlar nedeniyle hala yüksek morbidite ve mortaliteyle ilişkilidir. Bu olguda septik artritis tanısıyla takip edilirken yaygın septik emboliler gelişen ve sonrasında infektif endokardit tanısı konulan bir hasta sunulmuştur.

Yöntem: Bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı tanıları olan 70 yaşında erkek hastaya septik artritis tanısıyla dış merkezde artroskopik yıkama yapılmış; seftriakson ve vankomisin başlanmış. Preoperatif alınan kan kültüründe metisilin dirençli Staphylococcus aureus (MRSA) üremesi olmuş. Yatışının 10. gününde yeni gelişen bel ağrısı nedeniyle çekilen lomber manyetik rezonans(MR) görüntülemesinde iliopsoas apsesi ve L2-3 disk seviyesinde spondilodiskit saptanması üzerine hasta servisimize devir alındı. Yatışında alınan kan kültüründe MRSA üremesi olan hastanın uygun tedaviye rağmen bakteriyemisinin devam etmesi nedeniyle transözofageal ekokardiyografi(TEE) istendi. Mitral kapak atriyal yüzde her biri 2 mm boyutunda 2 adet vejetasyon saptandı. Seftriakson ve vankomisin 23. gününde kesilerek endokardit tanısıyla daptomisine geçildi. Daptomisin tedavisinin 12. gününde kan kültüründe MRSA üremelerinin sebat ettiği görüldü. Daptomisin kesilerek linezolid tedavisine geçildi. Nöroşirurji tarafından L2-3 mikrodisektomi ve apse drenajı yapıldı. İntraoperatif alınan kültürde üreme olmadı. Kontrol kan kültürlerinde üreme olmayan hastanın linezolid tedavisi altında ateşi düştü. Servisimizde yatışı devam eden hastanın tedavisinin 6 haftaya tamamlanması planlandı.

Bulgular: Stafilokokların virulansının yüksek olması ve doğal kapakta yerleşebilmesi nedeniyle stafilokokal bakteriyemi olgularında, transtorasik ekokardiyografi(TTE) hatta TEE yapılması hayati önem taşımaktadır. Ayrıca stafilokokal bakteriyemilerde kontrol kan kültürleri alınarak bakteri persistansının devam edip etmediğinin kontrolünü sağlamak, tedavi yanıtının değerlendirilmesi ve metastatik odakların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Olgumuzda da kontrol kan kültürlerinin alınması, tedavi revizyonu ve komplikasyon takibi açısından bize yol gösterici olmuştur. Staphylococcus aureus'ta vankomisin kullanımına bağlı gelişen direnç ile azalmış daptomisin duyarlılığı arasında güçlü ve pozitif bir korelasyon bulunmaktadır. Vankomisin kullanımına bağlı hücre duvarı kalınlaşması ile kalınlaşmış hücre duvarının fiziksel bariyeri S. aureus'taki daptomisin direncine katkıda bulunmaktadır. Uzun süre daptomisin tedavisi altında bakteriyemisinin devam etmesi bu duruma bağlanmıştır.

Sonuç: Endokardite özgü tipik bulgular olmadan septik emboli komplikasyonlarıyla gelen vakalarda tanıda gecikmeler olabilmektedir. Sistemik emboli varlığında etiyolojiye yönelik ekokardiyografi görülmeli, Staphylococcus aureus'un etken olduğu durumlarda da kontrol kan kültürleriyle bakteriyemi kontrolünün sağlandığından emin olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Staphylococcus aureus, Transözofageal ekokardiyografi, Septik emboli, İnfektif endokardit



P71

Bartonella Endokarditli 2 Olgunun Değerlendirilmesi

Ülkü Demirtaş Yavuz¹, Hesna Tak¹, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Derya Öztürk Engin¹

¹Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bartonella kültür negatif endokarditlerin Coxiella burnetti'den sonra en sık sebebidir. Kliniğimizde takip ettiğimiz iki hastada Bartonella henselae'ye (B. henselae) bağlı enfektif endokardit saptanması nedeniyle bu olgular sunulmuştur.

Bulgular: OLGU 1 Acil servise nefes darlığı, bulantı, kusma şikayetleri ile gelen 88 yaşında erkek hastanın şikayetleri üç gün önce başlamıştı. Hastanın KY, Parkinson, DM, HT tanıları olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde akciğerlerde bilateral solunum seslerinde azalma saptandı. Hastanın lökosit sayısı 23750/mm³, CRP 28 mg/dL, kreatinin 3.3 mg/dL olarak belirlendi. Dahiliye kliniğine yatırılan hastaya kültürleri alınarak seftriakson tedavisi başlandı. İdrar kültüründe Enterococcus faecalis üredi. Tedavisi piperasilin-tazobaktam ile değiştirildi. Transtorasik ekokardiyografisinde (TTE) kalbi çepeçevre saran 1.7 cm boyutuna ulaşan perikardiyal efüzyon görüldü. Transözefageal ekokardiyografisinde (TEE) sağ atriumda 0.9X0.4 cm hiperekojen kitle, vejetasyon görüldü. Kardiyovasküler cerrahi (KVC) konseyinde değerlendirildi ve operasyon yapılamayacağı bildirildi. Tedavisi meropenem ve daptomisin olarak değiştirilerek, kliniğimize alındı. Halk sağlığı laboratuvarına gönderilen B. hanselae testi 1/512 titrede pozitif olarak sonuçlandı. Hastanın tedavisine doksisisiklin ve rifampisin eklendi. Genel durumu bozulan hasta YBÜ'ne devredildi. YBÜ'de yatışının 12. gününde hasta kaybedildi. OLGU 2 Acil servise ateş, bulantı, kusma şikayetleri ile gelen 70 yaşında erkek hastanın şikayetleri bir gün önce başlamıştı. Hastanın DM, BPH ve KAH olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde özellik yoktu. Hastanın lökosit sayısı 24250 /mm³, CRP 179 mg/dL, prokalsitonin 6.7 µg/L olarak belirlendi. YBÜ'ne yatırılan hastanın kültürleri alınarak vankomisin ve meropenem başlandı. Kan kültüründe K. pneumoniae üredi. Hasta yatışının 7. gününde servisimize alındı. Tedavisine meropenem ile devam edildi. Yatışının 10. gününde ateşinin yükselmesi nedeniyle kültürleri tekrar edildi. Tedavisine vankomisin eklendi, yanıt alınamadı. Kilo kaybı, anemi, ateş olması nedeniyle malignite yönünden testleri istendi. TTE'de mitral kapakta 1X0,5 cm boyutlarında vejetasyon saptandı. Hastanın tedavisine meropenem ve daptomisin olarak devam edildi. TEE'de mitral kapakta 1X0,6 cm boyutlarında vejetasyon görüldü. KVC konseyinde operasyon düşünülmeydi. Halk sağlığına gönderilen B. henselae IgG 1/128 titrede pozitif olması üzerine, tedaviye doksisisiklin ve rifampisin eklendi. Kontrol TTE'sinde vejetasyon boyutunda artış gözlenmesi nedeniyle KVC'ye yeniden danışılan hastaya, KVC YBÜ'nde takip önerildi. Hasta başka hastanede opere olmak istediğini belirtti. Operasyonda alınan doku örneğinde B. henselae PCR negatifti. Kontrol B. henselae IgG 1/512 pozitif saptandı. Hastanın rifampisin tedavisi 6. haftada, doksisisiklin tedavisi 12. haftada kesildi.

Sonuç: Bartonella endokarditi nadiren görülse de etkeni saptayamadığımız endokarditlerin ayırıcı tanısında akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bartonella henselae, İnfektif endokardit, Ateş



P72

Endokarditte Sıradışı Bir Etken ; Ampisilin Dirençli {Listeria monocytogenes}

Kübra Şirin¹, Elif Sargın Altunok¹, Ayşe Batirel¹

¹Kartal Doktor Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

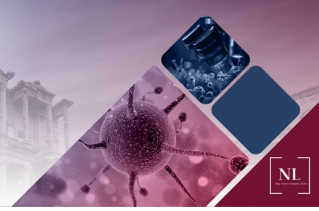
Amaç: Giriş:Listeria monocytogenes'in neden olduğu klinik tablolar arasında infektif endokardit nadir görülen ama morbidite ve mortalitesi yüksek bir durumdur. Burada ampisilin dirençli Listeria monocytogenes'in neden olduğu bir protez kapak endokarditi olgusu sunulmuştur

Yöntem: Bu sunumda Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde takip edilen hasta olgu sunumu olarak sunulmuştur.

Bulgular: Olgu:Diyabetes mellitus,hipertansiyon,konjestif kalp yetmezliği,kronik böbrek hastalığı tanıları olan ve 2003 yılında kalp kapak replasmanı yapılan 77 yaşında kadın hasta iki gündür olan ateş,halsizlik,nefes darlığı ve genel durum bozukluğu şikayetleri ile başvurdu.Fizik muayenesinde genel durum orta bilinç açık ve koopereydi.Ateş 38°C,nabız 100 dakika,tansiyon 140/90 mmhg,satürasyon oda havasında 92 saptandı.Nazal oksijen desteği başlandı.Diğer sistem muayenelerinde mitral protez kapakta metalik ses ve her iki akciğer bazallerinde raller duyuldu,her iki alt ekstremitede pretibial ödem saptandı.Laboratuar tetkiklerinde hemoglobin 11 gr/dl,lökosit 14160 /mm³,aspartat aminotransferaz 26 U/L,alanin aminotransferaz 11 U/L,laktat dehidrogenaz 320 U/L,kreatinin:1,3 mg/dl ,C-Reaktif protein 390 mg/l,prokalsitonin 4 µg/L sedimantasyon 47 mm/saat,Romatoid faktör negatif idi. Posteroanterior akciğer grafisinde bazallerde efüzyonla uyumlu görünüm mevcut idi.Pnömoni ve akut konjestif kalp yetmezliği ön tanıları ile yatırılarak seftriakson 2 gr/gün ve klaritromisin 1 gr/gün dozunda antibiyoterapisi düzenlendi.Tedavi öncesinde alınan iki kan kültüründe Listeria monocytogenes üremesi nedeniyle antibiyoterapisi ampisilin 12 gr/gün olarak değiştirildi.Hastanın kültür antibiyogram sonucuna göre ampisilin direnci saptanması üzerine Meropenem tedavisine geçildi.Transtorasik ekokardiyografisinde vejetasyon görülmedi, transözefageal ekokardiyografi (TEE)'sinde mitral mekanik protez kapak anterior menteşe komşuluğunda annulusa tutunmuş 7*3 mm boyutlarında hareketli fibriler trombüs imajı,anulus ve sütur hattına tutunmuş multiple küçük fibriler trombüs imajları,annuler sıvalı trombüs imajı,ileri triküspit yetmezlik ve triküspit kapakta 1.9 cm ve1.2 cm olmak üzere iki adet vejetasyonla uyumlu hareketli fibriler kitle imajları saptandı.Listeria endokarditi tanısı ile Meropenem tedavisine gentamisin 160 mg/gün dozunda eklendi.Kalp ve damar cerrahi tarafından cerrahi planlanmayan hastanın tedavisinin birinci ayında yapılan kontrol TEE'de vejetasyon boyutlarında küçülme saptandı.Klinik yanıt da alınan hastada trimetoprim sülfametoksazol ile oral ardışık tedaviye geçilerek altı haftaya tamamlandı.

Sonuç: Sonuç:Listeria monocytogenes nadiren bakteriyemi etkeni olarak karşımıza çıkmaktadır ve olgumuzda olduğu gibi protez metalik kapakta endokardit ile prezente olabilmektedir.Sıklıkla kapakta fonksiyon bozukluğu ve kalp yetmezliğine neden olabilmektedir.Altta yatan kronik hastalıklar,protez kalp kapağı ve ileri yaş gibi risk faktörleri olan olgumuzda Listeria monocytogenes'in kan kültürüyle endokardite etkeni olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: endokardit, Listeria monocytogenes, kalp kapak replasmanı



P73

Leuconostoc Lactis Bakteriyemisi Olgusu

Zeynep Selin Vural¹, Murat Furkan Vural²

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D.

²Erzurum Şehir Hastanesi İç Hastalıkları A.D.

Amaç: Leuconostoc lactis, gram-pozitif, alfa veya non hemolitik, fakültatif anaerob koklardır. Vankomisin de dahil olduğu glikopeptidler grubuna doğal dirençlidir. Özellikle immünsüpresif, damar içi kateteri ve daha önce vankomisin kullanımı olan hastalarda etken olarak görülebilmektedir.

Yöntem: Bu raporda, santral venöz kateteri bulunan ve yakın zamanda vankomisin kullanım öyküsü olan bir L. lactis bakteriyemisi vakasından bahsedilmektedir.

Bulgular: Bilinen hipertansiyon, atriyal fibrilasyon, geçirilmiş serebrovasküler olay (SVO), epilepsi tanılı, 69 yaşında kadın hasta, COVID-19 enfeksiyonu sonrası trakeostomi ve perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ile immobil olarak palyatif bakım kliniğinde takip edilmekteydi. Hastanın, palyatif bakım kliniği öncesinde uzun süreli yoğun bakım kliniği yatışı, santral venöz kateter ve parenteral beslenme öyküsü mevcuttu. Bu süreçte hastada hastane kaynaklı pnömoni, bakteriyemi, sakral dekübit lezyonlarına bağlı yumuşak doku enfeksiyonları gelişmiş; aralarında vankomisin de bulunduğu çoklu antibiyoterapi rejimleri hastaya uzun süre uygulanmıştı. Palyatif bakım servisine yatışı sonrası, hastane kaynaklı pnömoni bulguları gelişen hastaya meropenem ve siprofloksasin tedavileri başlandı. Takibinde klinik ve laboratuvar yanıtı alınan hastada, tedavisinin 7. gününde 39,5 derece ateş ölçüldü. Santral venöz kateteri olmayan hastanın periferik kan kültürleri ve aspirat kültürü alındı. Hastanın aynı gün içerisindeki laboratuvar değerlerinde C-Reaktif Protein (CRP) 392 mg/L, prokalsitonin 2.3 ng/mL, kreatinin 0.73 mg/dL, beyaz küre sayısı (WBC) 19220 /µL (nötrofil %71) olarak saptandı. Ateşi olmaya devam eden hastanın tedavisine linezolid eklendi. Linezolid tedavisi sonrası ateşi tekrarlamayan ve laboratuvar parametreleri gerileyen hastanın, kan kültüründe L. lactis üremesi tespit edildi. Antibiyogram duyarlılık çalışmasında imipenem duyarlı tespit edildi (linezolid duyarlılığı çalışılmadı) ve hastanın tedavisi linezolid ve imipenem olarak güncellendi. Tedavinin 10. gününde CRP 135 mg/L, prokalsitonin 1 ng/mL, kreatinin 0.88 mg/dL, WBC 12000 /µL (nötrofil %65) olarak tespit edildi. Linezolid ve imipenem tedavisine 14 güne tamamlandı.

Sonuç: L. lactis'in geçmişte insanları enfekte etmediği düşünülürken, günümüzde özellikle immünsüpresiflerde ve kritik hastalığı olanlarda çeşitli enfeksiyon tabloları oluşturabildiği bilinmektedir. İmmünsüpresif hastalarda sık rastlanan bakteriyemi etkenlerine ek olarak artık, çok da sık karşılaşılmayan, immünkompetan kişilerde enfeksiyon etkeni olmayan bakterilerin görülme sıklığı artmaktadır. Günümüzde vankomisin ampirik gram pozitif ajan olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Bu durum, Leuconostoc spp. vakalarıyla her geçen gün karşılaşma ihtimalimizi artırmaktadır. Kan kültürlerinde üreyen gram pozitif koklarda, vankomisin direnci saptanması durumunda; özellikle klinik risk faktörleri de uyumlu olan hastalarda Leuconostoc türleri akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: leuconostoc lactis, bakteriyemi



P74

Nadir İzole Edilen Bir Abse Etkeni : Aggregatibacter Aphrophilus

Emre Çağatay Çaptır¹, Selma Tosun¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

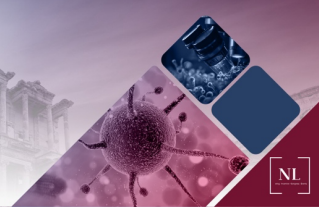
Amaç: Aggregatibacter aphrophilus nadiren insanda endokardit, endoftalmit, osteoartrite neden insan orofarengeal floraasının bir üyesi olan Gram negatif bir bakteridir ve HACEK (Haemophilus, Aggregatibacter, Cardiobacter, Eikenella corrodens, Kingella) grubu mikroorganizmalar içinde yer almaktadır. Ender olmakla birlikte A. Aphrophilus'un yol açtığı, dental enfeksiyonların yanı sıra endokardit, endoftalmit, osteoartrit, menenjit, karaciğer ve beyin absesi, akut apandisit ve yineleyen plevral ampiyem olguları bildirilmiştir.

Yöntem: Bilinen ek hastalığı olmayan 32 yaş kadın hasta 1 haftadır olan karın ağrısı ve kusma nedeniyle 23.12.23 tarihinde acil servise başvurdu. Muayenesi karında hassasiyet hariç olağan olarak saptandı. Yapılan tetkiklerde C –reaktif protein 159 mg/dl WBC:14.9 olarak saptandı. Çekilen bilgisayarlı tomografide sağ alt kadranda periçekal alanda en büyüğü:11x11 mm lenf nodu ve çekum medial komşuluğunda 6x4 cm boyutlu duvar kontrastlanması gösteren hipodens abse ile uyumlu koleksiyon alanı gözlemlendi. Kadın Hastalıkları ve Doğum tarafından acil jinekolojik patoloji düşünülmeyen hastanın karın ağrısı izlem amaçlı Genel Cerrahi servisine yatırılı yapılmıştır. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istenen hastadan abse kültürü ve M.tuberculosis kültürü gönderilmesi , piperasilin-tazobaktam başlanması önerilmiştir. Yatış sonrası 25.12.23 tarihinde appendektomi ve abse boşaltımı yapılan hastanın abse poşundan gönderilen kültür sonucunda Aggregatibacter aphrophilus üremesi saptanmıştır. Ameliyattan 1 hafta sonra kliniği düzelen , C-reaktif protein ve beyaz küre seviyesi normal sınırlara dönen hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

Bulgular: Akut apandisit şüphesi le başvuran radyolojik görüntülemesinde abse ile uyumlu lezyon saptanan hastanın C-reaktif preotein:159 mg/dl WBC:14.9 olması üzerine antibiyoterapi olarak piperasilin-tazobaktam başlandı.

Sonuç: Olguda appendix cerrahisi geçiren bir hastada nadir görülen bir etken izole edilmiştir. Bu nedenle bu olguya benzer olarak endokardit, apandisit, menenjit, abse ve ampiyem gibi durumlarda normal insan ağız florasında bulunan ve vücudun birçok bölgesinde abseye ve enfektif endokardite neden olabilen bir etken olan Aggregatibacter aphrophilus olabileceği unutulmamalıdır. Sonuç olarak nadir olarak görülebilen ve ciddi apandisit neden olabilen A.aphrophilus olabileceği unutulmamalı Aggregatibacter üzerindeki virülans faktörleri üzerine çalışmalar halen devam etmekte olup etkenin izole edilmesi ve kültür antibiyogram duyarlılığına uygun antibiyotik seçimi tedavi için önemli rol oluşturmaktadır. Nadir görülen bir bakteri olması, çeşitli intraabdominal enfeksiyonlara da neden olması ve uygun tedavi seçimi açısından etkenin izole edilmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: appendix, abse, Aggregatibacter aphrophilus



P75

Lenfoma İle Takipli Hastada Oral Kavitede Aktinomikoz Olgusu

Esra Kılıbaş¹, Burcu Çalışkan Demirkıran¹, Gülşen İskender¹, Servet Gölgeler¹, Ayşegül Erol², Mustafa Ertek¹

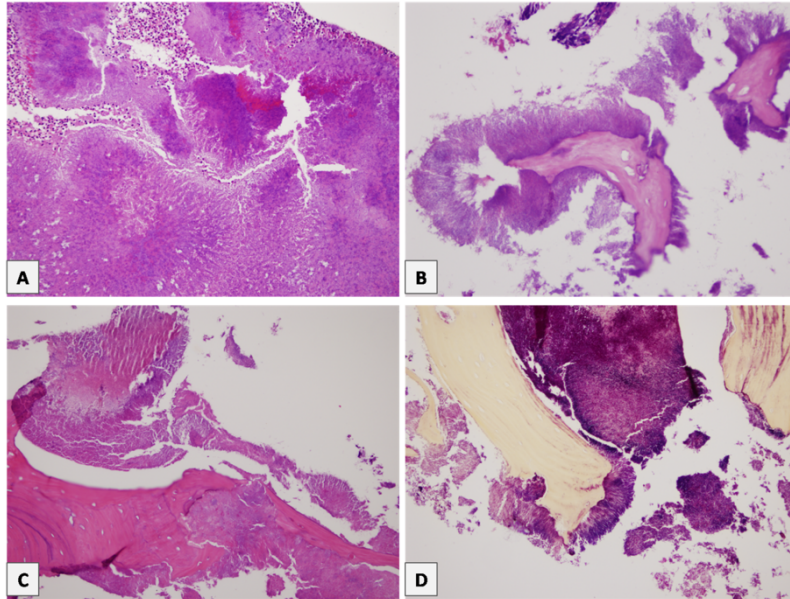
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi
Patoloji Birimi

Amaç: Actinomyces, dallanan gram pozitif, zorunlu veya fakültatif anaerob bakteri olup oral kavitede endojen florada yer almaktadır. Özellikle periodontal ceplerde, diş plaklarında ve çürük dişlerde yaygındır. Aktinomikoz soğuk abse oluşturarak ilerleyici bir şekilde yayılır ve oluşturduğu kitle formasyonu sebebiyle malignite ile karışabilir. Burada lenfoma nedeniyle takip edilen hastada oral kavitede aktinomikoz olgusu sunulmaktadır.

Bulgular: Bilinen Diffüz Büyük B Hücreli lenfoma tanılı 71 yaşında kadın hastada gece terlemeleri, kilo kaybı, dış dökülmesi ve yemek yemekte zorluk şikayetleri nedeniyle yapılan PET-BT de sol nazomaksiller bölgede artmış tutulum (SUV maks : 5.84), eşlik eden kemik destrüksiyonu ve yumuşak doku yaplanması tespit edilmiştir. Çekilen Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)'sinde 34x11 mm boyutunda osteonekroz ve osteomyelit düşündüren görünüm saptanmıştır. Laboratuvar değerleri; WBC:4400 x10³ hücre/uL, CRP:4 mg/L olarak sonuçlanmıştır. Alınan biyopsi örneği fibroadipoz doku olarak sonuçlanan hastaya KBB polikliniğinde sefuroksim reçete edilmiştir. Tekrarlanan biyopsi sonucunda nonspesifik inflamasyon bulguları ve keratozis gösteren mukozal doku örneği saptanan hastaya 6 ay sonra kontrol önerilmiştir. Hastaya bu süreçte 4 kür kemoterapi verilmiştir. Tedavi sonrası kontrol PET-BT'de de daha önceki görüntülemeye kıyasla maksiller alanda izlenen yumuşak doku dansitesinde patolojik artmış FDG tutulumu gözlenmiş (SUVmaks : 9.75) olup KBB tarafından debride edilen dokudan gönderilen doku histopatolojisi: "Kemik trabekülleri arasında sferüller halinde trabekülleri destrükte eden, ışınal tarzda, santrali ve periferi belirgin, ince filamentöz, palizatlı bakteri kolonileri izlenmiştir. (Şekil 1). Ön tanıda aktinomyces kolonileri düşünülmüştür." şeklinde yorumlandı. Hastaya amoksisilin 3gr/gün başlandı fakat sonrasında ilaç temin edilemediği için tedavisi levofloksasin 1x750 mg olarak devam edildi. Hastanın 6 haftalık levofloksasin tedavisi sonrası çekilen maksiller BT'de kitlesel lezyon boyutunda gerileme ve PET-BT'de patolojik tutulumda azalma olduğu saptandı.

Şekil1. Oral kaviteden alınan doku örneğinin histopatolojik görüntüsü



Şekil1. A Büyük bazofilik filamentöz bakteriyel agregatlar(sülfür granülleri) B,C Kemik lamellerini infiltrate eden bakteri kolonileri D Gram boyama.



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



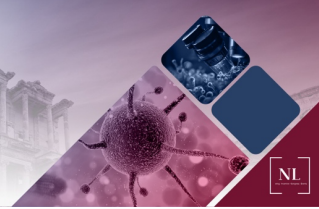
20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



Sonuç: Aktinomikoz mukozal bir lezyon tarafından tetiklenen endojen bir enfeksiyondur. Kötü ağız hijyeni ve ağız mukozası travması , diyabet, immünsüpresyon, alkolizm ve yetersiz beslenme predispozan faktörlerdir. Literatürde sıklıkla diş enfeksiyonunu takiben servikofasiyal aktinomikoz, rahim içi araç kullanan kadınlarda pelvik aktinomikoz, kötü ağız hijyeniyle beraber sigara içen hastalarda pulmoner aktinomikoz olguları bildirilmiştir. Aktinomikozun maligniteyi taklit edebileceği akılda tutulmalıdır. Olgumuzda bilinen lenfoma tanısı nedeniyle malignite ön planda düşünülmüş olup kemoterapi uygulanmıştır. Tanı tekrarlanan biyopsiler sonrası kesinleştirilmiştir. Tedavide optimal cerrahi rezeksiyon ile beraber hızlı klinik yanıt alınan hastalarda 4-6 hafta antibiyoterapi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: aktinomikoz, immunsupresyon



P76

Ewing Sarkomlu İmmünesupresif Hastada Streptomyces Pnömonisi Olgusu

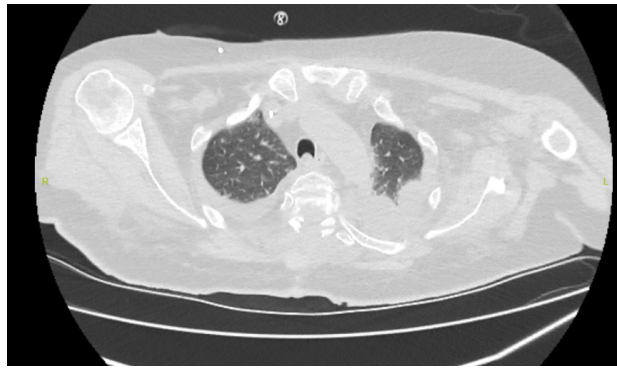
Buket Demirhan¹, Gülşen İskender¹, Servet Gölçeler¹

¹SBÜ Dr Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Hastanesi

Amaç: Streptomyces spp streptomisin gibi antimikrobiyal molekül üretme yeteneğine sahip, Actinomycetales takımına ait aerobik, gram(+) ,aside dirençli olmayan basillerdir.Genellikle insanlarda saprofitik olan bu bakteri travma sonrası lokal kutanöz fistüle nodüllere neden olabilmektedir. Şiddetli invaziv enfeksiyonlar nadiren bildirilmiş olup bildirilen vakaların çoğu immünesupresif hastalardır. Moleküler tanı testlerinin geliştirilmesi tanımlamayı kolaylaştırmıştır. Burada; yoğun bakım ünitesinde takip edilen immünesupresif hastada MALDİ TOF ile belirlenmiş ve kültürde üretilmiş Streptomyces spp pnömonisi sunulmaktadır.

Bulgular: Akciğer ewing sarkom,58 yaş kadın hasta,2. Kür gemsitabin +docataksel sonrası lomber vertebrada(L3)metastazla opere edildi.Postop dönemde solunum sıkıntısı ve septik şok ile yoğun bakım ünitesine alınan ve CRP 347 mg/dl procalsitonin 9,3 ng/mL hastaya ampirik meropenem 3*1 gr ile vancomisin 2*1 gr başlandı.Operatif derin doku kültürlerinde metisilin dirençli staphylococcus hominis üredi.Antibiyotiklere devam edildi,port ve perifer kan kültüründe Candida parapsilosis üremesi üzerine tedaviye amphoterin b 5 mg/kg eklendi,port çıkarıldı.CRP 85 mg/dl ve procalsitonin 0,89 ng/mL'ye geriledi.Tedavi altında kontrol kan kültürlerinde üreme olmadı, inotrop desteği kesildi ve ateş geriledi. Tedavinin 10. Gününde hastanın kliniği yeniden kötüleşti,derin hipoksi gelişti,ateş yükseldi.Tedaviye polimiksin E eklendi ancak 72 saat içinde klinik ve laboratuvar cevap alınamadı.Çekilen toraks BT'de eski kitle görünümüne ek olarak yeni gelişen konsolidasyon alanları ile sağ akciğer üst lobda büyüğü 17 mm çevresel buzlu cam dansitelerinin eşlik ettiği birkaç adet nodüler lezyon tespit edildi.Alınan endotrakeal aspirat ve idrar kültüründe MALDİ TOF ile doğrulanmış Streptomyces spp. üredi. Replasmana rağmen trombositopenik ve hemodinamisi unstabil hastaya bronkoalveolar lavaj ve doku örnekleme yapılamadı.Ancak klinik cevapsızlığı,yeni gelişen nodüler görüntü ve birden fazla odakta üreme saptanması nedeniyle kontaminasyon dışlanarak streptomyces spp. etken olarak kabul edildi. Örneğin başlangıçta laboratuvar tarafından kontaminasyon düşünülmesi nedeniyle antibiyogram yapılmadı.Meropenem,vankomisin ve polimiksin E tedavileri stoplanıp,antifungale devam edildi.Literatürde Streptomyces türlerinin aminoglikozidler,imipenem,linezolid,bactrim gibi antibiyotiklere duyarlı olduğu ve kombinasyon yapılabileceği önerileri ile amikacin ve trimetropim sulfametaksazol kombinasyon tedavisi başlandı, CRP 327 mg/dL 'den 37 mg/dL'ye procalsitonin 22,78 ng/mL'den 0,63 ng/mL'ye geriledi,klinik cevap alındı.Ekstübasyon planlandığı sırada hasta postoperatif komplikasyonla kaybedildi.

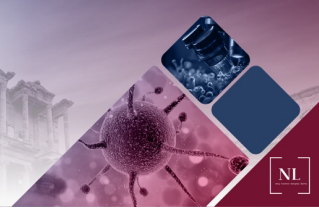
toraks bt



sağ akciğer üst lobda büyüğü 17 mm çevresel buzlu cam dansitelerinin eşlik ettiği birkaç adet nodüler lezyon

Sonuç: Literatür verileri Streptomyces spp.nin etken/kontaminasyon ayrımının zorluğundan bahsetmektedir. Doku örneklemesinin mümkün olmadığı hastalarda,özellikle immünesupresif konakta birden fazla odakta Streptomyces spp. üremesinin etken olasılığı tartışmaya açılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: streptomyces, pnömoni, immünesupresyon



P77

Penisilin Desensitizasyonu Yapılan Gebe Sifiliz Olgusu

Aysel Şeker¹, Selda Karakadıoğlu¹, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Derya Öztürk Engin¹

¹Sancaktepe şehit prof.dr.İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sifiliz, Treponema pallidum'un (T. pallidum) etken olduğu sistemik bir enfeksiyondur. Gebe kadınlarda sifiliz düşük, ölü doğum veya doğumdan kısa süre sonra bebeğin ölümüne neden olabilir. Tedavisiz gebe hastalardan doğan bebekler %40 oranında mortalite ile sonuçlanmaktadır. Kliniğimizde penisilin alerji öyküsü olan, gebe sifiliz hastasına penisilin desensitizasyon ile tedavisinin yapılması nedeniyle bu olgunun sunulması amaçlanmıştır

Bulgular: Otuz dört haftalık gebeliği olan 20 yaşında kadın hasta, kadın doğum polikliniğinde yapılan testlerde VDRL pozitif saptanması üzerine polikliniğimize yönlendirildi. Hastanın evlilik testlerinde VDRL testi pozitif saptandığı, penisilin tedavisi önerildiği, ancak hastanın tedaviyi yaptırmadığı belirlendi. Gebeliğin 32. haftasında dış merkezde penisilin tedavisi yapıldığı, penisilin tedavisi ile hastada penisilin alerjisi olduğu, genel durum bozukluğu, bulantı ve kusma şikayetlerinin meydana geldiği öğrenildi. Hasta ilk penisilin tedavisinden sonra önerilen diğer dozları yaptırmadığını, penisilin kullanmak istemediğini belirtti. Hastanın tekrarlanan VDRL testi 1/16 sulandırma pozitif geldi ve kadın doğum tarafından yapılan ultrasonografide polihidroamniyoz ve bilateral femur kısalığı saptandı. Hastaya üç doz penisilin tedavisi planlandı ve servisimize yatırıldı. Fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Halk sağlığından fluorescent treponemal absorpsiyon antikor (FTA-ABS) IgM ve IgG testi istendi. Sonuç pozitif geldi. Hastaya Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği'nde, kılavuz önerileri doğrultusunda penisilin desensitizasyonu yapıldı (Tablo 1). Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) koşullarında penisilin tedavisi 2.4 milyon ünite IM şeklinde verildi. Hasta 24 saat gözlemlenerek taburcu edildi. Penisilin tedavisinin ikinci ve üçüncü dozu yine YBÜ'nde gözetim altında verildi. Hastanın doğum öncesi yapılan değerlendirilmesinde ultrasonografi sonucunun normal olduğu belirtildi. Sağlıklı bir kız bebek dünyaya geldi.

Sonuç: Sonuç: Gebelik sırasında saptanan sifiliz enfeksiyonunda penisilin, etkin olan tek tedavidir. Penisilin alerjisi olan gebe kadınlarda penisilin desensitizasyonu yapılarak penisilin tedavisi verilmesi uygun olacaktır.

Penisilin desensitizasyonu şeması

Adım	İlaç dilüsyonu (mg/ml)	Verilen ml	Her adımda eklenecek ilaç (mg)	Verilen toplam doz (mg)
1	0,5	0,1	0,05	0,05
2	0,5	0,2	0,1	0,15
3	0,5	0,4	0,2	0,35
4	0,5	0,8	0,4	0,75
5	0,5	1,6	0,8	1,55
6	0,5	3,2	1,6	3,15
7	0,5	6,4	3,2	6,35
8	5	1,2	6	12,35
9	5	2,4	12	24,35
10	5	4,8	24	48,35
11	50	1	50	98,35
12	50	2	100	198,35
13	50	4	200	398,35
14	50	8	400	798,35

Penisilin desensitizasyonu şeması

Anahtar Kelimeler: Gebe, sifiliz, penisilin alerjisi, desensitizasyon



P78

Febril Nötropenide Ezberler Bozuldu Mu?

Birol Balçın¹, İdris Çağrı Kaygısız¹, Sena Buse Beydilli¹, Esmâ Öksüz¹, Esra Doğan Çetin¹, Hakan Sakin¹, Elif Dilan Dağ¹, Duygu Özakınsel¹, Çağatay Özdem¹, Deniz Kakalıçoğlu¹, Elif Sofuoğlu¹, Ayça Aydın¹, Sinem Akkaya Işık¹, Derya Özyiğitoğlu¹, Emrah Kılıçaslan², Burak Sarıkaya¹, Muhammet Kürşat Kaptan², Ayşe İnci¹, Levent Görenek¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

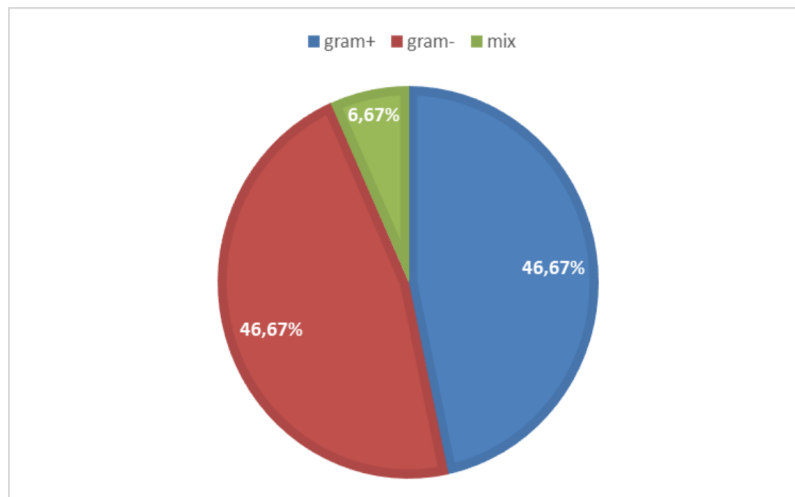
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Hematoloji Kliniği

Amaç: Febril nötropeni hastalarında çoğu zaman bir enfeksiyon odağı bulunamayıp kan kültürü üremeleri tek yol gösterici olmaktadır. Ampirik antibiyotik seçimi de etken olması öngörülen mikroorganizmalar doğrultusunda şekillenmektedir. Pseudomonas aeruginosa başta olmak üzere gram negatif basiller 1980'lere kadar nötropenik hastalarda en sık tanımlanan patojenlerdi. İlerleyen zamanda artan santral venöz kateter kullanımı ve profilaktik tedavide kinolonların tercih edilmesi ile gram pozitif mikroorganizmaların görülme sıklığı arttı. Ancak son yıllarda artan direnç oranları nedeniyle gram negatif bakteri enfeksiyonları tekrar ön plana çıkmaya başladı. Bu noktada ampirik antibiyotik seçiminde güncel ve yerel olası etkenlerin ve direnç profillerinin bilinmesi tedavide yol göstericidir. Bu çalışmada amacımız hastanemizdeki etken dağılımını ve direnç profilini değerlendirmektir.

Yöntem: Ekim 2022- Şubat 2024 tarihleri arasında Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniğinde takip edilen toplam 31 hastanın geriye dönük dosyaları tarandı. 20 hastada gelişen 36 febril nötropeni atağı incelendi. Febril nötropeni nötrofil sayısının <500/ mm³ veya 500-1000/mm³ arasında olup 48 saat içinde 500/mm³ 'ün altına düşmesi öngörülen hastalarda ateşin bir kez 38.3°C ve üzerinde veya en az bir saat 38.0°C'nin üzerinde ölçülmesi olarak tanımlandı. Hastaların kan kültürleri Bactec™ 9120 (Becton Dickinson, Sparks, MD, ABD) otomatize sisteminde inkübe edildi. Bakteri tiplendirmesi ve antibiyogramı için VITEK® 2 (bioMerieux, Marcy l'Etoile, Fransa) otomatize sistemi kullanıldı. Üreyen bakterilerin etken olup olmadığına, üreyen bakterinin cinsi, üreme olan kan kültürü sayısı ve hastaların klinik bulguları beraber değerlendirilerek karar verildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 20 hastanın %65'i erkek, ortalama yaşı 61.2 idi. Hematolojik hastalıkların dağılımı Tablo.1'de gösterilmiştir. Toplam 36 febril nötropeni atağının 15 inde (%41.6) başlangıçta alınan kan kültürlerinde üreme oldu. Üremelerin %46.6'sı (n=7) gram pozitif, %46.6'sı (n=7) gram negatif, %6.6'sı (n=1) mix üreme olarak raporlandı (Şekil.1). En fazla saptanan etkenler KNS (n=6) ve E.coli (n=6) oldu (Şekil.2). Etkenlerin direnç profilleri incelendiğinde; 8 gram pozitif bakteriden 6 KNS ve 1 S. aureus suşu oxasiline dirençli vankomisine duyarlı, 1 E. faecium ampicilline dirençli vankomisine duyarlı idi. 8 gram negatif bakteriden sadece 1 E. coli ile 1 E. cloace suşunda Piperasilin-tazobaktam direnci görülürken hiç bir suşta karbapenem direnci tespit edilmedi.

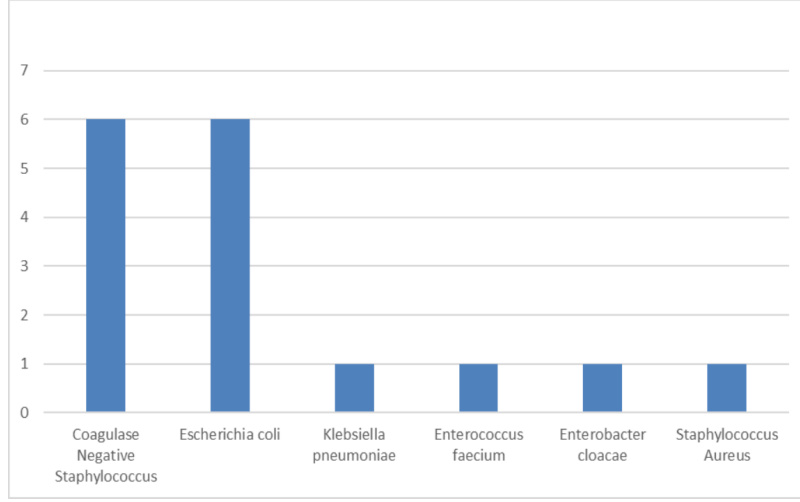
Gram Boyama





Şekil 1. Etkenlerin gram boyama dağılımı

Mikroorganizma



Şekil 2. Kan kültüründe üreyen mikroorganizmaların dağılımı

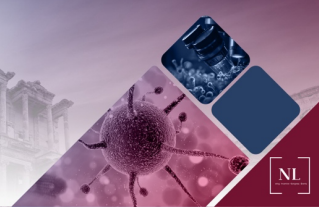
Hematolojik Hastalık Dağılımı

AKUT MİYELOİD LÖSEMİ	7
NON-HODGKİN LENFOMA	5
MYELODİSPLASTİK SENDROM	3
KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMİ	2
AA AMİLOİDOZ	1
HODGKİN LENFOMA	1
MULTİPL MİYELOM	1

Tablo 1. Hematolojik hastalıkların sınıflandırılması

Sonuç: Çalışmamızda febril nötropeni hastalarında etkenlerin gram pozitif ve gram negatif dağılımı eşit bulunmuştur. P. aeruginosa üremesi görülmemiş olup E.coli ön plana çıkmaktadır. Piperasilin/Tazobaktam direnci %25 olup, karbapenem direnci saptanmamıştır. Ampirik tedavinin hem gram pozitif hem gram negatif etki spektrumlu olması gerektiği desteklenmiştir. Daha geniş kapsamlı çalışmaların tedavi algoritmalarının güncellenmesinde faydalı olacağına inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Febril, Nötropeni, Mikroorganizma, Kültür, Gram



P79

Gebelik Döneminde Eşinden Bulaş Sonrası Sifilis Pozitif Saptanan Olgu Takibi

Seda Büyükçam Alkan¹, Sevim Selen Karabulut¹, Selma Tosun¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

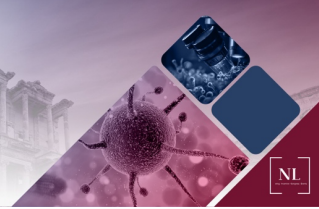
Amaç: Dünyada ve Türkiye'de son yıllarda sifilis vakalarında belirgin yükseliş mevcuttur. Kadınlar arasında da birincil ve ikincil sifilis oranı yıllar içinde tüm yaş gruplarında artmaktadır. Konjenital sifilis vakalarında da benzer artış görülmektedir. Bu olgu sunumunda son yıllarda sıklığı artan sifilis vakalarından gebelik döneminde saptanan sifilis olgusunun yönetiminden bahsedeceğiz.

Yöntem: İzmir Şehir Hastanesine dış merkezde tanı konulup tedavisi düzenlenen gebe olguda ve eşinde tedavi, takip süreci incelendi.

Bulgular: Yirmiyedi yaşında sekiz haftalık gebe hasta dış merkezde VDRL 1/32 görülmesi, tedavi başlanması ancak gebe olması nedeniyle tedaviyi uygulatma zorluğu yaşaması üzerine 27.11.2023 de İzmir Şehir Hastanesi'nde kliniğimize başvurdu. Alınan detaylı anamnezinde bilinen kronik hastalığının olmadığı, yaklaşık üç haftadır avuç içlerinde döküntü ve bir aydır devam eden boğaz ağrısı yakınması olduğu öğrenildi. Genital bölgede lezyon tarifi olmadı. Tetkiklerinde TPHA pozitif, VDRL 1/32 ve eş zamanlı istenen Anti HIV (Human Immundeficiency Virüs) negatif, Anti HCV negatif, HBs Ag negatif, Anti HBs negatif sonuçlandı. Hastanın eşinde şüpheli cinsel temas öyküsü olduğu öğrenildi ve eşinden istenen tetkiklerde de TPHA pozitif, VDRL 1/64, Anti HIV pozitif ve HBsAg negatif, Anti HBs pozitif, Anti HbC IgG negatif, Anti HCV negatif saptandı. Eşinden HIV RNA istendi ve doğrulama için Halk Sağlığı Müdürlüğüne numune gönderildi, ikisi de negatif olarak sonuçlandı. Anti HIV pozitifliği çapraz reaksiyon olarak değerlendirildi. Klinik bulgularla ön planda sekonder sifilis düşünülen hastada şüpheli temas tarihi net bilinmemesi, eşinden alınan öykünün net olmaması nedeniyle birer hafta ara ile üç doz intramusküler benzatin penisilin G tedavisi uygulandı. Eşine de eş zamanlı üç doz benzatin penisilin G ile tedavi başlandı. Süreç, bulaş ve cinsel korunma yolları hakkında çiftte bilgilendirme yapıldı. Prenatal geçiş riski açısından yakın perinatolojik takip önerildi. Perinatolojik takiplerinde karyotiplendirme önerildiği ancak kabul etmediği öğrenildi. 22.01.2024 de üç doz benzatin penisilin G tedavisi tamamlandıktan sonra kontrolünde VDRL 1/16 olarak sonuçlandı.

Sonuç: Sifilisin her evresi gebelikle değişmeyen, karakteristik anneye ait klinik özelliklere sahiptir. Gebedeki sifilisin değerlendirmesi gebe olmayan bireylerle aynıdır. Gebede sifilis tanısı, hem treponemal olmayan hem de treponemal testler reaktif olduğunda konur. Yanlış pozitif tarama testleri hamilelikte daha yaygın olabilir. Doğrulamaya test yapılmalıdır. Nontreponemal testlerden sonra treponemal testlerle tanıyı doğrulamak gereklidir. Benzatin penisilin G sifilis tedavisinde altın standarttır. Gerekirse gebelikte desensitizasyon yapılarak uygulanmalıdır. Annedeki hastalığın tedavisi, fetusa bulaşmanın önlenmesi, yerleşik fetal hastalığın tedavisinde etkilidir. Gebelik döneminde mutlaka ilk gebelik muayenesinde sifilis taraması yapılmalı, yüksek riskli davranışlarda bulunanlarda taramaya gebelik boyunca devam edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, sifilis, takip, tedavi



P80

Hastanemiz Hematoloji Hastalarına Ait Klinik Örneklerden İzole Edilen Bakterilerin ve Antibiyotik Duyarlılıklarının İncelenmesi

Merve BOZDAĞ¹, Burak DUMLUDAĞ¹, İsmail Selçuk AYGAR¹, Gülden YILMAZ TEHLİ¹, Hakan ERDEM¹

¹Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

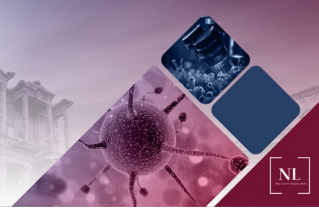
Amaç: Enfeksiyonlar, hematolojik malignitesi olan hastalarda başlıca morbidite ve mortalite nedenidir. Bu hastalarda enfeksiyon etkeni saptanmasa bile uygun ampirik antibiyotik tedavisinin hızla başlanması mortaliteyi azaltmaktadır. Merkezlerin etkenin türü, yaygınlığı ve antibiyotik direnç paternleri gibi lokal epidemiyolojik verileri saptaması, ampirik tedavi yaklaşımlarında yardımcı olacaktır. Bu çalışmada hastanemiz hematoloji servisinde yatan hastaların kan ve kan dışı kültür üremelerini değerlendirerek, bakteriyel etkenlerin dağılımı ve antibiyotik duyarlılıklarının belirlenmesini amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda Temmuz 2023- Aralık 2023 tarihleri arasında hematoloji servisinde takip edilen hastalardan ateş varlığında ve/veya enfeksiyon şüphesiyle alınan ve enfeksiyon etkeni olarak kabul edilen klinik örnekler retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Kan kültür üremelerinin 27'sini (%49) gram pozitif bakteriler, 28'ini (%50,9) gram negatif bakteriler oluşturmaktadır. Gram pozitif izolatlardan ilk 2 sırada 12 (%44) koagulaz negatif stafilokoklar(KNS) ve 6 (%22) enterokoklar yer almaktadır. KNS izolatlarının 1'i (%8) penisilin duyarlı, 6'sı (%50) klindamisin duyarlı iken, hiçbirinde vankomisin ve linezolid direnci gözlemlenmedi. İzole edilen 6 Enterococcus spp.'nin 3'ünün (%50) vankomisin duyarlı olduğu belirlendi. Gram negatif izolatlardan ilk 2 sırada 10 (%35) Klebsiella pneumoniae, 8 (%28) Escherichia coli, yer almaktadır. Klebsiella izolatlarının 4' ü (%40) siprofloksasin duyarlı, 4'ü (%40) meropenem duyarlı iken 8'i (%80) amikasin duyarlı saptandı. E.coli izolatlarının 4'ü (%50) siprofloksasin duyarlı, 7'si (%87) meropenem, 7'si amikasin duyarlıydı. İdrar, balgam, doku, plevral sıvı ve periton sıvısı kültürü gibi kan dışındaki diğer üremelerin 17'sini (%27) gram pozitif bakteriler, 36'sını (%67) gram negatif bakteriler oluşturmaktadır. Gram pozitif izolatların 13'ünü (%76) enterokoklar, 3'ünü (%17) KNS oluşturmaktadır. İzole edilen enterokok izolatlarının 4'ü (%30) ampicilin duyarlı, 11'i (%84) vankomisin duyarlıyken tamamı (%100) linezolid duyarlıydı. Gram negatif izolatlardan ilk 2 sırada ise 14 (%38) E.coli ve 11 (%30) Klebsiella pneumoniae yer almaktadır. E.coli izolatlarının 5'i (%35) siprofloksasin, tamamı (%100) meropenem ve amikasin duyarlıydı. Klebsiella izolatlarının 1'i (%9) siprofloksasin, 2'si (%18) amikasin ve 8'i (%72) meropenem duyarlıydı.

Sonuç: Hematoloji hastaları gibi bağışıklık sistemi bozukluğu olan hastalarda karşılaşılabilecek enfeksiyonlarda ampirik olarak başlanacak antibiyotiklerin uygunluğu mortalite üzerinde önemli etkiye sahiptir. Bu hasta grubunda akılcı antibiyotik kullanımının en önemli basamağı düzenli sürveyanstır. Bu sebeple bakteriyel etkenlerin dağılımı ve antibiyotik duyarlılıklarının belirlenmesi amaçlı çalışmalar düzenli olarak yürütülmelidir. Merkezimizde takipli hematolojik malignitesi olan hastalarda enfeksiyon etkeni olarak gram negatif mikroorganizmalar daha ön planda karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: hematolojik malignite, kültür üreme, sürveyans



P81

Yoğun Bakım Ünitelerinde Başlanan Ampirik Antibiyoterapinin Değerlendirilmesi

Esin Nagihan Benlice¹, Ahsen Öncül¹, Nuray Uzun¹, Gözde Kuran¹, Dilek Yıldız Sevgi¹, İlyas Dökmetaş¹

¹S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal E.A.H. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.B.D.

Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yatan hastalar, çeşitli predispozan faktörler nedeniyle enfekte olmaya yatkındır. Enfeksiyon bulguları gösteren hastalarda odak saptamak ve olası etkenlere yönelik ampirik antibiyoterapiyi erken başlamak mortaliteyi azaltmada önemlidir. Bu çalışmada ampirik antibiyoterapi seçimlerinin uygunluğu ve sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 01.01-20.02.2024 tarihleri arasında kardiyovasküler cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi, nöroloji, koroner ve cerrahi YBÜ'lerden akut faz reaktanı (AFR) yüksekliği nedeniyle istenen toplam 57 konsultasyon retrospektif olarak incelendi. Üreme sinyali görülen veya spesifik etken bildirilen hastalar, postoperatif kültür üremeleri, postoperatif AFR artışları değerlendirmeye alınmadı.

Bulgular: Hastaneye yatıştan sonraki ilk 10 gün içerisinde istenen konsültasyonlar çalışmaya dahil edilmiş olup konsültasyonların yatışın ortalama 2,68 gününde istendiği görüldü. Hastaların 28'i erkek olup cinsiyet dağılımı eşitti. Yaş ortalaması 67,8'di (min:25 maks:96). Komorbiditeler incelendiğinde 30 hastada (%52) hipertansiyon görülürken, 21 hastada diyabetes mellitus (%37), 15 hastada (%26) koroner arter hastalığı saptandı. Hastaların yatış tanıları klinikler arası değişiklik göstermekteydi. Hastaların %72'sinde (n:41) pnömoni, %14'ünde (n:8) kaynağı belirlenemeyen sepsis, %9'unda (n:5) üriner sistem enfeksiyonu düşünülmüş olup %53'üne (n:30) piperasilin+tazobaktam, %21'ine (n:12) seftriakson, %12'sine (n:7) meropenem tedavisi ampirik olarak başlandı. Altı hastanın tedavisinde bu antibiyotikler ile vankomisin kombinasyonu verildiği görüldü. Hastaların 19'unda (%33) kan, idrar veya solunum yolu kültüründen en az birinde etken kabul edilen üreme saptandı. Bu hastaların %63'ünde (n:12) <48 saat içerisinde üreme görüldü. Kan kültüründe etken yedi hastada saptandı, üç hastada Enterococcus faecalis, iki hastada MSSA, birer hastada da Serratia marcescens ve Saccharomyces cerevisiae üremesi görüldü. Solunum yolu veya idrar kültüründe üreme yedişer hastada görüldü. Pnömoni ön tanısıyla solunum yolu viral PCR istenen hastalardan beşinde (%9) etken saptanmış olup iki hastada SARS-CoV 2, üç hastada ise influenza A pozitifliği saptandı. Kültür veya PCR ile etken saptanan 23 hastaya başlanan tedaviler incelendiğinde 12 hastaya (%52) başlanan tedavinin etkin olduğu görüldü. Etkin tedavi başlanmamış olan 11 hastanın ise dördünde viral patojen saptandı, dört hastada ESBL Enterobacteriaceae üremesi görülmüş olup etki spektrumunun etken sonuçlandıktan sonra genişletildiği görüldü.

Sonuç: Hastanelerin lokal YBÜ üremeleri ve direnç paternlerini tanımlamak ampirik antibiyoterapi kararında kritik rol oynar. YBÜ'de yatan hastalarda dirençli patojenler kadar viral etiyolojileri de göz önünde bulundurmak gerekir.

Anahtar Kelimeler: yoğun bakım, ampirik antibiyoterapi, direnç



P82

Nadir Bir İnfektif Endokardit Etkeni; {Burkholderia Cepacia}

Aygül Ordu¹, Esra Duru Öz¹, **Fırat Servan Fidan¹**, Esra Uğur¹, İlker Ödemiş¹

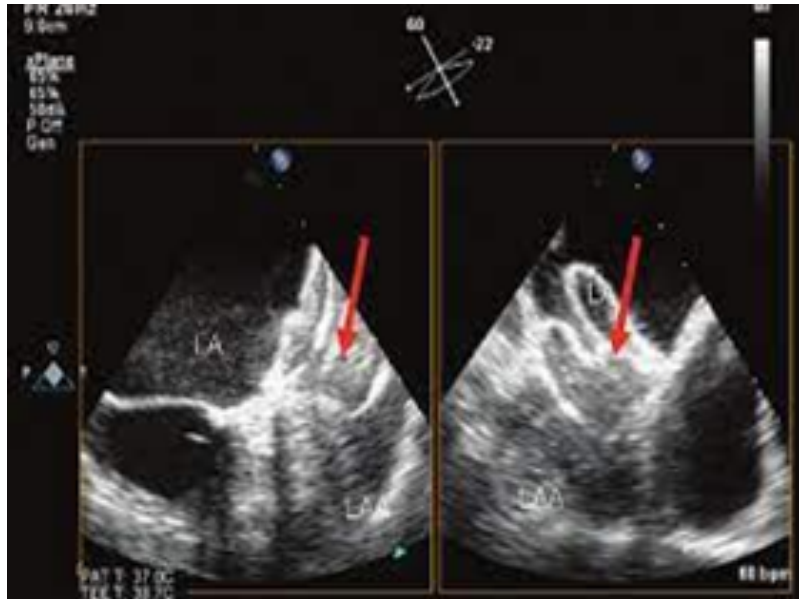
¹İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: İnfektif endokardit (İE), kalp kapaklarının, mural endokardın ve kalp içi cihazların enfeksiyonu olarak tanımlanan bir hastalıktır. Risk faktörleri yaş, cinsiyet, intravenöz ilaç kullanımı, kötü ağız bakımı/dental enfeksiyon, kalp-kapak hastalıkları, prostetik kalp kapağı, intravasküler cihaz, kardiyak implante cihazlar, kronik hemodiyaliz (HD) vb. olarak sıralanabilir. Bu yazıda İE etkeni olarak Burkholderia cepacia'nın etken olduğu bir olgu sunulacaktır.

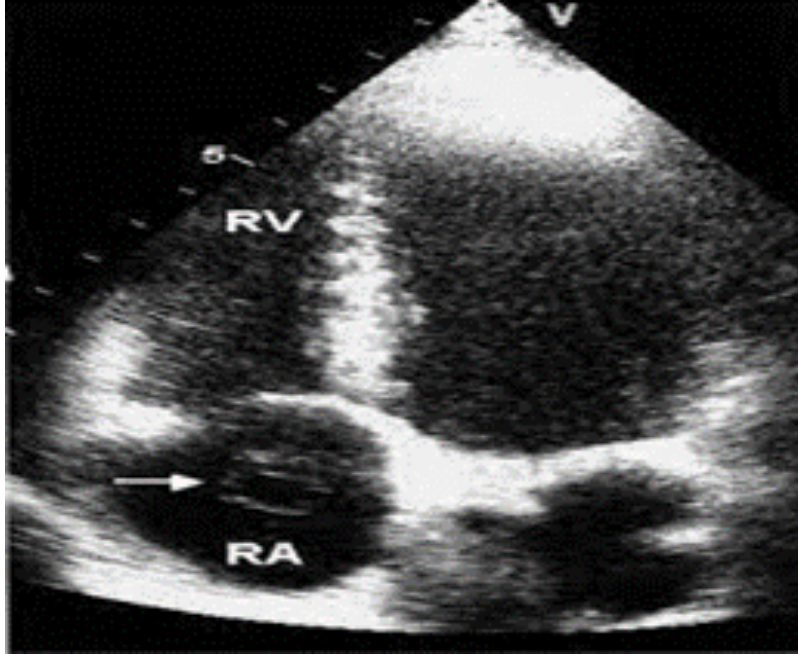
Yöntem: Kliniğimizde takipli İE olgusu retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve kronik böbrek yetmezliği tanısı olan 75 yaşındaki erkek hasta, HD sonrasında başlayan ateş, üşüme-titrete, halsizlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın muayenesinde bilinç açık oryantasyon, kooperasyon tamdı. Akciğer oskültasyonunda ral ve ronküs; Batın muayenesinde hassasiyet, rebound, defans yoktu. Sağ santral kateter çevresinde hiperemi mevcuttu. Lökosit sayısı 18000 hücre/ml, C-reaktif protein 81 mg/dL, prokalsitonin >75 µg/L olarak saptandı. Hastanın kateter ilişkili kan dolaşım yolu enfeksiyonu ön tanısı ile yatışı yapıldı, periferik kan ve kateter kültürleri alındıktan sonra hastaya empirik olarak siprofloksasin 400 mg/gün ve vankomisin her HD sonrası 1gr başlandı. Tedavisinin üçüncü gününde periferik kan ve kateter kültürlerinde B.cepacia üremesi oldu. Vankomisin kesildi. Antibiyogram sonucuna göre tedavisi seftazidim 1gr/gün olacak şekilde değiştirildi. Santral kateteri revize edildi. İnfektif endokardit şüphesi ile yapılan transtorasik ekokardiyografi (TTE)'de sağ atrium içerisinde inferior vena cava komşuluğunda sağ atrium serbest duvarına tutunan 1,5*1,5 cm boyutunda düzgün sınırlı vejetasyon ile uyumlu olabilecek kitle saptandı. Transözofageal ekokardiyografi ile incelendi, benzer boyutlarda vejetasyon görüldü. İnfektif endokardit tanısı ile tedavi süresinin 6 haftaya tamamlanması ve haftalık TTE takibi planladı. Enfeksiyon hastalıkları, kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi kliniklerinin katıldığı konseyde hasta değerlendirildi ve cerrahi endikasyon görülmedi. İzlemde alınan kontrol kan-kateter kültürlerinde üreme saptanmayan ve vejetasyonu tedavinin beşinci haftasında tamamen gerileyen hastanın tedavisi altı haftaya tamamlandı.

Transözofageal ekokardiyografi görüntüsü



Transözofageal ekokardiyografi görüntüsü



Sonuç: B.cepacia nemli yüzeylerde kolonize olup, özellikle yoğun bakım hastalarında ve immunsüprese kişilerde fırsatçı enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Birçok antimikrobiyal ve antiseptik ajana yüksek düzeyde intrinsek dirençli olması tedaviyi zorlaştıran bir faktördür. Kültür duyarlılığına göre tek ajanla 6 haftalık tedavi uygulandık. Uzun yoğun bakımı yatışı olmadan veya ciddi immunsüpresyon durumu olmadan da B.cepacia gibi mikroorganizmaların etken olabileceği akılda tutulmalıdır. Mikroorganizmaların direnç potansiyelinin tedavi seçiminde önemli olduğunu biliyoruz fakat kültür duyarlılık sonuçlarına göre tedavi seçiminin daha uygun olacağını, birden fazla ajan seçilerek tedavi düzenlenmesinin gerekli olmadığını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Burkholderia cepacia, İnfektif endokardit, Kateter ilişkili kan dolaşım yolu enfeksiyonu



P83

İnfektif Endokardit Tanısında Transözofagial Ekokardiyografinin Önemi

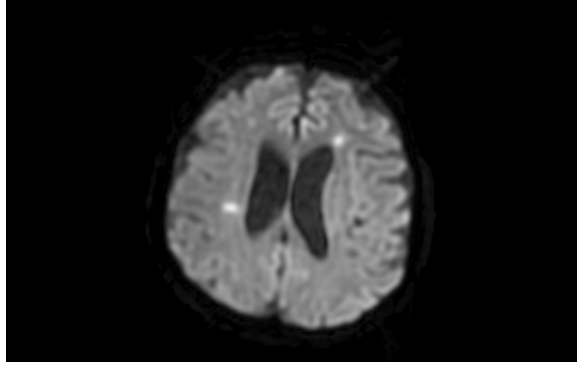
Baran Ortakci¹, Özlem Altuntaş Aydın¹, Onur Özalp¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: İnfektif endokardit endokardın mikroorganizmalarla invazyonu sonucu oluşan, genellikle bakteriyel kaynaklı ciddi bir enfeksiyon hastalığıdır. Özellikle intravenöz uyuşturucu kullanımı, kalp kapak protezleri, kronik böbrek yetmezliği risk faktörlerine sahip kişilerde sık gözlenmektedir. Klinik belirtilerle birlikte kan kültürü ve ekokardiyografi tanı için esastır. Bu bildiride klinik ve mikrobiyolojik bulguları olan ama transtorasik ekokardiyografide (TTE) vejetasyon saptanmayan hastada transözofagial ekokardiyografinin (TEE) infektif endokardit tanısı için önemi vurgulanmıştır.

Yöntem: Hasta dosyası ve hastane bilgi yönetim sistemi kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir.

MRI görüntüsü



Bulgular: Kronik böbrek yetmezliği, diyabetes mellitus ve mental retardasyon tanıları olan 41 yaşında kadın hasta acil servisimize genel durum bozukluğu ve ateş yüksekliği ile getirildi. Tüm vücutta yaygın, koyu renk nekrotik odakların olduğu görülen hastanın hemodiyaliz amacıyla kullanılan sağ juguler vende santral venöz kateteri (SVK) mevcuttu. Acil serviste alınan kan örneklerinde nötrofilik lökositoz (WBC: $47.2 \times 10^3/\mu\text{L}$, %95 PMNL) ve akut faz reaktanlarında artış (CRP: 176 mg/L) saptandı. Beyin tomografisinde sağ periventriküler alanda hipodens noktasal alanlar, difüzyon MRI'da ise bilateral serebral hemisferde noktasal difüzyon kısıtlılıkları gözlemlendi. Kardiyoloji tarafınca yapılan TTE'de vejetasyon saptanmadı. Enoksaheparin sodyum ve kan dolaşımı enfeksiyonu düşünülerek seftriakson 1x2 gram/gün iv+ vankomisin 1x1 gram iv 48-72 saatte bir şeklinde tedavisi başlanarak yoğun bakım ünitesine yatırılı sağlandı. Alınan kan kültürlerinde metisilin duyarlı Staphylococcus aureus (MSSA) ve Klebsiella pneumoniae üremesi tespit edilen hastanın juguler SVK'sı değiştirildi. Genel durumu düzelen ve dahiliye servisine transfer olan hastanın kan kültürlerinde MSSA üremesinin devam etmesi üzerine tedavisi değiştirildi (iv sefazolin 1x1 gram ve bir hafta iv amikasin 1x500 mg 48 saatte bir). Hastaya tekrar TTE uygulandı, İE lehine bulgu saptanmadı. Kardiyoloji ile konuşularak TEE planlandı; aort kapağı üzerinde santral venöz kateterden sağ atriya'ya uzanan 29x10 mm boyutunda vejetasyon ile uyumlu görünüm saptandı. SVK'nın çekilmesi emboli riski nedeniyle önerilmedi. Kalp damar cerrahisi konsültasyonunda hastaya cerrahi önerildi ama hasta cerrahiye onam vermedi. Sefazolin tedavisine oral rifampisin eklendi. Yatışının 40. gününde ani bradikardi ve genel durum bozukluğu sonrası hasta exitus kabul edildi.

Sonuç: İnfektif endokardit septik emboliler ile ani bozulmalara yol açıp mortal seyredabilmektedir. İE düşünülen hastalarda TTE ile bulgu saptanamıyor ise mutlaka TEE ile kontrolü sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: infektif endokardit, transözofageal ekokardiyografi



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



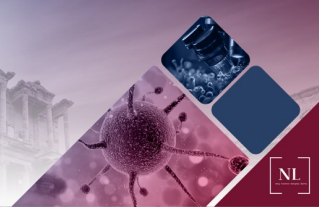
20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - *İzmir*



P84

Bildiri geri çekilmiştir.



P85

Sağlık Hizmeti İle İlişkili {Pseudomonas aeruginosa} Endokarditi

Merve Çelik Aydoğdu¹, Fatma Yılmaz Karadağ¹, Derya Öztürk Engin¹

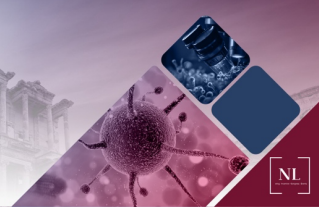
¹Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Pseudomonas aeruginosa (P. aeruginosa) tüm endokardit vakalarının yaklaşık %1-2'sinden sorumlu olan nadir görülen bir etkidir. P. aeruginosa endokarditi, sekonder komplikasyon oranlarının yüksek olması, relapslarla seyretmesi ve cerrahi ihtiyacı nedeniyle tedavisi güç, mortalitesi yüksek bir enfeksiyondur. Kateter ilişkili bakteriyemi sonrasında P. aeruginosa endokarditi gelişen hastamızda, sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlara dikkat çekmeyi amaçladık.

Bulgular: Acil servise üç gündür olan ateş yüksekliği, bulantı ve kusma yakınmasıyla başvuran 58 yaşında kadın hastanın, bir aydır sağ dizinde ödem ve şişlik olduğu öğrenildi. Üç hafta önce kateter enfeksiyonu nedeniyle dış merkezde takip edilen hasta 14 gün meropenem ve vankomisin tedavisi almıştı. Yattığı dönemde kan kültüründe P. aeruginosa izole edilmişti. Bu süre içerisinde yapılan ekokardiyografinin normal olarak değerlendirildiği, sağ diz ponksiyonunda septik artrit düşünülmeyi belirlendi. Taburculuk sonrası sekiz gündür antibiyoterapi almadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde ateşi 38 OC ve sağ dizde şişlik mevcuttu. Özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği vardı. Haftada iki kez juguler kateterden hemodiyalize giriyordu. Laboratuvarında lökosit sayısı 15480 mm³, CRP 344 mg/dL olarak saptandı. Hasta kateter enfeksiyonu ön tanısı ile servisimize yatırıldı. Ampirik olarak meropenem ve vankomisin tedavisi başlandı. Kateteri çekildi. Kateter ve eş zamanlı kan kültürlerinde P. aeruginosa üreyen hastanın vankomisin tedavisi kesildi, meropeneme devam edildi. Kontrol kan kültürlerinde üreme olmadı. Tedavi 14 güne tamamlandı. Yeniden ateş yükseklikleri olması nedeniyle kültürleri tekrar edildi. Sağ dizinde kızarıklık, şişlik nedeniyle tekrarlayan ortopedi değerlendirilmesinde eklem sıvısı alındı. Septik artrit olarak değerlendirildi. Eklem sıvısı kültüründe de P. aeruginosa üredi. Kan kültürlerinde tekrar P. aeruginosa üreyen hastaya yapılan transözefagial ekokardiyografisinde (TEE) 1,1 x 0,9 cm vejetasyonla uyumlu olabilecek hareketli görünüm izlendi. Kardiyovasküler cerrahi (KVC) konseyinde değerlendirildi ve medikal tedavi sonrasında operasyon yapılabileceği bildirildi. Meropenem tedavisine siprofloksasin eklendi. Kardiyoloji tarafından warfarin tedavisi başlanan hastanın takiplerinde ekimoz, epitaksis gelişti ve INR teröpatik aralıktan yüksek seyretti. Warfarin etkileşimi nedeniyle siprofloksasin, tedavinin 22. gününde kesildi. Takiplerinde vital bulguları stabil olan, akut faz reaktanları gerileyen hastaya kontrol TEE yapıldı. Tedavinin altıncı haftasında vejetasyon boyutu 1,2 x 0,8 cm görülen hasta KVC kliniğine nakledildi. Hasta halen KVC kliniğinde yatmaktadır.

Sonuç: P. aeruginosa endokarditi, septik artrit gibi sekonder komplikasyonlara sıklıkla neden olabilmektedir. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesi, P. aeruginosa endokarditi gibi mortalite ve morbiditesi yüksek enfeksiyonların engellenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: P. aeruginosa, endokardit, septik artrit, sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon



P86

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastane Enfeksiyonu Sürveyansı

Serenay Aytan¹, Ahsen Öncül¹, İlyas Dökmetaş¹

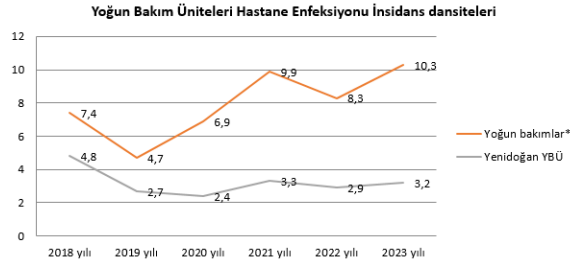
¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul

Amaç: Sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonlar tüm dünyada hasta bakım kalitesi göstergelerinden olup artan antimikrobiyal direnç nedeniyle giderek artan öneme sahiptir. Yoğun bakım üniteleri invaziv alet kullanımları nedeniyle hastane enfeksiyonlarının(HE) en sık görüldüğü ve kontrolünün de en zor olduğu birimlerdir. Biz de bu çalışmamızda hastanemizde yoğun bakımlarda gelişen hastane enfeksiyonlarını irdelemeyi amaçladık.

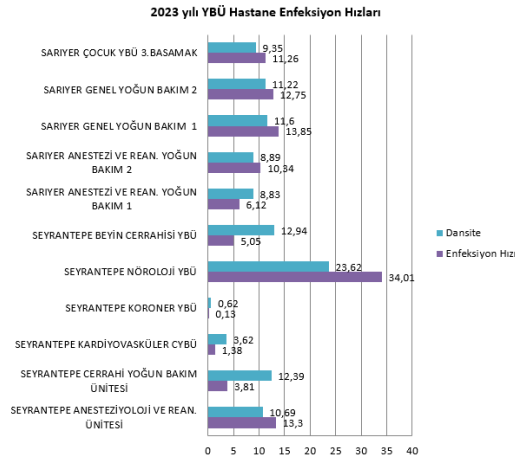
Yöntem: Hastanemiz yoğun bakım ünitelerinde Ocak 2018-Aralık 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilen retrospektif bir çalışmadır. Verilere enfeksiyon kontrol komite kayıtlarından, hastane bilgi sisteminden ve Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı sisteminden ulaşıldı. Hastane enfeksiyonlarının sürveyansında "Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Rehberi 2017", "Ventilatör ilişkili olay kılavuzu 2020" kullanıldı. Bütün 1,2.ve 3. Basamak yoğun bakım ünitelerinde tüm başlıklarda sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların hastaya dayalı sürveyansı, diğer kliniklerde laboratuvar bazlı pasif sürveyans yapıldı.

Bulgular: 2023 yılında 1025 yatak kapasiteli, 151 yoğun bakım yatağı kapasitesi olan eğitim ve araştırma hastanemizde toplam 54954 hasta 265087 hasta günü takip edilmiş olup 739 HE tanısı kondu. HE hızı 100 yatan hasta başına 1,34 enfeksiyon; insidans dansitesi bin hasta gününde 2,79 enfeksiyon şeklinde bulundu. Yoğun bakım ünitelerinde HE insidans dansitelerinin pandemi öncesi dönemde azalmakta iken pandemi sonrasında artmakta olduğu görüldü. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ise HE insidans dansitesinde yıllar içerisinde belirgin bir değişim olmadığı gözlemlendi. (Grafik 1) Yoğun bakım üniteleri içerisinde en yüksek hızın ise nöroloji yoğun bakım ünitesinde olduğu görüldü(Grafik 2) ve kliniğe geri bildirim yapılarak ek enfeksiyon kontrol önlem çalışmaları başlatıldı.

Grafik 1: Yoğun bakım ünitelerinde 2018-2023 yılları arasında gözlenen HE insidans dansiteleri



Grafik 2: 2023 yılı yoğun bakım üniteleri enfeksiyon hız ve insidans dansiteleri





SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



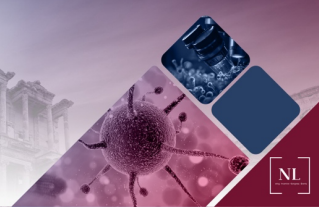
20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



Sonuç: Hastanemizde yapılan sürveyans sonucunda özellikle enfeksiyon kontrol önlemlerinin artırılması gereken birimin nöroloji yoğun bakım nitesi olduğunu tespit ettik. Her hastane yürüttüğü sürveyans sonlarını yorumlayarak problem olan birim ve enfeksiyonları belirlemeli, sürveyans verilerini kendine yol gösterici olarak kullanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hastane enfeksiyonu, sürveyans, yoğun bakım nitesi



P87

Nadir Rastlanan Bir Bakteriyemi Etkeni: Leuconostoc spp

Ezgi SAKARYA¹, Eda ALP GÖKER¹, Kübra EVREN¹, Ramazan KORKUSUZ¹, Özlem ALTUNTAŞ AYDIN¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: Leuconostoc spp., Streptococceae ailesine ait katalaz, oksidaz ve PYR negatif, alfa veya nonhemolitik, fakültatif anaerop Gram pozitif koklardır. Çevrede, bitkisel ve hayvansal besinlerde yaygın olarak bulunur. Vankomisine dirençli olmaları ile diğer streptokoklardan ayrılırlar. İnsanda nadiren patojen olsa da ciddi enfeksiyonlara yol açabilir. Bu bildiride kan kültüründe Leuconostoc mesenteroides üreyen bir miyokardit olgusu sunulmuştur.

Bulgular: 23 yaş bilinen hastalığı olmayan erkek hasta, 3 gündür süren boğaz ağrısı, öksürük, nefes darlığıyla acile başvurmuş, ateşi olmayan hastada troponin yüksekliği saptanmış, NSTMI tanısıyla hastanemize sevki yapılmış. EKG’inde sinüs taşikardisi ve ST segment değişiklikleri saptandı. Başvuruda WBC 11 10⁹/L Neut 9.4 10⁹/L, Lym 1.3 10⁹/L, Cre 1,25 mg/dL, CRP 248 mg/l Pct 2,04 ng/mL Trop 3540 ng/L Pro bnp 16720 pg/ml Ast 200 U/L Alt 103 U/L seroloji negatif. EKO’da EF %10-15 saptandı, koroner anjiyografi (KAG) işlemi yapıldı. Ek patoloji saptanmadı. KAG sırasında taşikardik, hipotansif, dispneik olan hastada fulminan miyokardit düşünüldü. Akut dekompanse kalp yetmezliğindeki hastaya inotrop ve CPAP başlandı. İki set kan kültürü, viral solunum yolu paneli (VSP), boğaz kültürü alındı. Akut faz (Afr) yüksekliği nedeniyle ampirik seftriakson, vankomisin, oseltamivir tedavileri başlandı. VSP negatif, boğaz kültüründe üreme olmadı. Başvuruda ve bir gün sonra alınan ikişer set kan kültürlerinin birer şişesinde üreme sinyali sonrası %5 koyun kanlı agar, EMB agar ve çikolata agara ekim yapılarak 37°C’de 24 saat inkübe edildi. İnkübasyon sonrası üreyen alfa hemolitik koloniler EXS2600 MALDI-TOF MS (Zybio Inc., Chongqing, Çin) ile Leuconostoc mesenteroides olarak tanımlandı. BD Phoenix M50 (Franklin Lakes, NJ, ABD) otomatize sistemi ile minimum inhibitör konsantrasyon (MİK) değerleri tablodaki gibi saptandı. Vankomisin kesildi. Afr yüksekliğinin devam etmesi nedeniyle 4 gün sonra seftriakson kesilerek meropenem başlandı. Takibinde batın solunumu gelişmesi ve hipotansif seyretmesi nedeniyle IVIG tedavisi eklendi. Transplantasyon hazırlığına alınan hasta ECMO ve CRRT ile takip edilmektedir. KBB muayenesinde sağ tonsilde kript görünümü, yumuşak damak sınırında beyaz plak izlendi. Derin boyun enfeksiyonu açısından tomografi istendi.

MİK değeri

Antibiyotik	Cihaz MİK değeri
Penisilin	0,5
Ampisilin	0,5
Klindamisin	<0,03
Linezolid	2
Daptomisin	<0.25
Vankomisin	>4
Teikoplanin	>4

Sonuç: Leuconostoc spp. intrinsik vankomisine dirençlidir. Vankomisin, D-alanin-D-alanin terminal dizisine bağlanır ve hücre duvar yapımını önler. Leuconostoc spp. ise ligaz enzimi ile D-alanin-D-alaninin yapısı değiştirilerek D-alanin-D-laktat meydana gelir ve vankomisinin bağlanma özelliği kaybolur. Raporlanan çoğu olguda kısa barsak sendromlu çocuklar, immunosüpresif hastalar, yabancı cisim enfeksiyonu olan hastalardan oluşmaktadır. Ek olarak GIS kolonizasyonunu vurgulayan çalışmalar vardır. Olgumuzda literatürdeki diğer hastaların aksine TPN, protez, kateter ve immunosüpresyon gibi risk faktörleri yoktu. Derin boyun enfeksiyonu GIS patolojileri açısından hasta ECMO’da olduğu için henüz tetkik edilememiştir.

Anahtar Kelimeler: Leuconostoc mesenteroides, Bakteriyemi, Miyokardit, Vankomisin Direnci



P88

Komplikasyonlarla Seyreden Mikst Sıtma: Olgu Sunumu

Nurullah Eser¹, Elif Sargın Altunok¹, Ayşe Batirel¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Paraziter bir enfeksiyon olan sıtma ülkemizde endemik bölgelere seyahat edenlerde görülmektedir. Enfeksiyondan sorumlu Plasmodium türleri P.vivax, P.falciparum, P.malariae, P.ovale, P.knowlesi'dir. Tedavi türe göre değiştiği için tanıda tür ayrımı yapılması önemlidir. Bu yazıda endemik bölgeden dönen ve ağır komplikasyonlarla seyreden mikst sıtma olgusu sunulmaktadır.

Yöntem: Bu sunumda Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde takip edilen hasta olgu sunumu olarak sunulmuştur.

Bulgular: Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 37 yaşındaki erkek hasta acil servise üç gündür devam eden ateş, bulantı, kusma, diyare ve idrar miktarında azalma şikayetleri ile başvurdu. Öyküsünden hastanın yedi ay önce Burkina Faso'ya seyahat ettiği, seyahat öncesinde ve sırasında kemoproflaksi almadığı ve 15 gün önce Türkiye'ye döndüğü öğrenildi. Hastanın üç ay önce Burkina Faso'da benzer şikayetler ile üç gün hastanede yatma ve toplam 14 gün adını hatırlamadığı bir tedavi alma öyküsü mevcuttu. Patolojik fizik muayene bulgularında traube kapalı, batın hassas, mukozalar soluk, suprapubik hassasiyet ve TU sondada koyu renkli az miktarda idrar izlendi. Periferik yayma incelemesi ve hızlı tanı testleri ile P.falciparum ve P.ovale'nin etken olduğu mikst sıtma olgusu olarak değerlendirilen hastaya artemether-lumefantrine ve primakin başlandı. Takibinin ikinci gününde klinik durumda kötüleşme gelişti. Arthemeter-lumafentrine ikinci günde kesilerek artesunat ile parenteral tedaviye geçildi, meropenem parenteral tedavisi başlandı. Hematoloji tarafından dissemine intravasküler koagülasyon düşünülen ve akut böbrek yetmezliği nedeni ile acil hemodiyaliz endikasyonu konulan hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Artesunat beş ve primakin 14 güne tamamlandı. YBÜ'nde dokuz gün yatırıldıktan sonra servise devir alınan hasta tedavisi tamamlanarak şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Sıtmanın endemik olarak görüldüğü ülkelere seyahat edenlerde ayırıcı tanılarımız arasında sıtma bulunmalıdır. Hastalarda yakın klinik izlem yapılması sıtmayla ilişkili komplikasyonların ve mortalitenin azaltılması açısından son derece önemlidir. Her ne kadar ülkemizden yerli olgular bildirilmese de importe olgular nedeni ile sıtma ülkemiz için önemini korumaya devam etmektedir.

Laboratuvar Sonuç Takip

	1. Gün	2. Gün	3. Gün	5. Gün	7. gün	10. Gün	14. Gün
	228	281	318	158	167	138	38
	6.8	8.1	8.2	5.4	5.3	2.7	1.2
	140	247	147	70	23	27	26
	27	39	32	35	24	14	18
	7.7	3.7	1.8	1.2	0.8	1.4	1.3
	6.8	3.6	-	-	-	0.9	0.9
	4.1	7.4	5.9	7.7	9.6	7.0	5.7
	9.6	7.3	6.5	7.2	8.6	7.3	8.9
	24000	43000	63000	117000	310000	255000	211000
	1.2	1.1	1.1	1.2	1.3	1.1	-
	337	313	151	-	38	28	14



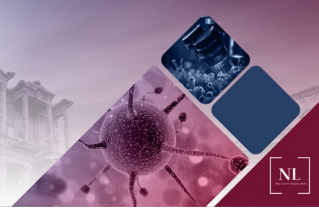
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



20-22
NİSAN
2024

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



nL)	>100	>100	>100	-	6.2	1.4	0.4
	2050	6243	3079	267	116	100	49

Anahtar Kelimeler: Sıtma, artesunat, akut böbrek yetmezliği, P.falciparum, P.ovale



P89

Depremzede Sıtma Olgusu

Mediha Kaplan¹, Ayşe Berfin Macit¹, Kübra Demir Önder¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi

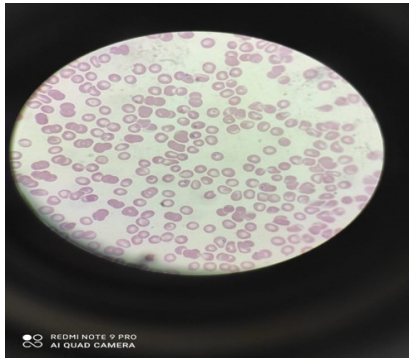
Amaç: Hastaların mesleği, yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları ve seyahat öyküsü gibi ayrıntılı anamnez enfeksiyon hastalıkları pratiğinde çok değerlidir. Bu raporda başta akut invaziv gastroenterit olarak değerlendirilen ancak anamnezi detaylandırılınca sıtma tanısı alan Maraşlı depremezde olgusu sunulmuştur

Yöntem: 23.02.2023 de 4-5 gündür olan 39 C bulan ateş, üşüme-titrete ve günde 2 defa olan kusma ve siyah renkli cıvık dışkılama şikayetleriyle acil servise başvuran hastanın başvuruda kreatinin:1.5 mg/dl, platelet:29.000/mm³, total billurubin:2,8 mg/dl, CRP:290 mg/l, hgb:14 g/dl saptanmış. İdrarda piyüri, akciğer grafisinde infiltrasyon saptanmamış. Depremzede hastanın bir hafta kadar Maraş'ta çadırda barınma öyküsü olup, gis kanama? akut invaziv gastroenterit? ve EHEC ilişkili atipik HÜS? ön tanıları konulmuş. Gaita kültürü çıkana dek antibiyoterapisiz takip edilmesi planlanmış. Melena etiyolojisi araştırılması amaçlı Dahiliyeye yatırılmış. Trombositopeni nedeniyle yapılan periferik yaymasında atipik hücre veya şizont görülmemiş,trombositopenisi olası enfeksiyona sekonder düşünülmüş. Enfektif patolojiler açısından tarafımıza konsulte edilen hastanın anamnezi derinleştirildiğinde; Maraş'a gelmeden 10 gün önce Kamerun Cumhuriyetine (Orta Afrika) seyahat öyküsü bulunduğu ,9 ay önce de sıtma ve tifo nedeni tedavî gördüğü öğrenildi.Hastanın seyahat öyküsü sorgulanmadan önce hiçbir anamnezinde bu bilgiyi vermediği öğrenildi. İnce ve kalın yaymaların ivedilikle yapılması ve Sıtma laboratuvarına da kan gönderilmesi istendi. Hastanın aynı gün içinde bilinç değişikliği ,inotrop ihtiyacı gelişti. Yoğun bakımda takip edilmeye başlandı.

Bulgular: Yoğun bakımda gönderilen kanlarında WBC: 7900/mm³, total bilirubin:2.4 mg/dl ,indirekt bilirubin:1.79 mg/dl , CRP:188 mg/l, hgb 9.7g/dl ve platelet 41.000/mm³ geldi. Hastanın tarafımızca kan yaymaların mikroskopik incelemesinde intraeritrositik ring formları görülmesi üzerine Plasmodium falciparum sıtması tanısı konuldu. Sıtma laboratuvarına giden örneklerde de P.falciparum hızlı kaset test sonucu da pozitif geldi. Parazit yükü %4 olarak tespit edildi. Halk sağlığı ile görüşülerek Artesunat IV tedavi temini sağlandı. 0., 12., ve 24.saatlerde 2.4 mg /kg dozda tedavisini aldı. Tedavinin 24. saatinde bilinç bulanıklığı düzeldi. 24.saatın sonunda periferik yaymalar tekrar edildi ve parazit yükünün binde 3 e düştüğü görüldü. Artemether-lumefantrin oral tedavisine geçildi. İki gün IV ve devamında üç gün oral tedavi sonrası kanlarında prokalsitonin :0.31 ng/ml, kreatinin:0.9 mg/dl , total bilirubin:0.7 mg/dl , crp:21 mg/l, WBC 11.600/mm³ ve hgb:7.7 gr/dl olan hasta şifa ile taburcu edildi

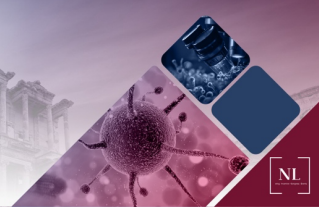
Sonuç: Bu olguda komplike Plasmodium falciparum etkenli serebral sıtma ele alındı. Olgumuzda da görüldüğü üzere anamnezin detaylandırılması tanıda önemli bir yer tutmaktadır. Sıtmanın endemik olduğu bölgelerde bulunma öyküsü olan ve ateş halsizlik gibi non spesik semptomlarla gelen tüm hastaların mutlaka sıtma açısından değerlendirilmesi gerekir.

olgunun ilk gün yapılan kalın yayması



Resim 1. Kalın yaymada Plasmodium falciparum

Anahtar Kelimeler: falciparum, sıtma, trombositopeni, ateş, seyahat



P90

Akut Gastroenterit Olgusu: Sıradışı Bir Etken

İrem Güney¹, Sibel Bolukçu¹, Ayşe Batırel¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği

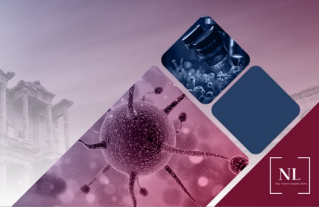
Amaç: Dang humması tropik ve sıcak iklimli bölgelerde insanlar arasında en yaygın görülen Flavivirus enfeksiyonudur. Aedes cinsi sivrisineklerle bulaş sonrası asemptomatik seyredebileceği gibi dang hemorajik ateşi ve dang şok sendromuna kadar ciddi kliniklerle de seyredebilir. Biz bu olgu sunumuyla ülkemizde nadiren etken olarak karşımıza çıkan Dang virusunun atipik bir prezentasyonunu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Bu sunumda enfeksiyon hastalıkları kliniğinde takip edilen hasta olgu sunumu olarak sunulmuştur.

Bulgular: Yirmisekiz yaşında erkek, ateş, baş ağrısı, günde 3-5 kere, bol sulu, sarı, kansız, mukussuz ishal şikayetleri ile acil servis başvurusu mevcut olan hastanın şikayetleri yaklaşık üç gün önce başlamış. Öyküsü irdelendiğinde yaklaşık bir hafta önce Tayland seyahatinden döndüğü öğrenildi. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede batın üst kadranda orta hatta daha fazla olmak üzere, kol ve bacaklarda da olan makülopapüler döküntü mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri haricen doğaldı. Başvuru laboratuvar değerlerinde CRP ve transaminaz değerleri normal aralıkta, WBC 2,68 103 /uL (%65 polimorf nüveli lökosit) trombosit 113 103 /uL idi. Takibinde lökopeni ve trombositopenisi sebat etti ve transaminaz değerlerinde artış görüldü. Tablo 1'de laboratuvar değerlerinin seyri gösterilmiştir. Dışkı direkt bakısında bol lökosit görüldü, dışkı kültüründe patojen bakteri saptanmadı. Öncesinde ayaktan azitromisin ve betalaktam kullanımı olduğu öğrenilen hastanın C. difficile toksin A-B istendi ve negatifti. Hasta trombositopeni nedeniyle yakın takip edildi ancak herhangi bir aktif kanama odağı ve fizik muayenede peteşi, purpura veya ekimoza rastlanmadı. Trombositopeni ve lökopeni etyolojisine yönelik periferik yayma yapıldı. Periferik yaymada belirgin bir özellik saptanmadı. Transaminaz yüksekliği nedeniyle abdominal ultrasonografi yapıldı ve anlamlı patoloji yoktu. İshal ve transaminaz yüksekliği olmasından dolayı hepatit A ve E seroloji tetkik edildi, anti-HAV IG G pozitif idi. Leptospira, Batı Nil virus, Tatarcık humması ve akut gastroenterit açısından tetkik edilmeye devam edilirken takiplerinde trombositopeninin sebat etmesi üzerine kanamalı ateş etkenlerinden Dang virusu de ayırıcı tanıya eklendi. Hastanın takibinin 6. gününde sağ ve sol servikal zincirde ele gelen lenfadenopatiler saptandı. Yüzeysel ultrasonografide bilateral juguler zincirde, submandibuler ve aksiller bölgelerde yaklaşık 2,5 cm ovoid şekilli lenf nodu tespit edildi. Hastanın takibinde hemorajik bir komplikasyon gözlenmedi. Takibinin 8. gününde Tayland'da endemik olarak görülebilen Dang viruse ait IgG/IgM tipi antikorları pozitif olarak sonuçlandı. Dang virus enfeksiyonu mikrobiyolojik olarak doğrulandı. Laboratuvar ve klinik ile ön planda bakteriyel bir etyoloji düşünülmeden, genel durumu iyi olan hastanın tedavisinde empirik antibiyotik tedavisi planlanmadı.

Batın orta hatta makülopapüler döküntü





Tablo 1

	30/08/2023	31/08/2023	02/09/2023	04/09/2023	06/09/2023
Lökosit($10^3/uL$)	2,68	2,32	3,26	4,13	4,95
Hemoglobin(g/dl)	14,7	14	13,7	14,4	13,9
Trombosit($10^3/uL$)	113	99	77	202	304
AST(U/L)	34	75	111	175	84
ALT(U/L)	28	33	101	305	244
ALP(U/L)			54	55	55
GGT(U/L)			52	53	50
Total bilirubin(mg/dl)	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3
Direkt bilirubin(mg/dl)	0,6	<0,09	0,1	0,2	0,1
Üre(mg/dl)	17	23	23	15	15
Kreatinin(mg/dl)	0,9	0,9	0,9	0,7	0,8
c-RP(mg/L)	4	6	4	1,7	1,03
Prokalsitonin($\mu g/L$)	0,1	0,2	0,1	0,07	0,06
INR	1,02			0,9	

Laboratuvar değerlerinin seyri

Sonuç: Akut gastroenterit ile seyreden impote vakalarda seyahat edilen ülkelerin endemik görülen hastalık etkenleri de ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dang humması, gastroenterit



P91

Hematolojik Malignite ile Karışan Tüberküloz Lenfadenit Vakası

Çağla Aydın Aslan¹, Ayşe Batırel¹

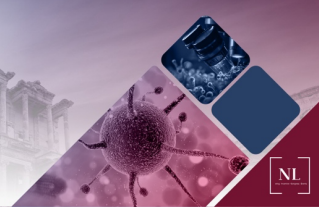
¹Kartal Dr. Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi

Amaç: Tıptaki gelişmelere ve etkin antitüberküloz(anti-TB) tedavilerine rağmen tüberküloz dünya genelinde hala önemli bir toplum sağlığı sorunu oluşturmaktadır.Tüberküloz başta akciğer olmak üzere her organı tutabilen bir hastalıktır.Tüberküloz lenfadenit,ekstrapulmoner tüberküloz olguları içinde plevra tüberkülozu ile beraber en sık görülendir.Tüberküloz lenfadenitte en çok servikal/supraklavikuler bölge lenf bezleri tutulur.Hastalığın sıra dışı görünüşleri ayırıcı tanıda zorluklar oluşturmaktadır.Bu bildiride lenfoma ile karışan tüberküloz lenfadenit vakası sunulmaktadır.

Bulgular: Bilinen HT,DM,KBY(3/7 HD),Bipolar bozukluk tanıları olan 49yaşında kadın hasta,8ay önce başlayan ateş,gece terlemesi,halsizlik ve 4kg kayıp nedeniyle dış merkeze 1ay önce başvurmış,trimetoprim-sulfometaksazol reçete edilmiş,düzenli kullanıma rağmen şikayetlerinde gerileme olmamış.Polikliniğimize başvuran hasta,nedeni bilinmeyen ateş araştırılmak üzere servisimize interne edildi.Hastanın fizik muayenesi doğal olarak değerlendirildi.Beyaz küre:4730/uL,neu:%65,hgb:9,3 g/dl,C-reaktif protein:66 mg/L,pct:1,1mcg/L,sedim:65mm saptandı.Yapılan serolojik,bakteriyolojik ve parazitolojik testler ile romatolojik göstergelerinde patoloji saptanmadı.Hastanın ekokardiyografisinde vejetasyon saptanmadı.Hastanın PPD'si 14 mm olarak sonuçlandı. 3boşluk bilgisayarlı tomografisinde supraklaviküler,aksiller,inguinal bölgelerde en büyüğü 24x12mm boyutunda olmak multipl lenfadenopatiler(LAP),hepatosplenomegali,sol akciğer alt lobda subplevral fokal buzlu cam dansiteleri saptandı.Aksiller ve inguinal bölge LAP'lerden inçe iğne aspirasyon biyopsisi(İİAB) yapıldı.3gün aşırı gönderilen balgam,idrar ARB'ler negatif,TB-PCR'lar negatif olarak sonuçlandı.İİAB patoloji sonucu:'lenfoid doku hücreleri' olarak sonuçlandı.PET-CT çekildi,raporu:'Supra-infradiyafragmatik lenfatik istasyonlarda malign görünümde hipermetabolik LAP'lar izlenmiştir.Dalağın boyutları hafifçe metabolizması ise karaciğere oranla kısmen artmış görünümündedir.İskelet sisteminde kemik iliği lojlarında diffüz F18-FDGtutulumu gözlenmiştir,lenfoproliferatif hastalık?'olarak yorumlandı.Supraklavikuler LAP'tan eksizyonel biyopsi yapıldı.Bx sonucu:'Nekrotizan Granüloamatöz Lenfadenit'olarak sonuçlandı.Hastanın tüberküloz temas öyküsü de olması göz önüne alınarak hastaya INH1x300 mg,Rifampsin1x600 mg,Pirazinamid1x1500 mg/48h,Etambutol1x900mg/48h başlandı. 9ay tedavi sonucunda şikayetleri belirgin geriledi,kontrol ultrasonunda LAP'ların küçüldüğü izlendi,beyaz küre:7080/uL,neu:%72,hgb:11,6 g/dl,C-reaktif protein:5 mg/L,pct:0,3 mcg/L,sedim:29 mm olarak izlendi.

Sonuç: Nedeni bilinmeyen ateş ve lenfadenomegalinin ayırıcı tanısında özellikle endemik bölgelerde tüberküloz göz önüne alınması gereken hastalıkların başında gelmektedir.Multidisipliner yaklaşım ile mikrobiyolojik testlerin yanı sıra,histolojik ve radyolojik yöntemlere de başvurulmalıdır.Tanı genellikle eksizyonel biyopsi ile konmakta ve anti-TB tedavi ile yüksek oranlarda kür sağlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Lenfoma, Tüberküloz lenfadenit



P92

Testis Tüberkülozu: Olgu Sunumu

Muhtar Abdullahi Ali¹

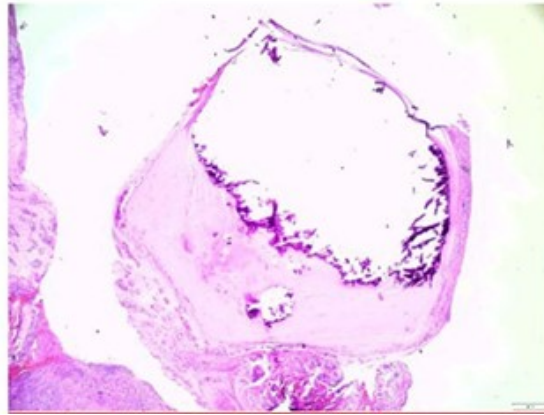
¹Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, S. B.Ü. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul

Amaç: Tüberküloz (TB) özellikle HIV'in yaygın olduğu Afrika ülkelerinde yaygındır. Çalışmamızın amacı Somali'de tanı ve tedavi alan bir testiküler tüberküloz olgusunu sunulmasıdır.

Yöntem: Tanıda kullanılan yöntemler. İİAB ve sitoloji, epitelioid granülomları gösterebilir ve basiller, aside dirençli boyama (ARB) ile tespit edilebilir. Ancak ARB pozitifliği her zaman değildir. Tüberküloz olgularının yaklaşık %60'ında pozitiflik saptanabilmektedir. Ayrıca testis USG'si TB orşit tanısına önemli katkı sağlamaktadır. USG'de yaygın, homojen/heterojen, hipoekoik lezyonlar ve nodüler genişlemeler tüberkülozu destekleyen özelliklerdir. Renkli Doppler USG testis tüberkülozunun torsiyon gibi diğer patolojilerden ayrılmasına katkı sağlamaktadır.

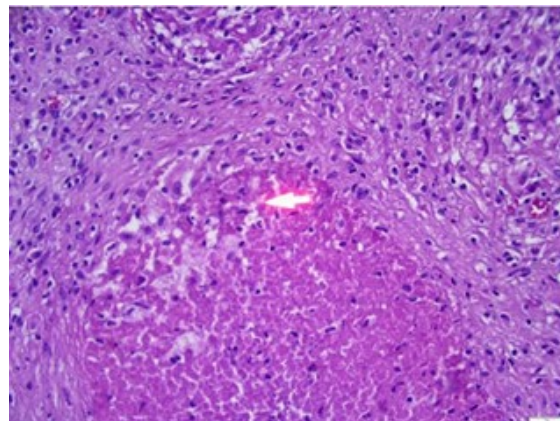
Bulgular: : 18 yaşında erkek hasta, ülser, ateş, ve gece terlemeleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muaynesinde sağ testiste tek taraflı şişlik, yuvarlak eritemli, hareketli, akıntısı olmayan, ağrısız skrotal ülser mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinin incelenmesinde bir patoloji yoktu. Örnekten yapılan biyopside kazeifikasyon nekrozu görüldü. Biyopsi sonucuna göre hastaya kesin tanı konuldu ve 4 anti-tüberküloz tedavisi uygulandı (Rifampisin 1x600 mg, izoniazid 1x300 mg, pirazinamid 1x1500 mg ve etambutol 1x1000 mg) başlandı ve klinik takibe alındı.

Kazeifiye Granülom mikroskopik görüntüsü



Resim-1: Kazeifiye Granülom mikroskopik görüntüsü

Nekrotizan Granülomatöz İltihap



Resim-2: Nekrotizan Granülomatöz İltihap

Makroskobik Nekrotizan Granülomatöz İltihap



Resim-3: Makroskobik Nekrotizan Granülomatöz İltihap

Sonuç: Klinisyeni zorlayan en önemli sorun, tanı zorluğu ve yanlış tanı nedeniyle gereksiz orşiektomi yapılmasıdır. Ultrasonografide yaygın testis boyutu, heterojen veya homojen hipoekoik nodüler lezyonlar görülebilir. Testis biyopsisi bunların önemlilerinden biridir. Tanıda kullanılan yöntemler. İİAB ve sitoloji, epitelioid granülomları gösterebilir ve basiller, aside dirençli boyama (ARB) ile tespit edilebilir. Ancak ARB pozitifliği her zaman değildir. Tüberküloz olgularının yaklaşık %60'ında pozitiflik saptanabilmektedir. USG'de yaygın, homojen/heterojen, hipoekoik lezyonlar ve nodüler genişlemeler tüberkülozu destekleyen özelliklerdir. Renkli Doppler USG testis tüberkülozunun torsiyon gibi diğer patolojilerden ayrılmasına katkı sağlamaktadır. ARB Somali'deki maddi yetersizlik nedeniyle merkezimizde incelenememiştir. Ayrıca TB kültürü ve polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) yapılamadığı için hastanın öyküsü, skrotal USG ve İİAB tanıda yardımcı oldu. Olgularımızda İİAB raporunda belirtilen kazeifiye nekrotizan granülom kesin tanı olarak kabul edilerek tedavi planlandı. Ayrıca 6 aylık anti-tüberküloz tedavisi ile hastanın semptomlarının düzelmesi ve Testis USG'de nodüllerin kaybolması olası tüberküloz tanımızı güçlendirdi. Tedavide komplikasyon nedeniyle nadiren cerrahi endikasyon gerekse de etkin bir şekilde tedavi etmek mümkündür. Testis TB'sini dördü (izoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol) ile tedavi edin. Altı aylık tedavi ile iyileşme sağlanır. Tedavide komplikasyon nedeniyle nadiren cerrahi endikasyona ihtiyaç duyulsa da testis tüberkülozunu 2 ay dördü (izoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol) 4 ay 2'li antitüberküloz ilaçlarla etkin bir şekilde tedavi etmek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Testiküler tüberküloz, nekrotizan granülomatöz iltihap, kazeifikasyon nekrozu



P93

Akciğer Tüberkülozunun Eşlik Ettiği Bir Pott Hastalığı Olgusu

Fatma Yıldız¹

¹S.B.Ü. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: Tüberküloz (TB) hastalığı, Mycobacterium tuberculosis bakterisi ile oluşan bulaşıcı bir hastalıktır. Akciğer tüberkülozu, tüberküloz hastası bir kişinin hapşırması, öksürmesi veya konuşması ile havaya karışan basillerin solunum yolu ile alınmasıyla bulaşır. İnsanlarda hastalık oluşturan esas mikobakteri M. tuberculosis'tir. Kesin tanı tüberküloz basiliinin gösterilmesi ile konulur. Akciğer TB düşünülen olgularda ilk incelenmesi gereken örnek balgamdır. Balgam yaymasında ARB bulunması örnekte mikobakterinin varlığını göstermektedir. TB basili tüm organ ve sistemleri tutabilme yeteneğine sahiptir. Basilin ilk yerleştiği yer genellikle akciğer dokusu olup sıklıkla hücrel immünitinin etkisiyle yayılması sınırlanır ve klinik bulgu vermeyen odak oluşur. Ayrıntılı anamnez ve fizik muayene tanıda büyük önem taşımaktadır. Bu bildiride akciğer TB'nin eşlik ettiği bir pott hastalığı olgusu sunulmuştur.

Yöntem: Olgumuz servisimizde yatmış olan hastalarımız arasından seçilmiştir, hastanemizin sistemi HBYS ile hasta dosyasına bakılmıştır.

Bulgular: Yetmiş sekiz yaşında, diyabetes mellitus, astım dışında hastalığı olmayan kadın hasta, 11/09/23 tarihinde bel ağrısı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Fizik muayenesinde patolojik bulgusu yoktu. Görüntülemeleri istendi, spinal MR'da L1-L2 düzeyinde spondilodiskit (Resim-1a) açısından şüpheli alan görüldü. Quantiferon testi pozitif olarak sonuçlandı. Wbc: $8 \times 10^9/L$, Neut: $6,57 \times 10^9/L$, Lym: $1,32 \times 10^9/L$, CRP: 37 mg/L , ESR: 35 mm/h , AST: 14 U/L , ALT: 9 U/L , 12/10/23 tarihinde şüpheli alandan girişimsel radyoloji tarafından örnek alınarak kültür ve histopatolojik inceleme için örnek gönderildi. Histopatoloji sonucu granülomatöz iltihabi reaksiyon ile uyumlu olarak sonuçlandı. Alınan doku örneğinde TB PCR pozitif geldi. Dörtlü anti-tbc tedavisi başlandı. Hastanın öksürük şikayeti olması üzerine akciğer görüntülemesi istendi. Akciğerde kavite saptanması üzerine (Şekil-1b) göğüs hastalıkları tarafından fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Bronkoalveolar lavajda ARB görüldü ve TB PCR pozitif saptandı. Beyin cerrahisi tarafından opere edildi. TB tedavisini tolere edemeyen hastada AST: 126 U/L , ALT: 101 U/L saptanması üzerine tedaviye ara verildi. Şiddetli bulantı ve kusma şikayeti olması nedeniyle interne edilerek takip edildi, TB tedavisi yeniden başlandı. Tedaviyi tolere eden hastanın poliklinik takibi devam etmektedir.

Şekil 1a



Şekil 1b



Sonuç: Tüberkülozun akciğer dışı tutulumu sık görülmektedir, akciğer dışı TB tanılı olgularda akciğer TBsini gözden kaçırmamak bulaştırıcılık ve toplum sağlığı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Mycobacterium tuberculosis, Spondilodiskit, Pott



P94

Mikrobiyolojik Olarak Doğrulanamayan Periton Tüberkülozu Olgusunda PET/BT'nin Rolü

Selami ERDİNÇ¹, Asuman İNAN¹, Serpil EROL¹, Nurgül CERAN¹

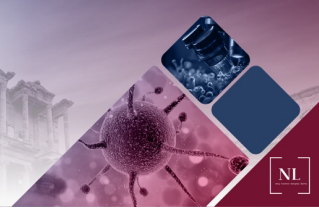
¹SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Tüberküloz olgularının %3'ünü oluşturan periton tüberkülozu giderek daha sık gözlenmektedir. Periton tüberkülozu ile ileri evre over kanseri ve diğer periton tümörleri karışabilmekte, tanıda zorluklar yaşanabilmektedir. Burada; over kanserini taklit eden, mikrobiyolojik testleri negatif olup, ampirik tedavi başlanan ve 18F-fluorodeoxyglucose (18F-FDG) pozitron emisyon tomografi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT) ile takibi yapılan tüberküloz peritonit olgusu sunulmuştur.

Bulgular: 19 yaşında kadın hasta 1 aydır olan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise başvurmuş. Fizik muayenesinde bilinç açık oryante koopere, solunum sesleri bazalarda azalmış, batın sol alt kadranda hassasiyet mevcut. Diğer sistem muayeneleri doğal. Özgeçmiş ve soygeçmişte özellik yok. Laboratuvar tetkiklerinde hgb:10.5g/dl, beyaz küre:6440/mm³, trombosit:440000/ml, CRP:233mg/L, sedimentasyon:64mm/sa, CA125:81.5U/ml (normali <35U/mL) PPD:negatif. Batın USG'de intraperitoneal 10cm sıvı izlenmesi nedeniyle tanısız parasetez yapılmış; asit sıvısında beyaz küre:1353/mm³, %97 mononükleer hücre, glukoz 43 mg/dl, albumin 15.7 g/L, total protein 29.6 g/L, LDH:520U/L, serum asit albümin gradienti (SAAG) 0.7 idi. Periton mayi ADA:61,34 IU/L (normali <24 IU/L) saptanmış. ARB, Mycobacterium tuberculosis PCR, asit mayi sitolojisi ve M. tuberculosis için kültür gönderilmiş. ARB ve PCR negatif, nonspesifik periton kültüründe üreme olmamış. Diagnostik yapılan laparoskopide malign asit ve peritoneal karsinomatozis görünümü olan hastada primer malignite etiyojisi araştırılması amacıyla 18F-FDG, PET/BT çekilmiş. 18F-FDG PET/BT raporunda sol adneksiyel lojda izlenen santral nekrotik, hipermetabolik lezyon (overca?, peritoneal metastaz?). Per-op gönderilen periton biyopsi patoloji sonucu "nekrotizan granülamatoz iltihap" olarak raporlanmış. Bu sonuçlar ile birlikte hastaya tüberküloz kültür sonucu takibiyle ampirik dördü antitüberküloz tedavisi başlandı. Tedavinin 2. ayında kontrol 18F-FDG PET/BT çekimi yapıldı. Önceki 18F-FDG PET/BT ile karşılaştırıldığında lezyonların aktivitesinde belirgin regresyon görüldü. Takipte hastanın tüm şikayetleri geriledi. Antitüberküloz tedavisi devam eden hasta tedavi yan etkileri yönünden poliklinikten takip edilmektedir.

Sonuç: Tüberküloz peritonitte mikrobiyolojik testlerin sensitivitesi yüksek değildir ve negatifliğinde tanı dışlanamamakta olup tanıda zorluk yaşanmaktadır. Olgumuzda ARB ve PCR negatif, over kanseri ile uyumlu görüntülemeler olmasına rağmen, patolojik incelemede ile neoplazm lehine bulgu saptanmaması ve tüberküloz peritoniti destekleyici olması nedeniyle ampirik tüberküloz tedavisi başlanmıştır. Tedavinin 2. ayında çekilen kontrol 18F-FDG PET/BT'de lezyonların tamamına yakın regrese olması, asit mayisinin kaybolması, tanımızın doğruluğunu göstermektedir. Sonuç olarak mikrobiyolojik testleri negatif olgularda ampirik başlanan tüberküloz tedavisinin takibinde ve tedavi başarısının bir göstergesi olarak 18F-FDG PET/BT alternatif görüntüleme yöntemi olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz peritoniti, Over CA, Peritoneal karsinomatozis



P95

İmmünkompetan Genç Hastada Ağır Seyreden Bir Kızamık Pnömoni Olgusu

Kübranur Bali Yurdakul¹, Yusuf Emre Özdemir¹

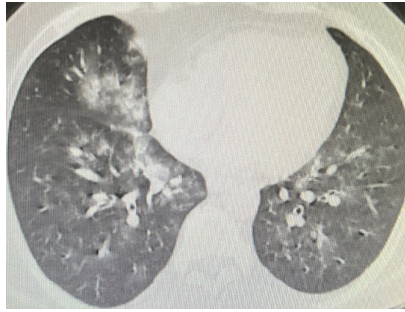
¹Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Kızamık hastalığı, kızamık virüsünün etken olduğu oldukça bulaşıcı döküntülü bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu olgu sunumunda; komorbiditesi bulunmayan genç erişkin bir bireyde, yaklaşık 1 ay yoğun bakım desteğine ihtiyaç duyulan ağır seyirli bir kızamık olgusu sunulmuştur.

Bulgular: 34 yaşında bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta; 3-4 gündür olan burun akıntısı, ateş, öksürük, 1 gün önce yüz ve enseden başlayıp tüm vücuda yayılan döküntü şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenesinde bukkal mukozada beyaz renkli koplik lekesi ve bilateral konjonktivit mevcuttu. Ateş şikayeti olan hastanın dinlemekle bilateral ralleri olması üzerine, toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Toraks BT’de infiltrasyonları olan hasta, kızamık pnömonisi ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Tetkiklerinde beyaz küre 12 bin, lenfosit 830 , crp 118 mg/L olduğu görüldü. A vitamini desteği başlandı. Kızamık IgG , IgM ve PCR gönderildi. Her iki immünglobulin ve PCR pozitif saptandı. Servis takibinin 2. gününde hasta oda havasında desatüre seyretmesi üzerine yoğun bakım ünitesine (YBÜ) sevk edildi. YBÜ takiplerinde yüksek oksijen desteğine (15 litre/dk) rağmen desatürasyonu devam eden hasta entübe edildi. Yoğun bakım yatışının 10. gününde hipoksik, hiperkarbik ve dirençli olarak hipotansif seyreden hasta ekstrakorporal membran oksijenizasyonuna (ECMO) bağlandı. Yoğun bakım yatışı süresince aralıklı olarak ateşi devam etti. Uzun süreli entübasyon sonrası hastaya trakeostomi açıldı. Takiplerinde akut böbrek yetmezliği gelişen hastaya hemodiyaliz başlandı. 14 günlük ECMO desteğinin ardından, hasta ECMO’dan ayrıldı. Hemodiyaliz ihtiyacı kalmayan, oda havasında soluyan hastanın trakeostomisi çıkarıldı ve 32 günlük yoğun bakım yatışı sonrası hasta yeniden servise alındı. Hastaya kontrol toraks BT çekildi. İnfiltrasyonları gerileyen, vitalleri stabil olan hasta yatışının 33. gününde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Kızamık, her ne kadar çocukluk çağı döküntülü hastalıkları arasında sayılsa da son dönemde erişkin aşısız bireylerde de insidansı oldukça artmıştır. Bununla beraber, kızamık pnömonisinin immunsupresif kişilerin yanı sıra immünkompetan bireylerde de hayatı tehdit edebilecek düzeyde ağır seyredebileceği göz ardı edilmemelidir.

Yatış toraks bt'leri



Yatış toraks bt'leri





45. gün kontrol toraks bt



Anahtar Kelimeler: Kızamık, pnömoni, Viral Enfeksiyon



P96

Maymun Çiçeği Hastalığı: 2 Olgu Sunumu

Gülşah Danacı¹, Selen Aksu¹, Esra Zerdali¹, Gönül Şengöz¹, Filiz Pehlivanoglu¹, Mustafa Yıldırım¹

¹SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Maymun çiçeği hastalığı (MPOX) Orta ve Batı Afrika'nın tropikal yağmur ormanlarında endemik olarak görülen ve dünyanın diğer bölgelerine de yayılan, nadir görülen viral bir zoonotik hastalıktır. İnsandan insana bulaşma enfekte kişinin sekresyonları ya da lezyonları ile uzun süreli yakın temasla olabilir. Ateş, baş ağrısı, lenfadenopati, miyalji, döküntü görülebilir. HIV ile yaşayan bireylerde ve immünsüprese olanlarda risk daha fazla olmakla birlikte normal popülasyonda da görülmektedir.

Yöntem: Çalışmamızda iki MPOX olgusu anlatılmıştır.

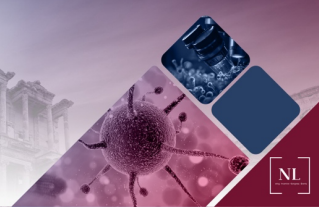
Bulgular: OLGU1: Komorbiditesi olmayan 33 yaşında erkek, iki gün önce başlayan suprapubik bölgede ve penis şantında ortası nekrotik iki mm çapında lezyonlar ile acil servise başvurdu. Üşüme titreme tarifleyen hastanın vücut sıcaklığı 37,4 °C ölçüldü. Vital bulguları stabil, sistem muayenelerinde özellik yoktu. Pelvik ultrasonografide sol inguinal bölgede büyüğü 14x12 mm boyutta hilusu incelmış lenf nodları izlendi Şüpheli cinsel temas, seyahat, hayvan teması öyküsü vermedi. Evli olduğunu ve yemek dağıtımı işinde çalıştığını belirtti. Hastadan MPOX için lezyondan kazıntı ve nazofarenks sürüntüsü alındı, halk sağlığı laboratuvarına gönderildi. Ayırıcı tanı için istenen HSV DNA PCR, VZV DNA PCR, VDRL, Anti HIV, Anti Rubella IgM, Anti Rubeola IgM negatif geldi. MPOX PCR pozitif sonuçlandı. Hasta bu sonuçtan sonra şüpheli cinsel temas itirafında bulundu. Lezyonları gerileyen 21 gün izole takip edilen hasta taburcu edildi. OLGU2: Komorbiditesi olmayan 27 yaş erkek hasta 10 gün önce penis şantında başlayan kaşıntılı lezyon nedeniyle enfeksiyon polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde skrotal şişlik dışında özellik yoktu. Hasta gemide mürettebat olarak çalıştığını, uluslararası seyahat ettiğini ve lezyon oluşumundan 25 gün önce şüpheli cinsel temas öyküsü (partneri yabancı uyruklu, siyahi kadın) olduğunu belirtti. Skrotal doppler ultrasonografide sağ skrotum ve glans penis yüzeyinde cilt altı dokuda ekojenite ve kalınlık artışı izlendi. Bilateral inguinal bölgede en büyüğü sağda 28x12mm boyutlarında olmak üzere yağlı hilusları belirgin reaktif görünümülü lenf nodu izlendi. Ürolojiye konsülte edildi, testis torsiyonu dışlandı. MPOX ön tanısıyla interne edildi, lezyondan kazıntı ve nazofarenks sürüntüsü alındı, halk sağlığı laboratuvarına gönderildi. Ayırıcı tanı için istenen HSV DNA PCR, VZV DNA PCR, VDRL, Anti HIV, Anti Rubella IgM, Anti Rubeola IgM negatif geldi. MPOX PCR pozitif sonuçlandı. Lezyonları gerileyen 21 gün izole takip edilen hasta taburcu edildi

Resim 1



Olgu 1 başvurusundaki döküntüleri

Resim 2



Olgu 1 taburculuk görüntüsü

Resim 3



Olgu 2 başvurusundaki döküntüleri

Sonuç: Vaka profillerine bakıldığında hastaların erkeklerle seks yapan erkekler, HIV ile yaşayan bireyler olduğu görülmekle birlikte enfekte kişilerle teması olan her birey risk altındadır. Tanı için hastalığın akla gelmesi ve bulaş yollarının sorgulanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: MAYMUN ÇİÇEĞİ, MPOX



P97

Varicella Zoster Virus'a Bağlı Ensefalit Ve Transvers Miyelit Gelişen Olgu

Orçun Durmuş¹, Esra Zerdali¹, Celil Uçan¹, Ayşe Özlem Çokar¹

¹SBU İstanbul Haseki EAH

Amaç: Varicella zoster virus (VZV) solunum yoluyla vücuda girer, primer enfeksiyon sonrası dorsal kök gangliyonlarında latent kalır. Reaktivasyonu özellikle ileri yaşta sıklıkla herpes zoster (zona) kliniği olarak görülmektedir. Bazı hastalarda merkezi sinir sistemini de tutabilir.

Yöntem: Bu çalışmamızda VZV'ye bağlı transvers miyelit ve ensefalit tanısı alan olgu sunulmuştur.

Bulgular: Diabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları olan 77 yaşındaki erkek hasta düşme sonrası acile başvurdu, kırık saptanmayan hastaya korse önerilerek taburcu edildi. Üçüncü günde acile yürüme güçlüğü ve konuşma bozukluğu ile yeniden başvurdu. Fizik muayenede bilinci açık, konuşması hipofonikti. Hastanın yer ve kişi oryantasyonu tam, zaman oryantasyonu yoktu, kooperasyonu kısıtlıydı. Meningeal irritasyon bulguları yoktu. Vücut sıcaklığı 36.7 derece, tansiyonu 160/80 mmHg ve nabızı 82/dk idi. Alt ekstremitelerde derin tendon refleksi zayıftı. Korse ile temas ettiği tüm alanlarda, özellikle sağ torakal alanda veziküler döküntü mevcuttu. Döküntüler herpes zosterle uyumluydu. Etiyolojiyi belirlemek için lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) mikroskopisi hücre sayımında 35/mm³ lökosit, 8/mm³ eritrosit görüldü. BOS biyokimyasında; glukoz 78 mg/dl, eş zamanlı serum glukoz 115 mg/dl, protein 1417 mg/dl olarak saptandı. Gram boyamasında mikroorganizma görülmedi. BOS ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Konuşma bozukluğu nedeniyle çekilen kranial ve spinal görüntülemelerde 2. torakal vertebra seviyesinden başlayıp 9. torakal vertebra seviyesine uzanan transvers miyelit ile uyumlu patolojik sinyal artışları saptandı. BOS'tan alınan menenjit panelinde VZV polimeraz zincir reaksiyonu pozitif saptanan hastaya asiklovir tedavisi başlandı. Klinik bulguları düzelen hastanın antiviral tedavisi 14 güne tamamlanarak taburcu edildi.

Sonuç: VZV reaktivasyonunda en önemli risk faktörü ileri yaştır. Merkezi sinir sistemi enfeksiyonu da en ciddi komplikasyonlarından. Erken antiviral tedaviyle komplikasyonlar azaltılabilir de hedefimiz reaktivasyonları engellemek olmalıdır. VZV reaktivasyonlarını önlemek için 50 yaş ve üzeri bireylere zona aşısı önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: VZV, Miyelit



P98

İmmunsupresif Bir Hastada Akut Hepatit İle Seyreden CMV Viremisi

Sibel Koluş¹, Merve Bozdağ¹, Zehra Karacaer¹, İsmail Yaşar Avcı¹

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Akut sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu, immünkompetan bireylerde genellikle asemptomatiktir, ancak enfeksiyöz mononükleozdan belirgin sistemik hastalığa kadar geniş bir yelpaze ile karşımıza gelebilmektedir. CMV enfeksiyonu, immun sistemin baskılanmasına yol açan hastalıklar ve immun sistemi baskılayıcı ilaçların kullanılmasıdaki artışa bağlı olarak daha sık karşımıza çıkmaktadır. Bu yazıda yaygın değişken immün yetmezlik (CVID) nedeniyle iki haftada bir intravenöz immunglobulin tedavisi alan, CMV hepatiti gelişen bir olgu sunmayı amaçladık.

Bulgular: 43 yaş bilinen CVID, haşimato tanılı erkek hasta, 5 gündür olan kansız mukussuz dışkılama şikayeti ile gastroenteroloji polikliniğine başvurmuştu. Basvurusu sırasında ALT değeri 148 U/L saptanması üzerine yapılan tetkiklerinde otoimmün hepatit dışlanmış, HBsAg, Anti HCV testleri negatif saptanmıştır. Hepatobiliyer ultrasonografide perivasküler ve perikolesistik alanda interstisyumda kalınlık ekojenite artışı dikkati çekmiş, bulguların viral hepatit ile uyumlu olabileceği şeklinde raporlanmıştı. Kanda CMV PCR 1860 kopya/ml olarak saptanması üzerine CMV hepatiti ve koliti ön tanısı ile kliniğimize yatırılmıştı. Hastanın ishal şikayeti gerilemişti. Takiplerinde ALT değeri 193 U/L'ye yükselen hastaya gansiklovir 5 mg/kg iv tedavisi başlandı. Kolonoskopide rektum ve sigmoid kolon mukozasında yaygın hiperemi gözlemlendi. Nonspesifik kolit lehine değerlendirildi. Kolon mukozasında alınan doku materyalinde CMV PCR testi negatif sonuçlandı. Gansiklovir tedavisinin 9. gününde hastanın ALT değeri 76 U/L'ye geriledi. WBC:1700 HG:11.3 g/dl PLT:83.000 mm³ saptandı. Pansitopenisi derinleşen hastanın periferik yayma incelemesinde eritrositler normokrom normositer, trombositler hemogramla uyumlu, formül lökosit uyumlu, 1 adet karyoreksis izlendi. Atipik hücre izlenmedi. Antiviral tedavinin 10. gününde CMV PCR 489 kopya/ml'ye geriledi. Gansiklovir tedavisi 14 güne tamamlandı. İshal şikayeti gerileyen, ALT değeri azalan hasta allerji ve immunoloji, hematoloji ve enfeksiyon hastalıkları poliklinik kontrol önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Toplumda çok yaygın bir enfeksiyon olması ve latent enfeksiyon oluşturması nedeni ile CMV özellikle immunsuprese bireylerde sistemik tutulum yapabilen bir virüstür. Hafif ALT yüksekliği, şiddetli kolestatik hepatit, granülomatöz hepatit ve akut karaciğer yetmezliğine neden olabilmektedir. Bu nedenle immunsuprese hastalarda KCFT yüksekliği saptandığında diğer etiyolojik nedenlerin dışlandığı durumlarda CMV hepatiti akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: CMV, hepatit, immunsupresif hasta



P99

Erişkinlerde Akut Hepatit A Virüs (HAV) Enfeksiyonu

Esra Altıngöz Şahutoğlu¹, Selma Tosun¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: Ülkemizde çocukluk çağı aşılamaları sayesinde çocuk ve adölesanlarda akut HAV enfeksiyonu belirgin şekilde azalmış fakat erişkinlerde halen görülmektedir.

Yöntem: Kliniğimizde akut HAV tanısı ile izlenen 2 olgu sunulmuştur.

Bulgular: Olgu 1: Bilinen tanılı hastalığı olmayan 23 yaş kadın hasta, 1 haftadır olan bulantı, kusma, gözlerde sararma nedeniyle 01.02.2024 tarihinde hastanemize başvurmuş; tetkiklerinde Anti HAV IgM pozitif, Anti HAV IgG pozitif, AST>2092 U/l, ALT 2981 U/l, total bilirubin: 6.07 mg/dl, INR: 1.96 saptanması üzerine yatırılmıştır. Eşi 40 gün önce benzer yakınmalarla başka hastaneye akut HAV enfeksiyonu tanısıyla yatırılmış, 20 gün önce taburcu edilmiştir. Eşinin yatışı sırasında hastamıza yapılan tetkiklerde Anti HAV IgM negatif, Anti HAV IgG pozitif saptanmış, bağışık kabul edilerek HAV aşısı yapılmamıştır. Muayenesinde genel durumu orta, skleraları ikterik, diğer sistemik muayeneleri olağan, vital bulguları stabildi. Genel durum bozukluğu, kusması ve INR yüksekliği olan hasta fulminan hepatit açısından Gastroenteroloji ve Organ Nakli birimlerine danışıldı, nakil ihtiyacı açısından takibe alındı. Hastaya 3 gün hepaselamin ve K vitamini yapıldı, laksatif verildi. Hipovolemik hipernatremisi nedeniyle uygun hidrasyon yapıldı. Yakın bilinç takibi yapıldı, hepatik ensefalopati bulguları gelişmedi ve nakil gerekmedi. Yatışının 5. gününde yakınmaları gerilemeye başladı, oral alımı düzeldi, kusmaları azaldı; laboratuvar değerleri gerilemeye başladı. Yatışının 12. gününde taburcu edilen hasta 1 hafta sonra kontrole geldiğinde kliniği iyi, laboratuvar bulguları düzelmiş olarak saptandı. Olgu 2: Bilinen tanılı hastalığı olmayan 23 yaş kadın hasta, 2 haftadır olan karın ağrısı, bulantı, kusma ve dizüri yakınması ile 8.01.2024 tarihinde acil servise başvurmuştur. Tetkiklerinde Anti HAV IgM pozitif, Anti HAV IgG pozitif, AST: 516 U/l, ALT: 2272 U/l, total bilirubin: 4.18 mg/dl olması üzerine servisimize yatırılmıştır. Fizik muayenesinde genel durumu orta, suprapubik hassasiyeti mevcuttu; diğer sistem muayeneleri olağan, vital bulguları stabildi. Hastaya hidrasyon ve laksatif başlandı. Dizürisi nedeniyle idrar kültürü sonrası siprofloksasin başlandı. Gastroenteroloji tarafından da hastaya yakın takip önerildi. Antibiyoterapisi 3 güne tamamlanıp kesildi. Takiplerinde bilinç bozukluğu gelişmedi, idrar renginde açılma, oral alımında düzelme görüldü. Yatışının 8. gününde genel durumunda iyileşme, semptomlarının gerilemesi, karaciğer fonksiyon testlerinde regresyon olması üzerine taburcu edildi. Bir hafta sonraki kontrolünde belirgin iyileşme gözlenen hastanın 25 yaşındaki seronegatif olan eşinin de aşılması yapıldı.

Sonuç: Ülkemizde hepatit A aşılması 2012 yılı sonunda çocukluk dönemi aşı takvimine alınmış olup 2011 yılından itibaren doğanlar aşılanmaktadır. Ancak bir süre daha seronegatif genç erişkin bireylerde akut HAV enfeksiyonu devam edecektir. Sunduğumuz iki vaka da 23 yaşında olup biri oldukça ağır seyretmiştir. Risk grubunda olanlar öncelikli olmak üzere seronegatif erişkinlere hepatit A aşılması yapılması uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hepatit A virüsü, Akut hepatit



P100

Akut Hepatit A Olguları

Mehmet AKDOĞAN, Elif Özge DAMAR MIDIK, Elif SARGIN ALTUNOK, Ayşe BATIREL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

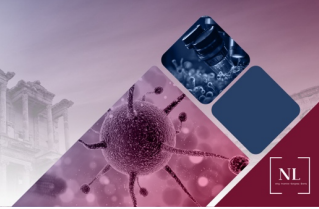
Amaç: Akut hepatit A ülkelerin gelişmişlik düzeyine, sanitasyon koşullarına ve yaşa bağlı olarak görülme sıklığı ve klinik seyri değişmektedir. Hepatit A virusu çocuklarda ve endemik olarak görülen bölgelerde kendini sınırlayan bir enfeksiyona sebep olurken özel gruplarda ve erişkinlerde ise daha ağır bir klinik tabloya yol açabilmektedir. 2012-2023 yılları arasında kliniğimizde yatırılarak takip edilen erişkin Akut Hepatit A olguları değerlendirilmiştir.

Yöntem: Çalışmamızda Ocak 2012 ve Aralık 2023 tarihleri arasında yatırılan erişkin akut viral hepatit A tanılı 18 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları, risk faktörleri, klinik seyri ve sonuçları irdelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda 12 yıllık dönemde toplam 18 erişkin akut Hepatit A olgusu izlendi. Olguların özellikleri tablo 1’de gösterildiği gibiydi. 22-42 yaşlar arasında biri kadın olmak üzere toplam beş olguda akut viral hepatit A seyahat ilişkiliydi. Olguların özellikleri tablo 2’de gösterildiği gibiydi.

Tablo 1: Akut Viral Hepatit A Olgularının Demografik, Laboratuvar ve Klinik Özellikleri

Demografik özellikler	Sonuç, (n=18)
Yaş, median (min-max), yıl	22 (16-43)
15-18 yaş, n (%)	3 (16.6)
18-30 yaş, n (%)	10 (55.5)
30-45 yaş, n (%)	5 (27.8)
45-60 yaş, n (%)	0 (0)
Erkek, n(%)	10 (56)
2012-2017 n(%)	10 (56)
2018-2023 n(%)	8 (44)
Mevsim	
İlkbahar, n(%)	0 (0)
Yaz, n(%)	3 (16.7)
Kış, n(%)	10 (55.6)
Sonbahar, n(%)	5 (27.8)
Risk faktörü, n (%)	
Yurt içi seyahat öyküsü	1(5.5)
Yurt dışı seyahat öyküsü	4 (22.2)
Öğrenci	5 (27.8)
Başvuru semptomları, n(%)	
Ateş	7 (38.9)
İshal	1 (5.6)
Karın ağrısı	2 (11.1)
Bulantı kusma	15 (83.3)



Laboratuvar bulguları, median (min-max)	
Aspartat aminotransferaz, U/L (normal aralık 0-35)	759 (63-5187)
Alanin aminotransferaz, U/L (normal aralık 0-35)	990 (44-5366)
WBC	
Trombosit, X 10 ³ /μL (normal aralık 150-400)	218 (86-652)
INR(normal aralık 0.8-1.2)	1.12 (0.9-2.17)
Total bilirubin, mg/dL (normal aralık 0.3-1.2)	5,55 (0.9-21.5)
Direkt bilirubin, mg/dL (normal aralık 0-0.2)	3,7 (0.5-16)
Anti HBs pozitifliği	10 (55.6)
HBs Ag pozitifliği	1 (5.6)
Anti HCV pozitifliği	0 (0)
Klinik sonuç	
Yatış süresi, gün	5.6
Fulminan seyir, n(%)	0 (0)
Mortalite, n(%)	0 (0)

Tablo 1: Akut Viral Hepatit A Olgularının Demografik,Laboratuvar ve Klinik Özellikleri

Sonuç: Hepatit A'a karşı bağışıklama dünyanın büyük bir bölümünde standart yaklaşımdır.Hepatit A aşılmasınaülkemizde 2012 yılında başlatılmış olup, 1 Mart 2011 ve daha sonra doğan çocuklara uygulanmaktadır. Erişkinlerde ise özellikle risk gruplarına ve endemik bölgelere seyahat edenlere Hepatit A aşılması önerilmektedir. Günümüzde gelişmiş ülkelerde genellikle kontamine yiyecek veya sular nedeniyle salgınlar halinde yada seyahat ilişkili vakalar görülmektedir.Seyahat ilişkili bulantı, kusma ve ishal şikayetleri olan ve hepatit tablosu saptanan hastalarda akut hepatit A ayırıcı tanılar arasında akılda bulundurulmalıdır.

Tablo 2: Seyahat Öyküsü Olan Akut Viral Hepatit A Olgularının Özellikleri

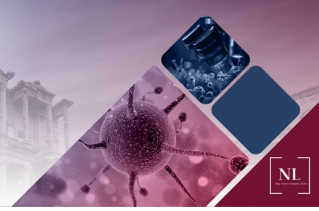
	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5
Yaş	28	33	40	22	42
Cinsiyet	Erkek	Erkek	Kadın	Erkek	Erkek
Meslek	Asker	Doktor	Ev Hanımı	Asker	Mühendis
Seyahat bölgesi	Suriye-Mısır	Somali	Erzincan	Kilis	İran
Tanı aldığı ay/yıl	Kasım/2023	Kasım/2018	Kasım/2023	Aralık/2016	Aralık/2023
Başvuru anında semptomların süresi,gün	7	5	21	3	2
Aspartat aminotransferaz, U/L (normal aralık 0-35)	1507	2697	452	2084	1962
Alanin aminotransferaz, U/L (normal aralık 0-35)	3801	2578	82	2812	2995



Total bilirubin, mg/dL (normal aralık 0.3-1.2)	21.5	6.1	1.4	3.55	11.6
Direkt bilirubin, mg/dl (normal aralık 0-0.2)	16.06	3.9	1.5	2.6	10.7
WBC,X 10 ⁶ / µL	6.98	7.00	24.69	6	5.64
Trombosit, X 10 ³ /µL (normal aralık 150-400)	206	131	44	134	209
INR	1.16	1.37	2.02	1.28	1.25
Yatış süresi, gün	10	10	10	7	1
Fulminan	-	-	-	-	-
Sonuç	Taburcu	Taburcu	Taburcu	Taburcu	Taburcu

Tablo 2: Seyahat Öyküsü Olan Akut Viral Hepatit A Olgularının Özellikleri

Anahtar Kelimeler: Akut Hepatit A, Aşı, Seroloji, Seyahat



P101

Beta Laktam Grubu Antibiyotiklere Cevapsız Tonsillitte Tularemi Vakası

Süleyman KILINÇ¹, Burcu ÇALIŞKAN DEMİRKIRAN¹, Servet GÖLGELER¹

¹Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Streptokoksik tonsilit düşünülen hastalarda penisilin tedavisine yanıtız durumlarda tularemi ayırıcı tanılar arasında düşünülmelidir

Bulgular: Ankara ili Yenimahalle ilçesinde ikamet eden 32 yaş kadın hasta yaklaşık 1 ay önce başlayan boğaz ağrısı ve ateş şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastaya bu süreçte penisilin G ve iki kez amoksisilin/klavunat reçete edilmiş. Fizik muayenesinde tonsiller hiperemik ve hipertrofik izlendi. Diğer sistem muayenelerinde patoloji izlenmeyen hastanın laboratuvar tetkiklerinde lökosit 4560/mm³, trombosit 251000/mm³, Hb 11,0 gr/dl, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 45mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 31,9 mg/l olarak görüldü. Hastada anti-HIV, EBV testleri ve brusella aglütinasyon testleri anlamlı değildi. Hastanın herhangi bir hayvan tarafından ısırılma öyküsü olmayıp şikayetlerinden 2 hafta önce tatil için gittiği İzmir’de doğa yürüyüş öyküsü vardı. Hastadan penisilin grubu antibiyotiklere rağmen geçmeyen boğaz ağrısı ve ateş öyküsü olması nedeni ile tularemi aglütinasyon testi istendi ve ampirik doksisisiklin başlandı. Tularemi için alınan aglütinasyon testi 1\20 titrede pozitif izlendi. Hastanın 1.hafta kontrolünde ateş ve boğaz ağrısı şikâyeti geriledi. Tedavisi 21 gün olacak şekilde düzenlendi.

Sonuç: Orofaringeal tularemi, genellikle kontamine gıda ve suyun tüketilmesi sonrası gelişir ve ülkemizde en sık görülen tularemi formudur. Başlıca semptomlar ateş, şiddetli boğaz ağrısı ve boyunda şişliktir. Muayenede eksüdatif farenjit ve tonsillit, servikal lenf nodu büyümesi ve faringeal veya tonsiller ülserler görülür. Tularemi tanısında pozitif kültür sonuçları tanıyı doğrular ancak pratikte daha çok aglütinasyon tetkiki kullanılır. Tularemi antikorlar genellikle hastalığın ikinci haftasından sonra pozitifleşir. Akut enfeksiyonun tanısı için, yedi ile on gün arayla alınan ikinci serumda, antikor titresinde dört kat artışın gösterilmesi ya da tek bir serum örneğinde antikor titresinin mikroaglütinasyonda 1/128, tüp aglütinasyonunda 1/160 ve üzerinde tespit edilmesi gerekir. Ayrıca düşük titrede test pozitifliği brusella ve leijyonella hastalıklarında da gelişebileceği için ayırıcı tanıda bu hastalıklar da akılda tutulmalıdır. Klinik etkinliği olan antimikrobiyaller arasında streptomisin, gentamisin, doksisisiklin, florokinolonlar bulunur. Orofaringeal tularemi ayırıcı tanıda streptokoksik tonsilit ile karışmakta ve ilk seçenek olarak penisilin grubu antibiyotikler reçete edilmektedir. Tedavi ile yanıt alınamayan hastalarda tularemi de ön tanılar arasında düşünülmelidir. Bizim hastamızda penisiline yanıt vermeyen boğaz ağrısı ve ateşe ek olarak seyahat öyküsü olması tularemi şüphesi doğurmaktadır. Tanısal olmayan titrede pozitif izlenen aglutinasyon testine rağmen tedaviden yanıt alınması ve diğer patojenlerin tespit edilmemesi tanımızı güçlendirmektedir.

Anahtar Kelimeler: orofaringeal tularemi, penisilin, tonsillit



P102

Toksoplasma Lenfadeniti

Beyza Deliküçük¹, Melih Ayberk Kapıcı¹, Gül den Yılmaz Tehli¹, Cemal Bulut¹

¹Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Toksoplazmozis, toplumda sık bulunan, ancak ender tanımlanan parazitik bir enfeksiyondur. Etken Toksoplasma gondii'dir. Bulaşı sıklıkla pişmemiş veya az pişirilmiş etlerin yenilmesi ve kedi dışkısı kalıntılarına temasla olmaktadır. Toksoplazmozis'in konjenital ve edinilmiş şekilleri vardır. Asemptomatik enfeksiyondan, ağır klinik seyre kadar değişen tablo ile karşımıza çıkabilir (Serebrospinal, Oftalmik, Myokardial, Tifüse benzer ve Lenfadenopatik). Bu olguda lenfadenopati ile polikliniğe başvuran toksoplasma lenfadeniti sunulacaktır.

Bulgular: 25 yaş, bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta Ağustos 2022 de boyun sol tarafta ele gelen şişlik şikayeti ile başvurdu. Yakınmasının yaklaşık dört aydır olduğunu beyan etti. Hastanın ilk başvurusunda fizik muayenede sol servikalde ele gelen ağrısız, fiks lenfadenopatisi vardı. Laboratuvar bulgularında CRP, sedimantasyon, beyaz küre normal sınırlardaydı. EBV VCA IgM:Reaktif, EBV VCA IgG:Non reaktif, Anti CMV IgM: Non reaktif, Anti CMV IgG: Reaktif, Anti HIV: Non reaktif, Hbsag : Non reaktif, Anti HCV: Non reaktif idi. Yapılan boyun USG'de: Sol servikal zincir level ikide, 20x13 mm boyutlu, ekojen hilusu seçilemeyen round indeksi kaybolmuş RDUS ile santral vaskülaritesi izlenen birkaç adet lenf nodu ve sağ zincir level ikide 24x7 mm boyutlu reaktif görünümli lenf nodları izlendi. Bu bulgularla malignite ekarte edilemediğinden hastaya bir ay sonra ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapıldı. Patolojik incelemede Hodgkin Lenfoma infiltrasyonu ile reaktif immunoblastik reaksiyon ayrımı yapılamadı. Kesin tanı ve ayrıntılı inceleme için lenf nodu eksizyonu önerildi. İİAB'den bir ay sonra hastanın sol servikal zincir level ikiden 34x22x11 mm boyutlu lap eksize edilerek histopatolojik incelemeye gönderildi. Biyopsi raporu "Granülamatöz lenfadenit, granülom yapıları mikrogramülom formdadır. Nekroz veya Langanhs tipi dev hücre izlenmemiştir. Olgunun öncelikle toksoplasma lenfadeniti başta olmak üzere araştırılması önerilir." şeklinde sonuçlandı. Hastadan istenen Anti toxoplazma IgG >200 IU/mL reaktif, Anti toxoplazma IgM:11.5 IU/mL reaktif ve avidite testi: 0,116 düşük avidite olarak sonuçlandı. Hastada immunsupresif durum olmadığından herhangi bir tedavi başlanmadı. Takibinde lezyonları küçülen hastanın şikayetleri geriledi.

Sonuç: Toksoplazmozis toplumda sık görülen bir enfeksiyondur. Bölgemizde sağlıklı kişiler üzerinde yapılan bir araştırmada toplumun % 29, 2'sinde toksoplazmaya karşı antikorlar saptanmıştır. Bu enfeksiyonların önemli bir bölümünü, lenfadenopati ile seyreden akut enfeksiyonlar oluşturmaktadır. Yüksek enfeksiyon oranına rağmen, lenfadenopatilerin ayırıcı tanısında toksoplazmozis genellikle düşünülmemektedir. Olgumuzda yapılan histopatolojik inceleme sonrasında toxoplasma araştırılması önerilmiştir. Hastanın serolojik tetkiklerinin de uyumlu olması hastaya toxoplasma lenfadeniti tanısı konulmuştur. Bu nedenle lenfadenopati ile başvuran hastalarda, toksoplazmozisin varlığı düşünülmalıdır.

Anahtar Kelimeler: toksoplazmozis, lenfadenopati, granülom, malignite



P103

Erken Evrede Saptanan Lyme Hastalığı: Olgu Sunumu

Büşra Özcan¹, Meliha Meriç Koç¹, Özlem Altuntaş Aydın¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: Lyme hastalığı, Ixodes cinsi kenelerin taşıdığı bir spiroket olan Borrelia burgdorferi'nin neden olduğu multisistemik enfeksiyöz bir hastalıktır. Kırsal ve ormanlık alanlarda yaşayanlarda risk daha fazladır. Klinik bulgular evrelere göre değişmektedir. Lyme hastalığının erken tanısı olguların %60-80'inde deri bulgularının tanınmasına bağlıdır. Başlıca deri bulgusu "eritema migrans"tır (EM). Bu çalışmada, eritema migrans görüldükten sonra serolojik olarak doğrulanmış erken dönem lokalize Lyme olgumuz sunulmuştur.

Yöntem: Ağustos 2023 tarihinde 59 yaşında kadın hasta, sırtın kızarıklık ve hassasiyet şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde 15 gün önce bahçede çalışırken sırtından böcek ısırıldığını, bir hafta sonra da ısırılma bölgesinde giderek genişleyen kızarıklık başladığını belirtmekte idi. Muayenede sırt lateralinde ortası eritemli, çevresi soluk ve dışı halka şeklinde eritemli alan bulunan hedef tahtası benzeri 12 cm çapında lezyon saptandı. Böcek ısırığı öyküsü de bulunan hastanın lezyonu EM ile uyumlu bulundu. Lyme hastalığı olabileceği düşünülerek Halk Sağlığı B.burgdorferi antikor testleri istendi, ELISA yöntemiyle B.burgdorferi IgM (+) ve IgG (+) olarak sonuçlandı. Olgunun eklem, kalp ve nörolojik incelemesinde patolojik bulgu saptanmadı. Doksisisiklin 2x100 mg tedavisi başlandı, 10 günde lezyonunun tamamen gerilediği gözlemlendi.

Eritema Migrans



Sonuç: Ülkemizde B.burgdorferi seroprevalansı bölgeden bölgeye değişen oranlarda %2-44 olarak gösterilmiştir. Lyme hastalığı, olgumuzun da hastanemize başvurduğu dönem olan yaz aylarında sık görülmektedir. Esas olarak deri, sinir, kalp ve kas-iskelet sistemleri tutulmaktadır. Her birinde farklı klinik belirtilerin izlendiği erken lokalize, erken diseminasyon ve geç Lyme olmak üzere üç dönemde seyreder. EM, erken lokalize evredeki hastaların %60-90'ında gözlenir ve Lyme hastalığı için patognomoniktir. Tanıda anamnez ve klinik bulgular esastır, serolojik testler tanıyı doğrulamak için kullanılır. CDC (Centers for disease control and prevention) tanıda, ilki ELISA, ikincisi Western blot yöntemi olmak üzere iki aşamalı test önermektedir. Özellikle kırsal alanlarda yaşayanlarda veya bu bölgeleri ziyaret edenlerde Lyme hastalığının ileri evrelerinde ortaya çıkan kardiyak, nörolojik ciddi komplikasyonları önleyebilmek için erken dönemde EM'in fark edilmesi ve tedaviye başlanması kritik öneme sahiptir. Hastamızda da bilmediği bir böcek tarafından ısırılma öyküsünü takiben gelişen EM saptanmış, hemen uygun tedavi başlanmış, ELISA yöntemi ile de tanı desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Eritema Migrans, Lyme hastalığı, B.burgdorferi



P104

Nörobruselloz Olgusu

Ayça Nur Dalkıran Baydar¹, Melike Hallemoğlu Topçu¹, Fatıma Bolat¹, Adalet Altunsoy¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Amaç: Önemli bir halk sağlığı sorunu olan bruselloz birçok organ ve sistemin etkilenmesi nedeniyle farklı klinik bulgularla seyreden bir hastalıktır. Hastaların %3-10'unda santral sinir sistemi tutulumu görülebilir. Yüksek mortalite ve morbidite oranları nedeni ile nörobruselloz vakalarına erken tanı koymak önemlidir. Olgumuzda iskemik serebrovasküler olay kliniği ile başvuran bir nörobruselloz vakası sunarak hastalığın nörolojik tutulumuna dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Bulgular: Bilinen astım tanılı 58 yaş kadın hasta; iki aydır olan halsizlik, ayaklarda, dizlerde ağrı, yürüyememe şikayetleri ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Tetkiklerinde Rose Bengal testi zayıf pozitif ve brucella coombs aglütinasyonu değeri 1/160 titrede pozitif sonuçlanması üzerine hasta enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirildi. Hayvancılık öyküsü olan ve bruselloz ile uyumlu yakınmalar ile başvuran hastaya rifampisin ve doksisisiklin tedavisi başlandı. Hasta tedavinin 20. gününde sağ kolda ve bacakta uyuşma, his kaybı, yürüyememe şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenesinde sağ alt ve üst ekstremitede kas gücü 4/ 5 tespit edilen, lateralizan motor defisiti olan hasta nörobruselloz ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Diffüzyon MR görüntülemesinde sol internal kapsül düzeyinde akut dönem iskemi ile uyumlu difüzyon kısıtlayan sinyal alanı izlenmesi üzerine antiagregan tedavisi başlandı. Nörobruselloz ön tanısı ile yapılan BOS (beyin omurilik sıvısı) incelemesinde brucella coombs aglütinasyonu 1/4 titrede pozitif olarak sonuçlanması üzerine hastanın tedavisine seftriakson eklendi. BOS kültüründe üreme olmayan hastanın seftriakson tedavisi bir aya tamamlandı. Doksisisiklin ve rifampisin tedavilerinin üç aya tamamlanması planlandı. Başvurusunda olan baş dönmesi, baş ağrısı şikayetleri geriledi. Motor ve duyu defisitleri devam eden hasta tetkik ve tedavi devamı amacıyla nöroloji kliniği tarafından poliklinik takibine alınarak taburcu edildi.

Sonuç: Bruselloz ülkemizde yaygın olarak görülmekte olup hastalığın klinik prezentasyonları çok çeşitli olabilmektedir. Hastalığın akla gelmesi tanıda en büyük yardımcıdır. Bruselloz tanısı alan hastalarda tedavi süresince gelişen yeni semptomların, hastalığın farklı organları tutması ile ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır. Nörolojik semptomu olan hastalarda nörobruselloz mutlaka düşünülmeli, tetkik ve tedavisi buna göre planlanmalıdır. Erken tanı ve uygun tedavi sağkalımı artırıp, komplikasyonları engelleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, Nörobruselloz



P105

Epididimiorşit ile Başvuran Bir Brucella Olgusu

As.Dr. Sümeyye Taşdöken¹, As. Dr. Fatma Nur Gezer¹, Doç.Dr. Alpay Arı¹

¹S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

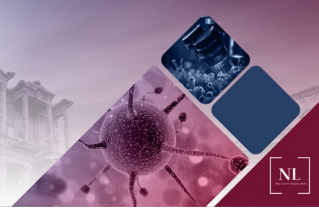
Amaç: Ülkemizde endemik seyreden Brusella enfeksiyonların nadir görülen tutulum şekillerinden epididimoorşitin bir olgu üzerinden irdelenmesi

Yöntem: Testiste şişlik ve ağrı yakınmaları nedeniyle acil servis başvurusu sonrası Brusella'ya bağlı Epididimiorşit tanısıyla izlenen hastanın klinik ve laboratuvar bulguları incelenmiştir.

Bulgular: Bilinen tanılığın hastalığı olmayan 32 yaş erkek hasta acil servise 15-20 gündür devam eden daha çok geceleri yükselen ateş, daha sonra sol skrotumda ağrı şişlik şikayetleri ile başvurdu. Hastanın benzer yakınmaları ile son iki hafta içinde birkaç kez hastane başvuru olmuş, en son başvurduğu dış merkezde skrotal ultrasonografik görüntülemesinde sol epididimiorşit saptanmış ve spesifik olmayan tedavi (amoksisilin klavulonat, siprofloksasin) önerilmiştir. Bu tedaviye rağmen yakınmalarının gerilememesi üzerine hastanemiz acil servise başvurdu. Yaklaşık bir buçuk ay önce taze peynir yeme öyküsü olup fizik bakıda testiste şişlik yanında hepat-splenomegali saptanan hasta Brucella enfeksiyonu ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Yatışında crp: 123 mg/dL, ast:53 U/L alt:44U/L wbc:9340 /mm³, Rose Bengal testi pozitif, brucella aglütinasyon testi (coombs Wright) 1/640 saptandı. Hastaya rifampisin,doksisiklin,streptomisin tedavisi başlandı. Bir hafta servis takibi yapılan hastanın laboratuvar ve klinik bulgularında gerileme oldu. Hastanın laboratuvar (CRP :14 ast:34 alt:66 wbc:7100) ve klinik bulguları geriledi. Hasta oral ardışık üçlü (rifampisin,doksisiklin,siprofloksasin) tedavi ile taburcu edildi. Tedavisi üç aya tamamlanan hastanın kontrol görüntüleme, laboratuvar ve klinik bulguları tamamen de geriledi.

Sonuç: Ülkemizde endemik seyirli olan Brusella enfeksiyonları epididimoorşit gibi kliniklerde mutlaka akla gelmelidir. Organ tutulumlu komplike Brusella olgularının tedavisi uzun süreli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: orşit, brucella, epididimit, zoonoz



P106

Malignite Şüphesiyle Tetkik Edilen Tularemi Olgusu

Hanne Rana Aslaner¹, Beyza Elif Dağlar¹, Funda Şimşek¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye.

Amaç: Tularemi, aerobik ve titiz bir gram negatif bakteri olan Francisella tularensis'in neden olduğu zoonotik bir enfeksiyondur. Lenfadenopati ile başvuran, ön planda malignite düşünülen bir tularemi olgusu sunulmaktadır.

Yöntem: Hastadan alınan serum örneğinden F. tularensis mikroaglutinasyon testi çalışıldı.

Bulgular: Ankilozan spondilit tanılı 30 yaş erkek hasta 12.10.23 tarihinde başlayan öksürük, balgam, boynunda şişlik ve ateş şikayeti ile dış merkezde KBB polikliniğine başvurmuş. 10 tablet amoksisilin - klavulanik asit, 10 tablet ornidazol kullanmasına rağmen boynundaki şişlikler giderek büyümüş. Polikliniğimize boynundaki şişliklerin devam etmesi üzerine başvuran hastaya yapılan boyun ultrasonografisinde bilateral servikalde çok sayıda reaktif lenf nodları; solda yer yer fokal nekroz şüpheli anekoik alanlar içeren, vaskülarizasyon göstermeyen lenfadenopatiler görüldü. Lenfadenopati etiolojisinin araştırılması üzerine 10.11.23'te servise interne edildi. Erzincan Otlukbeli İlçesinden gelen, köy çeşmesinden su tüketimi ve ölü farelerin olduğu bir bölgede bulunma öyküsü olan hastadan tularemi MAT (mikroaglutinasyon testi) çalışılması üzerine serum numune örneği Halk Sağlığı Labaratuarına gönderildi. Serviste antibiyotik tedavisi verilmeden takip edilen hastaya KBB önerisiyle boyun MRG ve PET/BT planlandı. Boyun MR'da bilateral, çok sayıda, santrali kistik nekrotik tarzda kontrastlanan lenfadenopatiler görüldü. PET/BT'de boyundaki çok sayıda hipermetabolik lenfadenopatilerin enfeksiyöz süreçler veya lenfoproliferatif hastalıklarla ilgili olabileceği düşünüldü. KBB hastalıkları tarafından servikal lenfadenopatilere yönelik eksizyonel biyopsi yapıldı. Alınan örneklerden patoloji, doku kültür-gram boyama, doku mikobakteri PCR-ARB çalışıldı. Doku kültürde üreme olmadı. Doku ARB ve mikobakteri PCR negatif, tularemi MAT 1/1280 ve üzeri titrede pozitif saptandı. Streptomisin tedavisi planlanan hastanın muayenesinde işitme kaybının saptanması üzerine siprofloksasin başlandı. Toplam 7 gün iv siprofloksasin tedavisi alan hasta oral siprofloksasin ile taburcu edilerek toplam antibiyoterapi süresi 3 haftaya tamamlandı. Poliklinik takiplerinde lenfadenopatilerin gerilediği görüldü.

Sonuç: Bu olgu lenfadenopati ile başvuran hastalarda tulareminin de ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Anahtar Kelimeler: lenfadenopati, tularemi, lenfadenopati, tularemi



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Asistan Kongresi



**20-22
NİSAN
2024**

Palm Wings Ephesus Hotel, Selçuk - İzmir



ORGANİZASYON SEKRETARYASI



NLM.I.C.E.

Mimar Sinan Mah. 1487 Sok. No:5 D:1 Konak, İzmir, Türkiye

www.nlmice.com

Proje Koordinatörü

Buse Cirit

busecirit@nlmice.com